

Araştırma / Original article**İstismara uğramış çocuk ve ergenlerin yatarak tedavisi***

Serhat NASIROĞLU,¹ Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU,²
Ayşe AVCI,³ Gonca GÜL ÇELİK,⁴ Zehra ÖZTÜRK⁵

ÖZET

Amaç: Yataklı rehabilitasyon ve tedavi sistemleri olan 'Rezidental Tedavi Merkezleri (RTM)' çoklu girişimleri bir arada sunabilme avantajından dolayı tüm dünyada çocukluk çağı cinsel istismarı (ÇCİ) olgularının tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. 'Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi' Türkiye'de ÇCİ kurbanı kızlara hizmet veren ilk RTM'dir. Bu çalışmada kuruluşundan bu yana geçen altı yıllık sürede merkezde tedavi gören hastaların sosyodemografik, klinik ve izleme bulguları sunulmuştur. **Yöntem:** Çalışmaya ÇCİ, ihmal veya diğer bir tipte olumsuz yaşam deneyimi öyküsü olan, tedavi ve korunma gereksinimi olan 8-18 yaşlarında 152 kız olgu alındı. İstismara özgü değişkenlere ve demografik bilgilere dosya kayıtlarından ulaşıldı. Yatış ve taburculuk sırasında Çocuklar için Beck Depresyon Ölçeği, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği-1, -2, Klinik Global İzlem uygulandı. **Bulgular:** ÇCİ öyküsü 120 kız tarafından bildirilmiştir. Olguların yarısına yakınına travma sonrası stres bozukluğu, %23.7'sine sınır kişilik bozukluğu, %21.1'ine yıkıcı davranış bozuklukları, %9.2'sine bipolar bozukluk tanısı konmuştur. Tedavide, olguların %95.4'ü en az bir psikotropik ilaç kullanmıştır. En sık kullanılan ilaçlar antipsikotiklerdir ve kızların %81.4'üne uygulanmıştır. Ayrıca, olguların %51.7'si duyudurum düzenleyici, %25.5'i antidepresan ilaçlar kullanmıştır. Tüm psikometrik test ortalamalarında, tedavi sonunda başlangıca göre anlamlı düzelleme görülmüştür. **Sonuç:** Bulgularımız sunulan sistemin ÇCİ kurbanı çocuk ve ergenlerde yararlı olduğunu destekler niteliktedir. Bu çalışma, ülkemizde bu alanda ilk RTM verilerini içermesinden dolayı önemlidir. Bu öncü veriler yeni açılacak benzerlerine çıkış noktaları sağlayabilir. (Anadolu Psikiyatri Derg 2012; 13:285-291)

Anahtar sözcükler: Çocukluk çağı cinsel istismarı, çocuk ve ergen, rezidental tedavi merkezi, yatarak tedavi

Inpatient treatment of abused children and adolescents**ABSTRACT**

Objective: Inpatient rehabilitation and treatment systems, the Residential Treatment Centers (RTC) are widely used in the treatment of childhood sexual abuse (CSA) cases and offer the advantages of keeping a combination of several applications. 'Oguz Kagan Koksak Social Care and Rehabilitation Center' is the first RTC in Turkey providing services to girl CSA victims. In this study, demographic, clinical and follow-up findings of patients treated in this center since the establishment of the six year period will be presented. **Methods:** This study included 152 girls aged between 8-18 years who had histories of CSA, neglect or other kinds of adverse experiences, and in need for treatment or protection. Demographic and abuse-specific data were obtained from file records. The Child Beck Depression Inventory, the Trait-State Anxiety Inventory-1, -2, the Moudsley Obsessive Compulsive Questionnaire, and the Clinical Global Impression Scale were administered at the beginning and at the end of the treatment period. **Results:** A history of CSA was reported by 120 girls. Almost half of the cases were diagnosed as posttraumatic stress disorder, 23.7% as borderline personality disorder, 21.1% as destructive behavior disorders, and 9.2 as bipolar disorder. In the treatment, 95% of cases taken at least one psychotropic medication. The most commonly used drugs were antipsychotics, and given in treatment of 81.4% of girls. In addition, 51.7% of cases taken mood stabilizers, and 25.5% of them took antidepressants. Mean score of all psychometric tests were improved significantly at the end point compared to the baseline. **Conclusion:** Our findings support the usefulness of the system presented herein for child and adolescent victims

* Çalışma Dr. Serhat Nasıroğlu'nun Tıpta Uzmanlık Tezinin verilerini içermektedir. 21. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi'nde sunulmuştur (25-28 Nisan 2011, Antalya, Kongre Özet Kitabı, s.116).

