

Cinsel Travma Sonrası Oluşan Ruhsal Sorunlar

Zeynep Belma Gölge

Mağduriyet, kişinin sahip olduğu çevre ve beden üzerindeki hakimiyetinin tehlikeye girmesi, tehdit edilmesi, zarar görmesi sonucunda oluşur. Bazı mağduriyet durumlarında travmatik yaşantı söz konusudur. Travma, kişinin çaresizlik ve korkunun en uç noktaları ile yüz yüze gelmesine yol açar. Tehdide karşı uygun cevap verilemediğinde travmatizasyon ortaya çıkar.

Cinsel saldırı da iç benlik uyumu ile çevre arasındaki dengeyi bozan travmatik bir olaydır. Travmaya maruz kalan kişi günlerce hatta aylarca süren ve kişinin savunma mekanizmalarını bozup felce uğratan psikolojik reaksiyonlar gösterir. Ancak bu reaksiyonlar kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bir olay iki insan üzerinde genellikle farklı etkilere sahip olur. Her olayın kendi karakteristikleri, mağdura etkileri, mağdur tarafından yorumlanması, olayın algılanması farklıdır. Önemli risk faktörleri erken yaşta, tanıdık biri tarafından çoğul travmaya maruz kalmaktır. Çocukluk çağı tekrarlayıcı cinsel istismarın çeşitli ruhsal sorunlar ile ilişkisi bilinmektedir. Özellikle çocukluk çağında cinsel istismar ile disosiyasyon, kendini yaralama ve yeniden mağduriyet arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu makalede ruhsal travma kavramı, özellikle cinsel travma sonrasında ortaya çıkan psikolojik sorunlar ve yaygınlığı, sorunların ortaya çıkmasında etkili olan risk faktörleri ele alınmıştır. Yazının sonunda kendini yaralama ve zarar verme davranışı ve yeniden mağduriyet ile cinsel travma arasındaki ilişki incelenmiştir.

Anahtar sözcükler: cinsel saldırı, cinsel travma, travma sonrası bozukluklar

Psychological Problems Occuring After Sexual Trauma

Victimization occurs when one is threatened, injured and there is hazard against his/her sovereignty to control the environment or one's body. In some of the aggrieved cases traumatic experiences are also seen. Trauma induces the person to experience fear and the hopelessness. When there is no appropriate response to the threat traumatization occurs.

Sexual assault is also a traumatic event that interferes with the unity of the self and environment. The person who is traumatized shows psychological reactions that block the psychological defense mechanisms for days, even months. However, these reactions show differences from person to person. Such event may show different effects on two different persons. Each events has its own characteristics, effects on the victim, subjective comments of the victim, perception of the event and these parameters may induce different influence on the victim. Most important risk factor is to be abused in multiple ways by a person who is acquainted or close to the victim. Particularly, childhood sexual abuse has been reported to have positive correlation with dissociation, and repeated victimization with self mutilation.

In this article psychological trauma concept, especially psychological problems occurring after sexual assault and the risk factors that are influential on these psychological problems are discussed. At the end of the article the relation of self mutilation and multiple victimization are compared with the effects of sexual trauma .

Key words: sexual assault, sexual trauma, posttraumatic disorders

* Uzm. Psk., İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.

Giriş

Kişinin sahip olduğu çevre ve beden üzerindeki hakimiyetinin tehlikeye girmesi, tehdit edilmesi, zarar görmesi sonucu mağduriyet oluşur ve bazı mağduriyet durumlarında travmatik yaşantı söz konusudur. Travmatik yaşantılar sıradan şanssızlıklardan farklı olarak bir tehdit ya da şiddet ve ölümle çok yakın olma halidir.

Travma kişinin çaresizlik ve korkunun en uç noktaları ile yüz yüze gelmesine yol açar. Tehdide karşı uygun cevap verilemediğinde travmatizasyon ortaya çıkar. Leoner Terr (1990) "ruhsal travma"nın ani, beklenmedik bir zamanda, karşı konulamaz şiddetli emosyonel saldırı veya dışarıdan bir kişiden bir dizi saldırı sonucu meydana geldiğini söyler. Travmatik olaylar dış kaynaklıdır ancak çabuk bir şekilde zihin içerisine dahil olur.¹ Van der Kolk (1989) hem iç hem de dış kaynakların dıştan gelen tehdit ile başa çıkmakta yetersiz kaldığı zaman travmatizasyonun meydana geldiğini söylediğinde travmanın karmaşık doğası hakkında benzer bir noktaya değinir.² Travma veya travmatik stresör, yalnızca stres yaratan bir olay veya tecrübe yaşamak değil aynı zamanda bu olayın veya tecrübenin kişi üzerinde şok, çaresizlik ve korku yaratması şeklinde tanımlanmaktadır.³

Cinsel saldırı iç benlik uyumu ile çevre arasındaki dengeyi bozan travmatik bir olaydır.⁴ Saldırı sırasında kişinin vücut bütünlüğü ve zaman zaman hayatı tehlikeye girmiş ve kişi yoğun bir heyecan ile korku yaşamıştır. Cinsel saldırıya uğrayan kişi bu dönem içerisinde hayatı üzerindeki kontrolü kaybeder ve mağdur saldırı sonrasında günlerce hatta aylarca süren ve kişinin savunma mekanizmalarını bozup felce uğratan psikolojik reaksiyonlar gösterir.⁵

Psikososyal travmalara neden olan temel etkenler⁶

- İş veya trafik kazası geçirmek, bir yakını veya uzununu ani ve beklenmedik bir biçimde kaybetmek
- Deprem, su baskını gibi doğal bir afet yaşamak
- Yaşamı tehdit eden olağanüstü ortamlarda bulunmak, işkenceye maruz kalmak veya bunlardan birine maruz kalmakla tehdit edilmek veya bunlardan birine tanık olmak
- Askerlikte çatışmada bulunmak, soygun veya benzer bir saldırıya uğramak
- Çocukluk çağında aile üyelerinden biri veya bir yabancı tarafından fizik, cinsel veya duygusal istismar yaşamış olmak

Travmanın ruhsal etkileri ilk olarak II. Dünya Savaşı sonrasında ve özellikle toplama kamplarında kalmış insanlarda gözlenmiştir.⁷ 1970'lerde de Vietnam gazileri ile yapılan çalışmalar sonucu savaşın insan üzerindeki etkisi yeniden anlaşılmış ve bu çalışmalar DSM III'e TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu) olarak girmiştir.

