

SAĞLIKLI VE ÇOCUK RUH SAĞLIĞI KLİNİĞİNE BAŞVURAN ÇOCUKLARDA DEPRESYON VE KAYGI İLİŞKİSİ

Belma Öy*, Nuray Başoğlu**, Münire Türkmen**
Nuray Yılmaz**, Ayhan Ekmekçi**

ÖZET

Çalışmanın amacı sağlıklı çocuklar ve psikiyatriye başvuran hastalarda depresyon ve kaygı ilişkisini incelemektir. Bu amaçla Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümüne çeşitli ruhsal sorunlarla başvuran 77 hastaya ve 180 dördüncü-sekizinci sınıf öğrencisine Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Çocuklar için Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri uygulanmıştır. Her iki grupta depresyonla hem durumluk, hem de sürekli kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif korelasyon saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda depresyon ve kaygının ilişkili olduğu, depresyon yönünde artışın kaygı yönünde artışla paralellik gösterdiği kanısına varılmıştır.
Anahtar sözcükler : Depresyon, kaygı, çocukluk

SUMMARY : THE RELATIONSHIP OF DEPRESSION AND ANXIETY AMONG NORMAL AND PSYCHIATRIC OUT PATIENT CHILDREN

The purpose of the study is to investigate the relationship of depression and anxiety among child psychiatric patients and students. For this purpose Children's Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory for Children are applied to 77 child psychiatric patients and 180 fourth to eighth-grade students. In both groups, statistically significant positive correlations have been found between depression and state-trait anxiety. It is concluded that depression and anxiety are closely related phenomena and an increase in depressive symptoms parallels an increase in anxiety symptoms.

Key words : Depression, anxiety, childhood

Erişkin psikiyatrisinde, depresyon ve kaygı bozukluklarının eş zamanlı görülmesiyle (komorbidite) ilgili tartışmalar uzun şüredir yapılırken, çocuk ve ergen psikiyatrisinde son on yıla kadar bu konu üzerinde pek durulmamıştır (Stavrakaki ve Vargo 1986). 1960'lı yıllarda kaygının, çocukluk depresyonunun yaşa bağlı bir özelliği olduğu, ayrı bir bozukluk olmadığı kabul edilmiştir (Toolan 1962). Yine bu yıllarda kaygı belirtileri olan depresyon için "fobik depresyon" tanısı ortaya atılmıştır (Frommer 1968). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırması olan DSM III'te (APA 1980) çocukluk döneminde görülen kaygı bozukluklarının yer almasıyla, bu konuda çalışmalar yoğunluk kazanmıştır.

Hem toplum taramalarında, hem klinik çalışmalarda çocuk ve ergenlerde depresyon ile kaygı bozukluğunun sıklıkla birlikte görüldüğü gözlenmiştir. İki geniş epidemiyolojik çalışmada kaygı bozukluğu olan çocukların % 17'sinde (Anderson ve ark. 1987), ergenlerin %12'sinde (Mc Gee ve ark. 1990) major depresyon sap-

tanmıştır. Daha küçük bir çalışmada kaygı bozukluğu ile depresyonun komorbiditesi %37 bulunmuştur (Keller ve ark. 1992). Klinik çalışmalarda kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergen hastaların %30-80'inde depresyon gözlenmiştir (Bernstein 1991, Bernstein ve Garfinkel 1986, Kolvin ve ark. 1984, Last ve ark. 1987a, 1987b, Strauss ve ark. 1988a). Benzer şekilde depresif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin % 35-85'inde ayrılık kaygısı başta olmak üzere, kaygı bozukluklarının depresyona eşlik ettiği görülmüştür (Geller ve ark. 1985, Kashani ve ark. 1987, Kovacs ve ark. 1984, 1989, Mitchell ve ark. 1988, Ryan ve ark. 1987).

Hangi bozukluğun önce başladığını inceleyen birkaç çalışmada, çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Geller ve arkadaşları (1985) major depresyonu olan hastaların % 80'inde ayrılık kaygısı bozukluğunun depresyondan sonra başladığını, Kovacs ve arkadaşları (1989) ile Reinherz ve arkadaşları (1993) kaygı bozukluğunun depresyondan önce başladığını saptamışlardır.

Depresyon ve kaygının farklı bozukluklar mı, yoksa aynı bozukluğun farklı yönleri mi olduğu konusu henüz tartışmalıdır. Genel olarak her

* Uzm. Dr., Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Kl, Ankara.

** Psk. Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Kl, Ankara.

iki bozukluğun belirtileri, başlangıç yaşı, süreci, tedaviye yanıtı ve prognozu ile birbirinden farklı iki ayrı bozukluk olduğu kabul edilmekle birlikte (Anderson ve ark. 1987, Kashani ve ark. 1987, Last ve ark. 1987a, 1987b, Stavrakaki ve ark. 1987), aynı psikopatolojinin değişik yönleri olduğunu öne sürenler de (Bernstein 1991, Kovacs ve ark. 1989) bulunmaktadır. Farklı ya da aynı psikopatoloji olsun, tüm araştırmacıların ortak görüşü depresyon ve kaygının yakından ilişkili olduğudur (Anderson ve ark. 1987, Bernstein 1991, Kashani ve ark. 1987, Kashani ve Orvaschel 1988, Keller ve ark. 1992, Last ve ark. 1987a, 1987b, Mc Gee ve ark. 1990, Strauss ve ark. 1988a, Stavrakaki ve ark. 1987).

Bu çalışmada çocuk psikiyatrisine başvuran hastalar ve öğrencilerde depresyon ve kaygı ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

ARAÇ VE YÖNTEM

Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümüne çeşitli ruhsal sorunlarla ardarda başvuran, zihinsel özürlü ve psikotik olmayan, 4-8. sınıflarda okuyan 77 hasta ve hastaneye başvuran hasta nüfusunu temsil ettiği düşünüldüğü için hastaneye yakın bir ilkokul ile ortaokulun 4-8. sınıflarında okuyan 180 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır.

Çalışmada kullanılan ölçekler :

1. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) : Kovacs (1981) tarafından geliştirilen, 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen, 27 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmış ve patoloji kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır.