¹ Uzm.Dr., Van Devlet Hastanesi, Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği, Van

² Doç.Dr., ³ Doç.Dr., ⁴ Prof.Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Adana

⁵ Arş.Gör.Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana

Yazışma adresi / Address for correspondence:

Doç.Dr. Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU, Çukurova Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Adana/Türkiye

E-mail: ayolga@gmail.com

Geliş tarihi: 15.12.2011, Kabul tarihi: 02.10.2012

of CSA. This study is important because it involves data from the first RTM in our country in this field. These pioneering results can provide new starting points for similar institutions to be established in Turkey. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2012; 13:285-291)

Key words: childhood sexual abuse, child and adolescent, residential treatment center, inpatient treatment

GİRİŞ

Çocukluk çağı cinsel istismarı (ÇCİ) çağlar boyunca, tüm kültürlerde rastlanan bir olgu iken, günümüzde medyada artarak haber olmakta ve bilimsel araştırmalarda ele alınmaktadır.¹ Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneğine göre ÇCİ, 'Çocukların bir yetişkinin cinsel doyumunu sağlayacak bir davranışına maruz kalması veya buna göz yumulmasıdır'.²

ÇCİ, diğer istismar tiplerinde de olduğu gibi, kısa ve uzun dönemde ciddi ruhsal sorunlara yol açabilen önemli bir sorundur. Yaşam boyu ciddi işlev kaybı kurbanlar arasında siktir. Travmaya ikincil gelişen ruhsal bozuklukların farklı tedavilere yanıt oranlarının daha düşük olduğu, travmatik öykünün depresyonda ve kaygı bozukluklarında olumsuz gidişin işareti olduğu düşünülmektedir.³ Olumsuz sonuçlarının süregen ve ağır olma eğiliminden dolayı, erken dönemde etkin tedavinin önemine karşın, günümüzde çoğu olgunun travmatik belirtilerinde tek başına yeterli düzelme sağlayan bir tedavi yoktur.⁴ ÇCİ sosyal, gelişimsel, yasal, tıbbi alanlar başta olmak üzere çok boyutlu bir durum olduğundan, bu olgularının yönetimi farklı alanlarda girişimleri bir arada gerektirir. Tedaviye erken dönemde başlanması, uzun süre sürdürülmesi, farklı hedefler üzerinden ve gereksinime göre çoklu girişimlerle yürütülmesi ile faydalanma düzeylerinin arttığı bildirilmektedir.⁵ ÇCİ olgularının tedavisinde tüm dünyada yaygın olarak kullanılan yataklı rehabilitasyon ve tedavi sistemlerinin (rezidental tedavi merkezleri-RTM) temel özelliği çoklu girişimleri bir arada sunarken, can güvenliği gibi temel alanlarda avantaj sağlamalarıdır.⁵⁻⁷ Tam bir psikiyatri hastanesi olmayan bu merkezlerin hedef grupları istismar mağduru, suça yönelmiş, evsiz, alkol ve madde kullanan çocuklar ve ergenlerdir.³

Erken girişimlerin önemine karşın, çoğu kurbanın istismar deneyimini yaşam boyu gizlediği, hiçbir zaman yasal veya tıbbi yardım almadığı bilinen bir gerçektir. Kurbanın istismarı saklama eğilimi suçluluk duygusu, çaresizlik, utanma, istismarcıdan korkma gibi travmatik etkilenmenin kendine özgü nedenleriyle açıklanabilir. Birçok kurban kendisinin veya sevdiklerinin yaşamını kaybetmesi, olayın duyulması, damgalanmak, aile bütünlüğünün bozulması, aileden ayrılmak, suçlanmak, cezalandırılmak, eleştirilmek gibi kaygılarından dolayı deneyimlerini gizlemektedir.⁸ Eğer istismarcı aileden biriyse, çocuğun korunması daha büyük öncelik taşır. ÇCİ olgularının yaklaşık yarısının aile içinde

istismar edildiği düşünüldüğünde, bu kaygılar yer-siz değildir. Travmatik etkilenmeye bağlı artmış cinsel davranışlar nedeniyle istismarın yinelenmesi ve çevre baskısı çocuk ve ergen kurbanlar arasında siktir.⁹ Bu durumda belirlenen olguların yeterli destek alabilmelerini ve korunmalarını sağlayacak sistemlerin varlığı kadar, bu sistemlerden yararlanırken eğitim, iş, sosyal ilişkiler gibi yaşam gereklerinin aksamaması da önemlidir. RTM'nin diğer avantajları, eğitimin sürdürülebilmesi, meslek eğitimi, yasal süreçlerin desteklenmesi, sosyal servisler aracılığı ile ailelere gerekli destek ve eğitimin sağlanması gibi çok yönlü yaklaşımlara olanak sağlamasıdır.¹⁰ Buna göre, koruma ve tedavi süreçlerinde çoklu girişimleri sunabilme kolaylığından ötürü, RTM ve benzeri sistemler ÇCİ olgularının yönetiminde önemli bir role sahiptir.^{5-7,11}

RTM, ÇCİ olguları için diğer ayaktan ve yataklı tedavilere göre daha iyi sonuç sağlamaktadır.^{3,11} Bu merkezlerin olumlu etkilerinin uzun dönemde daha kalıcı olduğunu destekleyen izleme çalışmaları da vardır.^{12,13}

Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, istismar ve ihmale uğramış, ruhsal sorunları nedeni ile tedavi ve/veya korunma gereksinimi olan 8-18 yaşları arasındaki kızlara hizmet vermek amacıyla 2004 yılında Adana'da kurulmuştur. Türkiye'de ÇCİ olgularına psikiyatrik tedaviden eğitime, her alanda hizmet veren ilk ve bilindiği kadarıyla halen tek RTM'dir. Bu çalışmada merkezin işleyişini tanıtmak, kuruluşundan bu yana hizmet alan olguların verilerini sunmak amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Merkezin işleyişi ve psikiyatrik uygulamalar

Üçlü basamak sistemi: Hazırlanan üç basamaklı sistem aracılığıyla davranışçı teknikler günlük programa katılmıştır. Her basamak için ayrı ayrı hazırlanan kitapçıklarda merkezin kuralları, uyulması gereken günlük programlar ve ödül-ceza uygulamaları ile ilgili bilgiler; aşamalı olarak farkındalığı artırma ve öfke denetimi ile ilgili egzersizler vardır. Belirlenen süre boyunca bulunduğu basamağın gereklerini yerine getirenler bir üst basamağa çıkmaya hak kazanır. Kurallara uymama, basit cezalar veya mola uygulaması gibi durumlar belli bir süre alt basamağa gerieme ile sonuçlanır. Merkez dışındaki sosyal etkinliklere katılmak, oda arkadaşını seçebilmek, ödül kazanmak gibi ayrıcalıklar da basamaklarla beraber artıp azalmak-

tadır. Bu sistemle istenen bir durumdan/şeyden mahrum kalmak cezalandırma yöntemi olarak ön plana çıkarken, olumlu pekiştiricilerin etkin kullanılması ile bireysel ve grup genelinde istenen davranışları artırmak hedeflenmektedir.

İlaç tedavileri: Psikotrop ilaç tedavileri konsültan çocuk psikiyatristi tarafından planlanmaktadır.

Bireysel terapiler: Olguya özgü haftada 1-3 kez yapılan oturumlarda travmaya bağlı anksiyete belirtileri, bunların günlük yaşama etkileri ve oluşan yeni düzene uyum çabaları üzerinde durulur. Bireysel olarak uygulanan davranışçı tekniklerin ana hedefleri öfke denetimi ve kişiler arası/sosyal ilişkilidir.

Grup terapileri: Haftalık oturumlarda merkezdeki günlük sorunlar, tedavi gereksinimleri ve hedefleri gibi ortak konular ele alınır.

Uğraşı etkinlikleri: Başlıca bilgisayar, resim, seramik eğitimi ve el işi uygulamalarını içerir.

Meslek eğitimi: Merkez bünyesindeki trikotaj-dikiş atölyesinde Halk Eğitim Merkezi Müdürlüğü tarafından görevlendirilen bir usta eğitici hizmet vermektedir.

Örneklem

Bu çalışmada Adana Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde 2004-2010 yılları arasında yatarak bakım ve tedavi gören 8-18 yaşlarında toplam 152 Çİ mağduru kız yer almıştır. Psikiyatrik tanıları çocuk psikiyatristi uzmanı tarafından yapılan klinik görüşmelerle, DSM-IV ölçütlerine göre konmuştur.

Veri toplama araçları

İstismara özgü ve demografik bilgiler, merkeze kabul sırasında tüm olgular için demografik bilgi formu ile sağlanmıştır. Kullanılan ilaçlar, terapi uygulamaları, ölçek puanları gibi verilere geriye dönük dosya taraması ile ulaşılmıştır.

Psikometrik ölçümler tedavinin başında ve sonunda (-1; -2) olmak üzere iki kez, 'Klinik Global İzlem' (KGI) ise buna ek olarak çıkarıldıktan iki ay sonraki kontrolü (KGI-3) içeren biçimde üç kez uygulanmıştır.

Çocuklar için Beck Depresyon Ölçeği (ÇDÖ): Beck Depresyon Ölçeği temel alınarak geliştirilen 27 maddelik, Likert tipi öz bildirim ölçeğidir.¹⁴ ÇDÖ 6-17 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlere uygulanabilmektedir. Türkçe uyarlamasında kesme puanı 19 olarak belirlenmiştir.¹⁵

Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL): Erol ve Savaşır tarafından Türkçeye uyarlanan ölçek, dokuz yaş ve üzerindeki kişilere uygulanır.^{16,17} Sorular doğru/yanlış olarak işaret-

lenir, doğru işaretlenen her soruya 1 puan verilir.

Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (ÇDSKÖ): Çocuklarda durumluk (ÇDSKÖ-1) ve sürekli (ÇDSKÖ-2) kaygı düzeylerini belirlemek için kullanılan öz bildirim ölçeğidir ve toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 9-12 yaşları arasındaki çocuklarla yapılmasına karşın, rutin uygulamalarda 17 yaşa kadar kullanılmaktadır. Puanın artması daha yüksek anksiyete düzeyini gösterir.^{18,19}

Klinik Global İzlem Ölçeği (KGI): Ruhsal bozuklukların şiddetini veya izlemede belirtilerdeki iyileşmeyi değerlendirmek amacıyla kullanılan Likert tipi ölçektir. Bu çalışmada hastalık şiddetini değerlendirmek için KGI-şiddet formu kullanılmıştır.^{19,20}

Verilerin analizi

Verilerin analizi SPSS for Windows (versiyon 12.0) programı ile yapıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılımı Shapiro-Wilks testiyle incelendi, normal dağılım gözlenmediğinden bunların analizinde parametrik olmayan Whitney U testi, Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Bağımlı gruplarda sayısal değişkenler (tedavinin başında ve sonunda uygulanan test puanları) Wilcoxon T Testi ile karşılaştırıldı. Kategorik değişkenlerin analizinde çapraz tablolar ve ki-kare testi kullanıldı.

