

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

2006 – 2010 YILLARI ARASINDA
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALINA BAŞVURAN VAKALARDA
VE
ÜLKE GENELİNDE
CİNSEL SALDIRI VE İSTİSMAR OLGULARININ
RUH SAĞLIĞI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİNDE
KARŞILAŞILAN SORUNLAR
VE
ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Dr. Erdiñ ÇAYLI

UZMANLIK TEZİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Mustafa DEMİRER

ISPARTA - 2011

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresinde bilgilerinden ve klinik tecrübelerinden faydalandığım, hem hocalık hem ağabeylik yapan ayrıca uzmanlık tezimin hazırlanmasında büyük katkıları bulunan Yrd. Doç. Dr. Mustafa DEMİRER'e;

Uzmanlık eğitimimin son çeyreğinde tanıdığım ve birlikte çalışmaktan onur duyduğum, her konuda yardımını esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız değerli hocam Prof. Dr. S. Serhat GÜRPINAR'a;

Adli Tıp ruhunu içimize işleyen değerli hocam Doç. Dr. Çetin Lütfi BAYDAR'a;

Her zaman bilgi ve görüşlerinden yararlandığım Yrd. Doç. Dr. Ahmet KÜPELİ'ye;

Tezimin hazırlanması sürecinde değerli katkıları bulunan Yrd.Doç. Dr. Evrim AKTEPE'ye;

Değerli görüş ve yardımlarını her zaman yanımda bulduğum başta Cumhuriyet Savcısı Muhammet SAVRAN olmak üzere tüm Isparta Adliyesi çalışanlarına;

Anabilim Dalında birlikte çalıştığımız bölüm sekreterimiz Ayşe KIZILKAYA'ya;

Her zaman varlıklarını yanımda hissettiğim aile fertlerime,

Sonsuz sevgi ve saygılarımı sunar, teşekkür ederim.

Dr. Erdinç ÇAYLI

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Cinsel Saldırı Tanımı ve Sıklığı.....	5
2.2. Çocuğun Cinsel İstismarı, Tanımı ve Sıklığı	6
2.3. Saldırgan ve Mağdurun Psikolojisi	8
2.4. Cinsel Saldırı ve İstismar Olgularında Tıbbi Yaklaşım	9
2.4.1. Ruh Sağlığı Tanımı ve Psikolojik Travma.....	9
2.4.2. Ruhsal Travma Sonrası Ortaya Çıkan Psikiyatrik Durumlar.....	10
2.4.3. Yetişkinlikte Maruz Kalınan Cinsel Saldırı Etkilenimi	12
2.4.4. Çocuklukta maruz kalınan Cinsel İstismar Etkilenimi.....	13
2.4.4.1. Cinsel İstismarda Ergenlik Dönemi Etkilenimi	14
2.4.4.2. Cinsel İstismarda Erişkinlik Dönemi Etkilenimi	14
2.4.5. Cinsel Saldırı Sonrası Görülen Ruhsal Durum Bozukluklarının Tanı ve Sınıflaması.....	15
2.4.5.1. Akut Stres Bozukluğu (ASB).....	16
2.4.5.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB).....	17
2.4.5.2.1. TSSB Tanı	18
2.4.5.2.2. TSSB - Etkenler	20
2.4.5.2.3. TSSB Semptomlar.....	21
2.4.5.2.4. TSSB - Prognoz.....	22
2.4.5.3. Uyum Bozukluğu	23
2.4.5.4. Dissosiyatif Bozukluklar	25
2.4.5.4.1. Dissosiyatif Amnezi	25
2.4.5.4.2. Dissosiyatif Füg	26
2.4.5.4.3. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu.....	26
2.4.5.4.4. Depersonalizasyon Bozukluğu.....	27
2.4.5.5. Tecavüz Travma Sendromu	28
2.5. Cinsel Saldırı ve İstismar Suçlarında Yasal Düzenlemeler.....	28

2.5.1. Cinsel Saldırı ve İstismar Suçlarında Ulusal Yasal Düzenlemeler	28
2.5.1.1. Eski Türk Ceza Kanunu	28
2.5.1.2. Yeni Türk Ceza Kanunu.....	29
2.5.1.2.1. Cinsel Saldırı.....	29
2.5.1.2.2. Cinsel İstismar.....	30
2.5.1.2.3. Reşit Olmayanla Cinsel İlişki.....	31
2.5.1.2.4. Kanun Gerekçeleri	31
2.5.2. Cinsel Saldırı ve İstismar Suçlarında Uluslararası Hukuk.....	32
2.5.2.1. Alman Hukuku	33
2.5.2.2. Amerika Birleşik Devletleri Hukuku	33
2.5.2.3. Namibya Cumhuriyeti Hukuku	34
2.5.2.4. Diğer Hukuksal Yaklaşımlar	34
3. MATERYAL VE METOD.....	35
4. BULGULAR.....	41
4.1. Tıbbi Değerlendirmede Karşılaşılan Sorunlar	41
4.1.1. Temaruz-Simulasyon ve Asılsız Bildirimler.....	41
4.1.2. Saptanan Psikopatolojinin Kaynağının Belirlenmesinde ve Olay İle İlişkisinin Kurulmasındaki Güçlükler	43
4.1.3. Değerlendirme Zamanı ile İlgili Karşılaşılan Sorunlar	44
4.1.4. Ruhsal Durum Bozukluğunun Değerlendirilmesinde Ulusal ve Uluslararası Standartların Kesinliği	45
4.1.5. Erken Çocukluk Çağında ve Mental Retardelerde Değerlendirme Güçlüğü.....	46
4.2. Yasal Düzenlemelerden Kaynaklanan Sorunlar.....	47
4.2.1. Yasal Düzenlemelerden Kaynaklanan Kavramsal Karmaşa ve Tanımlama Sorunları.....	47
4.2.2. Suç Tanımlamasındaki Belirsizlik	48
4.2.3. Suç ve Ceza Arasındaki Orantısızlık.....	49
4.3. Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar	49
4.3.1. Uygulamada Kişilerden Kaynaklanan Sorunlar.....	49
4.3.2. Uygulamada Kurumlardan Kaynaklanan Sorunlar	50
4.4. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tarama Bulguları	52
4.4.1. Mağdurun Yaşı.....	52
4.4.2. Mağdurun Cinsiyeti.....	53

4.4.3. Mağdurun Medeni Durumu.....	54
4.4.4. Mağdurun Eğitim Durumu.....	55
4.4.5. Mağdurda Daha Önceden Bilinen Başka Bir Psikiyatrik Rahatsızlık Bulunup Bulunmaması.....	56
4.4.6. Mağdurda Mental Yetersizlik Bulunup Bulunmaması	57
4.4.7. Mağdurun İkamet Ettiği Yerleşim Birimi	58
4.4.8. Mağdurun Anne ve Babasının Ayrı/Yaşamını Yitirmiş Olup Olmadığı .	59
4.4.9. Mağdurun Olay ile İlişkisiz Olmak Koşulu ile Daha Önceden de Cinsel Saldırıya Maruz Kalıp Kalmaması.....	60
4.4.10. Mağdurun 18 Yaşının Altında Olduğu Durumlarda Olay İçin Rızasının Bulunup Bulunmadığı	61
4.4.11. Saldırının Meydana Geldiği Mekân	62
4.4.12. Saldırgan	64
4.4.12.1. Saldırgan Cinsiyeti	64
4.4.12.2. Mağdurun Saldırgan / Saldırganları Daha Önceden Tanıma Durumu	64
4.4.13. Mağdurun Olay Sonrasında Tehdide Maruz Kalıp Kalmadığı	66
4.4.14. Aynı Olayda Tekrarlayan Saldırıya Maruz Kalma Durumunun Bulunup Bulunmadığı	67
4.4.15. Saldırı – Muayene Zaman Aralığı.....	68
4.4.16. Mağdurun Başvuru Öncesinde Psikiyatrik Muayenesinin Yapılıp Yapılmadığı.....	69
4.4.17. Mağdurun Başvuru Öncesi Genital Muayenesinin Yapılıp Yapılmadığı.....	70
4.4.18. Mağdurun Anal, Oral veya Vaginal Yollardan En Az Birisi ile İlgili Penetrasyon İddiası	71
4.4.19. Mağdurun Penetrasyon İddiasının Bulunmadığı Durumlarda Tensel Temas İddiası	72
4.4.20. Mağdurun Anal Penetrasyon İddiası.....	73
4.4.21. Olay ile İlişkilendirilebilen Akut ve/veya Eskiye Ait Anal Penetrasyon Bulgusu.....	74
4.4.22. Mağdurun Oral Penetrasyon İddiası.....	75
4.4.23. Olay ile İlişkilendirilebilen Akut ve/veya Eskiye Ait Oral Penetrasyon Bulgusu.....	76
4.4.24. Vaginal Penetrasyon İddiası.....	77
4.4.25. Olay ile İlişkilendirilebilen Akut ve/veya Eskiye Ait Vaginal Penetrasyon Bulgusu.....	78

4.4.26. Himende Olay ile İlişkilendirilebilecek Yırtık.....	79
4.4.27. Mağdurun Olay Sırasında Fiziksel Şiddet Tariflemesi	80
4.4.28. Ekstragenital Muayene Bulguları.....	81
4.4.29. Vücudundaki Yaralanmaların Ağırlığı.....	82
4.4.30. Mağdurun Hayatındaki İlk Cinsel Deneyimi Olup Olmaması.....	83
4.4.31. Mağdurun Gebelik Durumu	84
4.4.32. Mağdurun Olay Sonrasında Çevresinden Kötü Tepki Görüp Görmediği	86
4.4.33. Mağdurun Olay Sonrasında Başka Bir Psikolojik Travma Tarifleyip Tariflemediği.....	87
4.4.34. Mağdurun Kendisini Savunabilecek Durumda Olup Olmadığı	88
4.4.35. Mağdurun Flashback Davranışı Tarifleyip Tariflemediği	89
4.4.36. Mağdurun Muayene Sırasındaki Duygu Durumu	90
4.4.37. SDÜTF ATAD'ın Kararları	91
5. TARTIŞMA	93
5.1. Kanundan Kaynaklanan Sorunlar	93
5.2. Uygulama Sırasında Ortaya Çıkan Sorunlar	98
5.3. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tarama Bulguları	103
5.4. Tıbbi Değerlendirmede Karşılaşılan Sorunlar	120
5.5. Yapılmış Olan Çözüm Önerileri	123
6. SONUÇ.....	126
ÖZET.....	127
ABSTRACT	128
KAYNAKLAR	129

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASB	: Akut Stres Bozukluğu
ATK	: Adli Tıp Kurumu
BTM	: Basit tıbbi müdahale
DSM	: Amerikan Psikiyatri Derneği Mental Bozuklukları Sınıflandırma Sistemi (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
ICD-10	: Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
SDÜTF	: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi
ATAD	: Adli Tıp Anabilim Dalı
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Yaş gruplarına göre SDÜTF ATAD kararları	53
Şekil 2. Cinsiyete göre SDÜTF ATAD kararları.....	54
Şekil 3. Medeni duruma göre SDÜTF ATAD kararları	55
Şekil 4. Eğitim durumuna göre SDÜTF ATAD kararları.....	56
Şekil 5. Saldırı öncesinde bilinen psikiyatrik rahatsızlığa göre SDÜTF ATAD kararları	57
Şekil 6. Mental retardasyona göre SDÜTF ATAD kararları	58
Şekil 7. Yerleşim birimine göre SDÜTF ATAD kararları.....	59
Şekil 8. Anne-babasının ayrı olup olmamasına göre SDÜTF ATAD kararları.....	60
Şekil 9. Daha önceden de cinsel saldırıya maruz kalıp kalmamasına göre SDÜTF ATAD kararları	61
Şekil 10. Rızaya göre SDÜTF ATAD kararları.....	62
Şekil 11. Mekâna göre SDÜTF ATAD kararları	64
Şekil 12. Saldırkanı tanınma durumuna göre SDÜTF ATAD kararları	65
Şekil 13. Olay sonrasında tehdide göre SDÜTF ATAD kararları	66
Şekil 14. Tekrarlayan saldırıya göre SDÜTF ATAD kararları.....	67
Şekil 15. Olay-muayene intervaline göre SDÜTF ATAD kararları	69
Şekil 16. Başvuru öncesi psikiyatrik muayeneye göre SDÜTF ATAD kararları	70
Şekil 17. Daha önceden genital muayene yapılıp yapılmamasına göre SDÜTF ATAD kararları	71
Şekil 18. Penetrasyoniddiasına göre SDÜTF ATAD kararları	72
Şekil 19. Tensel temas iddiasına göre SDÜTF ATAD kararları	73
Şekil 20. Anal penetrasyon iddiasına göre SDÜTF ATAD kararları	74
Şekil 21. Olay ile ilişkilendirilebilen anal penetrasyon bulgusuna göre SDÜTF ATAD kararları	75
Şekil 22. Oral Penetrasyoniddiasına göre SDÜTF ATAD kararları.....	76
Şekil 23. Oral penetrasyon bulgusuna göre SDÜTF ATAD kararları.....	77
Şekil 24. Vaginal penetrasyon iddiasına göre SDÜTF ATAD kararları	78
Şekil 25. Olay ile ilişkilendirilebilen vaginal penetrasyon bulgusuna göre SDÜTF ATAD kararları	79
Şekil 26. Olay ile ilişkilendirilebilecek himen yırtığının bulunup bulunmamasına göre SDÜTF ATAD kararları	80
Şekil 27. Olay sırasındaki şiddete göre SDÜTF ATAD kararları	81

Şekil 28. Olay ile ilişkilendirilebilen ekstragenital muayene bulgusuna göre SDÜTF ATAD kararları	82
Şekil 29. Yaralanmanın ağırlığına göre SDÜTF ATAD kararları.....	83
Şekil 30. İlk cinsel deneyimi olup olmamasına göre SDÜTF ATAD kararları.....	84
Şekil 31. Gebelik durumuna göre SDÜTF ATAD kararları	85
Şekil 32. Çevreden kötü tepki görüp görmemesine göre SDÜTF ATAD kararları...	86
Şekil 33. Olay sonrasında başka psikolojik travmaya göre SDÜTF ATAD kararları	87
Şekil 34. Kendisini savunabilecek durumda olup olmamasına Göre SDÜTF ATAD kararları	88
Şekil 35. Flashback tariflenip tariflenmemesine göre SDÜTF ATAD kararları	90
Şekil 36. Duygu durumuna göre SDÜTF ATAD kararları.....	91
Şekil 37. SDÜTF ATAD'ın Ruh Sağlığının değerlendirmesinde verdiği kararlar....	92

1. GİRİŞ

Cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar, cinsel tacizden, cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlalinin ve en ileri durumda da vücuda organ veya sair bir cisim sokulmasını kapsayan geniş bir alandır.

2005 yılında yürürlüğe giren yeni Türk Ceza Kanununun (TCK) altıncı bölümünde cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar başlığı altında 102. maddede cinsel saldırı, 103. maddede ise çocukların cinsel istismarı ele alınmaktadır. Söz konusu kanunda, diğer ağırlaştırıcı faktörlerin bulunmadığı durumlarda, mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulduğu saptandığında; cinsel saldırı vakalarında normalde 2-7 yıl arası olan hapis cezası en az 10 yıla, cinsel istismar vakalarında ise normalde 3-8 yıl arası olan hapis cezası en az 15 yıla çıkarılmaktadır (1). Kanun “Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması hâlinde...” diye başlamakta, ancak ne kanunda, ne de kanunun gerekçesinde hem beden hem de ruh sağlığını değerlendirmede hangi ölçütlerin nasıl kullanılacağı net olarak belirtilmemektedir (1-3). Bu durumda kanunu okuyan hemen herkes “cinsel saldırı olmuşsa ruh sağlığı tabii ki bozulur” şeklinde yorumlamakta, kanunu düzenleyenler ise ilgili maddede ruh sağlığında ciddi ya da sürekli bir bozulmayı kastettiklerini, mağdurun ruh sağlığında ciddi veya kalıcı bir bozulma meydana gelmeden de cinsel saldırı/istismarın gerçekleşebileceğini savunmaktadırlar (2). Bu ikilem içerisinde konuyu değerlendiren doktor, kanunun algısı ile hukukçuların görüşü arasında kalmakta, verilen kararlar bir tarafı memnun ederken diğer tarafı rahatsız edebilmektedir. Öyle ki bir televizyon spikeri “bu doktorlara ruhsal muayeneyi öğretmek lazım” diyebilme yetkinliğini kendisinde görebilmektedir (2).

“Cinsel saldırı, rızası olmayan veya yaşının küçüklüğü, akıl hastalığı gibi sebeplerle rızası kabul edilmeyen bir kadın veya erkeğe, fiziksel güç kullanımı, tehdit, korku, hile ve kandırma gibi zorlamalarla, cinsel içerik taşıyan, cinsel doyumunu amaçlayan, toplumun kabul etmediği bir davranışta bulunulmasıdır.” (4). TCK ise cinsel saldırıyı “Cinsel davranışlarla kişinin vücut dokunulmazlığını ihlali” olarak tanımlamaktadır. Vücut dokunulmazlığının ihlali, ufak bir dokunuştan zorlamalı saldırıya kadar geniş bir aralığı kapsamaktadır. Bu nedenle kanunda ceza aralığı geniş tutularak 2-20 yıl arasında belirlenmiştir. Ancak kanunda mağdurun ruh

sağlığının bozulduğu saptandığında, basit temas ile zorlamalı saldırı için on yıldan az olmamak üzere benzer ceza öngörülmektedir.

Cinsel istismar ise Yeni TCK'de "çocuklara yönelik cinsel amaçlı saldırılar" olarak tanımlanmıştır (1, 5). Tecavüz, ensest, çocuk pornografisi, teşhircilik, cinselliği kışkırtan konuşmalar, pornografik film seyrettirme, giysili veya giysisiz göğüsleri, kalçaları, cinsel organları okşama ve oral sekse kadar değişen eylemler cinsel istismar spektrumu içerisinde yer almaktadır (1, 6, 7). Çoğunlukla aile bireyleri veya yakın akrabalar tarafından gerçekleştirerek gizli kalan cinsel istismar eylemleri, çocukta kısa ve uzun dönemde fiziksel ve psikolojik yönden birçok önemli hasarlara neden olabilmektedir (6, 8).

Ruhsal travma, ani, beklenmedik bir zamanda, karşı konulamaz şiddetli emosyonel saldırı veya dışarıdan bir kişi tarafından bir dizi saldırı sonucu meydana gelir. Cinsel saldırılar da iç benlik uyumu ile çevre arasındaki dengeyi bozan travmatik olaylardır. Cinsel saldırıya uğrayan kişi bu dönem içerisinde hayatı üzerindeki kontrolü kaybeder ve mağdur saldırı sonrasında günlerce hatta yıllarca süren ve kişinin savunma mekanizmalarını bozup felce uğratan psikolojik reaksiyonlar gösterir (9). Cinsel saldırı sonrası görülen ruhsal rahatsızlıklar içerisinde en sık travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) saptansa da travma sonrası ortaya çıkan tepkiler tek tip değildir. Ağır kişilik değişimleri, akut stres bozukluğu (ASB) ve travma dışında farklı nedenlerle de görülebilen, depresyon, panik bozukluğu, alkol ve madde kullanımında artış, dissosiyatif bozukluklar (zihinsel kaçış, bilinç düzeyinde bozulmalar, amneziler), uyum bozuklukları, bedensel bozukluklar, konversiyon bozuklukları (inkâr, duygunun izole edilmesi, bölünme), kaygı bozuklukları, düşük benlik saygısı, yoğun suçluluk, düşük güven duygusu, cinsel davranış bozuklukları, cinsel kimlik bozuklukları, intihar düşünceleri gibi geniş bir yelpaze içinde değişebilen ruhsal hastalıklar da görülebilmektedir (10-12). Hasarın şiddeti ise maruz kalınan şiddetin derecesine, kişinin incinebilirliğine ve saldırı sonrasındaki desteğe bağlı değişkenlik göstermektedir (11, 13).

Dünya Sağlık Örgütü 1992 yılında yayımladığı ICD-10 kod sisteminde travmaya tepki olarak ortaya çıkan ruhsal bozuklukları F43 başlığı altında; akut stres bozukluğu (F43.0), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) (F43.1) ve uyum bozuklukları (F43.2) olarak üç grup altında incelemektedir. Ayrıca F6 başlığı altında

stres sonrası görülen kalıcı kişilik değişikliği (F62.1) kategorisi de bulunmaktadır. Amerikan Psikiyatri Derneğinin 1994 yılında yayımladığı DSM-IV sisteminde ise, travma sonrası stres bozukluğu (309.81) ve akut stres bozukluğu (308.3) anksiyete bozuklukları kategorisi altında incelenmekte, uyum bozuklukları (309) ise tamamen ayrı bir kategori olarak değerlendirilmektedir (14).

Cinsel saldırı sonrası TCK'ye göre ruh sağlığının değerlendirmesinde Dünya Sağlık Örgütünün mü yoksa Amerikan Psikiyatri Derneğinin mi tanı kriterlerinin kullanılması gerektiği, bu kriterlere tamamen bağlı kalınıp kalınmaması gerektiği belirsizdir.

Değerlendirmede karşılaşılan güçlüklerden bir diğeri de önceden ruh sağlığının yerinde olmadığı bilinen ya da saptanan kişilerin maruz kaldıkları cinsel saldırı eylemi nedeniyle ruh sağlığının bozulup bozulmadığı hususunun değerlendirilmesidir (15).

Bir diğer olumsuzluk da yıllarca devam eden adli süreç içerisinde, mağdurdan başından geçenleri defalarca anlatmasının istenmesidir. Kişi her anlatımda olayı zihninde baştan yaşamak zorunda kalmakta, adeta kişinin olayları unutup yaralarını sarması devlet tarafından engellenmektedir. Ayrıca çocuklara aynı olayın defalarca anlatılması, anlatılanların güvenilirliğini ve çocuğun doktora güvenini de azaltmaktadır (16, 17).

Adli süreç içerisinde kişinin maruz kaldığı olay gizli tutulmaya çalışılsa da bu olay ile ilgili bilgiler bir şekilde mağdurun çevresindeki insanlar veya medya tarafından da öğrenilebilmekte, bu da cinsel saldırı olaylarına halkın mağduru suçlayıcı bakışı nedeni ile özellikle küçük yerlerde kişinin hayatına kaldığı yerden devam etmesini, evlenmesini, mevcut evliliğinin devam etmesini engelleyebilmekte, hatta kişinin çevresindeki insanlar tarafından ruhsal ve fiziksel travmaya maruz kalmasına, hatta intihara zorlanmasına ya da öldürülmesine neden olabilmektedir.

Mevcut uygulamada ruh sağlığı değerlendirmesi erişkinlerde olaydan 6 ay, çocuklarda 12 ay sonra yapılmakta, aradan geçen süre sonunda kişiler muayeneye gelmemekte, gelenler de bu süre içerisinde benzer ya da farklı travmatik olaylara maruz kalabilmekte, bunların ruhsal etkilenimleri değerlendirmeyi içinden çıkılmaz bir duruma sokabilmektedir.

Yargıtay tarafından diğer kurumlardan verilen raporlar geçerli sayılmadığı için Adli Tıp Kurumu (ATK) Başkanlığında biriken iş yoğunluğu nedeni ile raporların adli birimlere ulaşmasında da önemli zaman kayıpları gözlemlenmektedir.

Cinsel suçlarda kurbanların büyük bir bölümünü çocuklar oluşturmakta ve kız çocukların erkek çocuklara göre daha fazla cinsel istismara uğradıkları görülmektedir (5). Tüm cinsel saldırıların yaklaşık olarak %50'si saldırıya uğrayan kimselerin evinde ve %80'inden fazlası kurbanların kendi çevresinde meydana gelmektedir (18). Cinsel saldırılar çoğunlukla mağdurun tanıdığı biri tarafından uygulanmaktadır. Çeşitli çalışmalarda %20-25 oranında ensest vakaların saptandığı, ırzına geçilmiş, yaşamı tehdit edilmiş ve fiziksel saldırıya uğramış mağdurların %80'inde TSSB saptandığı belirtilmiştir (9).