2. Çocuklar için Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) : Spielberger (1973) tarafından geliştirilen, durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen yirmişer maddelik iki alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta (1993) tarafından yapılmıştır. Her ne kadar ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 9-12 yaş çocuklarında yapıldıysa da, 12 yaşından büyük çocukların erişkin kaygı ölçeğini anlamakta güçlük çekmeleri nedeniyle 17 yaşa kadar kullanılmaktadır (Hoehn-Saric ve ark. 1987, Strauss ve ark. 1988a, 1988b).

Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS/PC paket programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Hastaların %58'i kız, % 42'si erkektir. %51'i ilkokul, % 49'u ortaokul öğrencisidir. Yaş ortalaması 11'dir.

Öğrencilerin %49'u kız, %51'i erkektir. % 37'si ilkokul, % 63'ü ortaokul öğrencisidir. Yaş ortalaması 12'dir.

Deneklerin depresyon ve kaygı ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo I'de görülmektedir.

Tablo I: Depresyon ve Kaygı Puan Ortalamaları ve t Değerleri

Ölçek	Hasta		Öğrenci		t
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	
ÇDÖ	13.05	6.98	10.82	6.26	2.42*
ÇDKE	33.44	7.11	30.97	7.31	2.51*
ÇSKE	37.94	7.38	36.51	6.95	1.48

*p < 0.05

Tablo I incelendiğinde, hastaların depresyon ve durumluk kaygı puan ortalamasının öğrencilerden yüksek olduğu, sürekli kaygı açısından hasta ve öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir.

Deneklerde depresyon ile hem durumluk hem sürekli kaygı arasında istatistiksel olarak önemli pozitif korelasyon saptanmıştır (Tablo II). Hastalarda en yüksek korelasyon depresyon ile sürekli kaygı arasında, öğrencilerde depresyon ile durumluk kaygı arasındadır.

Tablo II: Deneklerde Depresyon ve Kaygı Korelasyonları

Ölçek	Hasta		Öğrenci		
	ÇDÖ	ÇDKE	ÇDKE	ÇDÖ	ÇDKE
ÇDÖ	0.5602*	0.6562	0.6928*	0.5150*	
ÇDKE		0.4904*			0.5284*
ÇSKE					

*p < 0.001

Çocuklar için Depresyon Ölçeği'nin kesim noktasına göre patolojik düzeyde depresif belirti gösteren hasta ve öğrencilerin hem durumluk hem sürekli kaygıları, göstermeyenlerden yüksektir (Tablo III ve Tablo IV).

Tablo III: Patolojik Düzeyde Depresif Belirti Gösteren ve Göstermeyen Hastaların Puan Ortalamaları ve t Değerleri

Ölçek	Depresif Grup		Depresif Olmayan Grup		t
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	
ÇDÖ	23.41	3.22	10.12	4.49	11.38*
ÇDKE	40.88	8.10	31.33	5.19	5.86*
ÇSKE	45.94	5.85	35.67	6.10	6.18*

*p < 0.001

Tablo IV: Patolojik Düzeyde Depresif Belirti Gösteren ve Göstermeyen Öğrencilerin Puan Ortalamaları ve t Değerleri

Ölçek	Depresif Grup		Depresif Olmayan Grup		t
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	
ÇDÖ	24.25	5.49	9.14	3.88	15.60*
ÇDKE	42.15	8.11	29.57	5.88	8.62*
ÇSKE	44.25	8.18	35.54	6.16	5.73*

*p < 0.001

Kaygı ölçeği için henüz patoloji kesim noktası belli olmamakla birlikte, patolojik düzeyde kaygı belirtisi gösteren ve göstermeyen deneklerin depresyon puanlarını inceleyebilmek amacıyla, öğrencilerin puan ortalamasının 1.5 standard sapma üstü, patolojik düzeyde kaygıyı yansıtabileceği düşünülerek kesim noktası olarak alınmıştır.

Patolojik düzeyde durumluk kaygı belirtisi gösteren deneklerin depresyon puan ortalaması, göstermeyen deneklerden yüksektir (Tablo V).

Tablo V: Patolojik Düzeyde Durumluk Kaygı Gösteren ve Göstermeyen Deneklerin Depresyon Puan Ortalamaları ve t Değerleri

Denek	ÇDKE > 42 Puan		ÇDKE < 42 Puan		t
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	
Hasta	19.46	6.66	11.75	6.34	3.97*
Öğrenci	23.06	7.81	9.63	4.62	6.77*

*p < 0.001

Benzer şekilde patolojik düzeyde sürekli kaygı gösteren deneklerin depresyon puan ortalaması, göstermeyenlerden yüksektir (Tablo VI).

Tablo VI: Patolojik Düzeyde Sürekli Kaygı Gösteren ve Göstermeyen Deneklerin Depresyon Puan Ortalamaları ve t Değerleri

Denek	ÇDKE > 47 Puan		ÇDKE < 47 Puan		t
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	
Hasta	21.80	4.73	11.75	6.30	4.84*
Öğrenci	19.84	8.19	9.76	5.06	5.25*

*p < 0.001

Hastaların DSM III-R (1987) tanılarına göre ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları Tablo VII'de görülmektedir.

Tablo VII: Tanı Gruplarına göre Depresyon ve Kaygı Puan Ortalamaları ve t değerleri

Denek	ÇDÖ		ÇDKE		ÇSKE	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Dışa atım Boz. (s = 22)	11.27	6.80	32.00	6.28	35.18	6.28
Yıkıcı Dav. Boz. (s = 9)	17.00	8.29	36.00	7.26	42.56	8.92
Somatoform Boz. (s = 16)	13.88	6.50	33.19	8.56	39.25	7.71
Kaygı Boz. (s = 9)	11.00	5.07	33.89	6.79	37.11	6.23
Depresif Boz. (s = 3)	25.00	2.00	44.00	8.72	44.00	6.25
Tik Boz. (s = 4)	11.50	2.89	28.75	2.75	38.25	0.50
Konuşma Boz. (s = 6)	8.17	3.97	32.83	2.04	35.00	5.90
Diğer (s = 8)	14.13	7.34	33.38	7.56	38.38	9.77

Depresyon ve kaygı ölçeklerinden alınan puanların tanı gruplarına göre tek yönlü varyans analizinde, gruplar arasında durumluk ve sürekli kaygı açısından fark bulunmamış ($F_{DKÖ} = 1.584$ p > 0.05, $F_{SKÖ} = 1.530$ p > 0.05), depresyon açısından bulunmuştur ($F_{CDÖ} = 2.938$ p < 0.01). Farkın kaynağı Tukey HSD testi ile araştırıldığında, depresif grubun depresyon puanının dışa atım bozukluğu, kaygı bozukluğu ve konuşma bozukluğu gruplarından yüksek

olduğu görülmüştür. Depresif grubun kaygı puanları da, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte diğer gruplardan yüksektir. Kaygı bozukluğu grubunun ise her üç ölçekten aldıkları puanların oldukça düşük olduğu dikkat çekicidir.