Tüm bunlardan bağımsız olarak Anne Burgess ve Linda Holmstrom 1974 yılında cinsel saldırı sonrası görülen psikolojik reaksiyonları Tecavüz Travma Sendromu olarak tanımlamıştır.^{4,8} Bu tanımda mağdurlarda korkutucu flashback (olayın yeniden gözünde canlanması) ve kabusların savaş sonrası travmalardakini andıracak şekilde görülmesi dikkat çekicidir. 1900-1970 yılları arasında travmaya bağlı bozuklukların savaş yaşamış kişilerde ve askerlerde olduğu sanılırken, 1970-1980'li yıllarda sivil örgütler özellikle feminist hareketler ile aile içi şiddet ve cinsel saldırıların ortaya çıkarılması ile cinsel saldırı, dayak ve savaş deneyiminin aynı sendroma yol açtığı fark edilmiştir.⁴ Cinsel saldırıya uğramış mağdurlar ile görüşüldükçe mağdurlar saldırı sonrası yaşanan problemler olarak uykusuzluk, bunaltı, irkilme tepkileri, kabuslar ve disosiyatif belirtiler ortaya koymuşlar ve bu belirtiler savaş sonrası askerlerde görülen TSSB belirtilerine çok benzemektedir ve bu yıllarda yapılan çalışmalar sonucu, cinsel saldırı, dayak ve savaş deneyiminin aynı sendroma yol açtığı fark edilmiştir.⁸ Başlangıçta TSSB doğal felaketlerden kurtulmuş ve savaş yaşamış askerlerin tepki modellerini açıklamak için oluşturulmuş olmasına rağmen aile içi şiddet ve cinsel şiddete maruz kalanlar arasında da TSSB'nin yaygın olduğu bulunmuş⁹ ve cinsel saldırıda olduğu gibi, stres kaynağının insan olduğu durumlarda, semptomların daha şiddetli ve daha uzun sürdüğü anlaşılmıştır.⁸

Cinsel Travma ve Cinsel Travma Sonrası Oluşan Ruhsal Sorunların Yaygınlığı

Genel popülasyon ile yapılan çalışmaların azlığı nedeniyle travmanın yaygınlığı konusunda belirli bir oran vermek zordur. Ancak yapılan bazı çalışmalar travmatik yaşantıların hiç de az olmadığını ortaya koymaktadır. Kessler ve arkadaşlarının (2000) yapmış olduğu bir çalışmada (National Comorbidity Survey) kadınların %51.2'si, erkeklerin %60.7'si en az bir travmatik olaya maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Erkekler fiziksel saldırı, kavga tecrübesi, bir silah ile tehdit edilme, tutsak tutulma veya kaçırılma gibi travmatik olayları kadınlar-

dan anlamlı bir şekilde daha fazla rapor etmişler, kadınlar ise ırza geçme, cinsel taciz, çocukluk çağında fiziksel istismar ve ihmali erkeklerden daha fazla rapor etmişlerdir.¹⁰

Cinsel travma ile ilgili pek çok çalışma, özellikle kadınlar arasında cinsel saldırıya maruz kalmanın oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Helen Wu ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında yaşamları boyunca en az bir kez cinsel saldırıya maruz kalan adolesanların oranı %21'dir.¹¹ Bir diğer çalışmada erkeklerin %14.2'si, kadınların %32.3'ü çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü bildirmişlerdir Aynı çalışmada 18 yaş ve üstü mağduriyet oranı erkeklerde %32, kadınlarda %39.9 bulunmuştur.¹² Kendell-Tackett, Williams ve Finkelhor (1993) genel kadın popülasyonunda çocuk cinsel istismar yaygınlığının %15-33 arasında,¹³ Koss (1993) ise yetişkin kadınlar arasında tecavüz ve cinsel saldırı yaygınlığının %15-25 arasında olduğunu saptamıştır.¹⁴ Diğer bir prevalans çalışmasında yetişkin kadınların %20'sinin, kolej öğrencilerinin %15'inin, adolesanların %12'sinin yaşamlarının bir döneminde cinsel istismar ve/veya saldırıya maruz kaldıkları belirlenmiştir.¹⁵ Avrupa'da kadınların %10-20'si, erkeklerin %1-10'u 18 yaş öncesi cinsel saldırı yaşadıklarını bildirirken,¹⁶ Kayı, Yavuz ve Arıcan (2000) üniversite öğrencileri ve mezunları ile yaptıkları anket çalışmasında kadınlarda cinsel saldırı oranını %14.7 olarak saptamışlardır [zorla cinsel ilişkiye teşebbüs %7.0 (n:56), zorla oral seks %2.8 (n:20), zorla cinsel ilişki anal/vajinal %4.9 (n:54)].¹⁷

Cinsel saldırılar çoğunlukla mağdurun tanıdığı biri tarafından uygulanmaktadır.^{11,18,19} Çeşitli çalışmalarda cinsel saldırıların yaklaşık %20-25'ini ensest vakaları oluşturur.^{20,21,22} Çocuk cinsel istismarında saldırının baba veya erkek aile üyelerinden biri tarafından gerçekleştirilmesi oldukça yaygındır.^{23,24,25,26}

Pek çok kadın da partnerleri tarafından cinsel saldırıya uğramaktadır. Zimbabwe'de kadınların %26'sı eşleri tarafından cinsel ilişkiye zorlandıklarını belirtmişlerdir.²⁶ Eşi tarafından fiziksel şiddete maruz kalanlarda eylem sonrasında cinsel ilişkiye zorlanma oranı da giderek yükselmektedir.^{15,27} Brown'a göre fiziksel saldırıya uğrayan kadınların %34-56'sı eşleri tarafından cinsel ilişkiye zorlanmaktadır.⁹ Gölge ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında kadınların %30'unun erkeklerin %6'sının eşleri tarafından fiziksel şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur. Aynı çalışmada eşi tarafından fiziksel

şiddete maruz kalan kadınların %56'sının ise fiziksel şiddet sonrası eşleri tarafından cinsel ilişkiye zorlandıkları anlaşılmaktadır.²⁸

Travma sonrası yapılan çalışmalarda TSSB yaygınlığı genel popülasyon çalışmalarında %8-16 arasında bulunmuştur.²⁹ Kessler ve ark. (1995)'nin çalışmasında ise TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı %7.8 oranındadır.³⁰ Yaşam boyu en yüksek TSSB oranı %57.1 ile tamamlanmış ırza geçme olayı sonrasında görülmüş ve diğer travmatik olaylardan daha büyük bir risk olduğu anlaşılmıştır. İrzına geçilmiş, yaşamı tehdit edilmiş ve fiziksel saldırıya uğramış mağdurların %80'inde TSSB gelişmiştir.³¹ Saldırı sonrası, tecavüz mağdurları ile yapılan çalışmada, saldırıdan sonraki 3 ay içerisinde mağdurların %47'sinde, 2 hafta içerisinde %90'ında TSSB bulguları saptanmıştır.³²