Çalışmamızın genel bilgiler kısmında cinsel saldırı ve istismar hakkında dünya ve ülke genelinde bilgiler, bu şiddet mağdurlarında görülen psikolojik patolojiler, ülkemiz ve dünyadaki diğer ülkelerin kanunları hakkında bilgiler verilmiştir. Bulgular kısmında tıbbi değerlendirmede, kanunda ve uygulamadaki sorunlar ortaya konulmuş, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi (SDÜTF) Adli Tıp Anabilim Dalına (ATAD)başvuran mağdurların bilgileri sunulmuştur. Tartışma kısmında ise sorunlar değerlendirilip öneriler sunulmuştur.

Sonuç olarak cinsel suç mağdurunda ortaya çıkabilecek olumsuz belirtilerin, evrensel ve nesnel sınıflandırma ölçütlerine tabi tutulmadan, ruh veya beden sağlığının bozulması başlığı altında cezada önemli bir ağırlatıcı sebep yapılması, hukuki ve tıbbi olarak çözülmesi neredeyse imkânsız bir sorun haline gelmiştir.(19) Beş yıllık uygulama sonucunda ciddi mağduriyetler ve toplumda adaletle karşı güvensizlikler oluşmuş, konunun tarafları açısından da içinden çıkılması güç ve belirsiz bir süreç başlamıştır. Bu sorunun çözülebilmesi için ilgili yasa maddelerinin tekrar düzenlenmesi gerekmektedir. Suçun temel hali ve ağırlatıcı nedeni arasındaki ayırımı, suçta ve cezada yasallık ilkesiyle bağdaşmayacak ölçülerde belirsiz hale getiren genel nitelikteki ruh veya beden sağlığının bozulması kavramı, açık ve kesin bir tanıma kavuşturulamadığı sürece, eşitliğe aykırı uygulamalar, gereksiz mağduriyetler ve tartışmalar gündemden düşmeyecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsel Saldırı Tanımı ve Sıklığı

Kişi özgürlüğüne ve beden bütünlüğüne yapılabilecek en ağır suçlardan birisi olan cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar, cinsel tacizden, cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlalini ve en ileri durumda da vücuda organ veya sair bir cisim sokulmasını kapsayan geniş bir alandır. Cinsel suçlar, her toplumda, görülebilen, mağdurlarında ağır ve kalıcı travmalar oluşturabilen, mağdurun yakınlarını ve tüm toplumu etkileyen, toplumda ciddi infial, kişisel intikam ve linç isteği doğuran, özellikle son yıllarda şiddet suçları arasında en hızlı artış gösteren ve büyük oranda saklı kalan eylemlerdir (4, 11, 15, 20-23).

Dünya Sağlık Örgütü cinsel şiddeti “mağdurun rızası olmadan, baskı kullanarak ya da rızasının aranmayacağı durumlarda herhangi bir cinsel hareket, girişim, cinsel içerikli sözler ile kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır (24).

Cinsel saldırı ve istismar suçlarının büyük kısmı saklı kaldığından toplumda görülen gerçek sıklığının belirlenmesi mümkün değildir (25). Dünya Sağlık Örgütü, cinsel şiddetin dünyada tüm ülkelerde, tüm kültürlerde ve toplumların tüm seviyelerinde görüldüğünü, dünyanın bazı bölümlerinde her dört kadından birinin partneri tarafından hayatında bir kez tecavüze veya tecavüz girişimine maruz kaldığını, her üç ergenden birinin ilk cinsel deneyiminin zorlama ile gerçekleştiğini bildirmektedir (20, 26). ABD’de kadınlar arasında yapılan çalışmalarda hayat boyunca tecavüze uğrama prevalansının %12,6 ile %16,1 arasında değiştiği belirtilmiştir (27). Briere ve arkadaşlarının da 2003 yılında yaptıkları bir çalışmada erkeklerin %14.2’sinin, kadınların %32.3’ünün çocukluk çağında cinsel istismar tanımladığı, 18 yaş ve üstü mağduriyet oranının ise erkeklerde %32, kadınlarda %39.9 olduğu bildirilmiştir (28).

Ülkemizde cinsel saldırı suçları tüm suçların yaklaşık %3’ünü teşkil etmekle birlikte bildirim oranı oldukça düşüktür (11, 29-31). Türkiye’de 2008 yılında Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü’nün yapmış olduğu “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması” sonuçlarına göre yaşamı boyunca eşi veya birlikte

olduğu kişi / kişilerden cinsel şiddet yaşamış kadınların oranı kentlerde %14.3, kırsal kesimde %18.3, ülke genelinde %15.3 olarak belirlenmiştir. Eşi veya birlikte olduğu kişi / kişiler dışındakilerden cinsel şiddet yaşamış kadınların oranı en az %1.7 ile Ege bölgesinin güneyinde, en fazla %4,9 ile İç Anadolu Bölgesinde belirlenmiştir (32). Aynı araştırmada sadece cinsel şiddete maruz kalan kadınların oranı % 15.3, fiziksel veya cinsel şiddetin birlikte yaşanma oranı %41.9, en az bir kez fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmış kadınlardan eğitimi olmayanların oranı % 55,7, lise ve üzeri düzeyde eğitim alanların oranı % 27, çocukluklarında (15 yaşından önce) cinsel istismar yaşadığını belirtenlerin oranı % 7 olarak belirlenmiştir (33). Gölge ve arkadaşlarının yapmış olduğu başka bir çalışmada da çocuk mağdurların % 76.3'ünün kız, % 23.7'sinin erkek, yetişkin mağdurların %93.4'ünün kadın, %6.6'sının erkek olduğu saptamıştır (34).

2.2. Çocuğun Cinsel İstismarı, Tanımı ve Sıklığı

Tüm dünyada özel değere sahip, korunması gereken birey grubunu oluşturan çocuklar, gerek bedensel gerekse ruhsal gelişim olarak olumsuz dış etkilere karşı koyma yeteneğini kazanamamış olduklarından her türlü istismara yatkın durumdadırlar (35). Her yıl dünyada 1.6 milyon çocuğun fiziksel, cinsel, duygusal istismarın ya da ihmalin kurbanı olduğu; 1000'den fazla çocuğun bu nedenlerle öldüğü tahmin edilmektedir (36). Dünya Sağlık Örgütü 1985 yılında çocuk istismarını “Çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen ve bir yetişkin, toplum veya ülke tarafından, çocuğa bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar.” şekli detanımlamıştır (37). Polat ise çocuk istismarını “çocuğa yönelik her türlü şiddet” olarak tanımlamıştır (21).

Çocuk istismarı; fiziksel, cinsel ya da duygusal istismar olarak sınıflandırılmaktadır (38). Çocuğun cinsel istismarı, çocuk istismarı tipleri arasında saptanması en zor olan, genellikle gizli kalan, kısa ve uzun dönemde etkileri bulunan ve gittikçe artan sıklıkta görülen global bir sorundur. (35, 39-41).

Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi cinsel istismarı “çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki, o erişkinin veya başka birinin cinsel uyarımı için kullanılmışsa çocuğun cinsel istismarı olarak kabul edilir. Cinsel istismar diğer bir çocuk tarafından eğer bu çocuğun diğeri üzerinde belirgin bir gücü veya kontrolü

söz konusu ise veya bariz bir yaş farkı varsa de gerçekleşebilir” şeklinde tanımlamıştır (21).

Cinsel istismar fiziksel temas içeren ve içermeyen şeklinde sınıflandırılmaktadır (39). Ancak çocuklara uygulanan davranışların cinsel istismar olarak algılanması, kültürel farklılıklara, toplumu oluşturan kişilerin inançlarına, sosyal değerlere, geleneklere ve aile ilişkilerine bağlı olarak değişmektedir (42). Araştırmacılar arasında cinsel istismarın tanımlanmasında tutarlılık olmamakla birlikte, okşama, cinsel ilişki, teşhircilik, pornografik film izletme, müstehcen veya pornografik görüntüleme, yaşına uygun olmayan cinsel eğitim verme, çocuğun gözünün önünde cinsel eylemin gerçekleştirilmesi de cinsel istismar tanımı içerisine dahil edilebilmektedir (39, 41). Akranlar arasındaki cinsel istismarı bazı çalışmalar çocuğun cinsel istismarı olarak sınıflarken, kimileri akran istismarı olarak ayırmakta, kimileri de bunu çocuğun cinsel istismarı sınıfına sokmamaktadır. Diğer taraftan çocukluk dönemi sınırını bazı araştırmacılar 16 olarak belirtirken bazıları da 18 olarak belirtmektedir (41).

Çocuk cinsel istismarının global ve sürekli bir olay olduğu hususunda fikir birliği oluşmuş gibi görünse de, geniş kapsamlı prevalansı hakkında %0,1 ile %71 arasında değişen uyumsuzluklar mevcuttur. Dünya çapında 1980 ve 2008 yılları arasında yayımlanan 217 yayını değerlendiren bir çalışmada çocuk cinsel istismarının kombine prevalansının %11,8 olduğu saptanmıştır (43). ABD’de 1994 yılında yayınlanan bir raporda, 1990 yılından 1994 yılına kadar geçen sürede çocuk ihmal ve istismarı vakalarının %27 artış gösterdiği, 1 milyon doğrulanmış vakada 2/1000 oranında cinsel istismar saptandığı belirtilmektedir (44). Yine ABD’de 1998 yılında 2,8 milyon çocuğun istismara maruz kaldığı, bunların %23’ünün fiziksel, %54’ünün ihmal, %12’sinin cinsel ve %6’sının duygusal istismar olduğu bildirilmektedir (45).

Briere ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da erkeklerin %14.2’sinin, kadınların ise %32.3’ünün çocukluk çağında cinsel istismara maruz kaldıklarını belirttikleri bildirilmiştir (46). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise cinsel istismara maruz kalan kadın ve erkek oranlarının eşit olduğu saptanmıştır (23).

Ülkemizde ihmal, çocuğun istismarı ve ensest vakaları oldukça yaygındır (47). 1262 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin %28'inin çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kaldığı saptanmıştır (48). Çelik'in yaptığı bir araştırmada da Adana İli Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına başvuran 12-18 yaş arası 297 ergen vakadan 6'sında cinsel taciz yakınmasının yer aldığı, 2005 yılından 2007 yılına cinsel istismara uğramış ergen olguların çoğunlukta olduğu adli başvurularda sayıca belirgin düzeyde artış saptandığı belirtilmektedir (49). Yine Sivas ilinde Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde yapılan bir çalışmada, başvuran ardışık 62 hastada, çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımı % 27.4, duygusal kötüye kullanımının % 17.7, ihmal yaşantısının % 46.8, ensest oranının % 3.2 ve cinsel kötüye kullanımının % 6.4 oranında olduğu saptanmıştır (50).

2.3. Saldırgan ve Mağdurun Psikolojisi

Cinsel saldırı, amacı sadece cinsel tatmin gibi görülmekle birlikte aslında cinsel eylemin şiddet amaçlı kullanıldığı bir durumdur (15, 51). Yanlış olmasına rağmen yaygın bir inanişe göre, cinsel saldırının altında yatan önemli bir faktörün cinsellik olduğu düşünülmektedir (51). Yapılan çalışmalarda cinsel saldırı olayında saldırganların yaklaşık %50'sinin amacının gücünü kanıtlamak, yaklaşık %40'ının amacının öfke ve intikam olduğu ortaya konulmuştur (13).

İsviçre'de yapılan bir çalışmada çocukluğunda cinsel istismara maruz kalan kadınların aynı olaydaki fail sayısının %67'sinde bir, %7.7'sinde iki, %5.1'inde üç, %2.5'inde dört ve %2.5'inde ise dokuz olarak saptandığı belirtilmektedir (52).

Tüm dünyada cinsel saldırı ve istismar vakalarının yalnızca %5'inin adli makamlara yansıdığı düşünülmektedir (21). Edward ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kişiye yönelik hırsızlıkların %48'inin, ev soygunlarının %70'inin, araba hırsızlıklarının %98'inin, cinsel saldırıların ise yalnızca %15'inin polise bildirildiği saptanmıştır (53). Ülkemizde kadın üniversite gençliği ve mezunlarına yönelik yapılan bir anket çalışmasında, fiziksel temas içeren cinsel eylemlere maruz kalma oranının %44,5 olduğu fakat bu cinsel eylemleri adli makamlara bildirme oranının sıfıra yakın olduğu belirlenmiştir (54). Birçok saldırı vakası, mağdurların toplumun olumsuz yaklaşımı, baskısı, ahlaki değerler ve olayı ispatlayamama kaygısı nedeniyle

rapor edilmemektedir (12, 23, 51, 55). Ortaklaşıcı kültürlerde saldırgan çoğu zaman tanıdık olmakla birlikte, topluluk bireylerden daha önde geldiğinden ve aileyi utançtan korumak için, cinsel istismar bildirimleri daha nadir görülmektedir (43). Ayrıca cinsel saldırıya uğrayan evli kadınların büyük çoğunluğunda boşanmalar da görülmektedir (23). Çocuk ve gençler de maruz kaldıkları cinsel eylemi oldukça özel, utanç verici ve aşağılayıcı bir durum olarak algılamakta, öykülerini anlatmaktan kaçınmakta, olay duyulduğunda sevdiklerinin üzüleceğini düşünmekte, bu nedenlerle istismar olayı çoğu zaman tesadüfi olarak ortaya çıkmaktadır (35, 56, 57). Bu tür olayların gizli kalmasındaki bir diğer faktör de tıbbi muayenelerin, polis görüşmelerinin, mahkemelerin, savunma avukatlarının sorularına maruz kalmanın, saldırıya uğrayan kişiyi tekrar tekrar travmatize etmesidir (12).

2.4. Cinsel Saldırı ve İstismar Olgularında Tıbbi Yaklaşım

Cinsel saldırı mağdurunun muayenesi hekimler için en zor görevlerinden birisidir. Söz konusu suçların çok ağır cezai yaptırımlarının olması, kişiler, aile ve toplum üzerine olan yıkıcı etkileri, gerçek saldırıların saptanamama olasılığı, gerçek dışı iddialarda mahkûmiyet kararı alınma olasılığı hekim sorumluluğunu oldukça ağırlaştırmaktadır (22). Diğer yandan adli psikiyatrinin, muayene öncesinde adli vaka ile ilgili eldeki tüm verileri değerlendiren araştırmacı yapısı, genel psikiyatriden oldukça önemli bir farkını oluşturmaktadır. Kriminal olay ile karşılaşan adli psikiyatristin ek olarak mağdurun önceki medikal raporlarını, polis araştırma raporlarını, adli bilimler raporlarını, sanığın ve şahitlerin ifadelerini de değerlendirmesi gerekmektedir (58).

2.4.1. Ruh Sağlığı Tanımı ve Psikolojik Travma

Normal ve normal dışı davranışların tam olarak ayrımını yapmak mümkün olmadığından, ruh sağlığının tanımını yapmak da oldukça güçtür (59). Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, bedensel, sosyal ve ruhsal yönden tam iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bu sağlık tanımında belirtilen tam iyilik hali pek çok bilim insanı tarafından eleştirilmiş ve hiçbir kişinin bedensel ve ruhsal açıdan tam iyilik halini gerçekleştiremeyeceği düşüncesi ile bireylerin üretken olduğu sürece “sağlıklı” olarak değerlendirilebileceği vurgulanmıştır (60).

Literatürde, ruh sağlığının tanımını yapmaya çalışan birçok görüş bulunmakla birlikte bu görüşleri de kapsayacak şekilde ruh sağlığı, “kişinin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi” olarak tanımlanabilir (59).

LeonerTerr ruhsal travmanın ani şekilde, beklenmedik bir anda, karşı konulamaz şiddetli emosyonel saldırı veya dışarıdan bir kişiden bir dizi saldırı sonucu meydana geldiğini söylemektedir (61).

Psikolojik travma, bireyi doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen bir olay sonucu meydana gelebilir. Doğrudan travmalar iki grup altında toplanabilir. I. tip travma; ani ve beklenmedik tek bir olayla sınırlı olan travmatik yaşantıları (örneğin, afetler, kazalar) kapsarken, II. tip travma; kişinin dayanma gücünü zorlayan, birbiriyle ilişkili bir dizi olayın yineleyen ve uzun süreli seyri ile karakterize, yoksulluk, açlık, kronik ya da ölümcül hastalıklar gibi bireyin yaşantısının bir ya da daha fazla alandaki işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen kronik koşulları içeren travma olarak sınıflandırılabilir. Çocuğun uzun süre istismar edilmesi, kişinin sürekli ve tekrar tekrar tecavüze maruz kalması gibi tekrarlanan, uzun süreli travmalar II. tip travma olarak kabul edilmektedir (62).

Cinsel saldırı iç benlik uyumu ile çevre arasındaki dengeyi bozan, mağdurun ruh sağlığı üzerinde travma etkisi göstermesi kaçınılmaz olan bir olaydır. (9, 19). Mağdurda oluşturduğu fiziksel hasar çok az düzeyde olsa dahi, bireyin sosyal ve ruhsal bütünlüğünü ağır derecede etkilemektedir (15). Cinsel saldırıya uğrayan kişi bu dönem içerisinde hayatı üzerindeki kontrolü kaybetmekte ve saldırı sonrasında günlerce hatta aylarca süren ve savunma mekanizmalarını bozup felce uğratan psikolojik reaksiyonlar göstermektedir (9).

2.4.2. Ruhsal Travma Sonrası Ortaya Çıkan Psikiyatrik Durumlar

Ruhsal travma sonrası ortaya çıkan psikiyatrik durumlar, olaydan sonraki geçen süreye, tablonun şiddetine, süreğenliğine ve normal sayılıp sayılmamasına göre çeşitli kategorilerde değerlendirilmektedir (63).

Biçer ve arkadaşları travma sonrası ortaya çıkabilecek sorunları iki temel başlık altında toplamıştır.

1- Ruhsal travma yaşamının “gerekli ama yeterli olmadığı” hastalık veya sorunlar:

Akut stres tepkileri, ASB, Eşik altı TSSB, akut TSSB, Kronik TSSB, Geç Başlangıçlı TSSB, Felaket sonrası kalıcı kişilik değişikliği, karmaşık TSSB,

2- Ruhsal Travma yaşamının “gerekli olmadığı ama tetikleyici olabildiği” sorun veya hastalıklar;

Kişilik bozuklukları, majör depresyon, diğer anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, dissosiyatif bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları, uyku bozuklukları, ağrı bozuklukları, psikotik bozukluklar (62).

Travma sonrası ruhsal bozukluk iddiasıyla yada olasılığı ile karşılaşan ve adli değerlendirmeyi yapacak olan hekim aşağıda sıralanmış olan soruların cevaplarını verecek kadar inceleme yaptığından emin olmalıdır.

1. Gerçekten ruhsal travma olarak kabul edilebilecek türden bir olay var mıdır?
2. Tarif edilen ve gözlenen klinik tablo, psikiyatrik bozukluklardan herhangi biriyle uyumlu mudur?
3. Tespit edilen klinik psikiyatrik tablo adli dosyada tespit edilen travma sonrası mı ortaya çıkmıştır?
4. Sözü geçen olay öncesi kişide herhangi bir psikiyatrik bozukluk öyküsü var mıdır?
5. Semptomlar uzak ya da yakın geçmişteki farklı travmalardan etkilenmiş midir?
6. Ayrı zamanlara ait kısa aralıklı birden fazla travma varsa bu olaylar birbirinden bağımsız olarak semptomların oluşmasına katkıda bulunmuş olabilir mi?
7. Kişinin günlük yaşamdaki işlevselliği sözü geçen olaylardan ne kadar etkilenmiştir?
8. Semptomların bir kısmı ya da tamamı taklit ediliyor yada abartılıyor olabilir mi?

9. Klinik tanı netleşmişse klinik seyir ve prognoz nasıldır?”(63)

Cinsel saldırı sonrası görülen ruhsal rahatsızlıklar içerisinde en sık TSSB saptansa da travma sonrası ortaya çıkan tepkiler tek tip değildir (15, 63). Cinsel saldırı sonrasında ağır kişilik değişimleri, ASB, uyum bozuklukları ve travma dışında farklı nedenlerle de görülebilen, depresyon, panik bozukluğu, alkol ve madde kullanımında artış, dissosiyatif bozukluklar (zihinsel kaçış, bilinç düzeyinde bozulmalar, amneziler), bedensel bozukluklar, konversiyon bozuklukları (inkâr, duygunun izole edilmesi, bölünme), kaygı bozuklukları, düşük benlik saygısı, yoğun suçluluk, düşük güven duygusu, cinsel davranış bozuklukları, cinsel kimlik bozuklukları, intihar düşünceleri, yeme bozuklukları gibi geniş bir yelpaze içinde değişebilen ruhsal hastalıklar gelişebilmektedir (10, 12, 18, 20, 64).

Ancak cinsel saldırı ve tecavüz vakalarının çoğunda kronik psikopatoloji gelişmemektedir (27). 2011 yılında ABD’de yapılan bir çalışmada; tecavüze uğrayanlar arasında hayat boyu TSSB tanımlayanların oranının %16,8, majör depresif epizot tanımlayanların oranının %12,8 olduğu saptanmıştır (27).

2.4.3. Yetişkinlikte Maruz Kalınan Cinsel Saldırı Etkilenimi

Tecavüz, çok sayıda ve uzun süreli olumsuz sonuçları bulunan, insanın yaşayabileceği en şiddetli travmalardan birisidir (65). Cinsel saldırının, mağdurun biyolojik ve psikolojik yapısına çok sayıda zararları bulunmakla birlikte bilimsel görüşlerin çoğu, bu olayın mağdurun mental sağlığına ileri derecede zarar vereceği yönündedir (23, 65, 66). Yapılan çeşitli çalışmalarda cinsel saldırı öyküsü bulunan kadınların %73 ile %82’si arasında değişen oranlarda korku ve/veya anksiyete, %17’si ile %65’i arasında değişen oranlarda TSSB, %13 ile %51 arasında oranlarda depresyon, %12 ile %40 arasında değişen oranlarda genel anksiyete, %13 ile %49 arasında değişen oranlarda alkol bağımlılığı, %28 ile %61 arasında değişen oranlarda yasadışı madde kullanımı, %23 ile %44 arasında değişen oranlarda intihar düşüncesi, %2 ile %22 arasında değişen oranlarda intihar teşebbüsü geliştiği saptanmıştır (65, 67-69). Laura ve arkadaşlarının 1980-2010 yılları arasında yayımlanan toplamda 3,162,318 olguyu içeren 37 araştırmayı değerlendirdikleri bir çalışmada cinsel saldırı ile anksiyete bozukluğu, depresyon, yeme bozuklukları, TSSB, uyku bozuklukları ve intihar girişimleri arasında mağdurun yaşı ve cinsiyeti ne olursa olsun istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki saptanmış, şizofreni ve somatoform bozukluk arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (70).

Eskişehir’de 24 olgu üzerinde yapılan bir çalışmada mağdurların 6’sında ASB, 11’inde TSSB, TSSB saptananlardan 2’sinde ayrıca depresyon bulguları saptandığı, bu 11 vakanın 3’üne 1-3 ay arasında, 5’ine 3-6 ay arasında, 3’üne 6 aydan sonra tanı konulduğu ve tümünün adli tahkikatları sırasında ATK 6. İhtisas Dairesine gönderildiği, 7’sinin ise psikiyatrik açıdan normal olarak değerlendirildiği bildirilmiştir (11).

2.4.4. Çocuklukta maruz kalınan Cinsel İstismar Etkilenimi

Çocukluk çağı cinsel istismarı çocuğun hastalanmasına hatta ölümüne kadar varabilen psikolojik ve fizyolojik etkileri olan, olumsuz süreci yetişkinlik çağına kadar uzanabilen bir şiddet türüdür (39). Bu süreç içerisindeki çocuklar asemptomatik görünümde olabileceği gibi hayatlarının birçok alanında şiddetli derecede etkilenebilmektedirler (41).

Yapılan çalışmalarda cinsel istismara uğramış çocukların klasik bir profili oluşturulmaya çalışılmış fakat klasik bir profillerinin bulunmadığı, hiçbir semptomun cinsel istismara uğrayan çocuklar için karakterize olmadığı ortaya çıkmıştır (41, 71).