TARTIŞMA

Hasta ve öğrencilerde depresyon ile durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Her iki grupta depresyon ölçeğinin kesim noktasına göre patolojik düzeyde depresif belirti gösterenlerin durumluk ve sürekli kaygı puanları, göstermeyenlerden yüksektir. Kaygı ölçeği için henüz patoloji kesim noktaları belirlenmemiş olmakla birlikte, öğrencilerin ortalamalarının 1.5 standart sapma üstünün kesim noktasını yansıtabileceği düşünülmüştür. Bu puanlara göre incelendiğinde, patolojik düzeyde durumluk ve sürekli kaygı gösteren deneklerin depresyon puanı, göstermeyenlerden yüksektir. Bu bulgular kaygı ile depresyonun yakından ilişkili olduğunu doğrular durumdadır. Kaygı yönündeki artış depresyon yönündeki artışa, depresyon yönünde artış ise kaygı yönünde artışa paralellik göstermektedir. Çalışmanın sonuçları yurt dışı çalışmalarla uyumludur (Anderson ve ark. 1987, Bernstein 1991, Kashani ve Orvaschel 1988, Keller ve ark. 1992, Last ve ark. 1987a, 1987b, Mc Gee ve ark. 1990, Mitchell ve ark. 1988, Stavrakaki ve ark. 1987, Strauss ve ark. 1988a, Ryan ve ark. 1987).

Yurtdışı çalışmalarda, depresyon ve kaygının eş zamanlı görüldüğü hastalarda hem depresyon hem de kaygı belirtilerini, yalnızca kaygı ya da depresif bozukluğu olan hastalardan daha ağır olduğu gösterilmiştir (Bernstein 1991, Mitchell ve ark. 1988, Strauss ve ark. 1988a). Bir başka bulgu da, depresif çocuklarda kaygı belirtilerinin sık olduğu ancak kaygı bozukluğu olan çocuklarda depresif belirtilerin seyrek görüldüğüdür (Bernstein ve Garfinkel 1986, Herschberg ve ark. 1982, Stavrakaki ve ark. 1987).

Hasta grubunun tanlarına göre depresyon ve kaygı puanları incelendiğinde (Tablo VII), depresif bozukluk grubunun hem depresyon hem kaygı puanlarının yüksek olduğu, kaygı bozukluğu grubunun ise düşük olduğu görülmektedir. Bu bulgu dikkat çekici olmakla birlikte, her iki gruptaki denek sayısının yetersiz oluşu nedeniyle, bir sonuca varmak olası değildir.

Hastaların durumluk kaygı ve depresyon puanları öğrencilerden yüksek bulunmuştur. Çocuklarda depresyonu inceleyen önceki bir çalışmada (Öy 1990) hastalarla öğrenciler arasında depresyon açısından bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu ilk çalışmada denek sayısının daha küçük ($s = 50$) oluşundan veya hastaların ruhsal sorunlarının daha hafif olmasından kaynaklanmış olabilir. Durumluk kaygının hastalarda yüksek oluşu psikopatolojiye bağlı olabileceği gibi, ruhsal sorunlar nedeniyle hastaneye başvurmuş olmanın durumluk kaygıyı arttırmasına bağlı olabilir. Öğrencilerde düşük çıkması, kaygı düzeylerinin daha düşük olmasından veya alıştıkları sınıfta ortamında ölçeği doldurmalarından kaynaklanabilir.

Sürekli kaygının hastalarda, öğrencilerden yüksek çıkması beklenirken istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaması şaşırtıcıdır. Yurtdışı çalışmalarda hem toplum taramalarında (Anderson ve ark. 1987, Kashani ve Orvaschel 1988, 1990, Kashani ve ark. 1987, 1989, Mc Gee ve ark. 1990) hem klinik çalışmalarda (Last ve ark. 1987a, 1987b) en sık rastlanan tanının kaygı bozukluğu olduğu belirtilmektedir. Ayrıca kaygı bozukluğu düzeyine varmayan kaygı belirtilerinin öğrencilerde sık görüldüğü bildirilmektedir. (Bell-Dolan ve ark. 1990).

Bu çalışmada sağlıklı öğrencilerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalaması, yurtdışı çalışmalardaki kaygı bozukluğu olan hastalar için verilen ortalamalara benzerlik göstermektedir (Beidel 1991, Beidel ve Turner 1988, Bell-Dolan ve ark. 1990, Strauss ve ark. 1988a).

Depresyon, durumluk kaygı ve sürekli kaygının cinsiyet ve okul değişkenine göre farkı hem öğrencilerde hem hastalarda araştırılmış, ayrıca bu iki değişken açısından hasta ve öğrenci grubu karşılaştırılmıştır. Ancak bu bulgular araştırma kapsamını genişleteceği ve araştırmanın amacıyla doğrudan ilgili olmadığı düşünüldüğü için, başka bir çalışmada ele alınması uygun görülmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın sonucu hem hastalarda hem sağlıklı öğrencilerde kaygı ile depresyonun yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Her iki grupta da depresyon yönünde artış durumluk ve sürekli kaygı yönünde artışla, durumluk ve sürekli kaygı yönündeki artışlar ise depresyon yönünde artışla paralel gitmektedir.