Erken yaşta ve tekrarlayıcı çocukluk çağı cinsel travma ile disosiyasyon arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuştur. Çocukluk çağı cinsel istismar bildiren kişilerin %38-60'ının yaşadıkları travmaya amnezik oldukları anlaşılmıştır.^{33,34} Şar ve arkadaşlarının çalışmasında disosiyatif kişilik bozukluğu tanısı almış 35 vakanın %77.1'inin fiziksel ve/veya cinsel istismara, %57.1'inin cinsel istismara maruz kaldıkları saptanmıştır.³⁵ Ayrıca çocukluk çağı istismarının şiddeti ile disosiyatif yaşantıların miktarı arasında doğru orantı belirlenmiştir.²

Cinsel ve fiziksel saldırıya uğrayanlarda depresyon, anksiyete, TSSB ve cinsel fonksiyon bozuklukları yaygındır.³⁶ Saunders ve arkadaşlarının (1992) çalışmaları örnekleme, çocukluk çağında cinsel istismar bildirenler arasında depresyon, fobi, obsesif-kompulsif bozukluk, panik bozukluğu, TSSB, cinsel bozukluklar ve intihara teşebbüs gibi psikiyatrik bozukluk ve problemleri daha yüksek oranda saptanmıştır.³⁷ Helen Wu (2003)'nun çalışmasında cinsel saldırıya maruz kaldıklarını bildirenlerde depresif semptomlar saldırı bildirmeyenlerden dört kat fazla bulunmuştur.¹¹ Eşleri tarafından hem fiziksel hem de cinsel saldırıya maruz kalan kadınlarda daha şiddetli depresyon, yüksek derecede alkol kullanımı ve benlik saygısı yitimi gibi psikolojik sonuçlar görülmektedir.⁹

Psikiyatrik hastalar ile yapılan bir çalışmada hastaların %57'sinin geçmişlerinde cinsel ve fiziksel istismara maruz kaldıkları belirlenmiştir.³⁸ İntihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı gösteren psikiyatrik hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve disosiyasyon

tif yaşantıların diğer hasta grubuna göre oldukça sık olduğu bildirilmektedir.³⁹ Brown ve Anderson'un psikiyatrik hastalar ile yaptıkları çalışmalarında geçmişlelerinde cinsel ve fiziksel istismara uğramış hastalarda alkol kötüye kullanımı, istismar öyküsü olmayanlardan iki kat fazla, borderline kişilik bozukluğu tanısının dokuz kat fazla olduğu bulunmuştur.⁴⁰

Kilpatrick ve arkadaşları endişe ve korkunun bütün tecavüz mağdurları tarafından yaşandığını ifade etmektedir ve korkular doğrudan saldırıya bağlı olan durumları kapsar. Cinsel saldırının neden olduğu korkular (AIDS, cinsel ilişkiyle bulaşan hastalıklar, hamilelik, polisle konuşma, mahkemede ifade verme) ve gelecek bir saldırı ile ilgili korkular (yalnız olmaktan, yalnızken banyo yapmaktan, toplu taşıma araçlarında özellikle metroda, kalabalık süper marketlerde, yabancı yerlerde bulunmaktan kaçınma vb.) sıklıkla görülür. Toplumdan soyutlanma ve bağımlı olma gelişir.⁴

Cinsel saldırı sonrası cinsel fonksiyon bozukluklarının uzun bir süre devam etmesinin önemli bir sorun olduğu bilinmektedir. Saldırıdan 1 ay sonra mağdurların %51'i cinsellikten korkma, tikslenme, istek ve uyarılma sorunları ve orgazm sorunları gibi cinsel problemlerin bir veya daha fazlasını yaşadıklarını, mağdurların %71'i saldırıdan bir yıl sonra bu sorunların bir veya daha fazlasının hala devam ettiklerini bildirmişlerdir.⁴¹

Travma Sonrası Oluşan Ruhsal Sorunlar

Travma sonrası ortaya çıkan tepkiler tek tip değildir. Bu tür şikayetler klinik olarak akut stres bozuklukları, travma sonrası stres bozuklukları, depresyon, dissosiyatif bozukluklar, alkol ve madde kullanımında artış, kısa psikotik tepkiler, psikofizyolojik tıbbi hastalıklar gibi farklı belirtiler ve bozukluklar şeklinde görülebilir.⁶

Akut stres bozukluğu

Akut stres bozukluğu kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayıyla karşı karşıya kalması ya da tanıklık etmesi sonucunda oluşur. Travmatik olay karşısında kişi dehşete düşme, aşırı korku ve çaresizlik gibi duygusal tepkiler gösterir.

Akut stres bozukluğunda, dissosiyatif semptomlar, belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlık semptomları, travmayı anımsatan uyarılardan kaçınma, travmayı istem dışı sık sık anımsama, rüyalarda görme ya da travma yeniden oluyormuş duygusuna kapılma gibi tekrarlayan belirtileri görülür. Bu bozukluk en az iki günden 4

haftaya kadar uzayabilen ve travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkan bir durumu tarif eder.⁴²

Travma sonrası stres bozukluğu

TSSB kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayıyla karşı karşıya kalması ya da tanıklık etmesi sonucunda oluşur. Travmatik olay karşısında kişi dehşete düşme, aşırı korku ve çaresizlik gibi duygusal tepkiler gösterir.

TSSB'dan söz edebilmek için travmayı istem dışı sık sık anımsama, rüyalarda görme ya da travma yeniden oluyormuş duygusuna kapılma gibi tekrarlayan belirtilerinin; olayları hatırlatan duygu, düşünce ve ortamlardan uzak durma, etkinliklere ilgi kaybı gibi kaçınma davranışlarının; uyku bozukluğu, öfke patlamaları, tedirginlik gibi aşırı uyarılmışlık belirtilerinin görülmesi ve bu belirtilerin en az bir ay sürmesi gereklidir. TSSB'nin akut, kronik ve gecikmiş olmak üzere üç tipi tanımlanmıştır. Belirtiler 3 aydan kısa sürerse akut, uzun sürerse kronik TSSB, 6 aydan sonra başlayanlara ise gecikmiş başlangıçlı denir.⁴²

Travmayla ilişkili Ruhsal Bozukluklar Dissosiyatif Bozukluklar

Dissosiyasyon, olağan şartlarda entegre olan düşünce, duygu, bellek ve kimlik gibi zihinsel süreçlerin yapılandırılmış ayrılması şeklinde tanımlanmaktadır.⁴³ Başka bir ifade ile bilincin bütünlüğüne işlevlerinde, bellek, kimlik veya çevrenin algılanmasında bozukluk olması durumudur.⁴² Klinik araştırmalar dissosiyasyonu travmatik olaylara gösterilen bir reaksiyon olarak gösterir ve çocukluk çağı cinsel travma ile dissosiyasyon arasında ilişki çeşitli çalışmalarla ortaya konmaktadır.^{44,45}