BULGULAR

Toplam 152 olgunun 120'si (%78.9) ÇCİ kurbanıdır. Kızların 97'si (%63.8) Adana'dan, 55'i (%36.2) diğer illerden gelmektedir. Grupların demografik ve aile ile ilişkili özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

ÇCİ öyküsü olan olgularda Cİ mağduru olmayanlara göre TSSB görülme oranının daha yüksek, SKB'nin ise daha düşük oranda olduğu saptanmıştır. İstatistiksel analize olanak vermek amacıyla, bazı tanımlar 'diğer bozukluklar' başlığında toplanmıştır: Depresyon (s=13, %8.6), enürezis (s=7, %4.6), dissosiyasyon (s=3, %2.0), somatizasyon (s=3, %2.0). Benzer olarak, zeka geriliği (ZG), s=25, %16.5 ve psikoz (s=5; %3.3) tanımları da tek grup olarak analize alınmıştır. En sık eş tanı, yıkıcı davranış bozukluğu (YDB) tanısı konan 32 olgunun 12'sinde belirlenen ZG'dir (%37.5). TSSB'li 75 olguda öne çıkan eş tanımlar YDB (s=14, %18.7) ve ZG'dir (s=10, %13.3). Psikiyatrik tedavi gereksinimine ek olarak diğer yatış nedenleri şunlardır: Koruma (s=60, %39.4), riskli davranışlar (evden kaçma, uygunsuz cinsel davranış) (s=51, %33.6), özkıym (s=6, %3.9). Psikiyatrik tanımlar ve alt gruplarda karşılaştırması Tablo 2'de gösterilmiştir.

Çalışmaya alınan olguların ortalama yaşı 14.6±2.1 yıl; eğitim düzeyi 6.4±2.8 yıl; daha önce eğitim

Tablo 1. Demografik bilgiler ve aile ile ilişkili özellikler

	Toplam		ÇCİ öyküsü			
	Sayı	%	Var Sayı	%	Yok Sayı	%
Yaşadığı yer						
Ailesinin yanında	132	86.8	110	91.7	22	68.8
SHÇEK/sokakta	20	13.2	10	8.3	10	31.3
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
Çıktıktan sonra izlem						
Var	68	44.7	50	41.7	18	56.3
Yok	84	55.3	70	58.3	14	43.7
Aile ile ilgili etmenler						
Boşanma	54	35.5	36	30.0	18	56.3
Anneden ayrılık	55	36.2	38	31.7	17	53.1
Göç	33	21.7	22	18.3	11	34.4
Fiziksel şiddet	116	76.3	92	76.7	24	75.0
Alkol kötüye kullanımı	46	30.3	34	28.3	12	37.5
Annesi						
Hayatta değil	15	9.9	12	10.0	3	9.4
Üvey annesi var	30	19.7	21	17.5	9	28.1
Annede ruhsal hastalık	22	14.5	15	12.5	7	21.9
Bedensel hastalık	44	28.9	34	28.3	10	31.3
İşsiz	37	28.2	26	25.0	11	40.7
Annenin eğitimi						
Yok	52	38.0	42	38.9	10	34.5
İlkokul	66	48.2	56	51.9	10	34.5
İlkokul<	19	13.9	10	9.3	9	31.0
Babası	24	17.5	15	13.9	9	31.0
Hayatta değil	18	11.8	14	11.7	4	12.5
Üvey babası var	21	13.8	14	11.7	7	21.9
Ruhsal hastalık	25	16.4	19	15.8	6	18.8
Bedensel hastalık	27	17.8	21	17.5	6	18.8
İşsiz	113	82.5	93	86.1	20	69.0
Babanın eğitimi						
Yok	22	18.0	16	16.5	6	24.0
İlkokul	66	54.1	58	59.8	8	32.0
İlkokul<	34	27.9	23	23.7	11	44.0

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

Tablo 2. Psikiyatrik tanımlar

Ruhsal bozukluklar	Toplam		ÇCİ öyküsü var		ÇCİ öyküsü yok		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Travma sonrası stres bozukluğu	75	49.3	71	59.2	4	12.5	0.0001
Sınır kişilik bozukluğu	36	23.7	24	20.0	12	37.5	0.039
Yıkıcı davranış bozuklukları	32	21.1	22	18.3	10	31.3	0.111
Zeka geriliği-psikoz	30	19.7	24	20.0	6	18.8	0.875
Bipolar bozukluk	14	9.2	11	9.2	3	9.4	0.971
Diğer tanımlar	17	11.2	14	11.7	3	9.4	0.715

görmeyenlerin oranı %7.9 (s=12) olarak belirlenmiştir. Cİ öyküsü olanların/olmayanların ortalama

yaşı ve eğitim düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Demografik veriler ve psikometrik ölçümler Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Demografik veriler ve psikometrik ölçüm puanları