Araştırmanın önemli bir bulgusu da elde edilen verilerin sağlıklı öğrencilerde kaygı belirtilerinin sık olabileceğini düşündürmesidir.

Çocuklarda kaygı bozuklukları ve kaygı ile depresyon ilişkisi henüz ülkemizde yeterince araştırılmamış konulardır.

Hafif düzeyde kaygı ve depresyon belirtileri çoğu zaman geçici ve gelişim dönemine bağlı olabilir, bozukluk düzeyine varan belirtiler çocuğun okul başarısını düşürebilir, sosyal ilişkilerini bozabilir ve günlük yaşantısını önemli ölçüde aksatabilir. Bu nedenle hem toplumda hem kliniklerde depresyon ve kaygı ilişkisinin ve depresyon ile kaygı belirtilerinin dağılımının daha geniş kapsamlı çalışmalarda incelenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised)*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Anderson JC, Williams S, Mc Gee R, Silva PA (1987) DSM-III disorders in preadolescent children. *Arch Gen Psychiatry*, 44 : 69-76.
- Beidel DC, Turner SM (1988) Comorbidity of test anxiety and other anxiety disorders in children. *J Abnorm Child Psychol*, 16 : 275-287.
- Beidel DC (1991) Social phobia and overious disorder in school-age children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30 : 545-552.
- Bell-Dolan DJ, Last CG, Strauss CC (1990) Symptoms of anxiety disorders in normal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29 : 759-765.
- Bernstein GA, Garfinkel BD (1986) School phobia : The overlap of affective and anxiety disorders. *J Am Acad Child Psychiatry*, 25 : 235-241.
- Bernstein GA (1991) Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinical sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30 : 43-50.
- Frommer EA (1968) Depressive illness in childhood. *Br J Psychiatry*, 2 : 117-136.
- Geller B, Chestnut EC, Miller MD ve ark. (1985) Preliminary data on DSM-III associated features of major depressive disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 142 : 643-644.
- Herschberg SC, Carlson GA, Cantwell DP, Stober M (1982) Anxiety and depressive disorders in psychiatrically disturbed children. *J Clin Psychiatry*, 43 : 358-361.
- Hoehn-Saric E, Maisami M, Wiegard D(1987) Measurement of anxiety in children and adolescents using semistructured interviews. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 26 : 541-545.
- Kashani JH, Carlson GA, Beck NC ve ark. (1987) Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry*, 144 : 931-934.
- Kashani JH, Orvaschel H(1988) Anxiety disorders in mid-adolescence : A community sample. *Am J Psychiatry*, 145 : 960-964.

- Kashani JH, Orvaschel H, Rosenberg TK, Reid JC (1989) Psychopathology in a community sample of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28 : 701-706.
- Kashani JH, Orvaschel H(1990) A community study of anxiety in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 147 : 313-318.
- Keller MB, Lavori PW, Wunder J ve ark. (1992) Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31 : 595-599.
- Kolwin I, Berney TP, Bhate SR (1984) Classification and diagnosis of depression in school phobia. *Br J Psychiatry*, 145 : 347-357.
- Kovacs M(1981) Rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46 : 305-315.
- Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak MA ve ark. (1984) Depressive disorders in childhood I.A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry*, 41 : 229-237.
- Kovacs M, Gatsonis C, Paulauskas SL, Richards C(1989) Depressive disorders in childhood IV.A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 46 : 776-782.
- Last CG, Francis G, Harsen M ve ark. (1987a) Separation anxiety and school phobia. *Am J Psychiatry*, 144 : 653-657.
- Last CG, Strauss CC, Francis G(1987b) Comorbidity among childhood anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis*, 175 : 726-730.
- Mc Cee R, Feehan M, Williams S ve ark. (1990) DSM III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29 : 611-619.
- Mitchell J, Mc Canley E, Burke PM, Mass SJ (1988) Phenomenology of depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27 : 12-20.
- Öy B(1990) Çocuklar için Depresyon Ölçeği'nin Öğrenciler ve Çocuk Ruh Sağlığı Kliniğine Başvuran Çocuklarda Uygulanması. Basılmamış Uzmanlık Tezi. HÜTF, Ankara.
- Öy B(1991) Çocuklar için Depresyon Ölçeği : Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2 : 132-136.
- Özusta Ş (1993) Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. H.Ü. Sosyal Bilimler Enst. Ankara.
- Reinherz HZ, Giaconia RM, Pakiz B ve ark. (1993) Psychosocial risks for major depression in late adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32 : 1155-1163.
- Ryan ND, Puig-Antich J, Ambronisi P ve ark. (1987) The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 44 : 854-861.
- Spielberger CD (1973) *Preliminary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.
- Stavarakaki C, Vargo B(1986) The relationship of anxiety and depression. *Br J Psychiatry*, 149 : 7-16.
- Stavarakaki C, Vargo B, Boodoosingh L, Roberts N (1987) The relationship between anxiety and depression in children : Rating scales and clinical variables. *Can J Psychiatry*, 32 : 433-439.
- Strauss CC, Last CG, Hersen M, Kazdin AE(1988a) Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. *J Abnorm Child Psychol*, 16 : 57-68.
- Strauss CC, Lease CA, Last CG, Francis G(1988b) Overanxious disorder : An examination of developmental differences. *J Abnorm Child Psychol*, 16 : 433-443.
- Toolan JM (1962) Depression in children and adolescents. *Am J Orthopsychiatry*, 32 : 404-415.