Dissosiyatif amnezi

Başlıca bozukluk genellikle travmatik olan ya da stres verici özellikte olan önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamaz. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir strese ya da sosyal, mesleki ya da önemli diğer işlevsel alanlarda bozulmaya neden olur. Dissosiyatif amnezinin en belirgin özellikleri, ani başlaması, başlangıcında belirgin bir stres olması, tam düzelme oluşu ve tekrarlanmanın az olmasıdır.⁴²

Dissosiyatif amnezi savaş gibi yoğun korku ve anksiyete altında yaşanmış tecrübelerle ilişkin anıların unu-

tulması veya günlük yaşamda "şok" etkisi yaratan cinsel tecavüz, saldırılar, ani olarak önemli bir kişinin beklenmedik bir şekilde kaybı gibi hadiselerin kişiliğin derinliklerinde bilinçdışı olarak inkarı sonucu gelişir. Amnezi bazen yoğun suçluluk hissi yaratan olaylardan sonra da gözlenebilir.⁴⁶

Disosiyatif fügen

Başlıca bozukluk kişinin geçmişini unutup, ani ve beklenmedik bir biçimde evinden veya çalıştığı işyerinden ayrılmasıdır. Tabloya kimliği ile ilgili konfüzyon ya da çevreden ayrılıp başka bir yerde başka bir kimlikle yaşamaya başlama hali eklenir. Kişi bu dönemle ilgili olayları belleğine getiremez.⁴²

Disosiyatif amnezide olduğu gibi anksiyete yaratan durumlardan kaçış ilkesi bu bozuklukta da aynı yerini korumaktadır. Ancak amnezi seçicidir ve sadece katlanılması güç ya da tehdit edici durumları kapsar. Fügler ise bütün yaşantı biçiminin reddedilmesi şeklinde ortaya çıkar.⁴⁶

Disosiyatif kimlik bozuklukları (çoğul kişilik bozukluğu)

Disosiyatif kimlik bozukluğunda iki ya da daha fazla birbirinden ayrı kimliğin ya da kişiliğin aynı kişide varlığı söz konusudur. Her bir kimliğin kendi içinde süreklilik gösteren çevre ve benlik algısı, ilişki kurma ve düşünce biçimi vardır. Bu kimliklerden ya da kişiliklerden en az ikisi kişinin davranışlarını zaman zaman denetim altında tutar.⁴² Çocukluk çağı istismarına bağlı kronik ve karmaşık yapıları bir travma sonrası disosiyatif psikopatoloji özelliği taşıdığı kabul edilmektedir.⁴⁷

Depersonalizasyon bozukluğu

Depersonalizasyon, kişinin bedenini ya da kendiliğini gerçek dışı olarak algılamasıdır. Kişi mental süreçlerinden ya da bedeninden ayrıldığını ya da bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığını ya da rüyadaymış gibi hissettiğini ifade eder. Depersonalizasyon yaşantısı sırasında kişinin gerçeği değerlendirme yetisi bozulmaz.⁴²

Borderline (sınırdaki) kişilik bozukluğu

Kişinin kendini değerlendirmesinde, duygulanımında, ilişkilerinde dengesizlikle karakterize bir kişilik bozukluğudur.⁴⁸ Bu kişiler cinsel, mesleksel ve toplumsal kimliklerinde derin güvensizlik ve dengesizlik gösterirler. Sağlam bir kimlik duygusu gelişmemiştir. Çabucak düş kırıklığına uğralar, bunaltı, çökkünlük belirtileri

gösterirler. Zaman zaman antisosyal atak davranışlar, psikoaktif maddelere yönelme, hızlı yaşam çabaları, kendilerine zarar verme eğilimleri gösterirler.⁴⁹

Çoğu ağır narsistik eğilimler de gösterir. Kendilik duygusu narsistik düzeyde kalmıştır. Nesne ilişkilerinde hem yüceltme hem de değersizleştirme eğilimleriyle dengesiz ve tutarsızdırlar. Çocukluk çağında iyi ve kötü olarak bölünen ve içe atılan nesne tasarımları yetersiz yaşamdaki ilişkilere yansır. Kişilere ve kendisine karşı tutumu sevgi - nefret, yüceleştirme - değersizleştirme eğilimleri ile dalgalanmalar gösterir.⁴⁹ Borderline kişilik bozukluğunu oluşturan nedenler arasında erken dönem çocukluk çağı travma gösterilmektedir.⁴⁸

Risk Faktörleri

Bir olay iki insan üzerinde genellikle farklı etkilere sahip olur. Herkeste TSSB gelişebilir ancak bu risk eşit değildir. Eğer risk eşit olsaydı hepimizin aynı düzeyde psikolojik bir işleyişe sahip olduğumuzu kabul etmek durumunda kalırdık.⁵⁰ TSSB stres verici ağır bir olayla karşılaşan kişilerde görülen ruhsal bir sorundur. Ama bu tür olaylar yaşayan kişilerde yaşanması kaçınılmaz bir zorunluluk değildir. Gelişmesine kısmen stresör neden olur. Tecavüz, işkence gibi olaylar doğal afet ve trafik kazalarına göre daha yüksek oranda hastalık riski yaratırlar. Ama en ağır durumları yaşayan bazı kişilerde hastalık oluşmayabilir. Travmanın hemen ardından sorun geliştiren kişilerin ancak bir bölümünde sorun süregelen bir hal alır. Bu bilgiler bizi TSSB'nin farklı etkenlerin bir sonucu olduğu görüşüne götürmüştür.⁵¹

Araştırılması ve bilinmesi gereken, spesifik detayların olduğudur. Yine her olayın kendi karakteristikleri, mağdura etkileri, mağdur tarafından yorumlanması, olayın algılanması gibi her yönüyle farklılıklar yaratabilir. Bir olaya travma demek için olayın kendi karakteristikleri yeterli değildir.⁴⁸ Olayın beklenmeyen bir olay olması, aniden ortaya çıkması, aşırı korku, dehşet, kaçınma ve kontrol yetersizliği travmaya verilen tepkide ve travmayı algılayışta etkili olur.⁵²

Yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda stresörün büyüklüğü ile TSSB arasında doğrusal bir ilişki bulunmuştur.⁴⁸ Kilpatrick ve Resnic (1993) mağdurda TSSB riski ile olayın yoğunluğu arasında ilişki saptamıştır. Yaşamı tehlike altına girmemiş ve yaralanmamış kişilerde TSSB görülme sıklığı oranları %9.1 - %14.7 arasındadır. Yaşamı tehdit edilmiş kişilerde bu oran %34.5