Birçok çalışma çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalanlarda çeşitli psikolojik semptom ve psikiyatrik hastalıkların gelişme riskinin arttığını göstermektedir (72-75). Uğradığı istismar nedeniyle veya istismar olmasa bile araştırma sürecinin uzaması ve tekrarlayan muayeneler sonucunda çocukta ruhsal patolojiler ortaya çıkabilmektedir (76). 45 çalışmanın değerlendirildiği bir yayında cinsel istismara maruz kalan çocuklarda daha fazla psikolojik semptom belirlendiği saptanmıştır (71). Cinsel istismara uğrayan çocuklarda en sık TSSB ve anksiyete saptanmakla birlikte, depresyon, davranış problemleri, değersizlik hissi, karşıt olmakarşıtlı gelme bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, fobik bozukluk, gece kâbusları gibi sorunların gelişebildiği de saptanmıştır (41, 71, 77-79). Yine yapılan çalışmalarda çocuklarda %19,2-%30 arasında değişen oranlarda cinsel istismar sonrası psikopatolojik belirti saptanmamıştır (41, 77). Adana İlinde yapılan bir çalışmada cinsel istismara uğrayanlarda %54,5 oranında TSSB, %23,9 oranında

mental retardasyon, %16,8'inde ASB, %33,6'sında birden fazla psikiyatrik bozukluk saptandığı, %19,8'inin ise asemptomatik olduğu belirtilmiştir (77). 18 yaş ve altı çocukları değerlendiren birçok çalışmayı derleyen bir yayında yaşı daha büyük olan çocukların daha semptomatik olduğu, saldırı sıklığının, süresinin, penetrasyon varlığının, saldırganın yakın tanıdık olmasının, anne desteğinin olmamasının, saldırıda şiddet kullanılmasının, çocuğun negatif bakış açısının semptomları arttırdığı saptanmıştır (71). ABD'de yapılan bir çalışmada çocukluğunda cinsel istismar öyküsü bulunanların, bulunmayanlara oranla cinsiyet ayrımı olmaksızın 2 kat daha fazla intihar riski taşıdığı, alkolik ile evlenme oranında %40'luk bir artış bulunduğu saptanmıştır (80).

2.4.4.1. Cinsel İstismarda Ergenlik Dönemi Etkilenimi

Özellikle çocukluk döneminde maruz kalınan cinsel ve fiziksel istismarın ergenlikteki etkileri daha dramatik olmaktadır. Literatürde istismarın uzun dönem emosyonel, davranışsal ve psikopatolojik örüntülerinin bulunduğu ile ilgili çalışmalar mevcuttur (49).

Cinsel istismara uğrayan ergenlerde TSSB, depresyon, anksiyete, madde bağımlılığı veya kötüye kullanımı, suça karışma davranışı, düşük benlik saygısı, davranım bozuklukları, intihar gibi sorunların daha sık görüldüğü saptanmıştır. (49, 81, 82). Cinsel saldırıya uğrayan ergenlerde saldırı sonrası ilerleyen dönemde yapılan bir araştırmalarda %28 oranında depresyon, %20,3 oranında TSSB, %23,2 oranında madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı, %21,3 oranında suça karışma davranışı saptandığı belirtilmiştir (81). Patrik ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada suç davranışlarında bulunan ergenlerin %20-50'sinde çocukluk döneminde fiziksel, %10-80'inde ise cinsel istismar hikâyesi bulunduğu, ancak çocukluk döneminde istismar hikâyesi olanların çoğunluğunun ileriki yaşamlarında suçlu olmadıklarını belirtmişlerdir (83).

2.4.4.2. Cinsel İstismarda Erişkinlik Dönemi Etkilenimi

Dünya sağlık örgütünün 2002 yılında yayımladığı raporunda dünya çapında çocuğun cinsel istismarının TSSB'nin majör sebebi olduğu, tahminen kızlarda %33 oranında, erkeklerde ise %21 oranında TSSB'ye neden olduğu belirtilmektedir (26).

Yapılan çalışmalarda çocukluk çağında cinsel istismara uğrayan erişkinlerde daha fazla oranda depresyon, anksiyete, intihar eğilimi / girişimi, kişilik bozukluğu, uyku bozukluğu, kronik yorgunluk sendromu, obezite, prematür bebek dünyaya getirme, madde kullanımı, somatizasyon bozukluğu, kişilerarası ilişkilerde azalma, cinsel hoşnutsuzluk, disfonksiyon, yüksek riskli cinsel davranışlar (çok sayıda cinsel partnerinin bulunması, grup ilişkisi, korunmasız cinsel ilişki, cinsel geçişli hastalık, erken yaşta rıza ile cinsel ilişki, erken yaşta gebelik, hayat kadını olma), cinsellikten tiksinti duyma bozukluğu, yetişkin dönemde daha fazla oranda tecavüze/cinsel saldırıya maruz kalma, eşi tarafından şiddete maruz kalma ve alkol bağımlılığı saptanmıştır (74, 84-96). Cortes ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 18 yaş öncesinde cinsel istismar tanımlayan kadın yüksekokul öğrencilerinin kendine güvenlerinin, özsaygılarının daha az, hayat hakkında düşüncelerinin daha negatif olduğu, daha fazla anksiyete ve depresyon oranlarının bulunduğu, erkeklerde ise sadece anksiyetenin daha fazla olduğu saptanmıştır (87). Leeners ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kalan kadınların, jinekolojik muayene sırasında daha şiddetli anksiyete semptomları gösterdikleri, muayene sırasında istismar olayını hatırladıklarını belirttikleri saptanmıştır (52). Yeme bozuklukları hastalarında anlamlı oranlarda yüksek çocukluk çağı cinsel taciz öyküsü varlığını bildiren yayınlar olmasına karşın, bu ilişkiyi saptayamayan yayınlar da bulunmaktadır (97, 98).

2.4.5. Cinsel Saldırı Sonrası Görülen Ruhsal Durum Bozukluklarının Tanı ve Sınıflaması

Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 kodlama sisteminde travmaya tepki olarak ortaya çıkan ruhsal bozuklukları F43 başlığı altında üçe ayırarak incelemektedir: Akut stres bozukluğu (F43.0), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) (F43.1) ve uyum bozuklukları (F43.2). Bunun dışında F6 başlığı altında stres sonrası görülen kalıcı kişilik değişikliği (F62.1) kategorisi bulunmaktadır. DSM-IV (Amerikan Psikiyatri Derneği 1994) ise, TSSB (309.81) ve akut stres bozukluğunu (308.3) anksiyete bozuklukları kategorisi altında, uyum bozukluklarını (309) ise tamamen ayrı bir kategori olarak değerlendirmektedir (14).

2.4.5.1. Akut Stres Bozukluğu (ASB)

ASB, kriterlerini oluşturan semptomların en az 2 gün en fazla 4 hafta sürmesi ve travmatik olay sonrası 4 hafta içinde ortaya çıkması kriteri esas alınarak teşhisi konulan, büyük ölçüde TSSB'ye geçiş yapan, travmadan sonraki ilk ay içerisinde görülen ruhsal bir bozukluktur (99).

DSM-IV'ün belirlediği ASB tanı ölçütleri;

“A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

1. Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.
2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.

B. Sıkıntı doğuran olayı yaşarken ya da bu olayı yaşadktan sonra kişide aşağıdaki dissosiyatifsemptomlardan üçü (ya da daha fazlası) bulunur:

1. Öznel uyuşukluk, dalgınlık duyuları ya da duygusal tepkisizlik
2. Çevrede olup bitenlerin farkına varma düzeyinde azalma (örn. "afallama")
3. Derealizasyon
4. Depersonalizasyon
5. Dissosiyatif amnezi (yani, travmanın önemli bir yanını anımsayamama)

C. Travmatik olay şunlardan en az biri yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır: Göz önüne tekrar tekrar gelen görüntüler, rekürren düşünceler, rüyalar, illüzyonlar, "flashback" epizotları, o yaşantıyı yeniden yaşar gibi olma ya da travmatik olayı anımsatan şeylerle karşılaşınca sıkıntı duyma.

D. Travma ile ilgili anılan uyandıran uyarlardan belirgin kaçınma (örn. düşünceler, duygular, konuşmalar, etkinlikler, yerler, insanlar).

E. Belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlıkseptomları (örn. uyumakta zorluk çekme, irritabilite, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü, hipervijilans, aşırı irkilme tepkisi gösterme, motor huzursuzluk).

F. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur ya da bireyin travmatik yaşantısını aile bireylerine anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirmek ya da yardım almak gibi gerekeni yapmasının peşinde koşma yetisini bozar.

G. Bu bozukluk en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkar.

H. Bu bozukluk bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir, Kısa Psikotik Bozukluk olarak açıklanamaz ve daha önceden var olan bir Eksen I ya da Eksen II bozukluğunun sadece bir alevlenmesi değildir.” şeklindedir (100).

ASB'nin değerlendirme ölçütleri büyük ölçüde TSSB'nin ölçütleri ile örtüşmekle birlikte B ölçütünde olayın yeniden yaşanması ile ilgili belirtilerin yerine dissosyatif belirtiler yer almaktadır (99).

2.4.5.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Birleşik Devletlerdeki yetişkin toplumu temel alan çalışmalarda yaşam boyu prevalansı %8 olarak bulunan TSSB, tecavüz sonrasında sıklıkla görülen, olağandışı dış travmatik yaşantılar sonucu gelişen ve travmatik olayı tekrar tekrar hatırlama, hatırlatıcılardan kaçma ve artmış uyarılmışlık belirtileri ile karakterize, çoğunlukla kronik bir seyir izleyen anksiyete bozukluğudur (100-103).

TSSB, DSM sisteminde anksiyete bozuklukları içerisinde, ICD-10 sisteminde de nevrotik stres ile ilgili ve somatoform bozukluklar başlığının akut stres tepkisi ve uyum bozuklukları alt başlığı altında yer almaktadır (99).

TSSB, cinsel istismara uğrayanlar arasında sık görülen bozukluklardan birisidir (73, 104). Ebstein ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çocukluk çağında

tecavüze uğramış kadınların %26'sının hayatlarının bir kısmında TSSB kriterleri tarifledikleri saptanmıştır (104). Kilpatrick ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da cinsel saldırıya uğrayan kadınların 1/3'ünde bir süre sonra TSSB saptandığı belirtilmiştir (103).

2.4.5.2.1. TSSB Tanı

Çeşitli sınıflamalarda TSSB semptomları farklı şekillerde ele alınmıştır.

DSM-IV'ün belirlediği TSSB tanı ölçütleri;

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

1. Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir
2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. (Not: Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler.)

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:

1. Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır. Not: Küçük çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler.
2. Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme. Not: Çocuklar, içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler.
3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, halüsinasyonları ve dissosiyatif "flashback" epizodlarını kapsar).
4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma

5. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)

1. Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları
2. Travma ile ilgili anılan uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları
3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama
4. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması
5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyulan
6. Duygulanımda kısıtlılık (örn. sevme duygusunu yaşayamama)
7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama)

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:

1. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük
2. İrritabilite ya da öfke patlamaları
3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme
4. Hipervijilans
5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme

E. Bu bozukluk (B, C ve D Tanı Ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.”
şeklindedir. (100, 105)

DSM’de semptomlar 3 aydan daha kısa sürerse akut, 3 ay ya da daha uzun sürerse kronik TSSB’den bahsedilir.

ICD-10TSSB’yi “Hemen herkeste ciddi bir sıkıntıya yol açabilecek stresli bir olaya maruz kalma ile birlikte ortaya çıkan; travmatik olayın tekrar tekrar canlandırılması, rüyalarda görülmesi, duygusal küntleşme veya duygusuzluk hali, diğer insanlardan uzaklaşma, çevreye karşı tepkisizlik, haz alamama ve travmayı hatırlatan olaylardan ve ortamdaki uzaklaşma, travmayı hatırlatacak her türlü söz ve hareketlerden korku duyma ve kaçınma, nadiren de travmayı hatırlatan durumlarda akut korku, panik veya saldırganlık nöbetlerinin ortaya çıkması, otonomik aşırı uyarılmışlık, tetikte olma durumu, irkilme tepkisi, uykusuzluk” olarak tanımlamış, bunlara sıklıkla depresyon, anksiyete ve intihar düşünceleri eşlik ettiğini, travmadan sonra birkaç saat ile altı ay arasında ortaya çıkabileceğini belirtmiştir (105).

Eğer semptomlar, stres etkeninden en az 6 ay sonra başlamışsa bu durumda DSM’ye göre gecikmeli başlangıçlı TSSB tanısı konulur (63, 100, 105). Bu noktada ICD-10 sisteminin yaklaşımı DSM’den farklıdır. ICD-10 rahatsızlık travmadan sonraki 6 ay içerisinde ortaya çıkmamışsa TSSB tanısının koyulmaması gerektiğini, süre 6 aydan uzun olmasına rağmen belirtiler tipik ise “olası TSSB” tanısı koyulmasını önermektedir (99).

2.4.5.2.2. TSSB - Etkenler

Basit kayıplar, kronik hastalıklar, evlilik çatışmaları ve boşanmalar günlük stresörler olarak ele alınıp ve TSSB geliştirmek için yeterli travmatik olay sayılmazlar (105). DSM-IV’e göre TSSB gelişmesine sebep olabilecek travmalar, askeri çatışmaya katılmak, cinsel, fiziksel, kişisel saldırıya uğramak gibi olağandışı stresörlerdir. Çocuklar için, korku, vahşet veya yaralanma olmasa bile gelişimine uygun olmayan cinsel deneyimler travmatik olay olarak kabul edilebilir (102, 105). Bazen de, sıradan gibi görünen ya da çoğu insan için bir felaket gibi görünmeyen olaylar, söz konusu olayın kişi için öznel bir anlamı olması nedeniyle TSSB’ye neden olabilmektedir (102).

Travmaya maruz kalan birçok kişide TSSB ortaya çıkmamaktadır (105). Stresör, temel ortaya çıkarıcı etken olmakla birlikte, aynı travmatik olayı yaşayan

herkeste TSSB ortaya çıkmamaktadır. Her bireyin genetik özellikleri, fiziksel yapısı, psikolojik geçmişi ve o durum için motivasyonu, belirli stresörlerle baş etme düzenekleri farklıdır. Bu nedenle TSSB yaygınlığı farklılık göstermektedir (102). Toplumsal destek, aile öyküsü, çocukluk yaşantıları, kişilik değişkenlikleri ve daha önceden bulunan mental bozukluklar TSSB gelişmesini etkilemektedir (99, 100). Ancak yine de tecavüz mağdurları TSSB gelişme riski en fazla olan gruptur (15, 100).

Stresörün şiddetini artıran etkenler çeşitli kaynaklarda; stresörün hasta için öznel bir anlamının olması, stres kaynağı ile karşı karşıya kalma süresinin uzaması, karşılaşmanın ani olması (hazırlıksız olma), stresörün katastrofik olması, stresörün insanlar tarafından oluşturulması, stresörün ölüm tehdidi içermesi, stresörün fiziksel yaralanma ile birlikte olması, stresörün gaddarlık ve insanlık dışı bir olayı içermesi, kişinin suçluluk duygusu (sağ kalma suçluluğu) taşıması, kişinin kendisini köşeye sıkıştırılmış hissetmesi şeklinde sıralanmıştır (100-102, 105).

Doruk, stres kaynağının şiddetini etkileyerek travma karşısında belirtilerin gelişmesi bakımından kişiye özel yatkınlık oluşturan etkenleri; erken çocukluk dönemindeki örseleyici yaşantılar, borderline, paranoid, antisosyal veya bağımlı kişilik özellikleri gösterme, içe dönüklük, nevrotik faktörler, sosyal desteklerin yetersiz olması, psikiyatrik bir hastalık geliştirmeye genetik - yapısal bir yatkınlık taşıma, son zamanlarında stresli yaşam değişikliklerinin olması, psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması, önceden alkol veya ilaç kötüye kullanım öyküsü olması, travma öncesinde davranış problemlerinin olması, 10 yaşına gelmeden anne babanın ayrılması, çok genç ve çok yaşlı olma, hipnoz edilebilme özelliği taşıma şeklinde sıralamıştır. Kişisel faktörler ağır stresörlerde önemini yitirip, hafif stresörlerde önem kazanmakta, stres etkeni çok aşırıysa herhangi bir yatkınlaştırıcı etken olmadan da TSSB gelişebilmektedir. (100, 101).

2.4.5.2.3. TSSB Semptomlar

Semptomlar genellikle travmadan sonra ilk üç ay içinde ortaya çıksa da, 1 haftadan 30 yıla kadar uzanan bir dönemde semptomların ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Sıklıkla travmanın hemen sonrasında, travmanın kötü sonuçları görüldüğü zaman ASB için tanı ölçütleri karşılanır (73, 100, 105).

Southwich ve arkadaşlarının yapmış olduğu 2 yıllık bir izlem çalışmasında vakalarda;

1. ayda; İrkilme (%27), irritabilite (%18), uyku bozukluğu (%16),

6.ayda; İritabilite (%40), travmatik olayın tekrarlayıcı şekilde yaşanması (%31), irkilme (%27), uyku bozukluğu (%21), konsantrasyonda azalma (%21),

2. yılda; Travmatik olayın tekrar tekrarlayıcı şekilde yaşanması (%31), irkilme (%26), uyku bozukluğu (%26), irritabilite (%24) saptanmıştır (106).

Çocuklarda, olayla ilgili sıkıntı veren rüyalar, birkaç hafta içinde canavar kâbuslarına, başkalarını kurtarma kâbuslarına, kendisinin ya da başkalarının tehdit altında kalmasıyla ilgili kâbuslara dönüşür. Küçük çocuklarda genellikle geçmişi yeniden yaşama duyumu olmaz, bunun yerine yineleyici oyunlarla travmanın yeniden yaşandığı olur. Çocukların önemli birtakım etkinliklere karşı ilgilerinde azalma olduğunu ya da duygulanımlarındaki kısıtlılığı bildirmeleri zor olabileceği için bu semptomlar anne-babalarının, öğretmenlerinin ve diğer gözlemcilerin söyledikleri göz önünde bulundurularak dikkatle değerlendirilmelidir. Çocuklarda, bir geleceklerinin kalmadığı duygusu, bir erişkin olabilmek için yaşamın çok kısa olduğuna inanmalarıyla kendini gösterebilir. "Kehanette bulunma" da görülebilir, Çocuklar karın ağrıları ya da baş ağrıları gibi çok çeşitli fizik semptomlarda gösterebilirler (100).

TSSB için özgül bir biyokimyasal test yada görüntüleme yöntemi bulgusu bulunmamaktadır (99).

2.4.5.2.4. TSSB - Prognoz

TSSB saptanan vakalar üzerinde yapılan araştırmalarda, vakaların yaklaşık %30'unda tam iyileşme görüldüğü, %40'ında hafif, %20'sinde hafif derecede semptomların sürdüğü, geri kalan %10'unda hiç iyileşme olmadığı hatta daha da kötüye gittiği gösterilmiştir. Yapılan bir kısım araştırmada olguların yaklaşık yarısında 3 ay içinde tam bir düzelme olduğu, birçoğunda semptomların travmadan sonra 12 aydan daha uzun sürdüğü, bazı olgularda da gidişin artıp azalan semptomlarla devam ettiği, semptomların yeniden başlamasının orijinal travmayı anımsatan cinsel ilişki, doğum gibi yaşantılara, yaşamın stres kaynaklarına veya yeni

travmatik olaylara tepki nedeniyle ortaya çıkabildiği gösterilmiştir (63, 73, 100). Eğer ikincil kazanç sorunları yok ise, hastanın kişiliği de önemli derecede uyumsuz değil ise çoğu kez kendiliğinden birkaç hafta ya da ayda düzelmekte olduğu, ancak uzun süre yatakta hareketsiz kalma, uzun süren tazminat ya da suç davaları, işsiz olma, ailesel toplumsal destekten yoksun olma ve uygun tedavi görmeme gibi etkenlerin hastalığın süregelenleşmesine yol açabildiği belirtilmektedir (105). Kronikleşmesi prognozu kötüleştirdiği gibi depresyon ve anksiyete gibi komorbit bozukluklar için de yüksek risk oluşturmaktadır. Bu yandaş durumlar klinik görünümü değiştirmekte ve tanıyı zorlaştırmaktadır (101). Ayrıca yapılan çalışmalarda TSSB'nin majör depresif bozukluk, madde ile ilişkili bozukluklar, panik bozukluk, agorafobi, obsesif-kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi ve bipolar bozuklukların artması ile de ilişkili olduğu, bazı ciddi ve kronik vakalarda işitsel halüsinasyonlar ve paranoid düşünceler de bulunabildiği belirtilmektedir (15, 100).

Kişi, ailesel ve toplumsal rolünün yoğun olduğu dönemlerde TSSB semptomlarını erteleyebilmektedir. Yaşlı bireylerde, hayatın herhangi bir döneminde karşılaşılan travmadan kaynaklanan TSSB görülebilmektedir (80). Ayrıca asıl travmayı çağrıştıran ya da sembolize eden durumlardan ya da etkinliklerden korkarak kaçınan mağdurun kişilerarası ilişkileri bozabilmekte, evlilik ve iş hayatı ile ilgili ciddi sorunlar görülebilmektedir (100).

2.4.5.3. Uyum Bozukluğu

Uyum bozukluğu, bir yada daha çok psikososyalstresör etkisinde gelişen, duygusal veya davranışsal belirtilerle karakterize psikiyatrik bir tablodur (107). TSSB tanısı koyulabilmesi için stres etkeninin çok ağır nitelikte olması gerekirken, uyum bozukluğu tanısı için stresörlerin genellikle günlük yaşamda sık görülebilen sevgiliden ayrılma, iş değişikliği veya ekonomik zorluklar gibi sıradan olaylar olması yeterli olmaktadır (100).

Uyum bozukluğu, açık ve özgül belirti profili bulunmayan bir tanı kümesidir. Ruhsal sıkıntı, sosyal-çevresel zorlanmalar yaşama ve bazen davranışsal bozuklukların varlığı gibi psikiyatrik bir bozukluk olmanın çok genel koşullarını karşılamaktadır. Uyum Bozukluğu olan hastalar özgül psikiyatrik bozuklukları olan

hasta grubundan da farklıdırlar; belirtileri sınırlı, şiddeti ve süresi daha az, onlara göre daha işlevsel ve sağlıklıdırlar. Bu sonuçlar uyum bozukluğunun en azından yüzeysel geçerliliğini desteklemekte ama onu normal grup ile hasta grup arasında bir yere yerleştirmektedir (108).

DSM-IV'e göre Uyum Bozukluğu Tanı Ölçütleri:

A. Stres etken(ler)inin başlangıcından sonraki üç ay içinde, gösterilebilir stres etken(ler)ine bir tepki olarak duygusal ya da davranışsal semptomların gelişmesi.

B. Aşağıdakilerden birinin varlığı ile kanıtlandığı üzere bu semptomlar ya da davranışlar klinik açıdan önemlidir:

1. Stres etkeniyle karşı karşıya kalma sonucu ortaya çıkması beklenene göre çok daha aşırı, belirgin sıkıntı.
2. Toplumsal ya da mesleki (eğitim ile ilgili) işlevsellikte belirgin bozulma.

C. Stresle ilişkili bozukluk başka özgül bir Eksen I bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamaz ve sadece önceden var olan bir Eksen I ya da II bozukluğunun bir alevlenmesi değildir.

D. Bu semptomlaryas'ı göstermemektedir.

E. Stres etkeni (ya da bunun sonuçları) bir kez sonlanınca semptomlar ek bir 6 aylık süreden daha uzun sürmez.

Bozukluk 6 aydan kısa sürerse akut, 6 ay ya da daha uzun sürerse kronik olarak isimlendirilir.

Tanım olarak semptomlar stres etkeninin yada bunun sonuçlarının sonlanmasından sonra 6 aydan daha uzun süremez. Dolayısıyla kronik belirteci, kronik bir stres kaynağına ya da sonuçları süregiden bir stres kaynağına tepki olarak bu bozukluk 6 aydan daha uzun sürdüğünde uygulanır.