	Toplam (Ort.±SS)	p	ÇCİ öyküsü (Ort.±SS)		Yok	p
			Var	p		
Yaş	14.6±2.1		14.7±2.1		14.3±2.2	0.502**
Yatış süresi	3.0±1.5		8.3±5.5		5.7±5.0	0.005**
Eğitim düzeyi	6.4±2.8		6.3±2.8		6.9±2.8	0.165**
ÇDÖ-ilk	20.0±12.3	0.0001*	20.5±13.2	0.0001*	17.5±8.6	0.132*
ÇDÖ-son	13.2±11.8		13.4±11.3		13.6±13.8	
MOKSL-ilk	21.7±9.4	0.0001*	22.1±10.1	0.001*	19.8±5.8	0.003*
MOKSL-son	18.5±13.6		19.5±14.8		14.4±6.6	
ÇDSKE-1-ilk	39.0±9.5	0.0001*	38.4±8.9	0.008*	41.3±7.6	0.009*
ÇDSKE-1-son	35.2±8.9		35.4±9.0		33.2±8.1	
ÇDSKE-2-ilk	38.4±10.1	0.0001*	37.4±10.6	0.0001*	41.7±7.6	0.052*
ÇDSKE-2-son	32.1±8.7		31.8±8.9		33.2±8.1	
KGİ-ilk	4.6±1.2	0.0001 ^{1,*}	4.6±1.2	0.0001 ^{1,*}	4.6±1.3	0.0001 ^{1,*}
KGİ-son	2.7±1.5	0.0001 ^{2,*}	2.5±1.5	0.0001 ^{2,*}	2.8±1.3	0.0001 ^{2,*}
KGİ-izlem	3.1±1.6	0.0001 ^{3,*}	3.0±1.6	0.001 ^{3,*}	3.1±1.5	0.083 ^{3,*}

* Bağımlı gruplarda sayısal değişkenlerin analizi (Wilcoxon Testi), ** Bağımsız gruplar arasında sayısal değişkenlerin analizi (Mann-Whitney U Testi), ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği, MOKSL: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, ÇDSKE: Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, KGİ: Klinik Global İzlem, ¹KGİ-ilk/Son; ²KGİ-ilk/izlem; ³KGİ-son/izlem ortalama puanlarının karşılaştırması, İlk: Merkeze kabul, Son: taburculuk, İzleme: Taburcu olduktan 2 ay sonraki değerlendirme

Tablo 4. Tanılar ve psikometrik test puanlarının istismara özgü değişkenlerle ilişkisi

	Gebelik				Penetrasyon				İstismarcı			
	Var Sayı	%	Yok Sayı	%	Var Sayı	%	Yok Sayı	%	Aile içi Sayı	%	Aile dışı Sayı	%
Toplam	21	13.8	131	86.2	85	70.8	35	29.2	46	38.3	74	61.7
TSSB	18	24.6	57	76.0	49	69.0	22	31.0	33	70.2	38	52.1
p*			0.0001			0.598				0.048		
SKB	1	2.8	35	97.2	14	58.3	10	41.7	7	14.9	17	23.3
p*			0.028			0.132				0.262		
YDB	3	9.4	29	90.6	17	77.3	5	22.7	6	12.8	16	21.9
p*			0.413			0.462				0.206		
ZG	7	23.3	23	76.7	23	95.8	1	4.2	8	17.0	16	21.9
p*			0.116			0.003				0.513		
DDB	-	-	14	100.0	9	81.8	2	18.2	2	4.3	9	12.3
p*			0.092			0.400		0.135				
Diğer	-	-	17	100.0	9	64.3	12	16.4	2	4.3	12	16.4
p*			0.080			0.556		0.042				
ÇDÖ-ilk	22.5±15.0		19.9±12.3		20.8±13.5		19.3±9.5		17.3±11.0		22.5±13.1	
ÇDÖ-son	9.2±7.3		13.5±12.0		12.2±10.2		11.5±11.0		11.3±8.5		12.5±11.5	
p**	0.068		0.0001		0.0001		0.011		0.010		0.0001	
MOKSL-ilk	21.0±9.6		21.7±9.4		22.8±11.1		19.5±7.0		21.2±14.7		22.2±6.8	
MOKSL-son	9.0±1.7		18.9±13.8		18.2±7.4		21.2±25.6		16.2±5.8		20.6±17.8	
p**	0.102		0.0001		0.006		0.064		0.052		0.006	
ÇDSKE-1-ilk	40.8±3.3		38.9±9.8		37.7±8.1		38.7±11.3		37.4±8.2		38.5±9.8	
ÇDSKE-1-son	42.6±7.4		34.7±8.8		34.7±9.3		36.2±9.3		33.2±8.9		36.6±9.3	
p**	0.686		0.0001		0.034		0.120		0.033		0.133	
ÇDSKE-2-ilk	33.0±7.2		38.8±10.3		37.8±10.6		37.1±11.7		38.6±11.7		36.9±10.3	
ÇDSKE-2-son	36.4±9.9		31.8±8.4		30.7±8.8		33.2±7.8		32.7±9.5		30.5±7.7	
p**	0.343		0.0001		0.0001		0.214		0.010		0.014	
KGİ-ilk	4.8±1.0		4.6±1.2		4.8±1.2		4.3±1.5		4.4±1.1		4.7±1.2	
KGİ-son	2.6±1.2		2.7±1.4		2.7±1.7		2.2±0.9		2.3±1.3		2.6±1.4	
KGİ-izlem	1.8±1.0		3.2±1.5		3.1±1.8		2.8±1.1		2.5±1.3		3.3±1.7	
p ^{1,**}	0.0001		0.0001		0.0001		0.0001		0.0001		0.0001	
p ^{2,**}	0.024		0.0001		0.0001		0.022		0.001		0.0001	
p ^{3,**}	0.593		0.0001		0.0001		0.018		0.256		0.001	