- %38.6'ya, yaralanmış kişilerde %42.9'a yükselmiştir. Hem yaşamı tehdit edilmiş, hem de yaralanmış kişilerde görülme sıklığı %59.2 - %65.9 arasındadır.⁵³

Cinsel istismar TSSB geliştirmek için çok kuvvetli bir travmadır. Kazalar daha az kuvvetli etkenlerdir ancak kuvvetli olduğunda TSSB belirtileri gelişir. Çoğul travmaya maruz kalmak riski arttırır.⁵¹ Saldırının erken yaşta olması, failin tanıdık olması da travmanın yoğunluğunu etkiler. Tanıdık biri tarafından cinsel saldırıya uğrayan mağdurun iyileşmesi diğerlerine göre farklılaşmakta ve mağdur daha fazla ruhsal bozukluk göstermektedir. Kişi kendini daha fazla suçlamakta, daha az olumlu algılamakta, güven sağlamada daha fazla zorluk çekmektedir.^{4,14} Travmanın yoğunluğu kişinin yaşadığı sosyal grubun travmatik tecrübeye verdiği tepki ile alakalıdır. Ailesi, eşi, erkek arkadaşı ve arkadaşlarından alacağı destek mağdurun durum ile başa çıkmasında çok önemli bir rol oynar, saldırıyı algılamasında farklılık yaratır.⁵⁴

TSSB geliştiren riskler aynı zamanda travma ile olaydan önce kişide mevcut olan kırılabilirlik faktörlerinin birbirlerini etkilemeleriyle ilgilidir. Travma öncesi kırılabilirlik faktörleri olarak birinci derecede akrabalar arasında psikiyatrik hastalık öyküsü, erken dönem cinsel veya diğer çocukluk çağı travma öyküsü, anne-babanın olmaması, eski psikiyatrik bozukluk, travma öncesi veya sonrası yaşanan yaşam zorluğu ve kadın olmak gösterilmektedir.⁴⁸

Kessler ve arkadaşlarının (2000) çalışmalarında kadınlarda yaşam boyu TSSB yaygınlığı erkeklere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bu yüksek yaygınlık kadınların bazı travma türlerini erkeklere nazaran daha az rapor etmelerine rağmen saptanmıştır. Bir travmaya maruz kalır kalmaz TSSB geliştirmek kadınlarda muhtemelen erkeklere nazaran daha fazladır.¹⁰

Kendini Yaralama-Zarar Verme Davranışı ve Yeniden Mağduriyet (Re-Victimization)

Travmatize olmuş bazı kişiler yaşadıkları travmayı farklı şekillerde yeniden yaratmaya devam ederler. Savaşa katılanların paralı asker olmaları, ensest mağdurlarının fahişe olmaları, çocukluk çağı fiziksel istismar mağdurlarının sonraki evlatlık verilen ailelerini sanki istismara proveke ediyormuş gibi bir görünüm sergilemeleri, kendilerini yaralamaları veya agresyon gibi, geçmişte yaşadıkları travmayı çeşitli şekillerde ifade ederler.²

Kendini yaralama, zarar verme ve yeniden mağduriyet (reviktimizasyon) sıklıkla kronik çocuk istismarı mağdurlarında görülmektedir. Tek travmatizasyondan sonra görülmesi nadirdir. Yeniden mağduriyet yetişkin travmatizasyonlarında sık görülmez, dayak ve tecavüzden sonra meydana gelebilir.⁵⁵

Kendini yaralama davranışı (self mutilation) ve çocukluk çağı istismarı arasında ilişki çeşitli çalışmalar ile ortaya konmuştur. Kendini yaralama davranışının tek bir tanımı yoktur. En kapsamlı tanım Yaryura-Tobias ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır. Kendini yaralama davranışını (self mutilation) kişinin kendi bedenini ölüm maksadı taşımaksızın bilinçli olarak yaralaması şeklinde tanımlamışlardır.⁵⁶ Kendini yaralama davranışının en yaygın formları kendi kendini kesme, yakma, başa vurma, saç koparma, ısırma, parmakları çiğneme veya ezme, yaraları koparmadır.⁵⁷ Kendini yaralama davranışının tekrarlayıcı özelliği vardır. Kendini yaralama davranışında bulunan kişi birden fazla, çoğunlukla da düzinelerce kendi bedenine zarar verici davranışlarda bulunur.⁵⁸

Kendini yaralama davranışı, gevşeme fazıyla sonuçlanan kişinin bedenindeki gerginliği azaltmayı sağlayan bir davranıştır. Bu durumun daha çok psikolojik dengeyi sağlamak için kullanılan bir yol olduğuna inanılır. Kendini yaralama davranışı, dayanılmaz duyguları azaltmak için kullanılan bir tür hafifletici etkidir.⁵⁹ Tehlike algılandığında uyanan emosyonel durumlar normal kendiliğinden rahatlatma yolları ile sonlandırılmazlar. İstismara uğramış çocuklar sonunda yaşadıkları disfonksiyonu sonlandırmak için bedenlerini uyarmanı keşfederler. Bunun en dramatik türü kendine zarar verme davranışdır. Travma aşırı uyarılmışlık halini (tetikte olma, tedirginlik hali v.b) arttırır. Mağdur aşırı uyarılma halini nötralize etmek için kompulsif tarzda kendine zarar verici davranışlar içine girerek kendi içlerindeki afyon sistemini uyarır. İlk yaralar acı vermez ve mutilasyon güçlü bir rahatlatma ve gevşeme duygusu hissedene kadar devam eder. Fiziksel acı emosyonel acıdan çok daha fazla tercih edilir. Dayanılmaz acıları ortadan kaldırmak için yapılı ve birçok mağdur bunu kendini koruma yolu olarak görür.²

Klinik sonuçlar kendini yaralama davranışında bulunanların çocukluk çağı fiziksel veya cinsel istismar öykülerine sahip olduğunu göstermiştir. Darce (1990) psikiyatrik kadın hastalar ile yaptığı çalışmada ensest ve kendini yaralama davranışı arasında ilişki saptamıştır.⁶⁰ Wiederman (1999) muayene için jinekolojik ba-

kım ünitesine gelen 147 kadın üzerine yaptığı çalışmada kadınların %22.4'ünün kendini yaralama davranışında bulduklarını ve bunların %43.8'inin çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü bildirdiklerini saptamıştır.⁶¹ Baral ve arkadaşları (1998) ise aile üyeleri tarafından cinsel istismara uğramış kadın hastaların %33'ünde kendini yaralama davranışı belirlemişlerdir.⁶²

