

# ÇOCUKLUK CİNSEL İSTİSMARI: BİR OLGU NEDENİYLE TANI GÜÇLÜKLERİ

İfık Karakaya\*, Özden fi. Üneri\*\*, Ayfen Coflkun\*\*\*

## ÖZET

Çocukluk cinsel istismarı önemli bir yaşam olayıdır ve ciddi ruhsal sorunlara yol açmaktadır. Cinsel istismar olguları ile farklı hekim grupları karşı karşıya gelmektedir. İstismara uğramış çocuklar tanı koydurucu fiziksel ve ruhsal belirtilerle gelebileceği gibi, özgül olmayan yakınmalarla da gelebilmektedir. Çocukla çalışan hekimlerin bilgi alma ve koruma alanında eğitim almaları istismarın erken dönemde tanınmasını ve sekellerin azalmasını sağlayacaktır. Bu yazıda ilk başvurusundan dört yıl sonra cinsel istismara uğradığı saptanabilen bir olgu üzerinden tanı güçlükleri tartışılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Çocukluk cinsel istismarı, fiziksel ve ruhsal belirtiler, tanı

## SUMMARY: CHILDHOOD SEXUAL ABUSE: DIAGNOSTIC DIFFICULTIES ON A CASE

Childhood sexual abuse is an important and complex adverse life experience which leads to serious psychological and psychiatric outcomes. Victims of sexual abuse may come across physicians from different specialties. Abused children admit to physicians either with specific and diagnostic physical and mental symptoms or with non-specific symptoms. Education of physicians dealing with the children about evaluation of sexual abuse and about protection from sexual abuse will provide early recognition of abuse and decrease the long term complications. In this paper, diagnostic difficulties of sexual abuse is discussed based on a case in which sexual abuse were determined four years after admission.

**Key words:** Childhood sexual abuse, physical and psychiatric symptoms, diagnosis

## GİRİŞ

Çocukta cinsel istismar yüzyıllardır bilinen bir konudur. Bununla beraber son yıllarda çocukluk cinsel istismarında bir artış söz konusudur. 1998'de ABD'de çocuk ve ergenlerin binde 1.6'sının cinsel istismara uğradığı bildirilmiştir. Başka ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda da benzer oranlardan söz edilmektedir (Putnam 2003).

Ülkemizde Trakya Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada aile içi cinsel istismarın %1.4 oranında olduğu bulunmuştur (Koten ve ark 1996).

Cinsel istismar, gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ya da ergenin tam olarak anlayamadığı, bilgilendirilerek rıza gösterme yetisine sahip olmadığı, sosyal tabu ve aile rollerini çiğneyen bir cinsel aktivitede yer alması şeklinde tanımlanmıştır (Glaser 1991). Finkelhor ve Korbin (1988) ise daha geniş bir tanımlama getirmiştir. Bu çalışmacılara göre cinsel istismar, bir erişkin ve cinsel olarak olgunlaşmamış bir çocuk arasındaki, erişkinin cinsel arzularını yerine getirmek ama-

cıyla ve güç, tehdit ya da kandırma yolu ile gerçekleşen cinsel temastır. Bu eylem cinsel dokunma, erişkin ve çocuk arasında cinsel ilişki, çocukları pornografik amaçlı kullanma ya da görüntülere maruz bırakmayı içerir.

Cinsel istismara uğramış çocuklar tanı koydurucu fiziksel ve ruhsal belirtilerle gelebileceği gibi, özgül olmayan bazı yakınmalarla da hekimlere başvurabilmektedir. Cinsel istismara uğramış çocukların çoğunda fiziksel bir bulguya rastlanmamakla (Giardino ve Finkel 2005) birlikte, sık idrar yolu enfeksiyonları, enürezis, enkoprezis, rektal ya da vajinal zedelenme belirtileri, vajinit, göğüste, karında ve üst bacakta berelenmeler saptanabilmektedir. Bunların yanı sıra aniden ortaya çıkan ve tekrarlayan masturbasyon davranışı, gelişim dönemi ile uyumsuz cinsel konuşma ve davranışlar gibi cinsel istismarı düşündürülen belirtiler olabileceği gibi, anksiyete ve fobik belirtiler, uyku ve yeme bozuklukları, depresyon, özkiyim girişimi, somatizasyon, karşıt olma karşıt gelme davranışları, travma sonrası stres bozukluğu, fiziksel, sosyal ve zihinsel gelişim problemleri, sosyal içe çekilme ile kişiler arası ve yaşıt ilişkilerinde bozukluk gibi daha genel ruhsal sorunlar çalışmacılar tarafından bildirilmektedir (Putnam 2003, Özen ve Şener 1997, Leventhal 2000, Lahoti ve ark 2001).