Uyum bozuklukları önde gelen semptomlarına göre alt tiplere ayrılır:

1. Depresif duygudurum ile giden: Depresif duygudurum, ağlamaklılık ya da umutsuzluk duyguları gibi belirtiler ön plandadır.

2. Anksiyete ile giden: Sinirlilik, üzüntü, aşırı kaygı, çocuklarda asıl bağlandığı kişilerden ayrılma korkusu gibi belirtiler ön plandadır.

3. Karışık Anksiyete-Depresif Duygudurum ile giden : Yukarıda sayılan belirtiler bir aradadır.

4. Davranım Bozukluğu ile giden: Başkalarının haklarına saldırı ya da yaşının gerektirdiği önemli toplumsal değerler ve kuralları bozma (örn. okuldan kaçma, kırıp-dökme, pervasızca araba kullanma, kavgacılık, yasal yükümlülükleri yerine getirmeme vb.) gibi belirtiler ön plandadır.

5. Karışık Duygu ve Davranım Bozukluğu ile giden Uyum Bozukluğu: Hem depresyon, anksiyete gibi duygular hem davranım bozukluğu belirtileri bir aradadır.

6. Belirlenmemiş Tip: Fiziksel yakınmalar, toplumdan uzaklaşma, işte ya da okulda ketlenme gibi çeşitli belirtileri içerebilir.” şeklindedir (109).

Aşırı stres etkenine gösterilen tepki TSSB tanı ölçütlerini karşılamadığı zaman da uyum bozukluğu tanısının konması önerilmektedir (100). Ayrıca uyum bozukluğunda travmatik olayı yeniden yaşama belirtileri de görülmemektedir (102).

2.4.5.4. Dissosiyatif Bozukluklar

2.4.5.4.1. Dissosiyatif Amnezi

Kişiye has önemli bilgilerin hatırlanmasında önemli ve hatta tam bir bozukluk bulunmaktadır. Bu durum genelde herkesin zaman zaman gösterebileceği unutkanlık halinden öte bir durum olup, çok zaman oluş mekanizmasının altında bir psikolojik travma veya yoğun stres yaratan durumlar bulunmaktadır (110).

Dissosiyatif amnezinin DSM-IV’e göre kriterleri şu şekildedir:

A. Bir veya birden fazla nöbetler halinde kişisel bilgilerin unutulması söz konusudur. Bu unutma durumları travmatik yaşayışlar ile veya stres halleri ile ilgilidirler.

B. Söz konusu durum sadece dissosiyatif kimlik bozukluğunun seyri esnasında, dissosiyatif fügeler esnasında, TSSB’de veya somatizasyon bozuklukları

esnasında olmamaktadır. Aynı zamanda ortaya çıkan amnezi hali kullanılan bir toksik maddenin doğrudan etkisiyle de meydana gelmemektedir.

C. Bu semptomlar sonucunda kişinin sosyal, mesleki ve diğer çalışma alanlarında bozukluklar ve gerilim halleri olmaya başlar.

2.4.5.4.2. Dissosiyatif Füg

Ani ve beklenmedik zamanda evden veya işyerinden yapılan yolculuklar olur. Kişi yaptığı bu yolculukları hatırlayamaz. Bu durumdaki hasta aynı zamanda kendi geçmişini de hatırlamaz. Hasta aynı zamanda kendi kişiliği hakkında da tam bir konfüzyon durumundadır. Bu yüzden de hasta yeni bir kimliğe bürünmektedir (110).

Dissosiyatif fuge durumları DSM-IV'e göre şu kriterlere göre tanınmaktadır:

A. Ev veya iş yerinden yapılan ani ve beklenmedik seyahatlerin mevcudiyeti önemlidir. Şahıs bunları nasıl yaptığını ve kendi geçmişini hatırlayamaz.

B. Kişisel kimlik hakkında bir konfüzyon durumu veya tamamen yeni bir kimlik durumu yaşanmaktadır.

C. Bu bozukluk tek başına dissosiyatif kimlik bozukluğu esnasında olmaz. Aynı zamanda kullanılan toksik maddelerin birinci derecede tablonun ortaya çıkmasında etkileri bulunmaz.

D. Kişinin sosyal, mesleki ve diğer çalışma alanlarında bozulmalar ve gerilimlere sebep olur.

2.4.5.4.3. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu

Dissosiyatif kimlik bozukluğunun çocukluk döneminde cinsel taciz yaşayan kişilerde görüldüğünü bildiren çok sayıda yayın bulunmaktadır. İki ya da daha fazla değişik kimlik durumunun veya kişilik yapısının mevcut olması ile karakterize bir durumdur. Bu durumlarda hasta bir diğer kimlik halinde kendine has olan özellikleri unuttur ve değişik kimlikli bir şahıs gibi davranmaya başlar (110).

Dissosiyatif kimlik bozukluğunun tanınması için DSM-IV'e göre şu kriterlerden istifade edilir.

A. İki veya daha fazla değişik kimlik durumlarının mevcut olması gerekmektedir. Her bir kişilik alterinin idrak ediş tarzı, çevre ile münasebetler kurması, çevre ve kendisi hakkında birtakım düşünceler geliştirmesi değişiklik arz eder.

B. En az bu kimliklerden iki tanesi veya kişilik durumları tekrarlamak suretiyle kişinin değişen davranışlarını kontrol altında tutar.

C. Genel bir unutkanlık haline benzemez. Önemli kişisel bilgilerin hatırlanmasında ileri derecede zorluk bulunmaktadır.

D. Tablo bir madde bağımlılığının doğrudan ortaya çıkardığı bir durum değildir.

2.4.5.4.4. Depersonalizasyon Bozukluğu

Depersonalizasyon bozukluğu halinde ise kişi ısrar edici ve tekrarlayıcı bir duygu durumu ile kendi zihni melekelerinin fonksiyonlarından, kendi beden imajından kopar, onlara yabancılaşır ve realite ile çatışır (110).

Depersonalizasyon durumu ise DSM-IV'e göre şu kriterler ile tanınmaktadır.

A. Kalıcı ve tekrarlayıcı biçimde kişi kendi benliğinden kopmuştur. Kişi artık kendi benliğinin, davranışının, düşüncesinin ve hareketlerinin dışardan gözlemleyicisi haline gelmiştir.

B. Depersonalizasyon durumunda realiteyi test etme kabiliyeti bozulmamıştır.

C. Depersonalizasyona bağlı olarak sosyal, mesleki ve diğer fonksiyon durumlarında anlamlı bozukluklar ve zorluklar olur.

D. Depersonalizasyon durumu şizofreni, panik bozukluğu, ASB veya diğer dissosiyatif bozukluklar ile bir arada olmaz. Aynı zamanda madde kullanımının da doğrudan etkisine bağlı bir olay değildir.

2.4.5.5. Tecavüz Travma Sendromu

Ann Wolber Burgess 1974 yılında ilk kez tecavüz ve tecavüz girişimlerinden kaynaklanan akut ve uzun dönem semptomları belirten tecavüz travma sendromunu (Rape Trauma Syndrome - RTS) tanımlamıştır. Sendrom iki faz reaksiyonunu içermektedir. İlki tecavüzden sonra 2-3 hafta arası devam eden kişinin yaşamında önemli dezorganize davranışların görüldüğü akut dezorganizasyon fazıdır. İkincisi ise mağdurun hayatını yeniden düzenlediği ve yıllarca devam eden reorganizasyon fazıdır. Akut fazda mağdur korku, öfke ve anksiyeteye bağlı olarak durgun ve bastırılmış görünür. Birçok kadında akut fazda gerilim tipi baş ağrısı, yorgunluk, uykusuzluk gibi fiziksel semptomlar da görülür. İkinci fazda mağdurda tecavüz olayı ile ilgili motor aktivite değişiklikleri, kâbuslar ve korkular gelişir (111).

2.5. Cinsel Saldırı ve İstismar Suçlarında Yasal Düzenlemeler

2.5.1. Cinsel Saldırı ve İstismar Suçlarında Ulusal Yasal Düzenlemeler

2.5.1.1. Eski Türk Ceza Kanunu

1 Haziran 2005 tarihinde yürürlükten kalkan 765 sayılı eski TCK 418. maddesinin 2. fıkrası cinsel saldırı eylemi ile ilgili olarak “Eğer bu fiil ve hareketler bir marazın sirayetini veya mağdurun sıhhatine sair büyük bir nakisa irasını veya maluliyet veya mayubiyetini müstelzim olursa cezanın yarısı ilave edilerek hükmolunur.” şeklindeydi (60).

Burada “marazın sirayetine müstelzim olma” deyiminden saldırı sırasında kadına zührevi ya da bulaşıcı bir hastalığın bulaşması, “mağdurun sıhhatine sair büyük bir nakisa irası” deyiminden beden veya ruh sağlığında büyük bir eksiklik, “maluliyet” deyiminden bir uzvun görevinin kalıcı olarak tamamen yerine getirememesi anlaşılmakta idi. “Mayubiyetine müstezim olma” deyimini ile bir uzvun fizyolojik işlevine zarar gelmeden estetik güzellik ve şeklinin bozulması belirtilmekteydi ve Yargıtay bunu kızlığın bozulmasını karşılar şekilde uygulamaya geçmişti. Livata ise mayubiyet kapsamında değerlendirilmemekte idi. Penetrasyon gerçekleşmediğinde ırza tasaddi sayılıyordu ve oral tecavüz ırza geçme suçunu oluşturmuyordu (112).

2.5.1.2. Yeni Türk Ceza Kanunu

Yeni Yasada cinsel suçlar, “cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar” başlığı altında düzenlenmiştir. Bu suçlar, İsviçre Ceza Yasası’nda cinsel bütünlüğe karşı suçlar, Alman Ceza Yasası’nda cinsel özgürlüğe karşı suçlar, Fransız Ceza Yasası’nda cinsel saldırılar, vücut bütünlüğüne ve psikolojik bütünlüğe karşı suçlar, Polonya Ceza Yasası’nda ise cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar olarak isimlendirilmektedir (113).

Yeni yasanın 49. maddesine göre süreli hapis cezası 20 yılı aşamayacağından, cinsel saldırı suçu cezasının üst sınırı da 20 yıl olarak öngörülmüştür(1, 114).

Cinsel suçlar 5237 sayılı Yeni Ceza Yasası’nın özel hükümlere ilişkin “ikinci kitabının” “kişilere karşı suçları” cezalandıran “ikinci kısmının” “altıncı bölümünde” yer almaktadır. Yasa bu suçları dört grup altında toplamıştır.

- 1) Cinsel saldırı,
- 2) Çocukların cinsel istismarı,
- 3) Reşit olmayanla cinsel ilişki
- 4) Cinsel taciz (1).

2.5.1.2.1. Cinsel Saldırı

1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı TCK’nin altıncı bölümünde yer alan ve cinsel saldırıları değerlendiren 102. maddesi;

“(1) Cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlâl eden kişi, mağdurun şikâyeti üzerine, iki yıldan yedi yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Fiilin vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle işlenmesi durumunda, yedi yıldan on iki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Bu fiilin eşe karşı işlenmesi hâlinde, soruşturma ve kovuşturmanın yapılması mağdurun şikâyetine bağlıdır.

(3) Suçun;

a) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,

b) Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,

c) Üçüncü derece dahil kan veya kayın hısımlığı ilişkisi içinde bulunan bir kişiye karşı,

d) Silâhla veya birden fazla kişi tarafından birlikte,

İşlenmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilen cezalar yarı oranında artırılır.

(4) Suçun işlenmesi sırasında mağdurun direncinin kırılmasını sağlayacak ölçünün ötesinde cebir kullanılması durumunda kişi ayrıca kasten yaralama suçundan dolayı cezalandırılır.

(5) Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması hâlinde, on yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur.

(6) Suç sonucu mağdurun bitkisel hayata girmesi veya ölümü hâlinde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.” şeklindedir (1).

2.5.1.2.2. Cinsel İstismar

5237 sayılı TCK'nin altıncı bölümünde yer alan ve cinsel istismarı değerlendiren 103. maddesi;

“**MADDE 103.** - (1) Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismar deyiminden;

a) Onbeş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış,

b) Diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar,

Anlaşılır.

(2) Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(3) Cinsel istismarın üstsoy, ikinci veya üçüncü derecede kan hısmı, üvey baba, evlat edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, sağlık hizmeti veren veya koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle veya birden fazla kişi tarafından birlikte gerçekleştirilmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(4) Cinsel istismarın, birinci fıkranın (a) bendindeki çocuklara karşı cebir veya tehdit kullanmak suretiyle gerçekleştirilmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(5) Cinsel istismar için başvurulmuş cebir ve şiddetin kasten yaralama suçunun ağır neticelerine neden olması hâlinde, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler uygulanır.

(6) Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması hâlinde, onbeş yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur.

(7) Suçun mağdurun bitkisel hayata girmesine veya ölümüne neden olması durumunda, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur. “şeklindedir (1).

2.5.1.2.3. Reşit Olmayanla Cinsel İlişki

5237 sayılı TCK'nin altıncı bölümünde yer alan ve reşit olmayanla cinsel ilişkiyi değerlendiren 104. maddesi;

“(1) Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, onbeş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (1).” şeklindedir.

2.5.1.2.4. Kanun Gerekçeleri

102. maddenin gerekçesinde cinsel saldırı suçunun basit şeklinin oluşabilmesi için, cinsel arzuları tatmin amacına yönelik davranışlarla kişinin vücut dokunulmazlığının ihlâl edilmesi gerektiği, suçun temel şekline ilişkin maddî unsurun kişinin vücudu üzerinde gerçekleştirilen, cinsel arzuları tatmin amacına yönelik ve fakat cinsel ilişkiye varmayan cinsel davranışlar olduğu, gerçekleştirilen hareketlerin objektif olarak şehvî nitelikte bulunmalarının yeterli olduğu, failin

şehvi arzularının fiilen tatmin edilmiş olmasının gerekmediği belirtilmektedir. Ayrıca 102. maddenin beşinci fıkrasında yer alan mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması durumu bu suçun neticesi sebebiyle ağırlaşmış hâlleri arasında sayılmakta, daha ağır ceza ile cezalandırılmayı gerektirdiği belirtilmektedir (3, 29).

102. maddenin ikinci fıkrası ile ilgili olarak gerekçede “cinsel saldırının vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi, bu suçun nitelikli hâli olarak tanımlanmıştır. Suçun bu nitelikli hâli için, vücuda vajinal, anal veya oral yoldan organ veya sair bir cismin ithal edilmesi gerekir. Bu bakımdan vücuda penis ithal edilebileceği gibi, vajinal veya anal yoldan cop gibi sair bir cisim de ithal edilebilir. Bu bakımdan, söz konusu suçun temel şeklinin aksine, bu fıkroda tanımlanan nitelikli hâlinin oluşabilmesi için, gerçekleştirilen davranışın cinsel arzuların tatmini amacına yönelik olması şart değildir.” denilmektedir(3).

103. maddenin gerekçesinde cinsel istismar “onbeş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte maruz kaldığı fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan kişilere karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış,” şeklinde tanımlanmış, ayrıca onbeş yaşını tamamlamış ve maruz kaldığı fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen cinsel davranışların cinsel istismar olarak nitelendirilebilmesi için, bunların cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilmesi gerektiği de belirtilmiştir. Maddenin altıncı fıkrasında yer alan mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması durumu suçun neticesi sebebiyle ağırlaşmış hâlleri arasında gösterilmekte, daha ağır ceza ile cezalandırılmayı gerektirdiği belirtilmektedir (3, 29).

2.5.2. Cinsel Saldırı ve İstismar Suçlarında Uluslararası Hukuk

Türk, Amerikan ve Alman Hukuku cinsel saldırı suçları bakımından sadece kişinin iradesini ön plana çıkarmakta, genel ahlaka yönelik değil bireysel özgürlüğe yönelik değerlendirme yapmaktadır. Bu bireysel yaklaşım da basit bir fiili dahi neticede cinsel saldırı niteliğine dönüşebilmektedir (115).

2.5.2.1. Alman Hukuku

Alman Hukuku her nitelikli cinsel istismar suçunda ruh sağlığının bozulduğunu kabul etmektedir. Saldırı sonunda ağır bir zarar tehlikesi doğduğu takdirde cezanın artırımı uygulanmaktadır (115).

Alman Ceza Kanununun 176 ve 177. maddesinde mağdurun sağlığının ağır bir şekilde bozulma tehlikesine düştüğü hallerde bir kademe üst cezaya çıkılması ve cinsel saldırılarda 3 yılın üzerinde hapis cezası uygulanması öngörülmektedir. 3 ile 15 yıl arasında geniş bir takdir aralığı hakim yetkisine verilmiştir. Objektif olarak failin işlediği fiilin mağdurun sağlığını ağır şekilde tehlikeye düşürme ihtimali varsa ceza artırımını için bu yeterli görülmektedir. Ayrıca Alman Hukuku maddi olgu dışındaki tecrübe kurallarında bilirkişi görüşünü kabul etmemekte, bu gibi hususlarda doğrudan doğruya hakim kendi hukuki bilgisi ve araştırması çerçevesinde karar vermesini istemektedir (115, 116).

2.5.2.2. Amerika Birleşik Devletleri Hukuku

ABD'nin Delaware eyaletinde ciddi mental veya emosyonel hasar ("serious mental oremotionalinjury"), Nebraska ve New Hampshire eyaletlerinde aşırı mental ızdırap yada mental travma ("extreme mental anguishor mental trauma"), New Mexico eyaletinde yatarak veya ayakta psikolojik ya da psikiyatrik tedavi veya bakım gerektiren, aşırı davranış değişiklikleri yada şiddetli fiziksel semptomlar ile karakterize psikolojik yada emosyonel hasar ("great mental anguishmeans: psychologicaloremotionaldamagethatrequirespsychiatricorpsychologicaltreatmentore care, either on an inpatientoroutpatientbasis, and is characterized by extreme behavioral changeor severe physical symptoms"), Guam ve New Jersey eyaletlerinde şiddetli mental ızdırap ("mental anguish"), Minnesota eyaletinde ağır mental ızdırap ("severe mental anguish") cinsel saldırı/istismar mağdurunda saptanması halinde suçluya verilecek cezada artış yapılmaktadır (117).

2.5.2.3. Namibya Cumhuriyeti Hukuku

Güney Afrika'da bulunan Namibya Cumhuriyeti yasalarında tecavüz sonucunda davacı ağır bedensel acı çekerse ya da mental zarar görürse 15 yıldan az olmamak üzere hapis cezası verilmesi yer almaktadır (118).

2.5.2.4. Diğer Hukuksal Yaklaşımlar

Doğu ve Batı Avustralya, Avusturya, Kanada, Hindistan, Yeni Zelanda, Norveç, Rusya Federasyonu ile İngiltere'nin kanunlarında cinsel saldırı sonucu ruh sağlığının bozulmasından hiç bahsedilmemektedir (119-126).

3. MATERYAL VE METOD

Çalışmamızda, bilimsel kaynaklardan, kanunlardan ve medyadan yararlanılarak cinsel şiddet sonrası ortaya çıkan sorunlar belirlenmiş ayrıca 1 Haziran 2006 – 1 Haziran 2010 tarihleri arasındaki dört yıllık süreçte SDÜTF ATAD'a başvuran cinsel saldırı ve istismar vakaları hakkında düzenlenmiş bilirkişi raporları retrospektif olarak incelenmiştir. SPSS 17.0 programı ile Mann-Whitney testi kullanılarak veriler arasındaki istatistiksel ilişkiler araştırılmıştır. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir. Belirtilen dönemde SDÜTF ATAD'da 74 cinsel saldırı raporu düzenlenmiş olup, bu raporların 6'sında psikiyatrik değerlendirme bulunmadığından çalışmaya dahil edilmemişlerdir.

Çalışmamızda mağdurun yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, daha önceden bilinen başka bir psikiyatrik rahatsızlığının ve/veya mental yetersizliğinin bulunup bulunmaması, ikamet ettiği yerleşim birimi, anne ve babasının ayrı/yaşamını yitirmiş olup olmaması, olay ile ilişkisiz olmak koşulu ile daha önceden de cinsel saldırıya maruz kalıp kalmaması, 18 yaşının altında olduğu durumlarda olay için rızasının bulunup bulunmaması, saldırının meydana geldiği mekânın neresi olduğu, saldırganın cinsiyeti, mağdurun saldırgan/saldırganları daha önceden tanıma durumu, olay sonrasında tehdide maruz kalıp kalmaması, aynı olayda saldırıya tekrar tekrar maruz kalma durumunun bulunup bulunmaması, son saldırı ile muayene arasında geçen zamanı aralığı, SDÜTF ATAD'a başvurmadan önce psikiyatrik ve/veya genital muayenesinin yapılıp yapılmaması, penetrasyon iddiasının bulunup bulunmaması, penetrasyon iddiasının bulunmadığı durumlarda tensel temas iddiasının bulunup bulunmaması, ayrı ayrı anal – oral – vaginal penetrasyon iddiasının bulunup bulunmaması, ayrı ayrı olay ile ilişkilendirilebilen akut ve/veya eskiye ait anal – oral – vaginal penetrasyon bulgusunun bulunup bulunmaması, himende olay ile ilişkilendirilebilecek yırtık bulunup bulunmaması, olay sırasında fiziksel şiddet tarifleyip tariflememesi, olay ile ilişkilendirilebilen ektragenital muayene bulgusunun bulunup bulunmadığı, vücudundaki yaralanmaların ağırlığı, hayatındaki ilk cinsel deneyimi olup olmaması, gebelik durumu, olay sonrasında çevresinden kötü tepki görüp görmemesi, olay sonrasında başka bir psikolojik travma tarifleyip tariflememesi, kendisini savunabilecek durumda olup

olmaması, flashback davranışı tarifleyip tariflememesi ve muayene sırasındaki duygu durumu incelenmiş, bu değişkenlerin mağdurun SDÜT FATAD’da yapılan muayenesinde ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile ilişkileri araştırılmıştır.

Mağdurların yaşları, TCK’deki sınıflandırmaya uygun olarak 15 yaşının altında olanlar, 15 yaşını doldurup 18 yaşını doldurmayanlar ve 18 yaş üstü olarak 3 gruba ayrılarak incelenmiştir.

Mağdurun medeni durumu evli, bekar ve sadece dini nikâh ile evli olması şeklinde 3 grupta sınıflandırılmıştır. Mağdur evli ise bu durum raporlarda mutlaka belirtildiğinden, medeni durumu belirtilmeyenler de bekar sınıfı içerisine alınmıştır.

Mağdurun eğitim durumu; ilköğretim, lise, üniversite ve belirtilmemiş şeklinde sınıflandırılmıştır.

Mağdurun daha önceden bilinen başka bir psikiyatrik rahatsızlığı “var” ya da “yok” şeklinde sınıflandırılmış olup, mevcut olması durumunda raporda mutlaka belirtileceğinden belirtilmeyenler de “yok” grubu içerisine dahil edilmiştir.

Mağdurun mental yetersizliğinin bulunup bulunmadığı “var” ya da “yok” şeklinde sınıflandırılmış olup, mevcut olması durumunda raporda mutlaka belirtileceğinden belirtilmeyenler de “yok” grubu içerisine dahil edilmiştir.

Mağdurun ikamet ettiği yerleşim birimi “şehir”, “ilçe” ya da “diğer” şeklinde sınıflandırılmış olup bu durumu raporlarda belirtilmeyenler ayrıca “belirtilmemiş” şeklinde gruplanmıştır.

Mağdurun anne ve babasının ayrı olup olmadığı “değil”, “ayrı”, “anne ölü”, “baba ölü” ve “anne-baba ölü” şeklinde sınıflandırılmış olup bu durumu raporlarda belirtilmeyenler ayrıca “belirtilmemiş” şeklinde gruplanmıştır.

Mağdurun olay ile ilişkisiz olmak koşulu ile daha önceden de cinsel saldırıya maruz kalıp kalmadığı, “var” ya da “yok” şeklinde sınıflandırılmış olup, mevcut olması durumunda raporda mutlaka belirtileceğinden belirtilmeyenler de “yok” grubu içerisine dahil edilmiştir.