Simpson ve Porter (1981) kendine zarar verme ile alkol ve ilaç kötüye kullanımı ve yeme bozuklukları gibi kendini yok etmenin diğer formları arasında anlamlı bir bağlantı bulmuştur.⁶³ Romans ve arkadaşları (1995) Yeni Zelandalı kadınlar arasında yaptığı çalışma ile çocukluk çağı cinsel istismar ve yetişkinlik dönemindeki intihar girişimi arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur.⁶⁴

Çocukluk çağı istismar öyküsü olanlarda yetişkinlik döneminde yeniden mağdur olma durumunun sıklığı çeşitli çalışmalarla belirlenmiştir. Briere ve Elliott (2003) çalışmalarında yetişkin mağduriyetinin, çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarın her ikisini bildirenler arasında daha yaygın olduğunu saptamıştır.²² Random bir çalışmada kadınların %38'i 14 yaş sonrası tecavüz veya tecavüz teşebbüsü rapor etmiştir ve bunların %68'i çocukluk çağı enest öyküsüne sahiptir. Evlilik içi şiddet çalışmaları, şiddetli çocukluk çağı fiziksel istismar ile daha sonra yaşamış oldukları aile içi şiddet arasında direkt bir ilişki bulmuştur. Evliliklerinde fiziksel şiddet öyküsü olan bazı kadınlar (%27) iki kez, bazıları (%53) ikiden fazla akra olmaya öğretmen, terapist veya rahip gibi bir otorite figürü tarafından istenmeyen bir cinsel ilişki rapor etmişlerdir. Baba kız enest mağdurları arasında pornografi için poz verenlerin mağdur olmayanlardan 4 kat fazla olduğu öne sürülmektedir. Çocukluk çağı cinsel istismarı, fahişelikte yüksek risk oluşturmaktadır.²

Fahişeliğin kimi zaman mağduriyete verilen bir tepki olduğu öne sürülmektedir.⁶⁵ (Hutto, Faulk, 2000). Baral, Sezgin ve Farley çalışmalarında Türkiye'de fahişelik yapan kadınların %34'ünün çocukluk çağı cinsel istismara maruz kaldıklarını saptamıştır. Neredeyse tamamı yakın akrabalar tarafından istismara uğradıklarını belirtmiştir. Amerika'da ise fahişelerin %57'si çocukluk çağı cinsel istismar bildirmişlerdir.⁶²

Arata'nın çalışmasında çocukluk çağı cinsel istismarında uygulanan fiziksel şiddet ve istismarın süresi ile cinsel olarak yeniden mağduriyet arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Ayrıca kendini suçlama, posttravmatik semptomlar ve cinsel partner sayısı ile de ilişki belirlenmiştir. Aynı çalışmada çocukken sadece bir kez

mağdur olanların %13'ü altı ve daha fazla rızaya dayalı cinsel partnere sahipken, tekrar tekrar mağdur olanlarda ise bu oran %33'dür. Yaşamları boyunca hiç cinsel partneri olmadığını ya da sadece bir cinsel partneri olduğunu tekrar tekrar mağdur olanların %23'ü belirtirken, çocukken bir kez mağdur olanlarda bu oran %51'dir.⁶⁶

Yeniden cinsel olarak mağdur olmayı açıklayan farklı birkaç teori vardır. Bu teoriler yeniden mağduriyeti çocukluk çağı istismar ile ilişkilendirmişlerdir. Yeniden mağduriyeti açıklayan teorilerden birinde Chu (1992) çocukluk çağı cinsel istismar vakalarında disosiyasyon ve travma sonrası semptomların bu kişilerin yeniden mağdur olmalarını sağlayan bir faktör olduğunu belirtmiştir. Bir çok çalışma, çocukluk çağı istismarı ile disosiyatif yaşantılar arasında doğru orantı bulmuştur. Mağdurlar böylece ağrı duymamayı, anılarını unutmamayı, zaman kavramlarını ve algılarını değiştirmeyi, kişi ve yer algılarını farklılaştırmayı, halüsinasyon yaşantıları oluşturmayı ustaca gerçekleştirirler. Bunlar bir süre sonra otomatik ve bilinçdışı yapılar hale gelir. Chu'ya göre kişinin disosiyatif durum veya TSSB içindeyken yeniden mağdur olma olasılığı artmaktadır. Çünkü yabancılaşma hali ve sınırlanmış affekt potansiyel tehlikeleri görme durumunu baskılamakta, uyanıklılığı ortadan kaldırmaktadır. TSSB mağdurun üstesinden gelemeceği şok ve çaresizlik durumuna sebep olur. Bu hal kişinin tehlikeli durumlardan uzaklaşmasına engel olur. Chu'nun teorisi, çocukluk çağı cinsel istismarının disosiyasyon ve TSSB'ye neden olduğunu bu semptomların yeniden mağduriyete yol açtığını ve bununda semptomları arttırdığını, bir kısır döngü oluşturduğunu ileri sürmektedir.⁶⁷

Finkelhour ve Browne (1985) ise dört faktöre dayalı bir model ile açıklamaktadır. Bunlar ihanet, travmatik cinsellik, damgalanma ve güçsüzlüktür.

İhanet: Küçük yaşta çocuğun ebeveynine güveninin sonsuz olması gerekmektedir. Oysa çocuk sonsuz güven duyduğu kişi tarafından istismara uğramaktadır. Bu çocuk için kabul edilmesi zor ve acı verici bir durumdur. Çocuk için bir diğer kabul edilmesi zor durum ise ebeveynin istismar etmesi dışında diğer ebeveynin koruma görevini gerçekleştirememiş olmasıdır. Mağdur bu durumda sadece güvenini yitirmek ve güvenemeyen bir kişi haline gelmekten çok kimin güvenilir olduğunu saptama konusunda da kendine olan güvenini yitirmektedir. Bu yetersizlik duygusu da mağdur olmuş kişilerin ilerleyen zamanlarda tekrar mağdur olma risklerini arttırmaktadır.

Travmatik cinsellik: Travmatik cinsellik kavramı henüz çocuk yaşta ve cinsellik konusunda yeterli bilgi ve fiziksel gelişmeye sahip olmayan kişinin kendini olayın içinde bulmasını tanımlamak için kullanılmaktadır. Yazarlar çocukluk çağı cinsel istismarın travmatik cinselleşmeye yol açtığını ileri sürerler. Travmatik cinselleşmeyi çocuğun cinsel gelişiminin uygun olmayan ve kişiler arası ilişkilerde bozukluğa neden olan bir süreç olarak tanımlamaktadırlar. Hazır olmadan kendini erişkin cinselliği içinde bulan çocuk, istismar edici cinselliği sevgi için ödüllendirme ile ilişkilendirilecektir. Bu da çocuğun sadece kafasının karışmasına neden olmaktan öte cinsellik normları hakkında karmaşa yaşamasına ve zarar görmüş bir algıya sahip olmasına neden olacaktır. Bu durum erken ortaya çıkan cinsel davranışlara, tekrarlayıcı veya uygun olmayan kontrolsüz cinsel ilişkilere, seksi para kazanma veya sevgi elde etme yolu olarak kullanmaya, cinsel saldırıganlığa veya cinsel olarak yeniden mağdur olma durumuna yol açar.