\*Yrd. Doç. Dr., Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli.

\*\* Uzm. Dr., Başkent Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

\*\*\*Prof. Dr., Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli.

Cinsel istismarın en sık ortaya çıkış şekli çocuğun doğrudan söylemesidir (Smith ve Bentovim 1994). Çocuk tarafından dile getirilmediğinde ise hekimin tanı koyabilmesi için bunun olabilirliğinin farkında olması ve şüphelenilmesi önemlidir. Ayrıca cinsel istismarı sorgulayacak hekimin bu alanda bilgili ve deneyimli olması istismarın ortaya çıkarılmasını kolaylaştıracak bir etkidir (McClain ve ark 2000). Ancak mağdurların sıklıkla başka yakınmalarla farklı disiplinlerde çalışan hekimlere başvurması, ayrıntılı anamnez alınmaması, fizik muayenenin tam yapılmaması ve hekimin bilgi eksiklikleri gibi nedenlerle yanlış tanı konabilmekte ve cinsel istismar gözden kaçırılmaktadır.

Bu yazıda pediatri ve çocuk psikiyatrisi polikliniklerine başvuran, ancak ilk başvurusundan 4 yıl sonra cinsel istismara maruz kaldığı saptanan bir olgu üzerinden istismar olgularında yaşanan tanı güçlükleri tartışılmıştır.

## OLGU

12 yaşında bir kız çocuğu olan Z, ortaokul ikinci sınıf öğrencisidir. Anne, baba, onbeş, sekiz ve üç yaşlarındaki üç erkek kardeşi ile beraber oturmaktadır. Anneden alınan bilgilere göre; Z'nin gelişim basamaklarını zamanında tamamladığı, geçirdiği önemli bir hastalık, ameliyat, kaza olmadığı öğrenilmiştir. Z'nin annesi 38 yaşında, okur yazar, ev hanımıdır. Babası 46 yaşında, ortaokul mezunu, kamyonu şofördür.

Z ilk kez 8 yaşında iken pediatri polikliniğine kabızlık ve karın ağrısı şikayetleri ile başvuruda bulunmuştur. Yakınmaların 1-1.5 yıl önce başladığı, karın ağrısının künt bir ağrı olduğu ve bazen şiddetlendiği öğrenilmiştir. İdrar yaparken yanma ve kaşıntısının da olduğu, bir kez idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle tedavi gördüğü saptanmıştır. Dışkıında çizgi şeklinde kan görüldüğü bilgisi de alınan Z'nin fizik muayenesi genital ve anal bölge dışında eksiksiz tamamlanmış ve dosyasına kaydedilmiştir. Karın ağrısı etyolojisine yönelik çeşitli laboratuvar tetkikleri yapılmış ve herhangi bir patolojiye rastlanmamıştır. Ailenin tarif ettiği korkular nedeniyle Z, çocuk doktoru tarafından çocuk psikiyatrisi polikliniğine sevk edilmiştir. Z'nin 8 yaşında iken çocuk psikiyatrisi polikliniğinde yapılan değerlendirmesinde karın ağrısı şikayetleri ile benzer zamanda ortaya çıkan evde yalnız kalamama, hırsız gireceği korkusu, yalnız

uyuyamama, sık el yıkama, sık ve uzun banyo yapma gibi yoğun obsesif uğraşlar, kardeş kıskançlığı ve anne ile çatışmaları olduğu öğrenilmiştir. Tanı ve tedavi süreci devam ederken hasta ekonomik ve ailesel nedenleri öne sürerek takipten çıkmıştır.

12 yaşında yeniden çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastanın ilk değerlendirmeden yaklaşık 4 yıl sonra korkuları, uykuya dalmakta güçlük ve sinirlilik şikayetlerinin sürdüğü öğrenilmiştir. Z ilk başvurusundan sonra kısa bir süre için azalan yalnız kalamama ve eve hırsız gireceği korkusunun halen sürdüğünü, gece uykuya dalamadığını, içinden bir sesin sürekli olarak annesini ve kendisini bıçaklamasını söylediğini anlatmıştır. Aileden alınan bilgilere göre de yakınmaların bir süre için yatıştığı, ancak zaman içinde giderek şiddetlendiği öğrenilmiştir. Özellikle anneye ve kardeşlerine karşı çok sinirli ve tahammülsüz davranışları dikkat çekmiştir.