ERGENLERDE AİLE İÇİ CİNSEL TACİZ

Saynur Canat*

ÖZET

Cinsel taciz, yetişkin bir kimsenin cinsel arzuları ve gereksinimi için çocuğu veya ergeni, cinsel bir nesne olarak kullanması olarak tanımlanabilir. Cinsel taciz, çocukta duygusal ve kognitif bozukluklara neden olur, gelişimi bozar. Bu yazıda, cinsel tacize uğradığını belirten yedi olgunun öyküsü özetlenmiş, gösterdikleri ortak noktalar, literatür ışığında değerlendirilmiştir. Cinsel taciz kurbanı pek çok olgu psikiyatrik yardım için başvuruda bulunsa bile, cinsel tacizi açıklamaktan kaçınmaktadır. Bu yazıda, cinsel taciz şüphesi olan olgularda üzerinde durulması gereken noktaların vurgulanması amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler : Ergen, cinsel taciz, ensest

SUMMARY : SEXUAL ABUSE OF ADOLESCENTS IN THE FAMILY

Child and adolescent sexual abuse may be defined as the use of a child as an object of gratification for adult sexual needs and desires. This is a sexual act imposed on a child who lacks emotional, maturational and cognitive development. In this article case histories of seven adolescent girls who reported sexual abuse have been summarized and their common characteristics are discussed according to the literature. It is possible to say that in most cases sexual abuse remains as secret, even victim has attempted to find psychiatric help. The aim of this article is to emphasize the points to be investigated in questionable cases.

Key words : Adolescent, sexual abuse, incest

GİRİŞ

Çocuklarda ve ergenlerde cinsel taciz, yetişkin bir kimsenin cinsel arzuları ve gereksinimleri için çocuğu veya ergeni bir nesne olarak kullanması şeklinde tanımlanmaktadır. Ensest ise aile üyelerinden birisinin cinsel amaçlarla çocuktan veya ergenden yararlanması anlamına gelmektedir. Kızlar, cinsel tacizle erkeklere göre 5 defa daha fazla karşılaşmaktadırlar (Johnson, 1990). Tacize yönelik cinsel eylemler teşhirden cinsel ilişkiye kadar uzanan bir yelpaze oluşturmaktadır. Ailede cinsel taciz (ensest) her ne kadar bir cinsel sorun, cinsel sapma olarak ele alınıyorsa da yazarlar, bu eylemde cinselliğin dışındaki gereksinimlerin, özellikle de hükmetme ve kontrol gereksiniminin rol oynadığını kabul etmektedirler (Green 1991, Sgroi 1985).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ergen Bölümüne başvurularında cinsel taciz öyküsü, olguların tümünde aile içi cinsel taciz olarak bildirilmiştir. Bu olguların tümü kız olup, kayıtlarına ulaşılabilen yedi olgunun öyküleri kısaca özetlenecek ve ortak özellikler açısından ele alınarak tartışılacaktır.

* Prof. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Ergen Bl. Ankara

OLGU ÖZETLERİ

OLGU I

1978 yılında başvuran E.S. 22 yaşında olup, yüksek öğrenim görmekteydi. Aşırı sinirlilik, herşeyden korkma, yetersizlik duyguları ve bayılma nöbetleri şeklinde yakınmaları nedeniyle dissosiyatif bozukluk (histeri) tanısı aldı ve kendi isteğiyle beş ay süreyle yatırılarak nöroz servisinde tedavi edildi. Taburculuğundan sonra da bireysel psikoterapiye devam edildi.

E.S. dört çocuklu bir ailenin ilk çocuğu olup, iki kız ve bir erkek kardeşi vardı. İki yaşında merdivenden düşmüş ve başından ciddi bir şekilde yaralanmıştı. Kafatasında çökme kırığı meydana gelmiş, sol kol ve bacakta hemiparezi gelişmişti. Bu nedenle sol taraf ekstremitelerini yeterince kullanamıyordu.

14-15 yaşlarındayken, kendileriyle birlikte yaşayan bekar amca geceleri kız kardeşleriyle beraber yattıkları odaya gelmeye başlamıştı. Geceleri uykudan amcanın dokunuşları ile uyanıyorlardı. Bir süre sonra bu durumu anne-babaya açıklamışlardı. Anne esasen baştan beri ilişkilerinin kötü olduğu eşine ve onun ailesine daha fazla düşman olmuştu. Sürekli olarak bu konuyu gündeme getiriyor, üzerinden altı-yedi yıl geçmiş olmasına karşın her fırsatta bu konu-

dan söz ediyordu. Baba ise bu olayı hiçbir şekilde kabul etmemişti ve gerçek olmadığına inanıyordu. Olayın açıklanmasından sonra amca evden uzaklaşmıştı.

E. S. başlangıçta cinsel taciz olayından suçluluk ve utanç duyguları ile söz ederken, zamanla amcaya çok yoğun bir öfke ve nefret duymaya başladı.

OLGU II

1986 yılında başvuran S.S. 18 yaşındaydı ve açık öğretim'e devam ediyordu.

Baş ağrısı, isteksizlik, hiç bir şeyden zevk alamama ve tekrarlayan intihar girişimleri nedeniyle başvurdu. Zaman zaman bayılma nöbetleri oluyordu. Depresyon tanısıyla bireysel psikoterapi ve medikal tedavi başlandı.

Hasta sekiz çocuklu bir ailenin üçüncü çocuğuydu ve iki erkek ve beş kız kardeşi vardı. Baba gerek anneye gerekse çocuklara son derece kötü davranıyordu. İki yıl öncesine kadar babası tarafından dövülmüştü.

1987 yılında yakınmalarında düzelme meydana geldi, bir işte çalışmaya başladı. Babasından kaynaklanan korkuları azaldı. Daha bağımsız davranmaya başladı ve tedaviye son verildi.

Bir ay sonra anne kendi yakınmaları nedeniyle başvurdu. İlk görüşmede babanın S.S. de dahil olmak üzere üç kızına cinsel tacizde bulunduğunu dile getirdi. Cinsel taciz genellikle aile bir aradayken, çocukları sevmek bahanesiyle cinsel organlarına dokunmak şeklinde oluyordu.

OLGU III

1988 yılında başvuran S.Y. 15 yaşında olup ortaokul son sınıfta okumaktaydı. Sosyoekonomik ve kültürel düzeyi düşük bir ailenin üçüncü çocuğuydu. İki ağabeyi ve bir kız kardeşi vardı.

Sinirlilik, titreme, aşırı saldırganlık ve ölme isteği şeklindeki yakınmalarla başvurdu. Aynı zamanda korkulu rüyalar görüyordu. Anksiyete tanısı alan hastaya medikal tedavi ve psikoterapi başlandı.