Damgalanma: Mağdurlar kendilerini zarar görmüş ve diğer insanlardan farklı olarak görmektedirler. Bir çok mağdur vücutlarının kirli ve iğrenç olduğunu düşünmektedirler. Genellikle vücutlarına karşı kızgınlık içeren duygulanım içine girerler. Bazılarının cinsel istismara uğradıklarında vücutlarının da zevk alıyor olmasından dolayı bedenlerine karşı öfke içinde oldukları saptanmıştır. Kişi vücudunu cezalandırmak için ona zarar vermek amaçlı çeşitli davranışlar içine girebilir.

Güçsüzlük: Aynı zamanda çocukluk çağı cinsel istismarı çocukta güçsüzlüğe yol açmakta ve uygun başa çıkma davranışları geliştiremediğinden kişi yeniden mağdur olma durumuna girebilmektedir. İstismarın yol açtığı kabuslar, panik ataklar ve anksiyete atakları kişiyi olayı tekrar yaşattığı gibi güçsüzlüğünü ve kontrolsüzlüğünü de kişiye tekrardan hatırlatmaktadır. Mağdur kaçınılmaz olarak yakın ilişkilerde kendini korumakta güçlük çeker ve bu durum güvenli ve uygun sınırlar koymasını güçleştirir. Tüm bu nedenlerden dolayı, mağdur yetişkin yaşamında yeniden mağduriyet riskiyle karşı karşıya kalır.⁶⁸

Sonuç

Sonuç olarak cinsel saldırı, fiziksel, psikolojik ve sosyal etkileri nedeniyle en ağır travmatik yaşantılardan biridir. Son yıllarda yapılan önemli sayıda araştırmalar cinsel travmanın yaygınlığını ortaya koymakta

ve cinsel saldırıyı toplumun ve bireyin önemli bir ruh sağlığı sorunu haline getirmektedir. Genel popülasyon çalışmaları cinsel saldırıların ciddi boyutlarda olduğuna işaret ederken saptanan bu olgular buzdağının sadece görünen kısmıdır. Halen cinsel saldırı adli makamlara en az yansıyan gizli kalmış bir şiddet suçudur.

Son yıllarda travma sonrası oluşan ruhsal bozukluklar da en çok ilgi duyulan konulardan biri olmuştur. Bu alanla ilgili araştırmaların, makalelerin ve tartışmaların arttığı görülmektedir. Bu çalışmalar cinsel saldırının birey üzerinde oluşturan etkisinin vahametini ortaya koymaktadır. Mağdurun saldırı sonrası güvende ve yalnız olmadığına inanması, travma sonrası oluşan duygularını ifade edebilmesi travmanın uzun dönem olumsuz sonuçlarını azaltacaktır. Bu nedenle toplumsal duyarlılığın artırılması, mağdurun başvurabileceği destek ünitelerinin oluşturulması, tıbbi ve psikolojik acil yardım gereksiniminin sağlanması sorunun en önemli hedefleri olmalıdır.

Kaynaklar

1. Terr L. Too Scared to Cry: Psychic Trauma in Childhood. New York: Harper and Row; 1990.
2. Van der Kolk BA. The compulsion to repeat the trauma. *Psychiatric Clinics of North America* 1989; 12(2): 384-411.
3. Courtois CA. Recollections of Sexual Abuse, Treatment Principles and Guidelines. New York: W.W. Norton & Company, Inc; 1999.
4. Moscarello R. Psychological management of victims of sexual assault. *Canadian Journal of Psychiatry* 1990; 35(1): 25-30.
5. The American College of Obstetricians and Gynecologists Technical Bulletin. *Sexual Assault. Int Gynecol Obstet* 1993; 42: 67-72.
6. Yüksel Ş. Olağandışı durumların ruh sağlığına etkisi ve onarılması. Adam E, Şar V, Tükel R, Uçok A, Yazıcı O. yayına hazırlayanlar. *Psikiyatri Ders Kitabı* içinde. 2. Baskı. İstanbul: Emel Matbaacılık; 1995; 282-4.
7. Teber S. Toplama Kampı Sendromu. İstanbul: Sorun Yayınları; 1994.
8. Burgess AW, Fawcett J, Hazelwood RR. Victim care services and the comprehensive sexual assesment tool. Hazelwood RH, Burgess AW. editörler. *Rape Investigation* içinde. 2. Baskı. Boca Raton: CRC Press; 1995; 263-73.
9. Brown A. Violence against women by male partners, prevalence, outcomes and policy implications. *American Psychologist* 1993; 48(10): 1077-87.
10. Kessler RC, Sonnega A, Bromet A. ve ark. Epidemiological risk factors for trauma and PTSD. Yehuda R. editör. *Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder* içinde. 2. Bölüm. Washington DC: American Psychiatry Press; 2000; 23-56.
11. Helen Wu Z., Berenson AB., Wiemann CM. A profile of adolescent females with a history of sexual assault in Texas: Familial environment, risk behaviors and health status. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003; 16: 207-16.

12. Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect* 2003; 27: 1205-22.
13. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin* 1993; 113 (19): 164-80.
14. Koss MP. Rape: Scope, impact, interventions and public policy responses. *American Psychologist* 1993; 48: 1062-9.
15. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Violence against women: relevance for medical practitioners. *Journal of the American Medical Association* 1992; 267 (23): 3184-9.
16. Svedin CG, Back C, Soderback SB. Family relations, family climate and sexual abuse. *Nord J Psychiatry* 2002; 56: 355-62.
17. Kayı Z, Yavuz MF., Arıcan N. Kadın üniversite gençliği ve mezunlarına yönelik cinsel saldırı mağdur araştırması. *Adli Tıp Bülteni* 2000; 5(3): 157-63.
18. Madu SN, Peltzer K. Prevalence and patterns of child sexual abuse and victim-perpetrator relationship among secondary school students in the Northern Province (South Africa). *Archives of Sexual Behavior* 2001; 30(3): 311-
19. Ullman SE, Filipas HH. Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress* 2001; 14(2): 369-89.
20. Gölge ZB, Yavuz MF, Başol İ. Classifying rape cases in Turkey. *Forensic Science International* 2003; 136 (Suppl 1): 296-7.
21. Oaksford KL, Frude N. The prevalence and nature of child sexual abuse: Evidence from a female university sample in the UK. *Child Abuse Review* 2001; 10: 49-59.
22. Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS. Brief screening of life time history of criminal victimization about mental health intake. *Journal of Interpersonal Violence* 1989; 4: 267-77.
23. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 1994; 18: 409-17.
24. Rudd JM, Herzberger SD. Brother-sister incest, father-daughter incest: A comparison of characteristics and consequences. *Child Abuse & Neglect* 1999; 23(9): 915-28.
25. Shaw JA, Lewis JE, Loeb A. ve ark. A comparison of Hispanic and African-American sexually abused girls and their families. *Child Abuse & Neglect* 2001; 25: 1363-79.
26. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: Global scope and magnitude. *Lancet* 2002; 359: 1232-7.
27. Sheridan DJ. The role of the battered women specialist. *J Psychosocial Nursing & Mental Health Service* 1993; 31(11): 31-7.
28. Gölge ZB, Gökdoğan M, Göktürk G. ve ark. Aile içi şiddet: Eşler arası ilişkiler. IV. Adli Bilimler Kongresi. İstanbul: 10-13 Mayıs 2000.
29. Davidson JRT, Foa EB. Post-traumatic stress disorder: DSM-IV and Beyond. Washington DC, American Psychiatry Press; 1993.
30. Kessler RC, Sonnega A, Bromet A ve ark. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arc Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048-60.
31. Resnick H. Prevalence of civilian trauma and post-traumatic stress disorder in representative national sample of women. *Journal Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61(6): 984-99.
32. Rothbaum BO, Foa EB, Riggs D ve ark. A prospective examination of post traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress* 1992; 5: 455-75.
33. Briere J, Conte J. Self reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress* 1993; 6: 21-31.
34. Williams LM. Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994; 62: 1167-76.
35. Şar V, Akyüz G, Kundakçı T. ve ark. Frequency of dissociative disorders in the general populations: An epidemiological study in Turkey. 15th Fall Meeting of the International Society for the Study of Dissociation. Seattle; 1998.
36. Goodman LA, Koss MR, Russo NF. Violence against women: Physical and mental health effects. Part I: Research findings. *Applied & Preventive Psychology* 1993; 2,79-89.
37. Saunders BE, Villeponteaux LA, Lipovsky JA. ve ark. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. *Journal of Interpersonal Violence* 1992; 7: 189-204.
38. Jacopson A, Richardson B. Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: Evidence of the need for routine inquiry. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 908-13.
39. Van der Kolk BA, Van der Hart O. The Intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago* 1991; 48 (4): 425-54.
40. Brown GR, Anderson B. Psychiatric Morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry* 1991; 48 (1): 55-61.
41. Van Berlo W, Ensink B. Problems with sexuality after sexual assault. *Annual Review of Sex Research* 2000; 11: 235-58.
42. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Baskı, Washington DC, American Psychiatric Association; 1994.
43. Spiegel D, Cardena E. Disindegerrated experience of the dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology* 1991;100: 366-378.
44. Briere J, Runtz M. Post sexual abuse trauma. *Journal of International Violence* 1988; 2: 367-379.
45. Sanders B, Giolas MH. Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 50-4.
46. Oral G. Adli Psikiyatri. Soysal Z, Çakalır C. Editörler. Adli Tıp Cilt III içinde. İstanbul: İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fak. Yayınları; 1999; 1377-572.
47. Şar V. Dissosiyatif Bozukluklar, Kötüye Kullanım ve İhmalle İlişkili Sorunlar, Güleç C, Köroğlu E. editörler. Psikiyatri Temel Kitabı içinde. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998.
48. Davidson J. Issues in the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder. 6. Bölüm. Oldman JM, Riba MB, Tasman A. editörler. Review of Psychiatry .Vol.12 içinde. Washington DC: American Psychiatry Press; 1993; 141-155.
49. Öztürk, O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 7. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997.
50. Friedman MJ. Risk Factors for PTSD: Reflections and Recommendations. 10. Bölüm. Yehuda R. editör. Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder içinde. Washington DC: American Psychiatry Press; 2000; 223-31.
51. Harvey PD, Yehuda R. Strategies to Study Risk for the Development of PTSD, 1. Bölüm. Yehuda R. editör. Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder içinde. Washington DC: American Psychiatry Press; 2000; 1-22.
52. Davidson JRT, Smith RD. Traumatic experience in psychiatric outpatients. *Journal of Traumatic Stress* 1990; 3: 459-76.

53. Kilpatrick DG, Resnick HS. Posttraumatic stress disorder associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations. Davidson JRT, Foa EB. editörler. Posttraumatic Stress Disorder: DSM IV and Beyond içinde. Washington DC. American Psychiatry Press; 1993.
54. Burgess AW, Hazelwood RR. The victim's perspective. Hazelwood RH, Burgess AW. editörler. Rape Investigation içinde. 2. Baskı. Boca Raton: CRC Press; 1995; 27-42.
55. Herman J. Trauma and Recovery. New York: Basic Books; 1992.
56. Yaryura-Tobias JA, Neziroğlu FA, Kaplan S. Self-mutilation, anorexia and dysmenorrhea in obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders* 1995; 17: 33-8.
57. Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M. Mood disorder in a group of self-cutting adolescents. *Acta Paedopsychiatri* 1992; 55: 103-5.
58. Simpson M. Self-mutilation as indirect self-destructive behavior. Farberow NL. editör. The Many Faces of Suicide içinde. New York: McGraw-Hill; 1980.
59. Zila LA, Kiselica MS. Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling & Development* 2001; 79(1): 46-53.
60. Darche MA. Psychological factors differentiating self-mutilating and non self - mutilating adolescent inpatient females. *The Psychiatric Hospital* 1990; 21: 31-5.
61. Wiederman MW. Bodily self-harm and Its relationship to childhood abuse among women in a primary care setting. *Violence Against Women* 1999; 5(2): 155-64.
62. Baral I, Sezgin U, Farley M. Türkiye'de fahişelik mesleğinin sebep olduğu travmatik yaşantılar. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1998; 35 (1): 23-8.
63. Simpson CA, Porter GL. Self-mutilation in children and adolescents. *Bulletin Menniger Clinic* 1981; 45: 428-38.
64. Romans SE, Martin JL, Anderson JC, Herbison GP, Mullen PE. Sexual Abuse in childhood and deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 1336-42.
65. Hutto B, Faulk R. Psychodynamics of a prostitute: A case report. *Bulletin of the Menniger Clinic* 2000; 64(3): 409-24.
66. Arata CM. From child victim to adult victim: A model for predicting sexual revictimization. *Child Maltreatment* 2000; 5(1): 28-39.
67. Chu JA. The revictimization of adult women with histories of childhood abuse. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 1992; 1: 259-69.
68. Finkelhour D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry* 1985; 55: 530-41.