Mağdurun 18 yaşının altında olduğu durumlarda olay için rızasının bulunup bulunmadığı “var”, “yok” ya da “belirtilmemiş” şeklinde sınıflandırılmış, belirtilmemiş olanlar değerlendirmeye katılmamıştır.

Saldırının meydana geldiği yer; “mağdurun evi”, “saldırganın evi ya da götürdüğü bir ev”, “mağdur ve saldırganın ortak evi”, “araç içi”, “okul”, “açık alan” “diğer kamu kuruluşu” “hem mağdurun hem de saldırganın evleri”, “çok farklı yerlerde” ve “belirtilmemiş” olarak sınıflandırılmıştır.

Mağdurun, saldırgan/saldırganları daha önceden tanıma durumu “aile”, “akraba”, “sevgili”, “tanıdık”, “yabancı” ve “belirtilmemiş” olarak sınıflandırılmıştır. Aile grubu içerisinde eş, anne, baba, kardeş ve dede yakınlığı olanlar, tanıdık grubu içerisinde ise akrabalık ilişkisi bulunmayan fakat mağdurun çevresinden tanıdığı kişiler değerlendirilmiştir.

Mağdurun olay sonrasında tehdide maruz kalıp kalmadığı “var”, “yok”, “belirtilmemiş” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Mağdurun aynı olayda saldırıya tekrar tekrar maruz kalma durumu “var”, “yok” ve “belirtilmemiş” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Son saldırı ile muayene arasında geçen zamanı aralığı; fizik muayene bulgularını incelemek üzere “1 gün ve altı”, “2-3 gün”, “4-10 gün”, “11 gün – 1ay”, “1 ay – 6ay”, “6 ay üstü” ve “belirtilmemiş” olarak sınıflandırıldı. Yine psikiyatrik tanı kriterleri ile uyumlu olarak “0-2 gün” “3gün-1 ay”, “1 ay - 6ay” “6 ay üstü” ve “belirtilmemiş” şeklinde ayrı bir sınıflandırma daha uygulandı.

Mağdura, SDÜTF ATAD’a başvurmadan önce psikiyatrik muayene yapıp yapılmadığı; “var”, “yok”, “belirtilmemiş” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Mağdura, SDÜTF ATAD’a başvurmadan önce genital muayene yapıp yapılmadığı kalmadığı; “var”, “yok”, “belirtilmemiş” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Mağdurun anal, oral veya vaginal yollardan en az birisi ile ilgili penetrasyon iddiasının bulunup bulunmadığı; “var” ve “yok” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Mağdurun tensel temas iddiası penetrasyon iddiası olmadığı durumlarda değerlendirilmiş olup, “var” ve “yok” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Mağdurun anal penetrasyon iddiası “var” ve “yok” şeklinde sınıflandırılmış olup, mevcut olması durumunda raporda mutlaka belirtileceğinden belirtilmeyenler de “yok” grubu içerisine dahil edilmiştir.

Mağdurun yapılan muayenesinde saptanan ve olay ile ilişkilendirilebilen akut ve/veya eskiye ait anal penetrasyon bulgusu; “var”, “yok”, “belirtilmemiş” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Mağdurun oral penetrasyon iddiası “var” ve “yok” şeklinde sınıflandırılmış olup, mevcut olması durumunda raporda mutlaka belirtileceğinden belirtilmeyenler de “yok” grubu içerisine dahil edilmiştir.

Mağdurun yapılan muayenesinde saptanan ve olay ile ilişkilendirilebilen akut ve/veya eskiye ait oral penetrasyon bulgusu; “var”, “yok”, “belirtilmemiş” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Mağdurun vaginal penetrasyon iddiası “var”, “yok” ve “erkek” şeklinde sınıflandırılmış olup, mevcut olması durumunda raporda mutlaka belirtileceğinden belirtilmeyenler de “yok” grubu içerisine dahil edilmiştir.

Mağdurun yapılan muayenesinde saptanan ve olay ile ilişkilendirilebilen akut ve/veya eskiye ait vaginal penetrasyon bulgusu (olay ile ilişkili gebelik de “var” grubuna dahil edilerek); “var”, “yok”, “belirtilmemiş” ve “erkek” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Himende olay ile ilişkilendirilebilecek yırtık bulgusu; “var”, “yok”, “erkek”, “değerlendirilmemiş” şeklinde sınıflandırılmış olup, olay ile ilişkilendirilebilecek himendeki eski, yeni, kaideye uzanan ve uzanmayan yırtıklar “var” sınıfı içerisinde değerlendirilmiştir.

Mağdurun olay sırasında fiziksel şiddet tarifleyip tariflememesi; “yok” ve “var” şeklinde sınıflandırılmış olup mevcut olması durumunda raporda mutlaka belirtileceğinden belirtilmeyenler de “yok” grubu içerisine dahil edilmiştir.

Yapılan muayenesinde olay ile ilişkilendirilebilen ekstragenital muayene bulguları; “var”, “yok”, “belirtilmemiş” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Vücutundaki yaralanmaların durumu; “TCK terminolojisine göre basit tıbbi müdahale (BTM) ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte”, “TCK terminolojisine

göre BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte değil”, “TCK terminolojisine göre kişinin yaşamını tehlikeye sokacak nitelikte” ve vücudunda yaralanma saptanmayan vakaların “yok” şeklin de sınıflandırılmıştır.

Olayın mağdurun hayatındaki ilk cinsel deneyimi olup olmaması; “ilk cinsel deneyim değil”, “ilk cinsel deneyim” ve “belirtilmemiş” olarak sınıflandırılmıştır.

Mağdurun gebelik durumu, “yok”, “olay ile ilgili gebelik mevcut”, “olay ile ilgili gebelik mevcut değil, olay kişi gebe iken meydana gelmiş” ve “erkek” olarak sınıflandırılmıştır.

Mağdurun olay sonrasında çevresinden kötü tepki görüp görmediği; “kötü tepki var”, kötü tepki yok” ve “belirtilmemiş” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Mağdurun olay sonrasında başka psikolojik travma tarifleyip tariflememesi; “tarifliyor”, “tariflemiyor” ve “belirtilmemiş” olarak sınıflandırılmıştır.

Mağdurun kendisini savunabilecek durumda olup olmadığı, “savunamaz”, “savunabilir”, “ATK’ye sevk”, “belirtilmemiş” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Flashback davranışı tarifleyip tariflemediği, “tarifliyor”, “tariflemiyor”, “belirtilmemiş” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Mağdurun muayene sırasındaki duygu durumu; “ötimik”, “depresif”, “anksiyöz” ve “tanımlanmamış” olarak sınıflandırılmıştır.

Olay ile ilgili olarak SDÜTF ATAD tarafından yapılan muayenesinde ruh sağlığının bozulup bozulmadığı hakkında verilen kararlar; “ruh sağlığının bozulmadığı”, “ruh sağlığının bozulduğu”, “sevk edildi”, “kontrol” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Ruh sağlığının bozulmadığı grubunun içerisinde; raporda açıkça belirtilenlerin yanında 1 adet “olayı değerlendirme yetisinin bozuk olması sebebi ile olay neticesinde beden veya ruh sağlığının bozulmadığının kabulünün gerekeceği” kanaatini bildirilen rapor, 1 adet “ruh sağlığının bozulmadığı ancak bir kez de Adli Tıp Kurumu Başkanlığı ilgili ihtisas kurulundan görüş alınmasının uygun olacağı” kanaatini bildiren rapor, 1 adet de “ruh sağlığının bozulduğuna dair bir belirti tespit edilmedi” kanaatini bildiren rapor dahil edilmiştir.

Ruh sağlığının bozulduğu grubunun içerisine; raporda açıkça belirtilenlerin yanında 1 adet ‘‘ruh sağlığının bozulduğu ancak bir kez de Adli Tıp Kurumu Başkanlığı ilgili ihtisas kurulundan görüş alınmasının uygun olacağı’’ kanaatinin belirtildiği rapor da dahil edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tıbbi Değerlendirmede Karşılaşılan Sorunlar

4.1.1. Temaruz-Simulasyon ve Asılsız Bildirimler

Cinsel saldırı/istismar iddiası ciddiye alınması ve mutlaka ayrıntılı araştırılması gereken bir durumdur. Asılsız bildirim durumunda birey olarak kurbanın, ailenin ve toplumun zarar göreceği açıktır (76). Erişkin kadınlara yönelik asılsız cinsel saldırı bildirimlerinin oranının %0.25'ten %100'e kadar değiştiği, çocuk ve ergenlerde gerçekleştiğine inanılan istismar olgularının %33'ünde istismar bulunmadığı bildirmektedir (56, 127). Ülkemizde Aydın İlinde yapılan bir çalışmada da cinsel suçların %4,2 oranında iftira nedeni ile beraat kararı verildiği belirtilmiştir (128).

Cinsel istismar iddiaları gerçek olabileceği gibi, özellikle ayrılma ve boşanma aşamasında, aile tartışmalarında asılsız cinsel istismar iddiaları yapılabilmektedir (76). Bazen çocuk ve gençler, kötü davranışa maruz bırakan, kendini fiziksel ya da duygusal olarak istismar eden, bazen de sadece ihmal eden anne-babalarını cezalandırmak için cinsel istismar iddiasında bulunabilmektedir. Ergenlerde istismar iddiası kendini kanıtlama, grup içinde kabul görme gibi kimlik gelişimi ile ilgili bir nedenden de kaynaklanabilmektedir (56).

Bazı travmalardan sonra tazminat veya başka menfaatler temin edebilmek amacıyla aslında olmayan bir takım belirtilerin ileri sürüldüğü görülebilmekte, bu durumda temaruzdan (simülasyondan) bahsedilmektedir (99). Temaruz, dış uyaranlar nedeni ile amaçlı olarak yapılan doğru olmayan veya abartılı fizik ve psikolojik semptomların sergilenmesi şeklinde tanımlanmaktadır (129). Bu tür vakalara en çok yaralanma ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar sonucunda rastlanmaktadır (130). Nöropsikiyatrik içerikli bu durumun bilimsel yöntemlerle ispatlanması oldukça zor olup, akıl hastalığını taklit eden kişi oldukça becerikli, ısrarlı ve taklit ettiği hastalık hakkında ileri derecede bilgili ise bu durumda gerçek bir psikiyatrik rahatsızlıktan ayırt etmek imkânsız olabilmektedir (131).

Travma sonrasında ortaya çıkabilecek tek psikiyatrik problem TSSB olmamakla birlikte, daha sık görüldüğü ve tipik olduğu için TSSB üzerinde odaklanmak gerekmektedir (15). TSSB tanımının bir özelliği olarak hiç şüphesiz ki birinci faktör bir stresin varlığıdır (15, 63). Cinsel saldırı olayları genellikle iki kişi arasında geçtiğinden, olayın tanığının ve / veya fiziki-maddi delillerinin de bulunmadığı durumlarda travmanın varlığını saptamak kolay değildir (15). Fakat değerlendirmeyi yapan hekim, yargılamanın sonuna kadar (mahkemenin sübutu saptama yetkisi bulunmadığından) travmanın kesin olarak varlığını sorgulayamayacaktır (132).

TSSB temaruzunun tespiti klinisyenlerin karşılaştığı en zor görevlerden birisidir (133). İnsanlar yaşamları boyunca en az bir kez yıkıcı bir olaya maruz kalmakta ve bu deneyim sayesinde travma sonrasında gelişen tepkileri bilmektedir. TSSB'nin genel semptomatolojisi de olağan insan deneyimlerinden kalan korku tepkisinin kişinin gündelik hayatını altüst edecek kadar yaygınlaşması olduğundan taklidi göreceli olarak kolay ve sık olarak temaruzu yapılan bir psikiyatrik bozukluktur (15, 63).

TSSB'nin tam olarak değerlendirilmesi oldukça komplekstir. Tanı kişinin ifadesine dayandığından adli olaylarda kayıtların ve ek bilgilerin değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (15, 134). Tanı için gerekli semptomlar, objektif olarak değerlendirilmesi neredeyse imkânsız olan kâbuslar, iyi uyuyamama, çabuk sinirlenme, dikkat ve konsantrasyon sorunları, isteksizlik, kaçınma gibi gözlemden çok mağdurun anlattıklarına dayanan subjektif yakınmalardır (15, 63). Daha da zor olanı gerçek bir travma ile yüz yüze kalmış bir kişinin kendisinde oluşan ruhsal şikâyetlerin gerek uğradığı haksız fiilin iç dünyasında yarattığı hasarı onarabileceği gerekse de maddi kazanç getirebileceği varsayımı ile abartması ve olduğundan fazla göstermesidir. Bu durum klinik tablonun gerçek boyutunu ve şiddetini tanımlamakta zorlayıcı bir faktördür (15, 63).

Temaruz tanısının güvenilir bir şekilde konulabilmesi büyük oranda klinisyenin bilgi, deneyim ve becerisine bağlıdır (131). Unutulmamalıdır ki temaruzu saptamanın en iyi yolu temaruzu yapılan hastalığı temaruzu yapandan daha iyi bilmektir (63). Tespitte adli ve psikiyatrik kayıtların incelenmesi, bildirim zamanı,

olay ve bildirim zamanı arasındaki süre, kişinin tekrar tekrar muayene edilmesi, müşahede altında bulundurulması, görüşmecilerin zaman zaman değiştirilmesi, psikometrik incelemeler, klinik testler ve ölçekler, semptomların ayrıntılı sorgulanması, sosyal çalışmacının araştırmaları, çocuk vakalarda anne-babalar ve diğer kişiler tarafından gözlenen davranış sorunlarının belirlenmesi, çocuğun ifadesindeki özellikler, çocuğun yaşı, tıbbi kanıtlar, suçlunun davranış ve kişilik özellikleri yol gösterici olabilmekle birlikte halen temaruzun tüm formlarının belirlenmesini amaçlayan, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış yapılandırılmış bir görüşme yöntemi bulunmamaktadır (56, 63, 131).

4.1.2. Saptanan Psikopatolojinin Kaynağının Belirlenmesinde ve Olay İle İlişkinin Kurulmasındaki Güçlükler

Mahkemeler önceden psikiyatrik bozukluğu saptanan mağdurun ruh sağlığında saptanan bozulmanın TCK 102/5 ve 103/6 maddeleri kapsamında maruz kaldığı cinsel suça mı yoksa kendinde bulunan psikiyatrik hastalığa bağlı mı meydana geldiğini bilirkişilere sormaktadır. Bu hususun ayırt edilmesi, saptanan ruhsal patoloji ile olay arasında illiyet bağının kurulabilmesi kolay olmamakla birlikte karşılaşılan en önemli sorunlardan birisidir (135, 136).

Yapılan çeşitli çalışmalarda cinsel saldırı öyküsü bulunanlarda travma harici diğer durumlara bağlı olarak de gelişebilecek anksiyete, depresyon, somatoform bozukluklar, dissosiyatif bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları, uyku bozuklukları, ağrı bozuklukları, alkol bağımlılığı, yasadışı madde kullanımı, intihar düşüncesi veya teşebbüsü geliştiği saptanmıştır (62, 65, 67). Darvez-Bornoz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada tecavüz öncesinde mağdurların %34'ünün psikiyatrik muayene, %24'ünün intihar girişimi, %24'ünün evden kaçma, %72'sinin okulda 1 yıl tekrar, %76'sında anksiyete bozukluğu, %39'unda depresif bozukluk, %32'sinde somatoform bozukluk, %9'unda psikotikya dabipolar bozukluk, %27'sinde alkol bağımlılığı, %14'ünde yasa dışı madde kullanımı, %10'unda yeme bozukluğu öyküsünün bulunduğu saptanmıştır (67).

Cinsel suçların çocuk, ergen ve erişkinde yarattığı sonuçlarla birlikte travmatik bir süreç olduğu, bu sürecin tamamının değerlendirilmesi gerektiği, süreç içinden tek tek olayların, yer değişikliğinin, mahkeme sürecinin, aile yapısının

bozulmasının ele alınmasının yetersiz olduğunu bildiren görüşlerin yanında sadece olayın mağdurun ruh sağlığı üzerine etkisinin değerlendirilmesi gerektiği, diğer etkenlerin değerlendirmeye alınmaması gerektiğini savunan görüşler de mevcuttur (62, 136).

Cinsel suç mağdurlarında belirlenen ruhsal belirtiler her zaman istismara bağlı değildir. Kimi zaman temel travma, istismardan sonra yaşanan aile içi ve sosyal güçlüklerdir (56). Saptanan ruhsal bozukluk başka bir olaya, başka bir travmaya ait de olabilmektedir. Meydana gelen ruhsal bozuklukta stresör etkenin yanında maruz kalana ait kişinin geçmişinde başka travmatik yaşantılar bulunması, çocukluğunda istismar veya ihmale maruz kalması, daha önceden bir psikiyatrik hastalık geçirmesi, kronik fiziksel hastalıklarının veya sakatlıklarının bulunması, yaşı, cinsiyeti gibi kişisel belirleyiciler ve çevresel destek, iş kaybı gibi sosyal belirleyiciler de rol almaktadır (15).

Karar mercilerinin, teşhisin ruhsal bozukluğun veya bu bozuklukla ilişkili kısıtlanmaların etiyolojisini (sebebini) göstermediği hususunu dikkate almaları gerekmektedir (137). Ruh sağlığı bozulduğu yönünde teşhis koyulan mağdurun ruh sağlığındaki bozukluğun maruz kaldığı eylem nedeni ile mi, dar bir çevrede cinsel saldırı suçunun duyulmasından dolayı sevdiği kişi ile evlenememesinden mi ya da eşinin kendisinden şüphelenerek boşanması gibi farklı sebeplerden mi meydana geldiğinin belirlenmesi sıkıntılı bir husustur. Bunun ayırt edilmesi için bir ölçüt bulunmamakta, bu gibi durumda ceza artırımının neye dayanarak yapılacağı hususu da belirsiz kalmaktadır (136). Özellikle birden fazla saldırgan ve/veya suça katılan kişi bulunduğu saptanan ruhsal bozukluğa kimin/kimlerin neden olduğunun belirlenmesi de ayrı bir sorundur (15).

4.1.3. Değerlendirme Zamanı ile İlgili Karşılaşılan Sorunlar

Adli olgularda TSSB tanısı koyulması için beklenen sürelerde tam bir uygulama birliği bulunmamaktadır. Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre TSSB tanısı için rahatsızlığın bir ay sürmesi yeterli görülürken uygulamada ATK aynı tanıyı koyabilmek için erişkinlerde 6 ay, çocuklarda ise 12 ay beklemekte, üniversite anabilim dallarında da farklı periyotlar uygulanmaktadır. Bu uzun dönem içerisinde mağdurun tedavi görüp görmemesine bağlı olarak ruhsal bozukluğun derecesi de

değişmekte, ağır eyleme ağır ceza, hafif eyleme hafif ceza ilkesi ile çelişen durumlar ortaya çıkmaktadır (136).

Özellikle çocukların muayenesinde ruhsal bozukluk belirlenemese de travmanın yaşam boyu sürebilecek etkilerinin bulunması, TSSB'nin geç başlangıçlı formunun daha çok çocukluk çağı travmalarında gözlenmesi, dalgalı gidiş gösterebilmesi gibi etkenler göz önüne alınarak her olgunun uzun süre düzenli olarak izlenmesi önerilmelidir (36, 63, 135).

Adli açıdan bir diğer önemli durum ise tam iyileşme halinde bile kişide travma ile ilgili hastalık boyutunda olmasa da duyarlılığın devam etmesinin beklenmesi ve tekrarlama riskinin mevcut olmasıdır (15, 63).

4.1.4. Ruhsal Durum Bozukluğunun Değerlendirilmesinde Ulusal ve Uluslararası Standartların Kesinliği

DSM-III'te hastalık olarak değerlendirilen bazı durumlar DSM-IV'te hastalık sınıfından çıkartılmıştır. Bununla birlikte yeni edinilen bilgilerin, yapılan araştırmaların, değişen ve insanın gelişimini yakından etkileyen uyarıcı, çevre faktörleri ile hastalık kategorilerinin zaman içerisinde değişeceği de malumdur. Bu nedenle DSM kriterlerine kesin gözüyle bakmak yanıltıcı olacaktır (137).

DSM-IV'ün amacı ve kısıtlılıkları ile adli sistemin gereksinimleri arasında uyumsuzluklar görülebilmekte ve bu nedenle adli amaçlar için kullanımında bazı sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Hukuk'un sonuç olarak ilgilendiği sorular ile klinik teşhiste kullanılan bilgiler arasında tam bir uyum sağlanamayabilmektedir. Bireyin özel hukuki bir standardı karşılayıp karşılamadığına karar verirken genellikle DSM-IV teşhisinde kullanılan bilgiye ek bilgilere de ihtiyaç duyulmakta, belirli bir teşhisin konmuş olması bozukluk, maluliyet veya yetersizlik seviyesini belirlememektedir (15, 135, 137, 138).

Ayrıca adli psikiyatrik değerlendirmede ICD-10'a da DSM kriterlerinden hangisinin kullanılacağı da tartışma konusudur. Tanı koymada her iki sistemin dayandığı belirtiler hemen hemen aynı olmasına rağmen önemsedikleri ölçütler kısmen farklılıklar göstermektedir. Örneğin ICD-10'da tanı için travmanın varlığı, flashbackler ve olayın rüyalarda yineleyici şekilde yaşanması yeterli bulunmakta,

diğer belirtiler tanı için mutlaka gerekli olarak kabul edilmemektedir. DSM ölçütlerindeki en önemli vurgu ise işlevsellik kayıplarının dikkate alınması gerektiğidir (99).

4.1.5. Erken Çocukluk Çağında ve Mental Retardelerde Değerlendirme Güçlüğü

Eski TCK'de "Ahlaki Redaet İdraki" kavramı, cinsel tecavüz ve cinsel tasaddi mağduru bulunan bir çocuğun, maruz kaldığı hadisenin ahlaki kötülüğünü idrak edecek ve olaya ruhsal yönden karşı koyabilecek derecede zihinsel yapısının gelişmiş olup olmadığının tayini amacıyla kullanılmakta idi. Bu durumda bulunan mağdura karşı işlenen suçlarda sanığa verilecek ceza önemli ölçüde arttırılmakta idi. 1992 yılına kadar 7 yaş altı çocuklar değerlendirmeye tabi tutulmadan idrak yeteneğinin gelişmediği yönünde kararlar verilirken, bu tarihten sonra sınır 11 yaş bitimine kadar ilerletilmiştir (23).

Kanun gereğince maruz kaldığı olayın farkına varacak yaşta olmayan çocukların da cinsel istismar nedeni ile ruh sağlığının bozulup bozulmadığı hususunun değerlendirilmesi gerekmektedir (15, 114, 136). Anlama, ifade etme, muhakeme gibi yeteneklerin yeterince gelişmediği erken çocukluk sürecinde ortaya çıkan ruhsal hastalık belirtileri farklılıklar gösterebilmekte, bazen yakınlarının dahi fark edemeyeceği veya ilişkilendiremeyeceği türden şikâyetler ile seyredabilmektedir (15).

TCK 103. maddesinde zekâ geriliği bulunan çocuklara karşı işlenen cinsel istismar suçunda herhangi bir düzenleme bulunmamakta, sadece 15 yaşını tamamlamış olsa dahi 18 yaşına kadar olan zekâ geriliği olgularının bu madde kapsamında değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu durumda cinsel istismara maruz kalan çocuklara karşı işlenen suçlarda psikiyatrik açıdan ceza arttırıcı tek unsur çocuğun ruh sağlığının bozulması olmaktadır (1, 139). Ancak zihinsel kapasiteleri kısıtlı, kendilerine söylenenleri ve sorulanları anlama konusunda yetersiz, konuşma ve kendisini ifade etme kabiliyetleri oldukça düşük, cinsel istismarın travmatik durumunu algılamakta ve değerlendirmekte yetersiz olan bu olgularda psikiyatrik görüşmede, testlere adaptasyonda ve mental değerlendirmede ciddi sorunlarla karşılaşabilmektedir (139).