Annesi akıl hastasıydı ve kendisini çocukluğundan beri dövmeekteydi. 9-10 yaşlarında böyle bir dayak olayından sonra ası yoluyla intihar girişiminde bulunmuş, çocuk psikiyatrisinde ayaktan tedaviye alınmış, fakat babası

engel olduğu için tedaviye devam edememişti.

Tedavinin ikinci ayında bir tartışmadan sonra ağabeyinin kendisini dövdüğünü dile getirdi ve bu görüşmeden sonra bir daha gelmedi. 1993 yılında tekrar baş vuran hasta gerek kendisinin gerekse kız kardeşinin ağabeyin cinsel tacizine uğradıklarını açıkladı. Kendisinden beş yaş büyük ağabeyin cinsel tacizi üç, dört kez tekrarlanmıştı. 7 yaşındayken annesi bu taciz olaylarından birisine tanık olmuş, S.'yi suçlayarak "kız tahrik etmezse böyle bir şey olmaz" şeklinde konuşmuş ve bu olaydan dolayı kendisine düşman olmuştu. Bu olay kendisini zihinsel olarak meşgul ediyor ve özellikle geleceği konusunda kaygı duyuyordu. Zira "kız" olup olmadığı konusunda kuşkuları vardı. Ayrıca sürekli korkulu rüyalar görüyor ve panik atakları yaşıyordu.

OLGU IV

1990 yılında başvuran S.E. 17 yaşında olup, lise öğrenimine devam etmekteydi.

Babası tarafından gerek fiziksel ve gerekse cinsel tacize uğraması nedeniyle öğretmenleri tarafından getirildi. S.E.'nin annesi kendisi çok küçükken bir başkasıyla ilişki kurmuş ve babayla ayrılmışlardı. Boşanma olayından sonra S. E. nin kızkardeşi köyde bir ailenin yanına verilmişti. Babası kendisini anne tarafından hiç kimseyle görüştürmüyordu. Annesini ve kız kardeşini hiç tanıyamıyordu. Baba da tekrar evlenmişti ve ikinci eşinden 8 yaşında bir oğlu vardı.

Babanın cinsel ve fiziksel taciz olayı iki yıl önce başlamıştı. Üvey anne çalışıyordu ve baba da göreve vardiyalı olarak gidiyordu. Cinsel taciz babanın gece çalışıp, gündüz evde olduğu ve üvey annenin evde olmadığı zamanlarda gerçekleşiyordu. S. E.'nin fiziksel tacize uğradığına iki kez öğretmenleri de tanık olmuşlar ve bu durumu S.E. ile konuştuklarında cinsel tacize uğradığını öğrenmişlerdi.

S.E. 'nin sinirlilik, baş ağrısı şeklinde yakınmaları vardı ve geceleri kabuslar görüyordu. Ancak psikiyatrik açıdan herhangi bir tanı konmadı. Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne başvuruldu ve kendi isteğiyle koruma altına alındı ve bir yetiştirme yurduna yerleştirildi. Babasıyla hiç bir şekilde görüşmek istemedi. Yurda alındıktan sonra hiç görmediği annesini aradı. Koruma altına alındıktan sonra beş ay daha izlendi.

OLGU V

1990 yılında başvuran Y.T. 17 yaşında olup, lise öğrenimine devam etmekteydi.

Y.T. doğrudan doğruya babanın cinsel ve fiziksel tacizi nedeniyle başvurdu. Baba çok içki içen birisiydi ve bu nedenle annesiyle anlaşamıyorlardı. Y.T. küçükken ayrılmışlardı ve baba tekrar evlenmişti. Fiziksel taciz çocukluğundan beri devam etmekteydi. Cinsel taciz ergenliğe girerken başlamıştı.

Baş ağrısı ve öfke nöbetleri şeklinde yakınmaları olan Y.T.'ye psikiyatrik yönden herhangi bir tanı konmadı.

OLGU VI

1992 yılında başvuran K.K. 17 yaşında olup, lise öğrenimine devam etmekteydi.

Her şeye aşırı üzülmeye, ağlama, hırçın davranışlar nedeniyle başvurmuştu. Bunların yanı sıra yoğun suçluluk ve değersizlik duygularından yakınıyordu. Psikiyatrik değerlendirmesinde depresyon tanısı aldı.

K.K. 1.5 yaşındayken annesi bir kavgada başından ağır bir şekilde yaralanmış ve bu olaydan altı ay sonra felç olmuştu. Anne - baba arasında şiddetli bir geçimsizlik vardı. K.K. 3 yaşındayken anne evi terk ederek, kendi ailesinin yanına gitmiş, K.K. ve üç kız kardeşi babanın yanında kalmıştı. K.K. 9 yaşındayken anne ölmüştü. Baba tekrar evlenmiş, ancak ikinci eşiyile de şiddetli anlaşmazlıkları olmaktadır. Aşırı içki içen baba eşini ve çocuklarını çok sık dövüyordu.

Anne evden ayrıldıktan sonra babanın cinsel tacizi başlamış ve bu durum ergenlik dönemine kadar devam etmişti. K.K.'da puberte belirtileri 8 yaşlarında başlamış, 9 yaşında menarş olmuştu. Bundan sonra kendisini babaya karşı korumaya başlamıştı. Ablasının da benzer şekilde babanın cinsel tacizine uğradığını bildirdi.

OLGU VII

1992 yılında başvuran A.Ç. 18 yaşında olup, ortaokulu bitirmişti.

Yalnızlık, sıkıntı hissi, uykusuzluk, iştahsızlık, işe yaramadığı düşüncesi, ağlama nöbetleri, alınganlık ve kendi kendini jilette kesme şeklindeki yakınmalarla başvurdu. Ayrıca intihar fikirleri vardı. Psikiyatrik

değerlendirmesinde borderline kişilik bozukluğu tanısı aldı ve bireysel psikoterapi başlandı.

A.Ç. 6 yaşındayken annesi çalışmak üzere Suudi Arabistana gitmişti. Bir süre aileye para göndermiş, daha sonra anneden hiç haber almamışlardı. A.Ç. biri kız, diğeri erkek olan iki kardeşi ile birlikte babasının yanında kalmıştı. Baba zaman zaman işlediği suçlardan dolayı hapse girmekteydi. Bu dönemlerde ya babaannenin ya da Kars'da yaşayan anneanneninin yanında kalıyorlar ve sürekli kötü davranışlara uğruyorlardı.