* Gruplar arasında kategorik değişkenlerin karşılaştırması (ki-kare testi); ** Bağımlı gruplarda sayısal değişkenlerin analizi (Wilcoxon testi), ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği, MOKSL: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, ÇDSKE: Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, KGİ: Klinik Global İzlem, ¹KGİ-ilk/son; ²KGİ-ilk/izlem; ³KGİ-son/izlem ortalama puanlarının karşılaştırması, İlk: Merkeze kabul, Son: taburculuk, İzlem: Taburcu olduktan 2 ay sonraki değerlendirme

Tablo 5. Tedavi yöntemleri ve uygulanma oranları

	Antipsikotik		İlaç uygulamaları				Diğer		Terapi uygulamaları			
	Sayı	%	Antidepresan Sayı	%	DDD Sayı	%	Sayı	%	Bireysel Sayı	%	Grup Sayı	%
Toplam	118	81.4	37	25.5	75	51.7	22	15.2	132	86.8	115	75.7
TSSB	54	75.0	23	31.9	34	47.2	13	59.1	70	93.0	62	82.7
SKB	32	94.1	7	20.6	19	55.9	2	5.9	36	100.0	31	86.1
YDB	28	93.3	4	13.3	13	43.3	8	26.7	22	68.8	17	53.1
BPB	14	100.0	0	0.0	12	85.7	0	0.0	13	92.9	12	85.7
MR	26	86.7	3	10.0	16	53.3	6	20.0	15	50.0	15	50.0
Diğer tanılar	11	64.7	9	52.9	3	13.6	2	11.8	16	94.1	15	88.2

DDD: Duygudurum Düzenleyici, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, SKB: Sınırdaki Kişilik Bozukluğu, YDB: Yıkıcı Davranış Bozuklukları, BPB: Bipolar Bozukluk, MR: Mental Retardasyon, Cİ: Cinsel İstismar

Aile içi Cİ olgularının ortalama yatış süresi (9.6 ± 6.3 ay) diğerlerinden anlamlı düzeyde uzun (7.6 ± 4.7 ay, $p=0.040$), gebelik öyküsü olanların eğitim düzeyi ise daha düşük bulunmuştur (4.9 ± 3.8 , 6.7 ± 2.6 yıl; $p=0.035$). Tanılar ve psikometrik test puanlarının istismara özgü değişkenlerle ilişkisi Tablo 4'te gösterilmiştir.

Olguların tümüne yakınında psikotrop ilaçlar kullanılmıştır ($s=145$, %95.4). En sık tercih edilen ilaçlar antipsikotikler, en sık tercih edilen girişim bireysel terapidir. Tedavi yöntemleri ve uygulanma oranları Tablo 5'te gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Dünyada istismar ve ihmale uğramış çocuklara yönelik birçok RTM bulunmasına karşın, Türkiye'de bunun ilk ve bilindiği kadarıyla tek örneği olan 'Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi', bölgesel özellikler de dikkate alınarak Adana'da açılmış ve olguların çoğu (%63.8) bu ilden gelmiştir. Bu çalışmada merkezin kuruluşundan bu yana geçen altı yılda tedavi gören toplam 152 kızı ait bilgiler incelenmiştir.

Aile içinde bir istismara rastlandığında diğer biçimlerinin de araştırılmasının gerektiği, farklı istismar biçimlerinin sıklıkla bir arada olduğu düşünülür.²¹ Bu fikri destekler biçimde, Cİ öyküsü olan/olmayan tüm olguların %76.3'ü aile içi şiddet öyküsü bildirmiştir. Anne-babaların kronik bedensel veya ruhsal hastalıkları çocuklarını denetleme, güven aşılama, bağlanma, disiplin gibi işlevlerini kısıtlayabildiğinden Cİ riskini artırır. Boşanma, aile içi şiddet/çatışma, yetersiz aile ilgisi/desteği, anneden ayrılık, kurum bakımı gibi aile ile ilgili risk etkenleri²¹⁻²³ olgularımız arasında siktir. Boşanma %35.5, anne/baba kaybı %9.9 ve %11.8, üvey anne/baba %19.7 ve %13.8, anne/babada ruhsal bozukluk %14.5 ve %16.4, göç %21.7, anneden ayrılık %36.2, fiziksel şiddet %61.8, alkol kötüye kullanımı %30.3 oranında belirlenmiştir. Bağlanma sorunları, düşük sosyoekonomik-eğitim düzeyleri,

işlevsiz savunma mekanizmaları gibi etkenler travmanın ardından TSSB gelişmesini, gidişini ve sonlanışını etkileyebilmektedir.^{21,23}