4.2. Yasal Düzenlemelerden Kaynaklanan Sorunlar

4.2.1. Yasal Düzenlemelerden Kaynaklanan Kavramsal Karmaşa ve Tanımlama Sorunları

TCK’de cinsel istismar yaş sınırı 15 olarak belirlenmekte, bu yaş sınırının altındaki çocukların rızasının varlığı suçun meydana gelmesini engellemektedir. Çocuk 15 yaşını tamamlamış fakat 18 yaşına girmemişse bu durumda maruz kaldığı fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama yeteneğinin gelişip gelişmediğine bakılmakta, gelişmemiş ise 103. madde kapsamında değerlendirilmektedir. Eğer bu yeteneği gelişmiş ise, olayda cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir neden de yoksa suçun oluşumu şikâyet varlığına bağlanmakta, bu da reşit olmayan ile cinsel ilişkiyi değerlendiren 104. madde kapsamına girmektedir (1, 3).

Cinsel suçları düzenleyen TCK’nin 102, 103 ve 104. maddelerindeki suç tanımları gözden geçirildiğinde çok sayıda kavram bulunduğu ve kullanılan bu kavramlarda belirsizlikler mevcut olduğu görülmektedir. TCK 102’de cinsel saldırı ve cinsel davranış, 103’te cinsel davranış ve cinsel istismar, 104’te cinsel ilişki kavramları kullanılmıştır. Bu ve benzeri çelişkilerin giderilmesi için maddeler arasında kavram birliği yaratılması gerekmektedir. Ayrıca bu kavramlar güncel tıp literatürüne uygun kullanılmadığı için uygulamacılar arasında ortak dil kullanılamamakta ve anlaşma güçlüğü de yaşanmaktadır (140).

TCK’nin 103. maddesinde cinsel istismar “her türlü cinsel davranış” olarak tanımlanmakta olup, vücuda teması gerektirmeyen eylemlerin bu madde kapsamına girip girmeyeceği belirtilmemekte, bir kısım hukukçular modern tanımı ile uyumlu olarak her türlü cinsel istismarın bu kapsama girdiğini savunmaktadırlar (1, 140). Ancak Yargıtay sadece fiziksel temas olan davranışların TCK 103 kapsamında değerlendirileceğini, fiziksel temas içermeyen davranışların ise 105. madde ile düzenlenen taciz suçu kapsamında değerlendirileceğini kabul etmekte, cinsel istismar fiziksel temas içeren cinsel davranış olarak ele alınmaktadır. Ancak bu yorum kabul görmüş cinsel istismar tanımı ile çelişmektedir. Uygulamada Yargıtay’ın görüşü esas alındığından çocuğa cinsel ilişkiyi izlettirme gibi aslında ağır cinsel istismar sayılan bir davranış, temas olmaması sebebiyle TCK 105 kapsamında değerlendirilmektedir (140).

“Beden ve ruh sağlığının bozulması” terminolojisi tıbbi ve hukuki açıdan sorunlu bir tanımlamadır. Ruh sağlığının bozulması zaten suçun doğal bir unsuru iken ayrıca ağırlaştırıcı sebepler arasında sayılması karışıklıklara ve bazı hallerde cinsel istismara maruz kalan kişinin ruh sağlığının bozulmayabileceği yönünde bir anlam çıkartılmasına ve dolayısı ile itirazlara konu olmaktadır (140).

4.2.2. Suç Tanımlamasındaki Belirsizlik

Kanun hangi hallerin beden ve ruh sağlığını ihlal ettiği konusunu ayrıntılı olarak ve sayarak belirtmemiştir (114). Bu konudaki yaygın görüş her cinsel istismarda mağdurun ruh sağlığının mutlaka etkileneceği, fakat eski kanundaki uygulama ile yeni kanunun birlikte değerlendirilmesi gerektiği, ruh sağlığındaki bozulmanın eski kanunun 418/2. maddesindeki “büyük bir nakisa irası” kapsamında ele alınmasının uygun olacağı yani ruh sağlığında şiddetli bir bozulmanın aranması gerektiği yönündedir (15, 23, 135). ATK de bu yaklaşıma uygun olarak ruh sağlığının bozulduğu kararını TSSB değerlendirmesine göre vermektedir (135). Ancak travma sonrasındaki ilk bir ay içerisinde gelişen ASB, periferdeki hekimler tarafından ruh sağlığının bozulması kapsamında değerlendirilebilmekte, ATK ve bazı hukukçular bununun 102/5 ve 103/6 kapsamında olmayacağını savunmaktadır (135, 136).

Kanunda ruh sağlığındaki etkilenmenin akut mu, kronik mi olması gerektiği, derecesi veya süreğenliği, ne zaman değerlendirilmesi gerektiği ile ilgili herhangi bir kayıt bulunmamaktadır. (2, 23, 112, 115). Kimi görüşler mağdurda oluşan bedensel veya ruhsal bozukluğun geçici ya da kalıcı olmasının madde açısından herhangi bir öneminin bulunmadığı yönündeyken, kimi görüşler de bozukluğun kalıcı olması gerektiği yönündedir (16, 23, 112, 114, 136). Bu durumda bir kısım bilim insanı bir kez saptanan bozukluğun ceza artırımını için yeterli olduğunu, diğer kısmı da olayın kronikleşmesi gerektiğini savunmaktadır (114, 115). Ruh sağlığındaki bozukluğun kalıcı olması gerektiğini savunanlar, değerlendirmenin en az 6 ay sonra yapılması gerektiğini belirtmektedirler (114). Ancak ilk muayenesinde psikopatoloji saptanan kişinin aylar sonra yapılan başka bir muayenesinde psikopatoloji saptanmayabilmektedir (115). Bu durumda ruh sağlığı 3 ay bozulana ruh sağlığının bozulmadığı yönünde rapor düzenlenirken, 6 ay bozulan ile ömür boyu bozulan

arasında da bir ayırım ya da değerlendirme farkı bulunmamaktadır. Ayrıca değerlendirmeden yıllar sonra da ruh sağlığında bozulma belirtileri ortaya çıkabilmektedir. Bu durum Anayasanın eşitlik ilkesi ile çelişki ortaya çıkartmaktadır (136).

4.2.3. Suç ve Ceza Arasındaki Orantısızlık

Benzer travmaya maruz kalan kişilerde oldukça farklı şiddetlerde psikolojik tepkiler ortaya çıkabilmektedir. Ağır cinsel saldırıya maruz kalan kişinin ruh sağlığı ağır derecede bozulmayabiliyor iken, daha hafif bir saldırı halinde ya da ruh sağlığı zaten bozuk olan bir başka mağdurda ruh sağlığı yönünden çok ağır ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Yasal düzenlemede mağdurun ruh sağlığındaki bozulma, saldırı ya da istismarın oluş şekline bakılmaksızın cezayı aynı şekilde arttırdığından ağır eyleme ağır ceza, hafif eyleme hafif ceza verilmesi ilkesi yönünde sıkıntılar yaşanmaktadır (136, 140).

4.3. Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar

4.3.1. Uygulamada Kişilerden Kaynaklanan Sorunlar

Cinsel suç mağdurunun araştırmacı kurumlar tarafından incelenmesi işlemi sekonder tecavüz olarak adlandırılmaktadır. Bu işlemler sırasında asıl tecavüzcünün uyguladığı gücün bir benzeri mağdura uygulanmakta, asıl saldırı ile aynı şekilde kendi vücudunun kontrolünden yoksun bırakan invaziv ve mahremiyete zarar veren işlemler uygulanmaktadır (111).

Mağdurun ifadesinin bir kere alınmasını sağlamak üzere uygulanacak usulleri öngören Ceza Muhakemesi Kanununun 180. maddesinin, mağdurun zorunluluk olmadıkça bir kez uzman kişiler refakatinde dinlenmesini öngören Ceza Muhakemesi Kanununun 236. maddesinin uygulanmaması, mağdur ile sanığın duruşma beklerken, nakillerde ve duruşmalarda bir arada bulundurulması, ifadeyi alan polis, savcı, hakim ve diğer görevlilerin ifade alma konusunda uzmanlıklarının bulunmaması, mağduru damgalayan ve afişe eden uygulamalar (çağrı için mağdurun evine, okuluna yazı yazılması, okuldan çocuğun resmi kıyafetli polisler tarafından alınması gibi) adli sistem içerisinde ikincil örselenmelere neden olmaktadır (115, 140).

Yine yapılmak zorunda olan tıbbi muayene de kişiyi önemli derecede olumsuz etkilemektedir. Mağdur muayene sırasında asıl tecavüzdekine benzer bir pozisyona (litotomi pozisyonu) getirilmekte ve yine saldırıdaki gibi örnek alma materyalleri vücuda penetre edilmektedir (111). Üstelik ülkemizde mağdurun ortalama muayene sayısı 4 olarak belirtilmiş olup şüphesiz bu olayın tekrarlanması mağduru daha da örseleyecektir (23).

Bazı durumlarda mağdurun maruz kaldığı cinsel saldırı-istismar hakkındaki bilgiler onun sosyal çevresine sızabilmekte, toplumda tecavüze uğrayan kişiler aşağılandığından ve karalandığından mağdur iki kez mağdur edilebilmektedir (112). Ayrıca mağdurun maruz kaldığı saldırıya bağlı gebeliği nedeni ile doğuma zorlanması da üçüncül tecavüz olarak yorumlanmaktadır (111).

Değerlendirmeyi yapanlarda sübjektif tepkiler de görülebilmektedir. Değerlendirmeyi yapan kişinin kendi geçmişinde yaşadığı hadiseler, mental sağlık düzeyi, çevresel ve mesleki yargıları ile kişisel duyguları arasındaki uzlaşma gerekliliği, mağdur ve saldırganı kısa süre içerisinde değerlendirmesi, gerçekte yüzleşmedeki isteksizliği, mesleki yeterliliği, cinsiyeti, dedektif kimliğinin ön plana çıkması objektif değerlendirmeyi etkilemektedir (15)

4.3.2. Uygulamada Kurumlardan Kaynaklanan Sorunlar

Yargıtay'ın yetersiz raporlara dayanarak mahkeme kararlarını bozması, olay ile muayene arasında geçen zamanın fazla olduğu durumlarda geçen süre içerisinde ruh sağlığının bozulmasına farklı etkenlerin sebebiyet verebileceği hususunun nazara alınması, mağdurun ruh sağlığının değerlendirmesinin saldırganı verilecek olan cezayı önemli derecede etkilemesi, farklı yerel sağlık kuruluşlarından alınan raporlar arasında ve yerel sağlık kuruluşları ile ATK'den alınan raporlar arasında gözlemlenen yüksek orandaki tutarsızlıklar nedenleri ile ülke çapında cinsel suça maruz kalan tüm mağdurların ruh sağlığının değerlendirilmesi hususunda ATK İlgili İhtisas Dairesinden görüş alınması önerilmiştir (23, 114, 141). Bunun kaçınılmaz sonucu olarak ATK'nin iş yükü oldukça artmıştır (114). Öyle ki cinsel şiddet mağdurlarına 1-1,5 yıl sonrasına görüşme randevusu verilmeye başlanmış, mahkemeler de yerel raporlara karşın ATK'den raporun geç geleceği gerekçesi ile sanıkları tahliye etmişlerdir (142).

ATK Başkanlığı ve birimlerinde, cinsel suç mağdurlarının değerlendirilmesinde uygun muayene ortamı, donanım ve deneyimli insan gücü sıkıntısı bulunmaktadır (140). Ruh sağlığı değerlendirmesini yapan ATK 6. İhtisas Kurulu bir başkan, iki Adli Tıp Uzmanı, birer adet kadın hastalıkları ve doğum, radyoloji, üroloji, ruh sağlığı ve hastalıkları, çocuk psikiyatrisi, adli antropoloji, çocuk cerrahisi uzmanlarından oluşmaktadır (143). Yani aslen ruh sağlığı alanında uzmanı iki kişi ve iki adli tıp uzmanı, bu alan ile çok da ilişkisi bulunmayan altı kişi ile birlikte değerlendirme yapmakta, kararlar da oy çokluğuna göre verilmektedir.

Adli olgu olarak başvuran cinsel istismar olguları içinde yatarak tedaviye ve korunmaya ihtiyacı olanlar da bulunmaktadır (49). ATK'de düzenlenen bir kısım raporda olay üzerinden 6 ay geçmeden muayeneye gönderilen çocuklara rapor düzenlemeden önce çocuğun Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumunda, Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğünde tedavisinin tamamlanması istenmiş, bundan sonra tekrar muayeneye gönderilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu durumda tedavi gören çocukların bir kısmı iyileşmiş, görmeyenler ise iyileşememiş ve raporları da buna göre düzenlenmiştir. Dolayısıyla bu uygulama da bir eşitsizliğe neden olmuştur (136).

Yine ATK'de değerlendirilmesi yapılan olgulara farklı zamanlarda birbirine zıt görüşler bildiren raporlar düzenlenmiştir. Medyada da yer alan Isparta İlinin Gelendost İlçesinde 2007 yılında tacize uğrayan 9 yaşındaki çocuğa karşı gerçekleştirilen cinsel taciz olayı ile ilgili olarak ATK ilk raporunda çocuğun ruh sağlığının bozulmadığını, ikinci raporunda ise bozulduğunu belirtmiş, bunun üzerine mahkeme aynı kurumdan 3. bir rapor daha istemiş, böylece adli süreç uzamış ve sanık uzayan yargılama süreci nedeniyle serbest bırakılmıştır (144).

Suç tarihi üzerinden uzun süre geçen olaylarda mağdurun ruh sağlığında bozulma olduğu saptansa bile, Yargıtay bu bozulmanın cinsel saldırı fiili sonucunda meydana gelip gelmediği hususundaki kuşku ve bir başka ek sebepten dolayı ruh sağlığında bozulma meydana gelebilmesi ihtimalini nazara alarak, ruh sağlığında saptanan bozulmayı dikkate almayıp, yalnızca dava dosyalarını ATK'ye göndermiş, suç tarihinde kızlığı bozulan mağdurenin bu neden ile beden sağlığında bir bozulma olup olmadığı konusunda rapor alınmasını yeterli görmüştür (114).

Muhakeme hukuku bakımından mağdur kişinin duruşmada dinlenmesi gerekmekte, duruşma sırasında sanığın doğrudan soru sorma hakkı bulunmaktadır (115). Bu da şüphesiz mağdurun ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyecektir.

4.4. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tarama Bulguları

Cinsel saldırı sonrasında insanlarda psikolojik bozukluk meydana gelmesini kolaylaştıran faktörlerin belirlenmesi tanı ve tedavinin yönetimi için oldukça önemlidir.

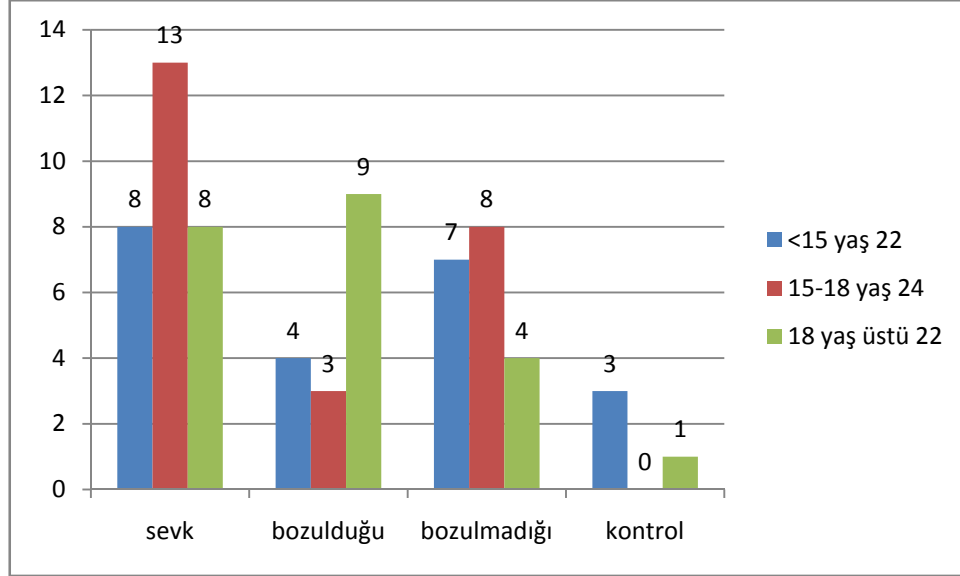
4.4.1. Mağdurun Yaşı

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın yaş ortalaması 18,82 olup standart sapma 11,704, en küçük yaş 4, en büyük yaş ise 82 olarak belirlenmiştir.

15 yaşın altındaki 22 vakanın (%33), 7 tanesinin (%31,8) ATK'ye, 1 tanesinin (%4,5) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalına sevk edildiği, 4 (%18) tanesinde ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verildiği, 7 (%32) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verildiği, 3 (%14) tanesinin kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

15-18 yaş aralığında bulunan 24 (%34) vakanın, 13 (%54) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 3 (%13) tanesinde ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verildiği, 8 (%33) tanesinde ise ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verildiği saptanmıştır.

18 yaş ve üstünde olduğu saptanan 22 (%33) vakanın, 8 (%36) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 9 (%41) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verildiği, 4 (%18) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verildiği, 1 (%5) tanesinin 6 ay sonra kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.



Şekil 1. Yaş gruplarına göre SDÜTF ATAD kararları

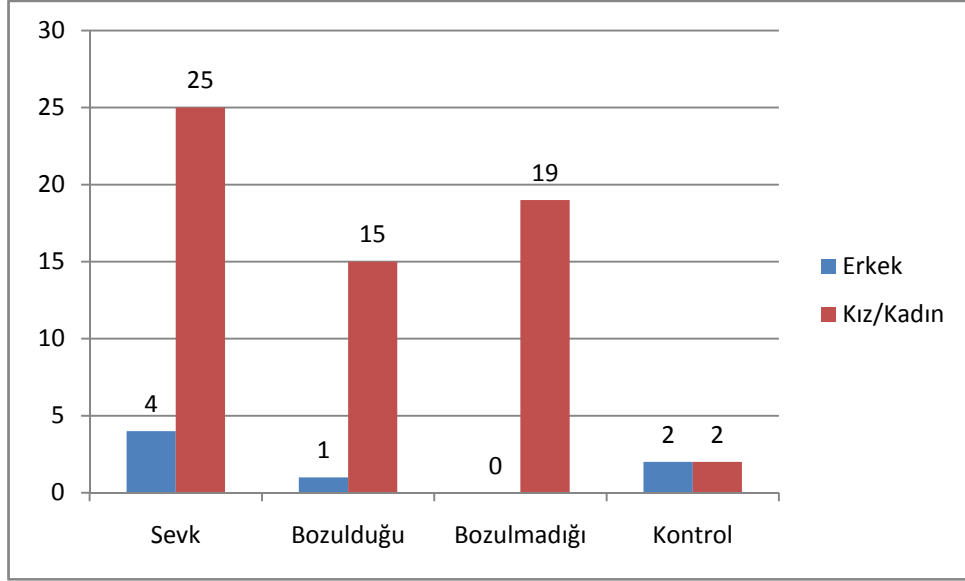
ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun yaşı ve yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,092$).

4.4.2. Mağdurun Cinsiyeti

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 7(%10,3) tanesi erkek, 61(%89,7) tanesinin kadın olduğu saptanmıştır.

7 erkek vakanın 4 (%57) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 1 (%14) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 2 (%29) tanesinin de kontrole çağırıldığı saptanmıştır.

Kadın olan 61 vakanın 25 (%41) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 15 (%24,6) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verildiği, 19 (%31,1) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verildiği, 2 (%3,3) tanesinin kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.



Şekil 2. Cinsiyete göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,276$).

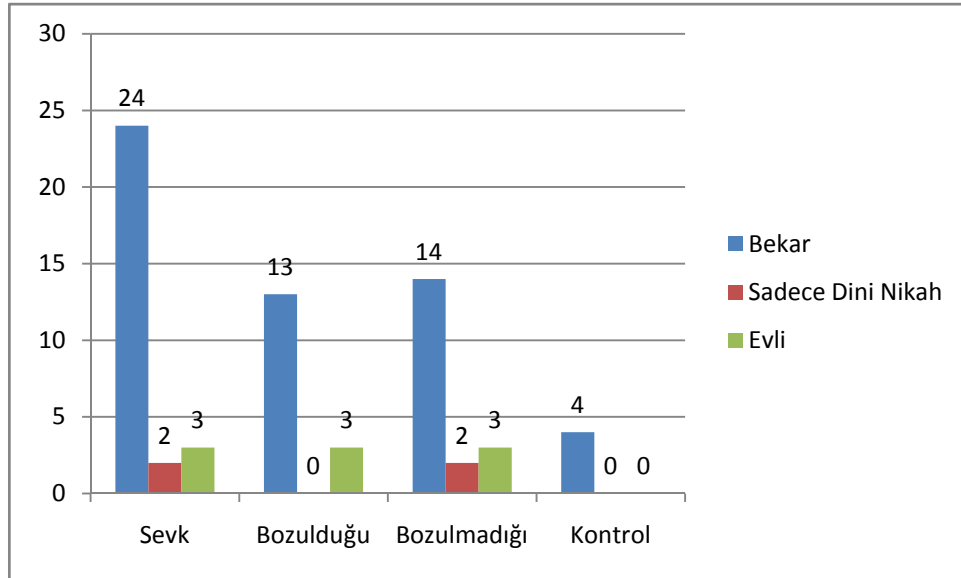
4.4.3. Mağdurun Medeni Durumu

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 9 (%13,2) tanesinin evli, 55 (%80,9) tanesinin bekar, 4 (%5,9) tanesinin dini nikâh ile evli olduğu saptanmıştır.

Bekâr olan 55 vakanın 24 (%43,6) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 13 (%23,6) tanesinde ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verildiği, 14 (%25,5) tanesinde ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verildiği, 4 (%7,3) tanesinin kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Dini nikâh ile evli olan 4 vakanın 2 (%50) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 2 (%50) tanesinde ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verildiği saptanmıştır.

Evli olan 9 vakanın 3 (%33,3) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 3 (%33,3) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 3 (%33,3) tanesinin de ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verildiği saptanmıştır.



Şekil 3. Medeni duruma göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,429$).

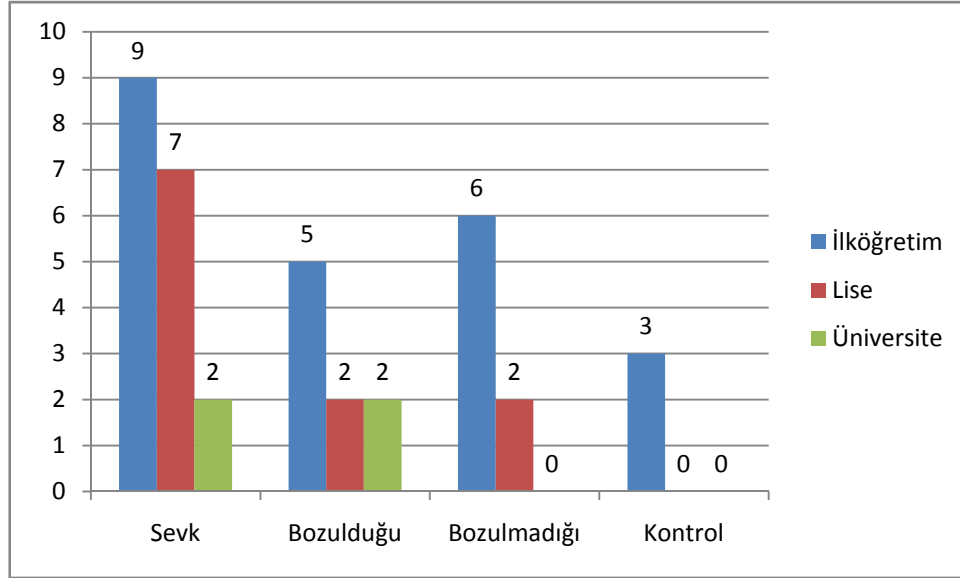
4.4.4. Mağdurun Eğitim Durumu

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 30 (%44.1) tanesinin eğitim durumu belirtilmediğinden değerlendirmeye alınmamıştır. Belirtilen 38 vakadan 23(%60) tanesinin ilköğretim, 11 (%29) tanesinin lise, 4 (%11) tanesinin üniversite eğitimi almış veya almakta olduğu saptanmıştır.