Aile öyküsünde babanın alkol ve sigara kullanımı dışında ailede önemli bir fiziksel ya da ruhsal hastalık öyküsü bulunmamaktadır. Annenin ailesi apartmanın diğer katlarında yaşamaktadır. Dayının evlenene kadar Z'nin ailesinin evinde kaldığı ve evlendikten sonra bir üst kata taşındığı öğrenilmiştir. Anne ve ailesi oldukça muhafazakar ve dini eğilimleri yüksek olarak değerlendirilmiştir. Baba sert ve otoriter özellikler taşımaktadır. Babanın alkol kullanımının anne ve ailesi ile sorunlara yol açtığı belirtilmiştir.

Z'nin ruhsal durum muayenesinde anksiyete düzeyinin yüksek olduğu, benlik saygısının düşük ve obsesif düşüncelerinin yoğun olduğu, anne ile çatışmalarının sürdüğü saptanmıştır. Hastaya Good-Enough bir insan resmi çiz testi yaptırıldığında 7 yaşında bir kız çocuğu çizerek aşağıdaki öyküyü anlatmıştır: "Eskiden küçük bir kız varmış, çok mutluymuş. Ama bir gün gelip ona o kötülüğü yapana dek. Bu kişi o kötülüğü ömrü boyunca Sare'ye yapmış ve hayatını zindan etmiş. Bu kişi ona tecavüz ediyor ve bu kişi onun dayısı. O da bunu kimseye söyleyemiyor ve sadece kendi biliyor. Sonra bir gün dayısı evleniyor. Tam bu kötülüğü annesine anlatacakken dayısının çocuğu olacağını anlıyor ve kimseye söyleyemiyor". Z'ye "bu öyküdekine benzer şeyler yaşayan birini tanıyor musun?" diye sorulduğunda kendisinin başından böyle bir şey geçtiğini, hatırlayabildiği kadarıyla 6 yaşından beridir o sırada 17 yaşında olan dayısının kendisine öpme, dokunma, anal

bölgesine sürtünme şeklinde cinsel tacizde bulunduğunu anlatmıştır. En son 1.5 yıl önce gerçekleşen tacizin aradan geçen yıllar boyunca bir çok kez tekrarlamış olduğunu anlatan Z, daha önce birlikte oturdukları dayısının evlenip evlerinin üst katına taşınması ile tacizlerin bittiğini eklemiştir. Yaşadıklarını dayısının "sana inanmazlar, söylersen seni öldürürüm" gibi tehditleri nedeniyle kimseyle paylaşamayan hasta, tüm bunların hayal mi gerçek mi olduğunu kendisine sorduğunu, ama her seferinde tacizin tekrarlamasıyla gerçek olduğunu anladığını ifade etmiştir.

Aile yapısı ve bütünlüğü, tacizin halen sürüyor olmaması ve Z'nin ruh sağlığı göz önüne alınarak bu konuda yalnızca annesine bilgi verilmesi konusunda hasta ile görüş birliğine varılmıştır. Anne ile yapılan görüşmeden sonra annenin işbirliği içinde olması sayesinde dayının evlerinin üst katından taşınması sağlanmıştır. Hastanın tedavisinde travma yaşantısı ve suçluluk duyguları ile çalışılmış, aile desteği sağlanmış ve Z aktivitelere katılımı konusunda cesaretlendirilmiştir. Takiplerde Z'nin belirtilerinin hızla gerilediği, anne ile aralarındaki ilişkinin daha nitelikli hale geldiği gözlenmiş ve görüşme sıklığı azaltılarak tedavi sonlandırılmıştır.

## TARTİFİMA

Çocuklarda cinsel istismar genellikle aile içinden birisi ya da yakın akrabalar tarafından gerçekleştirilmektedir (Putnam 2003). Bizim olgumuz da aynı evi paylaştıkları dayı tarafından yineleyici cinsel istismara maruz kalmıştır.

Cinsel istismarın tanınmasında fizik muayene önemli bir rol almaktadır, ancak tek başına nadiren tanı koydurucudur (Giardino ve Finkel 2005). Bu nedenle ayrıntılı anamnez almak oldukça önemlidir. Karın ağrısı gibi çocukluk döneminde sık görülen bir yakınma ile başvuran bu olgu farklı hastalıklar açısından ayrıntılı değerlendirilmiştir. Ancak cinsel istismara özgü herhangi bir bilgi sunulmaması ve fiziksel belirti taşımaması da hekimin tanı atlamasına neden olmuş olabilir.

Öte yandan hastanın eşlik eden ruhsal belirtileri çocuk doktoru tarafından farkedilmiş ve çocuk psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilmiştir. İstismar edilen çocukların ruhsal bozukluklar açısından büyük bir risk taşıdığı bilinmektedir. Ancak belirtilerin ortaya çıkışının istismarla ilişkisi açık değildir. Bu nedenle değişik ruhsal belirtilerle

gelen çocuk ve ergenlerde başka stresör bulunmıyorsa istismar akla gelmeli ve bu alanda bilgi toplanmalıdır (Dulcan 1998).