ÇCİ majör depresyon, dissosiyatif bozukluk, TSSB, anksiyete bozuklukları, YDB, SKB gibi birçok ruhsal bozuklukla ilişkilidir.^{2,5,9,24} Bu çalışmada TSSB %49.3, SKB %23.7, YDB %21.1 oranında bulunmuştur. Diğer travma tiplerine göre ÇCİ olgularında TSSB'nin daha sık, belirtilerin de daha uzun sürdüğü bildirilmiştir.²⁵ ÇCİ kurbanı çocuklarda TSSB %44-71 oranları ile en sık bildirilen ruhsal bozukluktur.⁸ TSSB tanısı, bu çalışmada da Cİ öyküsü olanlarda diğerlerinden anlamlı düzeyde daha sık gözlenmiştir.

Başkalarına bağımlı olma, sosyal yetersizlik, yardım arama, anlama ve anlatma yetersizlikleri nedeniyle, ZG/psikoz olgularında ÇCİ^{26,27} ve ÇCİ'nin ağır formları daha yaygındır.²⁸ Bu çalışmada ZG-psikoz grubunda penetrasyon içeren Cİ öyküsünün sık bulunması bu bilgiyle uyumludur.

Olguların %95.4'ünün tedavisinde en az bir ilaç kullanılmıştır. En sık kullanılan ilaçlar antipsikotiklerdir (%81.4); bunu duygudurum düzenleyiciler (DDD, %51.7), antidepresanlar (%25.5) ve diğer ilaçlar (%15.2) izlemektedir. TSSB tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar seçici serotonin geri alım inhibitörleridir. Bu çalışmada antidepresanlar %25.5, TSSB grubunda %31.9 oranında kullanılmıştır.

RTM'ye yerleştirilen çocuklarda ilaçlar %76-98 arasında kullanılmaktadır. En sık antipsikotiklerin kullanıldığı ve öncelikle yıkıcı davranışların tedavisinde tercih edildikleri bildirilmiştir.²⁹ Bu çalışmada da en sık kullanılan ilaçlar antipsikotiklerdir (%81.4), TSSB tanısı konan kızların %75'inde antipsikotik ilaçlar kullanılmıştır.

Bu çalışmada, TSSB olgularının %47.2'sinin tedavisinde DDD ilaçlar yer almıştır. DDD'lerin BPB tedavisine benzer yollarla TSSB'deki duygulanım dalgalanmalarına fayda sağladıkları düşünülmektedir.³⁰

KGİ ortalamaları merkeze girişte en yüksek, çıkışta en düşük, çıktıktan iki ay sonra bunların arasında bulunmuştur. KGİ ve diğer ölçek puanlarında başa göre anlamlı azalma gözlenmesi, uygulanan tedavi sisteminin yararını; KGİ-ilk, -izleme arasındaki fark ise sağlanan düzelmelerin kısa dönemde kalıcı olabileceğini destekler. KGİ-izleme puanlarında KGİ-son puanlarına göre belirlenen artış, taburcu olduktan sonra kısa dönemde belirtilerde artışı göstermektedir. Yoğun bir rehabilitasyon ortamından sonra ailelerinin yanına/kuruma dönen olguların bu ortamlara özgü farklı güçlüklerle karşılaşması beklenebilir. Yaşlılarıyla aynı ortamı paylaşmaları, okula devam etmeleri ve sosyal gereksinimleri gibi konulara gösterilen özene karşın, sonuçta uzun süre toplumdan ve alıştıkları ortamdan ayrı kalmışlardır. Olguların sadece %45.1'i ailesinin yanına dönmüş, diğerleri kurum bakımına alınmış veya gönderildiği yerden kaçmış/haber alınamamıştır. Buna göre, en iyi ortama dönenlerde bile uyum süreci aylar alabilir. Uygulanan sistemin uzun dönem etkilerini sağlıklı değerlendirebilmek için daha uzun izleme verileri gerekmektedir.^{31,32}

Bu merkezlerde uygulanan girişimler iyi planlansa da, kalıcı yararlar için şunlar vurgulanmaktadır: Ayaktan izlemenin/tedavinin sürekliliği, sosyal servisler, eğitim ve birinci basamak sağlık kuruluşlarının aktif işbirliği.^{31,32} Taşındıkları riskler/güçlüklerden dolayı, etkin izleme ağı kurulmadıkça olguların çoğunda tedavinin ayaktan sürdürülemeyeceği açıktır. Olgularımızın sadece %44.7'si taburculuktan sonra ayaktan izlenebilmiştir.