İlköğretim eğitimi almış veya almakta olan 23 vakanın 9 (%39.1) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 5 (%21.7) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 6 (%26.1) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 3 (%13) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Lise eğitimi almış veya almakta olan 11 vakanın 7 (%63.6) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 2 (%18.2) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 2 (%18,2) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının bildirildiği saptanmıştır.

Üniversite eğitimi almış veya almakta olan 4 vakanın 2 (%50) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 2 (%50) tanesinin ruh sağlığının bozulduğunun bildirildiği saptanmıştır.



Şekil 4. Eğitim durumuna göre SDÜTF ATAD kararları

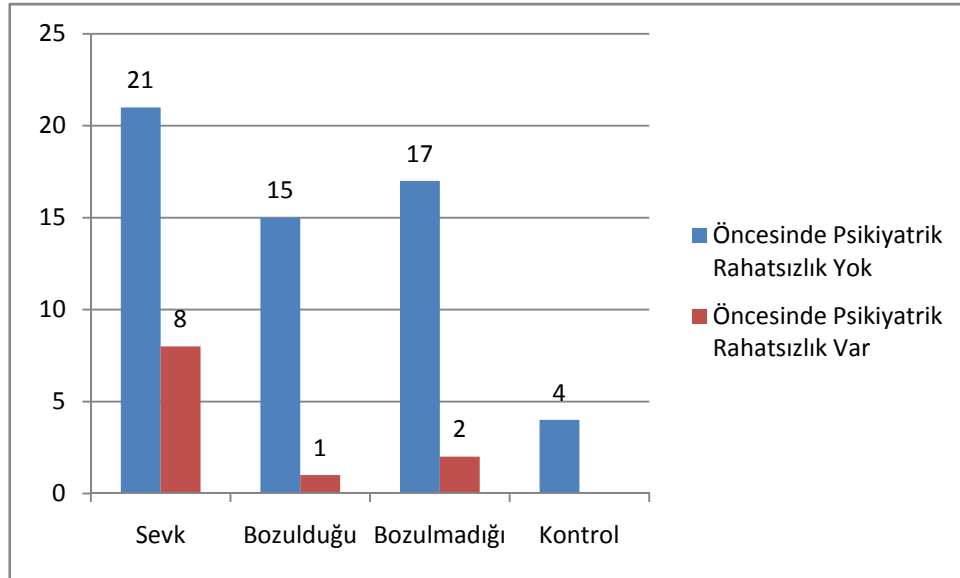
ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.306$).

4.4.5. Mağdurda Daha Önceden Bilinen Başka Bir Psikiyatrik Rahatsızlık Bulunup Bulunmaması

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 57 (%83.8) tanesinin saldırı öncesinde bilinen psikiyatrik bir rahatsızlık tariflemediği, 11 (%16.2) tanesinin ise tariflediği saptanmıştır.

Saldırı öncesinde bilinen psikiyatrik bir rahatsızlık tariflemeyen 57 vakanın 21 (%37) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 15 (%26) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 17 (%30) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 4 (%7) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Saldırı öncesinde bilinen psikiyatrik bir rahatsızlık tarifleyen 11 vakanın 8 (%72,7) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 1 (%9,1) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 2 (%18,2) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği saptanmıştır.



Şekil 5. Saldırı öncesinde bilinen psikiyatrik rahatsızlığa göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun saldırı öncesinde bilinen psikiyatrik bir rahatsızlık tarifleyip tariflememesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,657$).

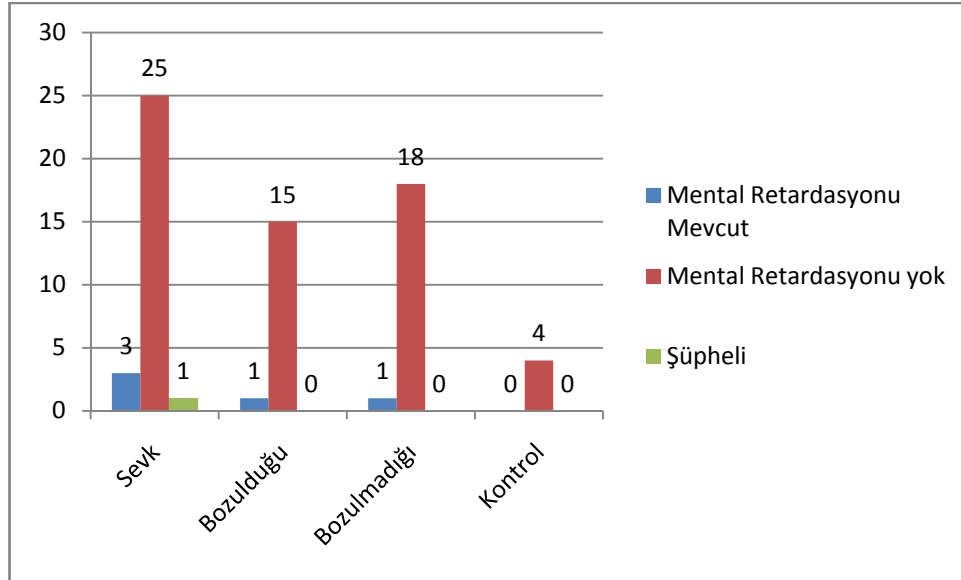
4.4.6. Mağdurda Mental Yetersizlik Bulunup Bulunmaması

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 62 (%91,2) tanesinde mental retardasyon bulunmadığı, 5 (%7,4) tanesinde bulunduğu, 1 (%1,5) tanesinde ise mental retardasyondan şüphelenildiği saptanmıştır.

Mental retardasyonu bulunan 5 vakanın 3 (%60) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 1 (%20) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 1 (%20) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği saptanmıştır.

Mental retardasyonu bulunmayan 62 vakanın 25 (%40,3) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 15 (%24,2) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 18 (%29) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 4 (%6,5) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Mental retardasyon şüphesi bulunan 1 kişi ATK'ye sevk edilmiştir.



Şekil 6. Mental retardasyona göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun mental retardasyonunun bulunup bulunmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,902$).

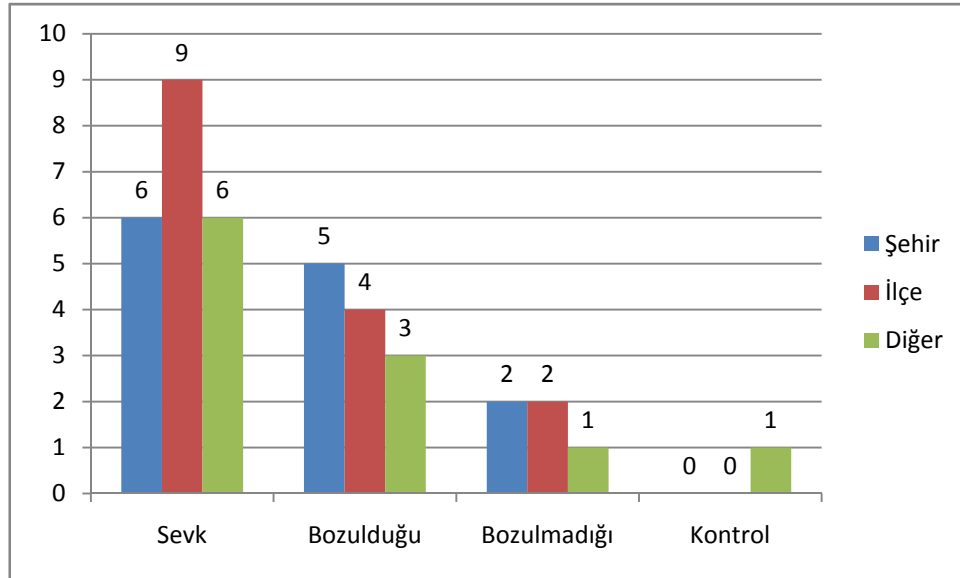
4.4.7. Mağdurun İkamet Ettiği Yerleşim Birimi

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 29 (%42,6) tanesinin ikamet ettiği yerleşim birimi belirtilmemiştir. Belirtilen 39 vakadan 13(%28,9) tanesinin şehirde, 15 (%33,3) tanesinin ilçede, 11 (%24,4) tanesinin ise diğer yerleşim birimlerinde ikamet ettiği saptanmıştır.

Şehirde ikamet eden 13 vakanın 6 (%46,23) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 5 (%38,5) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 2 (%15,4) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği kayıtlıdır.

İlçede ikamet eden 15 vakanın 9 (%60) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 4 (%26,7) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 2 (%13,3) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının bildirildiği saptanmıştır.

Diğer yerleşim birimlerinde ikamet eden 11 vakanın 6 (%54,5) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 3 (%27,3) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 1 (%9,1) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 tanesinin kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.



Şekil 7. Yerleşim birimine göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun ikamet ettiği yerleşim birimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,955$).

4.4.8. Mağdurun Anne ve Babasının Ayrı/Yaşamını Yitirmiş Olup Olmadığı

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 28 (%41,2) tanesinin anne ve babasının durumu belirtilmemiştir. Belirtilen 40 vakadan 19 (%47,5) tanesinin anne-babasının birlikte yaşadığı, 14 (%35) tanesinin anne ve babasının ayrı yaşadıkları, 1 (%2,5) tanesinin annesinin hayatta olmadığı, 4 (%10) tanesinin babasının hayatta olmadığı, 2 (%5) tanesinin anne ve babasının hayatta olmadığı saptanmıştır.

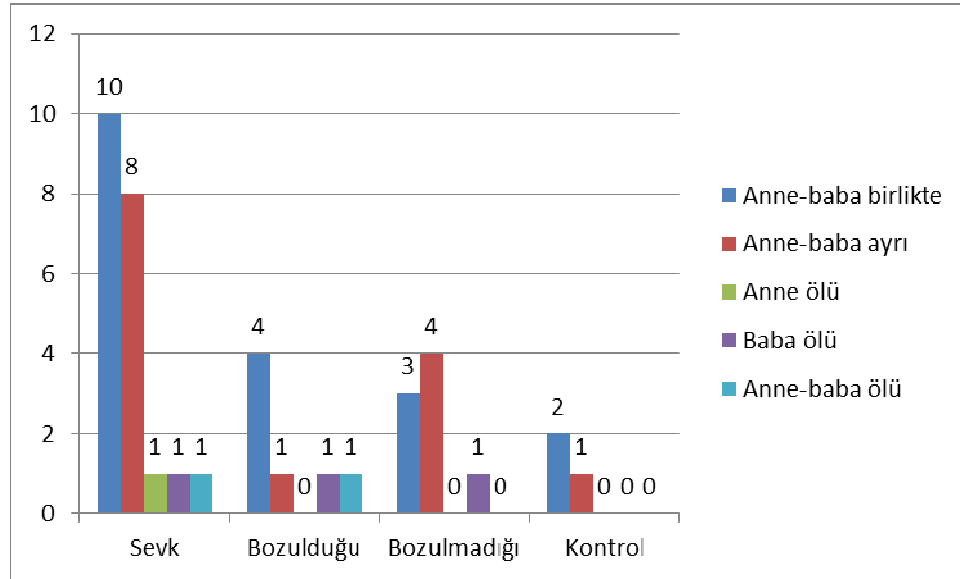
Anne ve babası birlikte yaşayan 19 vakanın 10 (%52,6) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 4 (%21,1) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 3 (%15,8) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 2 (%10,5) tanesinin kontrole çağırıldığı kayıtlıdır.

Anne ve babası ayrı yaşayan 14 vakanın 8 (%57,1) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 1 (%7,1) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 4 (%28,6) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%7,1) tanesinin kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Annesi hayatta olmayan 1 vakanın ATK'ye sevk edildiği saptanmıştır.

Babası hayatta olmayan 4 vakanın 1 (%25) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 1 (%50) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 1 (%25) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği saptanmıştır.

Hem annesinin hem de babasının hayatta olmadığı 2 vakanın 1 (%50) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 1 (%50) tanesinin de ruh sağlığının bozulduğunun belirtildiği saptanmıştır.



Şekil 8. Anne-babasının ayrı olup olmamasına göre SDÜTF ATAD kararları

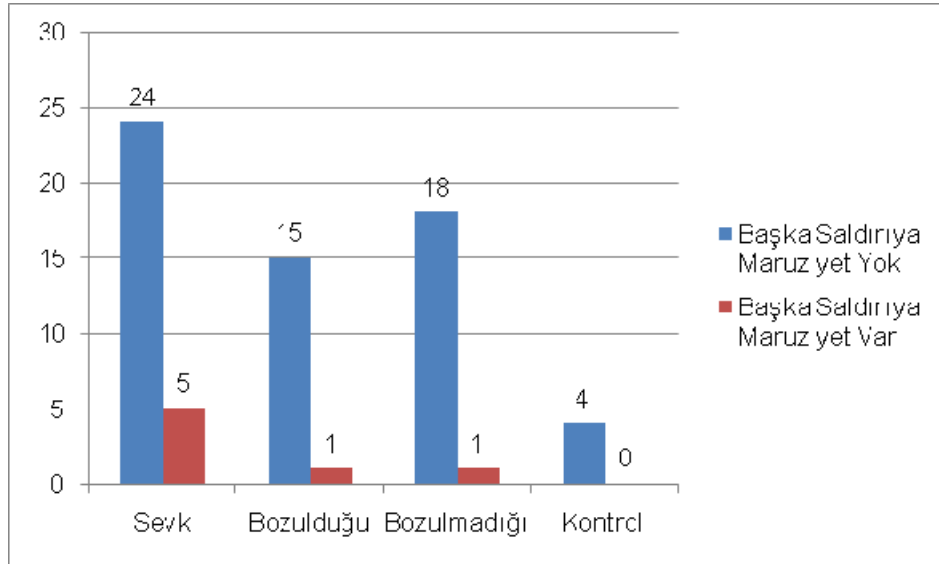
ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun anne-babasının ayrı olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,626$).

4.4.9. Mağdurun Olay ile İlişkisiz Olmak Koşulu ile Daha Önceden de Cinsel Saldırıya Maruz Kalıp Kalmaması

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 61 (%89,7) tanesinin olay ile ilişkili olmayan başka bir cinsel saldırıya maruziyet tariflemeyen, 7 (%10,3) tanesinin olay ile ilişkili olmayan başka bir cinsel saldırıya maruziyet tariflediği saptanmıştır.

Olay ile ilişkili olmayan başka bir cinsel saldırıya maruziyet tariflemeyen 61 vakanın 24 (%39,3) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 15 (%24,6) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 18 (%29,5) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 4 (%6,6) tanesinin kontrole çağırıldığı kayıtlıdır.

Olay ile ilişkili olmayan başka bir cinsel saldırıya maruziyet tarifleyen 7 vakanın 5 (%71,4) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 1 (%14,3) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 1 (%13,3) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği saptanmıştır.



Şekil 9. Daha önceden de cinsel saldırıya maruz kalıp kalmamasına göre SDÜTF ATAD kararları

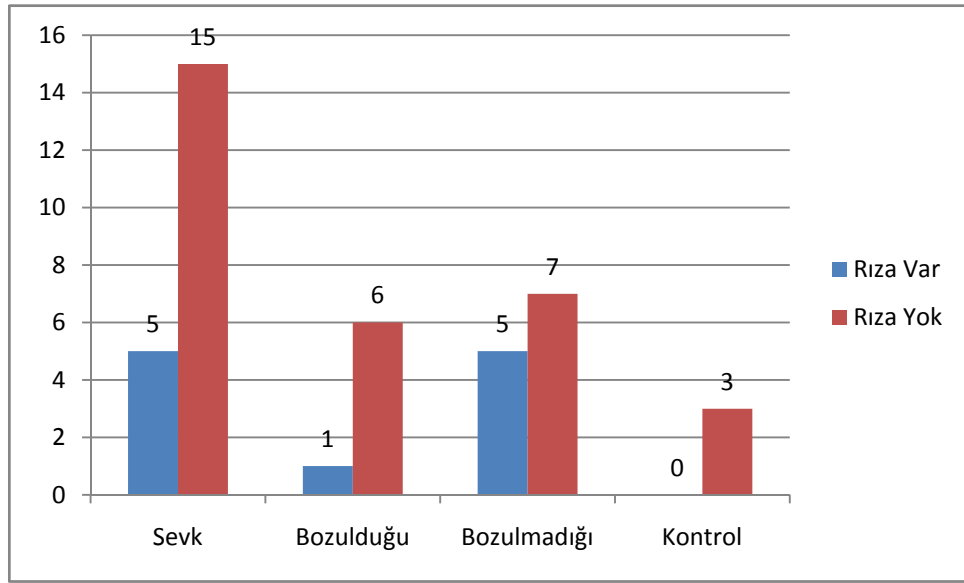
ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun olay ile ilişkisiz olmak koşulu ile daha önceden de cinsel saldırıya maruz kalıp kalmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,902$).

4.4.10. Mağdurun 18 Yaşının Altında Olduğu Durumlarda Olay İçin Rızasının Bulunup Bulunmadığı

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 22 (%32,4) tanesi 18 yaş ve üzerinde olduğundan ve 4(%5,9) tanesinde de bu durum belirtilmemiş olduğundan değerlendirmeye alınmamışlardır. Değerlendirmeye alınan 42 vakanın 31(%73,8) tanesinin cinsel saldırı olayına rıza göstermediği, 11 (%26,2) tanesinin rızası ile cinsel ilişkiye girdiği saptanmıştır.

Rızası ile cinsel ilişkiye giren 11 vakanın 5 (%45,5) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 1 (%9,1) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 5 (%45,5) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği saptanmıştır.

Cinsel saldırı olayına rıza göstermediğini belirten 31 vakanın 15 (%48,4) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 6 (%19,4) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 7 (%22,6) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 3 (%9,7) tanesinin kontrole çağırıldığı kayıtlıdır.



Şekil 10. Rızaya göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun 18 yaşının altında olduğu durumlarda olay için rızasının bulunup bulunmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,875$).

4.4.11. Saldırının Meydana Geldiği Mekân

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 7 (%10,3) tanesinde saldırının gerçekleştiği mekân belirtilmediğinden değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 61 (%89,7) vakanın 11 (%18) tanesinde saldırı mağdurun evinde, 23 (%37,7) tanesinin saldırganın evinde, 4 (%6,6) tanesinin saldırgan ve mağdurun ortak yaşadığı evde, 5 (%8,2) tanesinin araç içerisinde, 8 (%13,1) tanesinin okulda, 6 (%9,8) tanesinin açık alanda, 1 (%1,6) tanesinin diğer kamu

binasında, 1 (%1,6) tanesinin hem mağdurun hem de saldırganın evinde, 2 (%3,3) tanesinin de çok sayıda ve farklı yerlerde meydana geldiği saptanmıştır.

Mağdurun evinde gerçekleşen 11 vakanın 5 (%45,5) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 2 (%18,2) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 3 (%27,3) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%9,1) tanesinin kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Saldırganın evinde gerçekleşen 23 vakanın 14 (%60,9) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 4 (%17,4) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 3 (%13) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 2 (%8,7) tanesinin kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Saldırgan ve mağdurun ortak evlerinde gerçekleşen 4 vakanın 1 (%25) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 1 (%25) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 2 (%50) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği saptanmıştır.

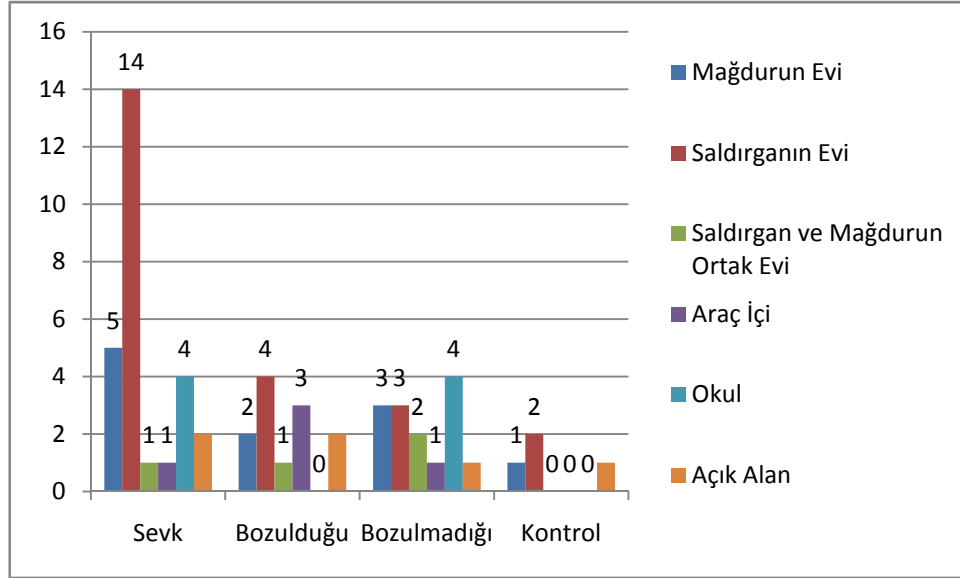
Araç içerisinde gerçekleşen 5 vakanın 1 (%20) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 3 (%60) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 1 (%20) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği saptanmıştır.

Okulda gerçekleşen 8 vakanın 4 (%50) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 4 (%50) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği saptanmıştır.

Açık alanda gerçekleşen 6 vakanın 2 (%33,3) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 2 (%33,3) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 1 (%16,7) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%16,7) tanesinin kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Okul haricindeki diğer kamu binasında meydana gelen 1 adet cinsel saldırı vakasında ruh sağlığının bozulduğunun belirtildiği saptanmıştır.

Çok farklı yerlerde meydana gelen 2 cinsel saldırı/istismar vakasının 2'sinde de ruh sağlığının bozulduğunun belirtildiği kayıtlıdır.



Şekil 11. Mekâna göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile cinsel saldırı/istismar suçunun gerçekleştiği mekân arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,439$).

4.4.12. Saldırgan

4.4.12.1. Saldırgan Cinsiyeti

Çalışmamıza dahil edilen tüm vakalarda saldırganın erkek olduğu saptanmıştır.

4.4.12.2. Mağdurun Saldırgan / Saldırganları Daha Önceden Tanıma Durumu

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 4 (%5,9) tanesinde mağdurun saldırgan tanıma durumu belirtilmediğinden değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 64 (%94,1) cinsel saldırı / istismar vakasının 8 (%12,5) tanesi aile içerisindeki kişiler tarafından, 4 (%6,3) tanesinin akrabalar tarafından, 12 (%18,8) tanesinin sevgili tarafından, 36 (%56,3) tanesinin tanıdık tarafından, 4 (%6,3) tanesinin yabancı tarafından gerçekleştirildiğinin belirtildiği saptanmıştır.

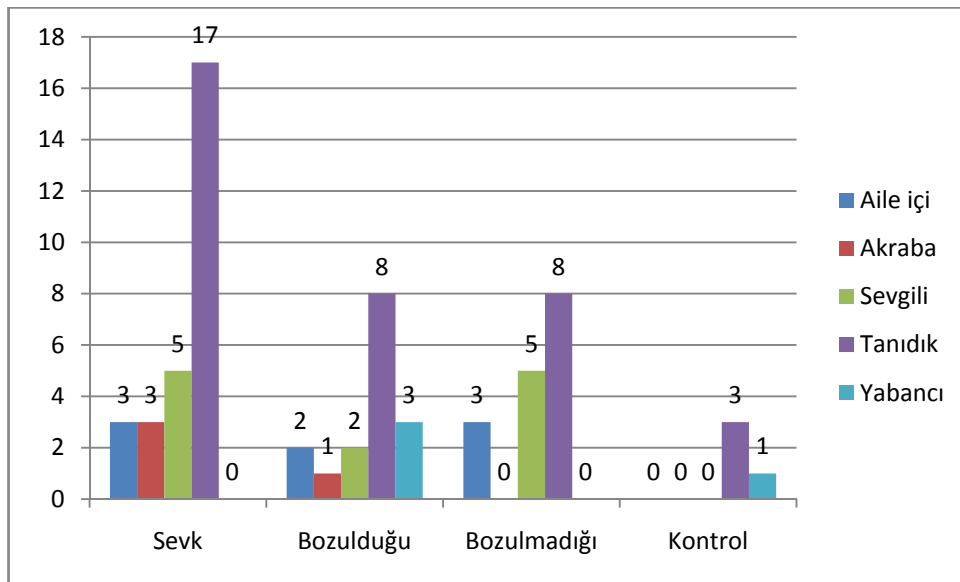
Aile içerisinde gerçekleştiği belirtilen 8 vakanın 3 (%37,5) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 2 (%25,0) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 3 (%37,5) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği saptanmıştır.