İlk cinsel taciz, henüz annenin gitmediği dönemde amcası tarafından olmuştu. Bu durumu annesine iletmış, fakat o kendisine inanmamıştı. Anne gittikten sonra babanın cinsel tacizi başlamış, geceleri yatağına gelmekteydi. Baba aynı zamanda çok içki içen ve döven birisiydi. Bu durum üç, dört yıl kadar devam etmişti. Daha sonra evi terk ederek bir arkadaşının ailesiyle bir süre yaşamıştı. Bundan sonra cinsel taciz olayları sona ermişti. Babanın ve amcanın, kız kardeşi ve halasına da cinsel tacizde bulunduğunu bildirdi.

Oyküleri kısaca özetlenen bu 7 olguda dikkati çeken özellikler aşağıda belirtilmiştir:

Başvuru tarihinde olguların yaş ortalaması 17.8 (15-22) olup, biri dışında hepsi öğrencidir.

Tanılar: İki olgu depresyon, bir olgu anksiyete, iki olgu histeri, bir olgu borderline tanısı almış olup, iki olguda herhangi bir tanı konmamıştır.

Üç olgu doğrudan doğruya ilk görüşmede cinsel tacizi bildirmiş olup, diğerleri terapi görüşmeleri sırasında ve tedavinin değişik dönemlerinde açıklamışlardır.

Cinsel tacizde bulunan kişi, üç olguda baba, iki olguda ağabey, bir olguda amcadır. Bir olguda ise hem baba, hem amca cinsel tacizde bulunmuştur.

Cinsel taciz üç olguda çocukluk döneminde, dört olguda ergenlik döneminde olarak bildirilmiştir.

Üç olguda öz anne, üç olguda üvey anne vardır. Olgulardan birinin annesi akıl hastasıdır. Bir olguda ise anne yoktur.

Beş olguda cinsel tacizde bulunan kişinin alkol kötüye kullanımı vardır. Yine beş olguda cinsel tacizde bulunan kişinin fiziksel tacizi söz konusudur. Fiziksel taciz tanımlanmayan iki olgudan birinde de amcanın fiziksel tacizi söz konusudur.

Olgulardan beşi ailede cinsel tacize uğrayan bir başka kişiden daha söz etmiştir. Hepsinde de bu ikinci kişi kız kardeşidir.

Üç olguda intihar girişimi ve / veya intihar düşünceleri, dört olguda da saldırgan duygular, öfke, nefret duyguları sözkonusudur.

Cinsel taciz olayının çoğunlukla yatakta ve uyurken gerçekleştiği bildirilmektedir. İki olgu tam bir cinsel ilişki tanımlanmış, sadece birisi kızlık muayenesi isteminde bulunmuştur.

TARTIŞMA

Pek çok yazara göre gelişme dönemlerinde cinsel taciz, uzun vadede çok çeşitli psikiyatrik sekele yol açmaktadır (Rao ve ark. 1992, Menen 1993). Öte yandan cinsel taciz tek ve birimsel bir fenomen olmayıp, çocuk ve ergenlerde çok farklı ruhsal bozukluklara neden olabilmektedir. Green (1991, 1993) cinsel tacizle karşılaşan çocuk ve ergenlerde görülen psikopatolojik durumları depresyon ve intihar girişimi, agresyonda şiddetlenme, histerik ve dissosiyatif semptomlar ve borderline kişilik bozukluğu olarak bildirmektedir. Öte yandan çocukluklarında aile içi cinsel tacizle karşılaşmış olan kadınlarda da çocuklarda bildirilen psikopatolojik durumların görüldüğü saptanmıştır. Bunlar depresyon, intihar davranışı, anksiyete ve anksiyeteye bağlı semptomlardır. Burada sözü edilen 7 olgunun aldıkları tanılar ve sergiledikleri semptomlar bunlara uymaktadır.

Kerimoğlu ve Avcı (1991), Kashani ve arkadaşları (1992) genel kanunun aksine cinsel tacizin aile dışı birisinden değil, aile içi bir yetişkinden geldiğini belirtmektedir. Cinsel tacizde bulunan kişilerin başında baba veya üvey baba gelmektedir. Ancak ağabey ve amca tarafından cinsel tacizin de küçümsenmeyecek oranda görüldüğü bildirilmektedir (Green, 1993). Bu olgular bu özelliği doğrulamaktadır.

7 olgunun dördü saldırgan duygular, üçü ise intihar girişimi ve intihar fikirleri bildirmiştir. Bu da ensest kurbanı olan ergenlerin yoğun bir öfke ve nefret yaşadığını bazılarında bu öfke ve nefret dışı vurulurken, bazılarında ise kendine yöneldiğini düşündürmektedir. Cosentano ve arkadaşları (1993) cinsel tacize uğrayan kızlarda, karşıt cinsle ilişkin rol davranışı eğiliminin, psikiyatrik bozukluk gösteren, ancak cinsel tacize uğramamış kızlara ve psikiyatrik bozukluk göstermeyen kontrol grubuna göre daha belirgin olduğunu saptamışlardır. Agresyonu da karşıt cins rol davranışı kap-

samında ele alıp, agresyon düzeyini araştıran yazarlar, cinsel tacize uğrayan kızlarda agresyonu anlamlı düzeyde yüksek bulmuşlardır. Ancak bu olgularda agresyonun karşıt cins rol davranışıyla ilgili olabileceği savını ileri sürmek için eldeki veriler yetersizdir.

Olgularda dikkati çeken bir diğer özellik ise kurbanın, cinsel tacizde bulunan kişide alkol kötüye kullanımı tanımlamasıdır. 5 olguda tacizde bulunan kişide alkol kötüye kullanımı sözkonusudur. Green (1991) ve Sgroi (1985) bu tür aile içi cinsel taciz vakalarında alkol kötüye kullanımının sıklıkla görüldüğünü ve tacizi hazırlayan bir etken olduğunu bildirmektedirler.