Cinsel istismara bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülen ruhsal belirtilerle istismar arasında basit bir sebep sonuç ilişkisi kurmak da oldukça güçtür. İlk psikiyatrik değerlendirilmesinde uyku bozukluğu, korkular ve obsesif belirtiler gibi çevurum davranışları tarif eden hastada cinsel istismara özgü bir belirtinin olmaması ve değerlendirmelerin aile tarafından kesilmesi nedeniyle altta yatan neden gözden kaçırılmıştır.

İstismara uğrayan çocuklar genellikle yaşadıklarını birine anlatmakta zorluk çekmektedirler. Eğer birine yaşadıklarını aktarmaya karar verirlerse de ebeveynleri, başka bir çocuk ya da güvenilen bir erişkinle paylaşmaktadırlar. Bazen de kendi yaşantılarını bir başkası üzerinden anlattıkları izlenmektedir (Taneli ve ark 1999). Yazında küçük yaştaki çocuklarda cinsel istismarın tanınabilmesinde hekimle kurulan güven ilişkisinin de önemi üzerinde durulmaktadır (AACAP 1997). Z ilk başvurusunun üzerinden dört yıl geçmesine rağmen kendi isteği ile tekrar çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvurmuştur. İlk hekimiyile kurduğu güven ilişkisi Z'nin yardım arayışını kolaylaştırmış olabilir. Olgumuz ikinci başvurusunda benzer şekilde çevurum davranışları tariflemiş, yaşadığı tacizi resim yolu ile ifade etmiş ve daha sonrasında hekimiyile paylaşmıştır.

Cinsel istismara uğradığı ortaya çıkan hastanın tedavisinde çocuğu korumak, tüm aile üyelerini tedavi içine katmaya çalışmak ve ailesel güçleri devreye sokmak amaçlanmıştır. Tedavi sürecinde travma yaşantısı yüzeye çıkmış ve istismara yönelik duygusal ve bilişsel tepkileri üzerinde çalışılmıştır. Aynı zamanda çocuğun ego kapasitesinin artırılması ve kendini rahatlatabilmesi için sosyal aktivitelere yönlendirilmiştir.

İlk başvurusunda cinsel istismar tanısı atlanan bu olgu çocuklarda cinsel istismarın kolay atlanabilirliği, başvuru yakınmalarının çeşitliliği, fizik muayenenin eksiksiz yapılmasının ve birimler arası işbirliğinin öneminin vurgulanması nedeniyle seçilmiştir.

Çocukla çalışan hekimlerin bilgi alma ve koruma alanında eğitim almaları istismarın erken dönemde tanınmasını ve sekellerinin azalmasını sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

American Academy of Child And Adolescent Psychiatry-AACAP (1997) *Practice Parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. J Am Acad Child Adoles Psychiatry* 36: 10, supp.

Dulcan M ve Martini DR (1998) *Sexual abuse and rape. Child and Adolescent Psychiatry, second edition içinde, Dulcan MK (ed) American Psychiatric Press, Washington, s:207-210.*

Finkelhor D, Korbin J (1988) *Child abuse as an international issue. Child Abuse Negl* 12:3-23.

Giardino AP, Finkel MA (2005) *Evaluating child sexual abuse. Pediatr Ann* 34:382-394.

Glaser D (1991) *Treatment issues in child sexual abuse. Br J Psychiatry* 159:769-782.

Koten Y, Tuğlu C, Abay E (1996) *Üniversite öğrencileri arasında ensest bildirim. XXXII. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri kitabı, GATA, Ankara.*

Lahoti SL, McClain N, Girardet R ve ark (2001) *Evaluating the child for sexual abuse. Am Fam Physician* 63:883-892.

Leventhal JM (2000) *Sexual abuse of children: continuing challenges for the new millenium. Acta Paediatr* 89:268-271.

McClain N, Girardet R, Lahoti S ve ark. (2000) *Evaluation of sexual abuse in the pediatric patient. J Pediatr Health Care* 14:93-102.

Özen NE, Şener Ş (1997) *Çocuk ve ergenlerde cinsel istismar. Ergenlikte Ruhsal Sorunlara Yaklaşım-II içinde, Çelikkol A (ed), s:473-492.*

Putnam FW (2003) *Ten-year research update review. Child sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42:269-278.

Smith M, Bentovim A (1994) *Sexual abuse. Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches 3. baskı içinde. Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed), Blackwell Science, s:230-251.*

Taneli S, Albayrak EC, Sivrioğlu EY (1999) *Küçük çocuğun cinsel tacizi ve tanı zorlukları. Ben hasta değilim. Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü içinde. Ekşi A (ed) Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s:531-541.*