Sonuç olarak merkezimiz ülkemizde istismar olgularıyla çalışan ilk kurumdur ve çalışmanın bulguları yeni açılacak benzerlerine örnek sunmak bakımından önemlidir. Var olan sağlık-sosyal-adli sistemlerin etkin kullanılması ve güçlendirilmesi, sağlanan yararların kalıcılığı için gereklidir. Bu sistemlerin daha etkin biçimde kullanılması için girişimler bulunmakla birlikte, var olan kaynakların azlığı/yokluğu nedeniyle sorun kimi zaman çözümsüz gibi görünebilir. Konuya farkındalığı artırma girişimleri, ilgili meslek gruplarına ve topluma yönelik eğitimlerin yapılması, uzun dönemde daha kapsamlı çözümler doğurabilir.

KAYNAKLAR

- Wong ML, Chan RKW, Koh D, Tan HH, Lim FS, Emmanuel S, et al. Premarital sexual intercourse among adolescents in an Asian country: multilevel ecological factors. *Pediatrics* 2009; 124:44-52.
- Hobbs CJ, Hanks H, Wynne JM. *Child Abuse and Neglect. A Clinician's Handbook*, Edinburgh, Churchill Livingstone, 1993, p.119-137.
- Shamseddeen W, Asarnow JR, Clarke G, Vitiello B, Wagner KD, Birmaher B, et al. Impact of physical and sexual abuse on treatment response in the Treatment of Resistant Depression in Adolescent Study (TORDIA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50:293-301.
- Ravidran LN, Stein MB. *Pharmacotherapy of PTSD: Premises, principles, and priorities*. *Brain Res* 2009; 1293:24-39.
- Cohen JA, Bukstein O, Walter H, Benson SR, Chrisman A, Farchione TR, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49:414-430.
- 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.
- Stone LA. Residential treatment. JD Noshpitz (Ed.), *Basic Handbook of Child Psychiatry*, second ed., New York, Basic Books, 1979, p.231-262.
- Kaplan SJ. *Child and Adolescent Sexual Abuse*. M Lewis (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook*, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2002, p.1217-1222.
- Friedrich WN, Baker AJL, Parker R, Schneidman M, Gries L, Archer M. Youth with problematic sexualized behaviors in the Child Welfare System: a one-year longitudinal study. *Sex Abuse* 2005; 17:391-397.
- Bilchik S. Residential treatment: Finding the appropriate level of care. *Residential Group Care Quarterly* 2005;6.
- Kools S, Kennedy C. Child sexual abuse treatment: misinterpretation and mismanagement of child sexual behavior. *Child Care Health Dev* 2002; 28:211-218.
- Blackman M, Eustace J, Chowdhury T. Adolescent residential treatment: a one to three year follow-up. *Can J Psychiatry* 1991; 36:472-479.
- Weiner A, Kupermintz H. Facing adulthood alone: The long-term impact of family break-up and infant institutions: A longitudinal study. *Br Soc Work* 2001; 31:213-234.
- Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatr* 1981; 46:305-315.
- Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2:132-136.
- Erol N, Savaşır I. Moudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi (19-23 Eylül, 1998, Ankara), Özet Kitabı, 1998, s.25, Ankara.
- Sanavio E, Vidotto G. Moudsley Obsessive Compulsive Questionnaire. *Behav Res Ther* 1985; 26:659-662.
- Spielberg CD. Preliminary manual of State-Trait Anxiety Inventory for Children. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 1973.
- Özusta Ş. Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanterinin uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji* 1995; 10:32-44.
- Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services Publication (ADM), 1976, p.218-222.
- Garbarin J, Gilliam G. *Understanding Abusive Families*. First ed., Lexington, Lexington Books, 1980.
- Dale N, Baker AJL, Anastasio E, Purcell J. Characteristics of children in residential treatment in New York State. *Child Welfare* 2007; 86:5-27.
- Svedin CG, Back C, Soëderback S. Family relations, family climate and sexual abuse. *Nord J Psychiatry* 2002; 56:355-362.
- 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.
- Cado S, Greenvald E. Childhood sexual abuse long-term effects on psychological and sexual functioning in a nonclinical and non-student sample of adult women. *Child Abuse Negl* 1990; 14:503-513.
- Lumley VA, Miltenberger RG. Sexual abuse prevention for persons with mental retardation. *Am J Ment Retard* 1997; 101:459-472.
- Friedman S, Harrison G. Sexual histories, attitudes and behavior of schizophrenia and 'normal' women. *Arch Sex Behav* 1984; 13:555-567.
- Quint EH. Gynecological health care for adolescents with developmental disabilities. *Adolesc Med* 1999; 10:221-229.
- Zito JM, Craig TJ, Wanderling J. Pharmacoepidemiology of 330 child/adolescent psychiatric patients. *J Pharmacoepidemiology* 1994; 3:47-62.
- Friedman MJ, Schnurr PP. The relationship between trauma, post-traumatic stress disorder, and physical health. MJ Friedman, DS Charney, AY Deutsch, (Eds.), *Neurobiological and Clinical Consequences*, Philadelphia (PA), Lippincott-Raven, 2000, p.507-524.
- 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.
- Curry JF. Future directions in residential treatment outcome research. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2004; 13:429-440.