Bu yazıda ele alınan olguların sayısı az olmakla birlikte hepsinde ortak bir nokta olarak cinsel tacizin yanı sıra fiziksel tacizin de bulunduğu dikkati çekmektedir. Olguların hemen hepsi ya cinsel tacizi açıklamadan önce fiziksel tacizden söz etmiş ya da cinsel tacizin yanı sıra fiziksel taciz bildirmişlerdir. Fiziksel taciz doğrudan doğruya cinsel tacizde bulunan kişiden gelmektedir. Yazarlar aile içi cinsel tacizde kurbanın fiziksel tacizle kontrol altında tutulduğunu, bu yolla tacizde bulunan kişinin olayın gizliliğini korumayı sağladığını bildirmektedirler (Sgroi, 1985). Öte yandan cinsel tacizle birlikte fiziksel taciz görülmesinde, diğer etkenlerin yanı sıra, tacizde bulunan kişideki dürtü kontrolü bozukluğunun da rol oynadığı bazı yazarlar tarafından ileri sürülmektedir (Fienfeld, 1980).

Cinsel taciz vakalarında annenin koruyucu olmadığı bildirilmektedir. Annenin koruyucu olmaması değişik nedenlere bağlıdır. Bunlardan birisi annenin periyodik olarak evden uzaklaşması olup, bu durum cinsel tacize fırsat tanır. Ya da anne hastalığı nedeniyle sorumluluklarını yerine getirmekte yetersiz kalıyordur. Annelerin çoğu sosyal açıdan yetersizdirler, çevreleriyle yeterli ilişki kuramazlar, günlük işlevleri yerine getiremezler (Sgroi, 1985). Bu yazıda ele alınmış olan olgularda da annelerle ilgili bilgiler yetersizdir. Ancak dört olguda anne olmadığını, üç olguda üvey anne olduğunu, bir annenin de akıl hastası olduğunu görüyoruz. Dolayısıyla cinsel tacizde parçalanmış aile örüntüsünün oldukça sık olduğu söylenebilir.

SONUÇ

Janus ve arkadaşları (1987) psikiyatri kliniklerinde yatırılarak tedavi edilen pek çok has-

tanın öyküsünde, daha önce açıklanmamış ve tedavi edilmemiş cinsel taciz olaylarını içeren yayınlara çok sık rastlandığını bildirmektedirler. Öte yandan Anderson ve arkadaşları (1993) çocukluklarında cinsel tacize uğramış kadınlarla yaptıkları bir çalışmada; % 37'sinin taciz olayından sonra 1 yıl içinde, % 10'unun 1-10 yıl içinde, % 24'ünün 10 yıldan daha uzun bir süre içinde uğradıkları cinsel tacizi bir başkasına açıkladıklarını saptamışlardır. Deneklerin % 28'i ise çalışmaya katılıncaya kadar cinsel tacize uğradıklarını hiç bir şekilde açıklamadıklarını bildirmişlerdir. Denekler suçlanacaklarını düşündükleri, zor geldiği, korktukları, olay yaratmamak için ve cinsel tacizde bulunan kişiyi korumak için sustuklarını belirtmişlerdir. Dolayısıyla cinsel taciz açıklanması güç, açıklandığında da çok ciddi ve başedilmesi zor sorunlara yol açan bir durumdur. Cinsel tacize uğramış bir ergen çeşitli psikiyatrik yakınmalarla başvurabilir ancak bu yakınmalarıyla ilgili olan cinsel tacizden söz etmeyebilir.

Bu yazıda ele alınmış olan olguların sayısının az olması genelleme yapılmasına engel olmakla birlikte bazı ip uçları verdiğini söylemek mümkündür. Vakaların biri hariç diğerleri öğrencidir. Dolayısıyla yardım arama konusunda bilinçli görünmektedirler. Olguların büyük çoğunluğunun cinsel tacizden önce ya da cinsel tacizle birlikte fiziksel tacizden yakınmaları dikkat çeken bir özelliktir. Bu nedenle öyküde öncelikle fiziksel tacizin olması durumunda cinsel taciz olasılığının düşünülmesinde ve dikkatli bir biçimde araştırılmasında yarar vardır. Eğer parçalanmış aile tanımlanıyorsa ya da annede sürekli bir hastalık söz konusuysa ve tacizde bulunan kişide alkol kötüye kullanımını bildiriliyorsa cinsel taciz olasılığının arttığı göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

Anderson J, Martin J, Mullen P ve ark. (1993) Prevalance of sexual abuse experiences in a community sample of women. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 5, 911-924

Cosentino CE, Meyer-Bahlburg HFL, Alpert SL ve ark. (1993) Cross-gender behavior and gender conflict in sexually abused girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 5, 940-947.

Fienfeld LE (1980) The nature of child abuse and its treatment. *Emotional Disorders in Children and Adolescents içinde*. GA Sholevar, MB Roland, BJ Blinder (ed) Sp Medical and Scientific Book, New-York. s: 669-686.

Green AH (1991) Child sexual abuse and incest. *Child and Adolescent Psychiatry içinde*. M Lewis (ed). Williams and Wilkins. Baltimore. s: 1019-1029.

Green AH (1993) Child sexual abuse: immediate and long-term effects and interventions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32:5, 890-902.

Janus MD, Burgess A, McCormack A (1987) Histories of sexual abuse in adolescent male runaways. *Adolescence* 13:86, 405-417.

Johnson CF (1990) Child abuse and the child psychiatrist. *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents içinde*. BD Garfinkel, GA Carlson, EB Weller (ed). Saunders Company, Philadelphia. s : 339-358.

Kashani JH, Daniel AE, Dandoy AC, Holcomb WR (1992) Family violence: impact on children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31:2, 181-187.

Kerimoğlu E, Avcı A (1991) Ailede cinsel kötü kullanım ve kardeşler arasında cinsel oyun. 27. Ulusal Psikiyatrik Bilimler Kongresi bildirisi. Antalya.

Mennen FE (1993) Evaluation of risk factors in childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32:5, 934-939.

Rao K, Diclemente R, Ponton L (1992) Sexual abuse of asians compared with other populations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31:5, 880-886.

Sgroi SM (1985) *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse*. Lexington Books, Massachusetts.