Akrabalar tarafından gerçekleştiği belirtilen 4 vakanın 3 (%75) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 1 (%25,0) tanesinin ruh sağlığının bozulduğunun belirtildiği saptanmıştır.

Sevgili tarafından gerçekleştiği belirtilen 12 vakanın 5 (%41,7) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 2 (%16,7) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 5 (%41,7) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği saptanmıştır.

Tanıdık kişiler tarafından gerçekleştirildiği belirtilen 36 vakanın 17 (%47,2) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 8 (%22,2) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 8 (%22,2) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 3 (%8,3) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Yabancı kişiler tarafından gerçekleştirildiği belirtilen 4 vakanın 3 (%75) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 1 (%25) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.



Şekil 12. Saldıranı tanıma durumuna göre SDÜTF ATAD kararları

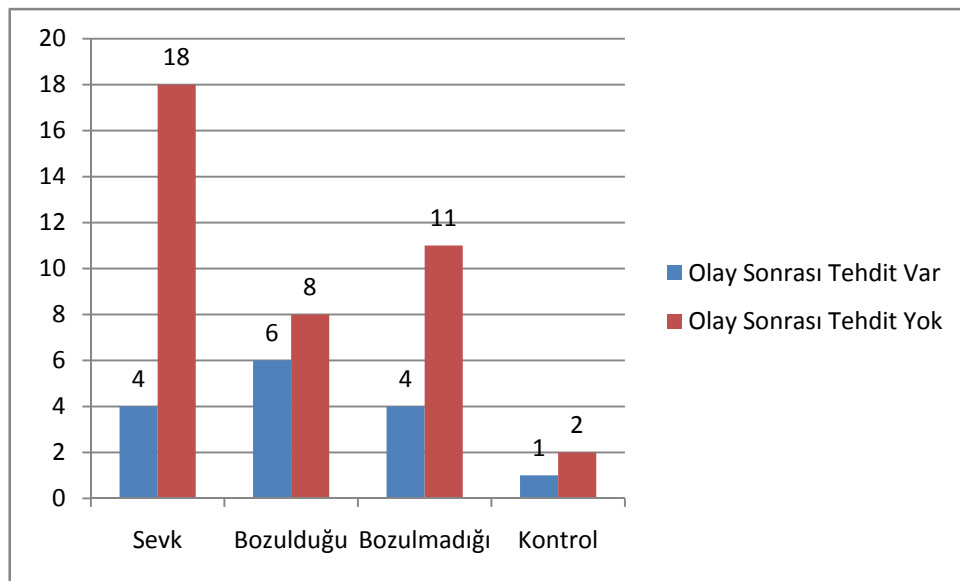
ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile saldırıyanın daha önceden tanıma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,180$).

4.4.13. Mağdurun Olay Sonrasında Tehdide Maruz Kalıp Kalmadığı

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 14 (%20,6) tanesinde olay sonrasında tehdede maruz kalıp kalmadığı belirtilmediğinden değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 54 (%79,4) vakanın 15 (%27,8) tanesinin aynı olay ile ilgili olarak tekrarlayan saldırı tariflediği, 39 (%72,2) tanesinin aynı olay ile ilgili olarak tekrarlayan saldırı tariflemediği saptanmıştır.

Olay sonrasında tehdede maruz kaldığını belirtilen 15 vakanın, 4 (%26,7) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 6 (%40) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 4 (%26,7) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%6,7) tanesinin kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Olay sonrasında tehdede maruz kalmadığı belirtilen 39 vakanın, 18 (%46,2) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 8 (%20,5) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 11 (%28,2) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 2 (%5,1) tanesinin kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.



Şekil 13. Olay sonrasında tehdede göre SDÜTF ATAD kararları

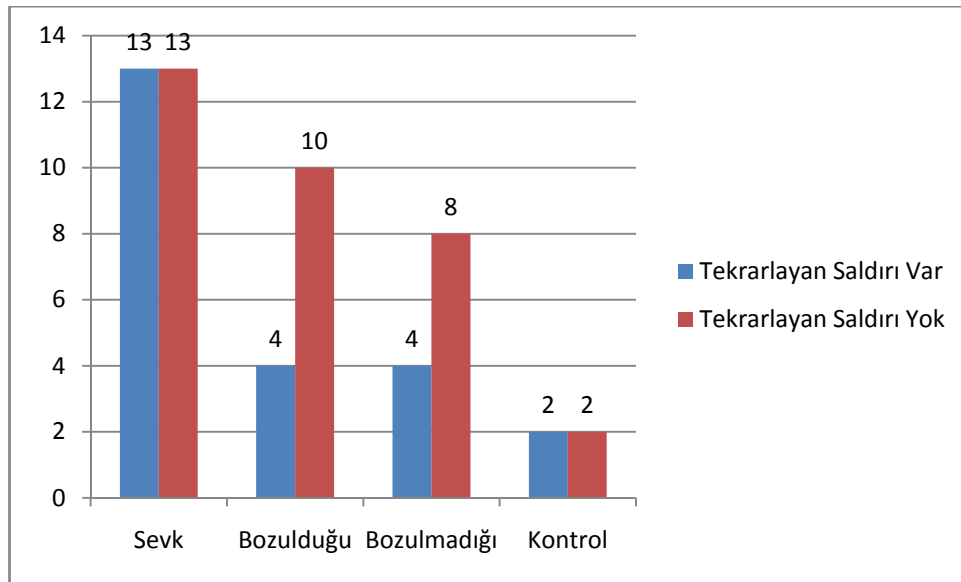
ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun olay sonrasında tehdede maruz kalıp kalmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,368$).

4.4.14. Aynı Olayda Tekrarlayan Saldırıya Maruz Kalma Durumunun Bulunup Bulunmadığı

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 12 (%17,6) tanesinde mağdurun aynı olay ile ilgili olarak tekrarlayan saldırıya maruz kalıp kalmadığı belirtilmediğinden değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 56 (%82,4) vakanın 23 (%41,1) tanesinin aynı olay ile ilgili olarak tekrarlayan saldırı tariflediği, 33 (58,9) tanesinin aynı olay ile ilgili olarak tekrarlayan saldırı tariflemediği saptanmıştır.

Aynı olay ile ilgili olarak tekrarlayan saldırı tarifleyen 23 vakanın, 13 (%56,5) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 4 (%17,4) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 4 (%17,4) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 2 (%8,7) tanesinin kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Aynı olay ile ilgili olarak tekrarlayan saldırı tariflemeyen 33 vakanın, 13 (%39,4) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 10 (%30,3) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 8 (%24,2) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 2 (%6,1) tanesinin kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.



Şekil 14. Tekrarlayan saldırıya göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun tekrarlayan saldırıya maruz kalıp kalmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,797$).

4.4.15. Saldırı – Muayene Zaman Aralığı

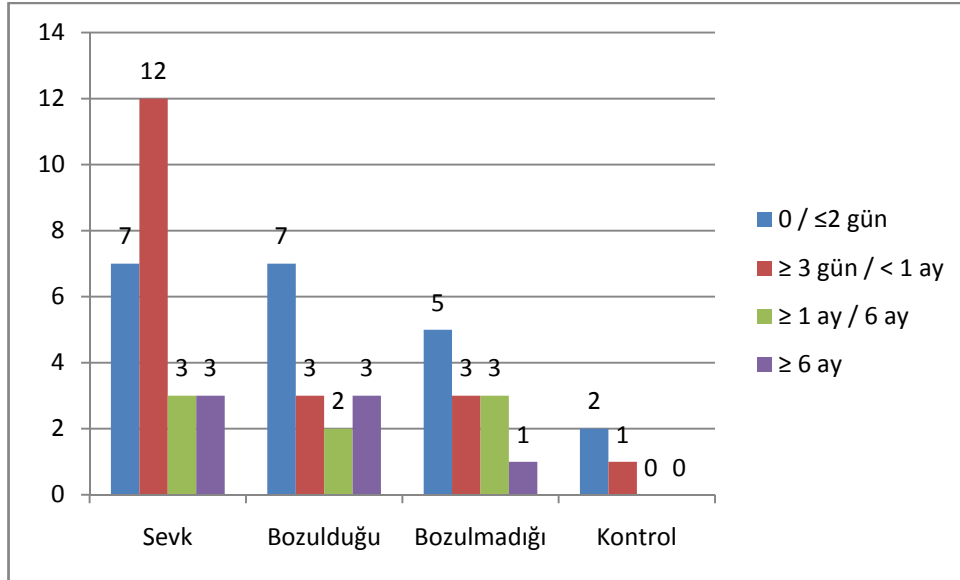
Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 13 (%19,1) tanesinde maruz kalınan son cinsel saldırı/istismar zamanı ile SDÜTF ATAD’da yapılan muayene arasında kalan zaman aralığı belirtilmemiş olup bunlar değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 55 (%80,9) vakanın 21 (%38,2) tanesinin ilk iki gün içerisinde muayene edildiği, 19 (%34,5) tanesinin 3 gün ile 1 ay arasında muayenesinin yapıldığı, 8 tanesinin (%14,5) 1 ay ile 6 ay arasında muayenesinin yapıldığı, 7 (%12,7) tanesinin 6 aydan sonra muayenesinin yapıldığı saptanmıştır.

İlk 2 gün içerisinde muayene edilen 21 vakanın, 7 (%33,3) tanesinin ATK’ye sevk edildiği, 7 (%33,3) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 5 (%23,8) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 2 (%9,5) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

3 gün ile 1 ay arasında muayene edilen 19 vakanın, 12 (%63,2) tanesinin ATK’ye sevk edildiği, 3 (%15,8) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 3 (%15,8) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%5,3) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

1 ay ile 6 ay arasında muayene edilen 8 vakanın, 3 (%37,5) tanesinin ATK’ye sevk edildiği, 2 (%25) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 3 (%37,5) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği saptanmıştır.

6 aydan daha uzun süre geçtikten sonra muayene edilen 7 vakadan 3 (%42,9) tanesinin ATK’ye sevk edildiği, 3 (%42,9) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 1 (%14,3) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği saptanmıştır.



Şekil 15. Olay-muayene intervaline göre SDÜTF ATAD kararları

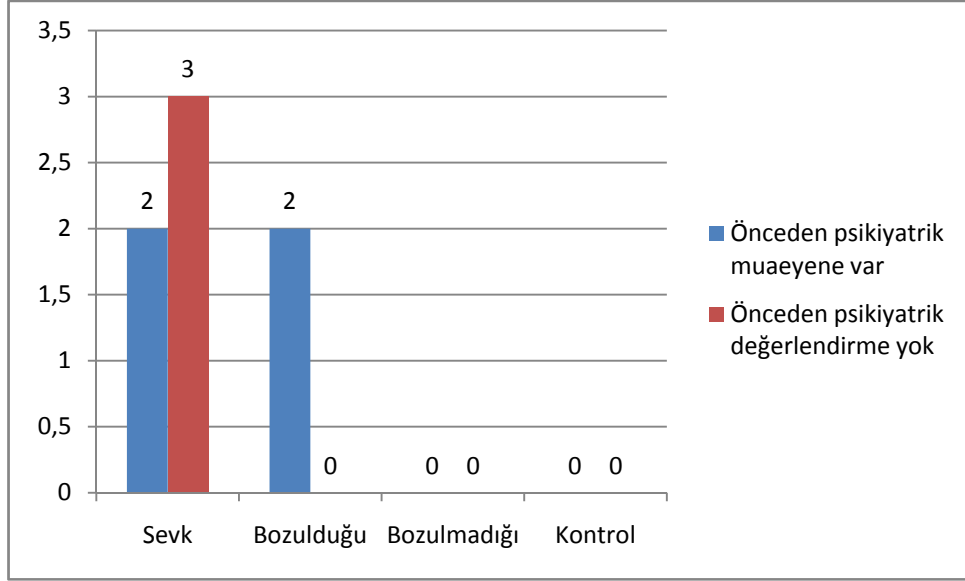
ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile olay-muayene intervali arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,979$).

4.4.16. Mağdurun Başvuru Öncesinde Psikiyatrik Muayenesinin Yapılıp Yapılmadığı

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 61 (%89,7) tanesinde SDÜTF ATAD'a gelmeden önce psikiyatrik muayene yapılıp yapılmadığı belirtilmediğinden değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 7 (%10,3) vakanın 4 (%57,1) tanesinin önceden psikiyatrik değerlendirmesinin yapıldığı, 3 (%42,1) tanesinin yapılmadığı saptanmıştır.

Önceden psikiyatrik değerlendirmesinin yapıldığı belirtilen 4 vakanın, 2 (%50) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 2 (%50) tanesinin ruh sağlığının bozulduğunun belirtildiği saptanmıştır.

Önceden psikiyatrik değerlendirmesinin yapılmadığı belirtilen 3 vakanın, 3 (%100) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği saptanmıştır.



Şekil 16. Başvuru öncesi psikiyatrik muayeneye göre SDÜTF ATAD kararları

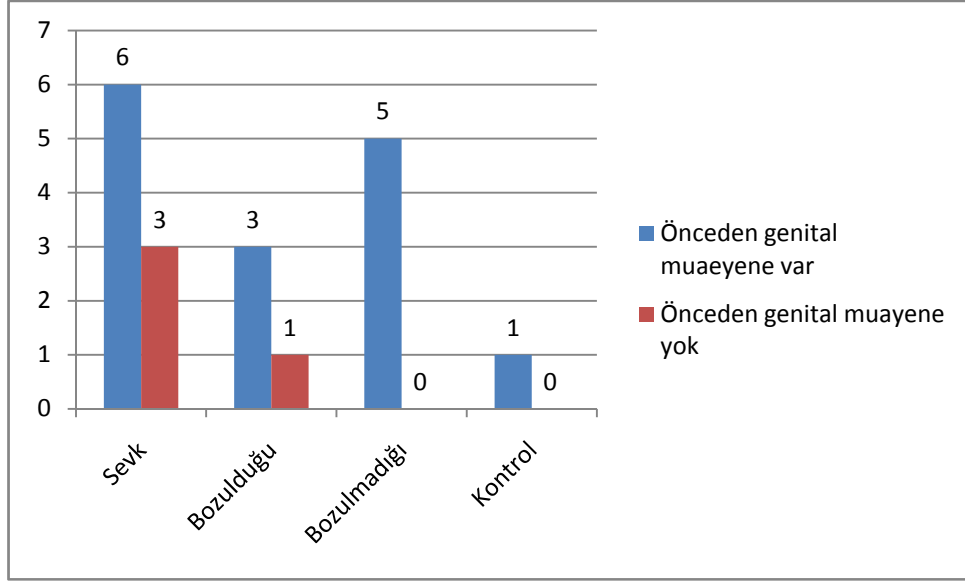
ATAD'ın ruh sağlığının bozulduğu ve sevk edilmesi gerektiği yönünde verdiği kararlar ile mağdurun başvuru öncesinde psikiyatrik muayenesinin yapıp yapılmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,180$).

4.4.17. Mağdurun Başvuru Öncesi Genital Muayenesinin Yapılıp Yapılmadığı

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 49 (%72,1) tanesinde SDÜTF ATAD'a gelmeden önce genital muayene yapıp yapılmadığı belirtilmediğinden değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 19 (%73) vakanın 15 (%78,9) tanesinin önceden genital muayenesinin yapıldığı, 4 (%21,1) tanesinin yapılmadığı saptanmıştır.

Önceden genital muayenesinin yapıldığı belirtilen 15 vakanın, 6 (%40) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 3 (%20) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 5 (%33) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%6,7) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Önceden genital muayenesinin yapılmadığı belirtilen 4 vakanın, 3 (%75) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 1 (%25) tanesinin ruh sağlığının bozulduğunun belirtildiği saptanmıştır.



Şekil 17. Daha önceden genital muayene yapıp yapılmamasına göre SDÜTF ATAD kararları

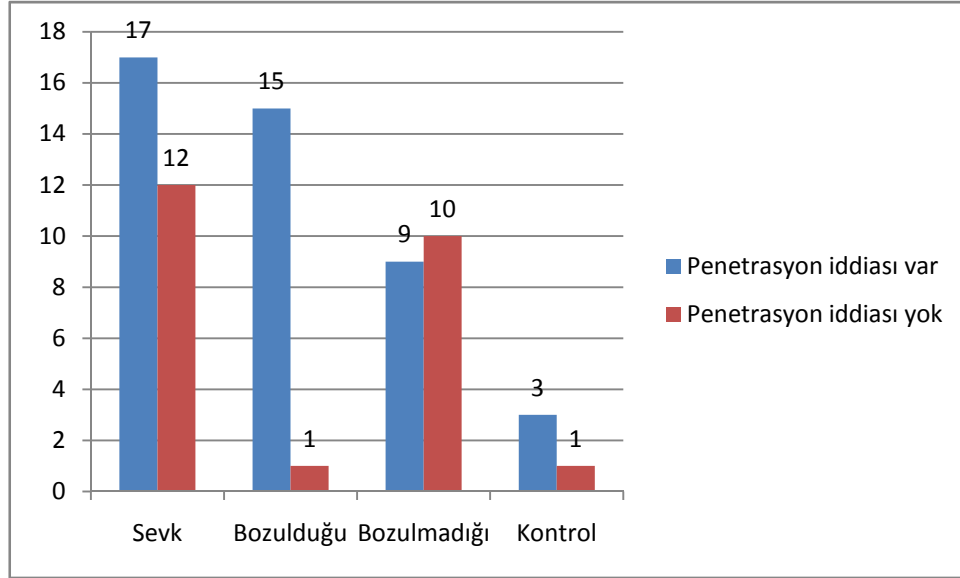
ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun daha önceden genital muayenesinin yapıp yapılmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,061$).

4.4.18. Mağdurun Anal, Oral veya Vajinal Yollardan En Az Birisi ile İlgili Penetrasyon İddiası

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 44 (%64,7) tanesinde penetrasyon iddiası bulunduğu, 24 (%35,3) tanesinde ise böyle bir iddianın bulunmadığı saptanmıştır.

Penetrasyon iddiası bulunan 44 vakanın 17 (%38,6) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 15 (%34,1) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 9 (%20,5) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 3 (%6,8) tanesinin ise kontrole çağırıldığı saptanmıştır.

Penetrasyon iddiası bulunmayan 24 vakanın 12 (%45,1) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 1 (%4,2) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 10 (%41,7) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%4,2) tanesinin ise kontrole çağırıldığı saptanmıştır.



Şekil 18. Penetrasyon iddiasına göre SDÜTF ATAD kararları

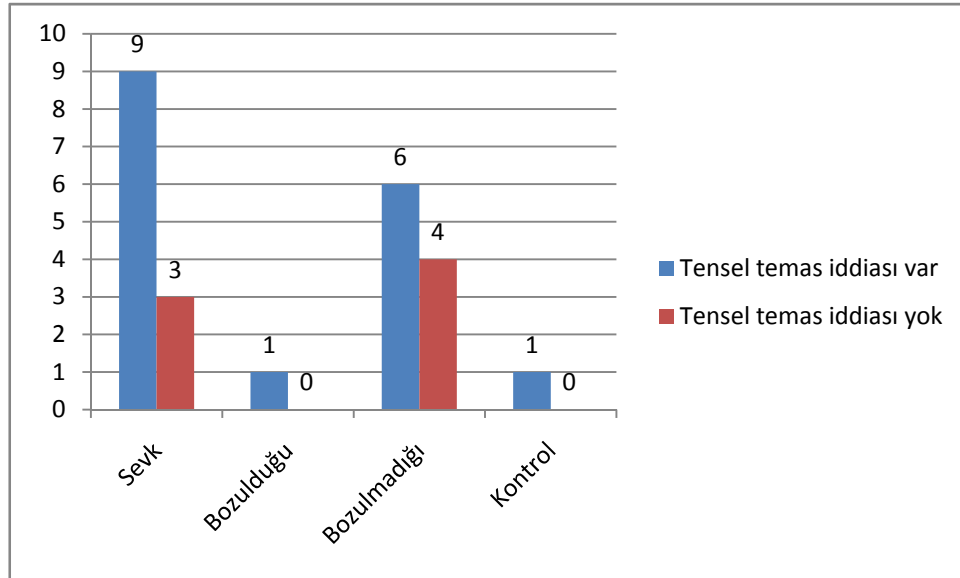
ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun penetrasyon iddiasının bulunup bulunmadığı hususları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,004$).

4.4.19. Mağdurun Penetrasyon İddiasının Bulunmadığı Durumlarda Tensel Temas İddiası

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 44 (%64,7) tanesinde penetrasyon iddiası mevcut olup bunlar değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 24 (%35,3) vakanın 17 (%70,8) tanesinde tensel temas iddiası bulunduğu, 7 (29,2) tanesinde ise böyle bir iddianın bulunmadığı saptanmıştır.

Tensel temas iddiası bulunan 17 vakanın 9 (%52,9) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 1 (%5,9) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 6 (%35,3) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%5,9) tanesinin ise kontrole çağırıldığı saptanmıştır.

Tensel temas iddiası bulunmayan 7 vakanın 3 (%42,9) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 4 (%57,1) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirlendiği saptanmıştır.



Şekil 19. Tinsel temas iddiasına göre SDÜTF ATAD kararları

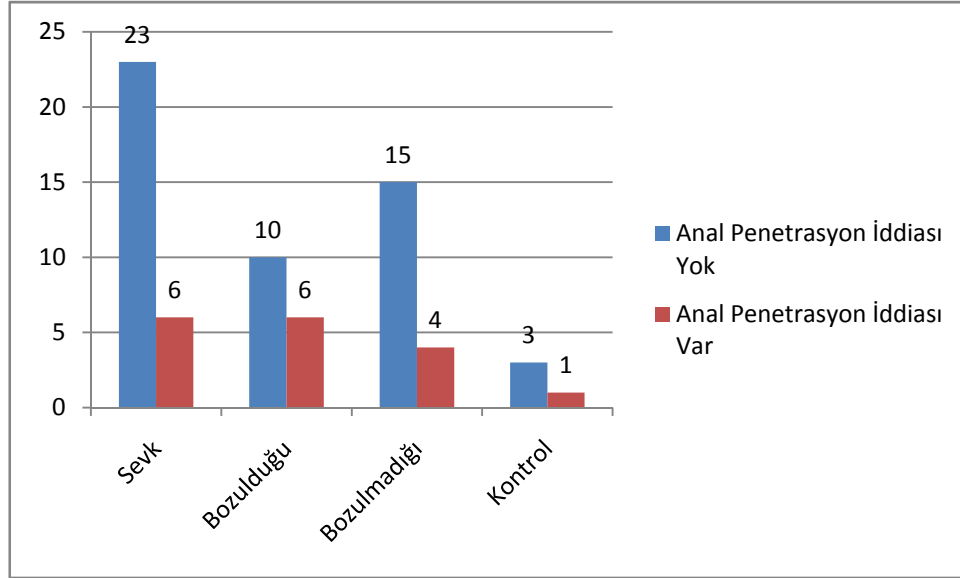
ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun penetrasyon iddiasının bulunmadığı durumlarda tinsel temas iddiasının bulunup bulunmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,450$).

4.4.20. Mağdurun Anal Penetrasyon İddiası

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 17 (%25) tanesinde anal penetrasyon iddiası bulunduğ, 51 (%75) tanesinde ise böyle bir iddianın bulunmadığı saptanmıştır.

Anal penetrasyon iddiası bulunmayan 51 vakanın 23 (%45,1) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 10 (%19,6) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 15 (%29,4) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 3 (%5,9) tanesinin ise kontrole çağırıldığı saptanmıştır.

Anal penetrasyon iddiası bulunan 17 vakanın 6 (%35,3) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 6 (%35,3) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 4 (%23,5) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%5,9) tanesinin ise kontrole çağırıldığı saptanmıştır.



Şekil 20. Anal penetrasyon iddiasına göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun anal penetrasyon iddiası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,290$).

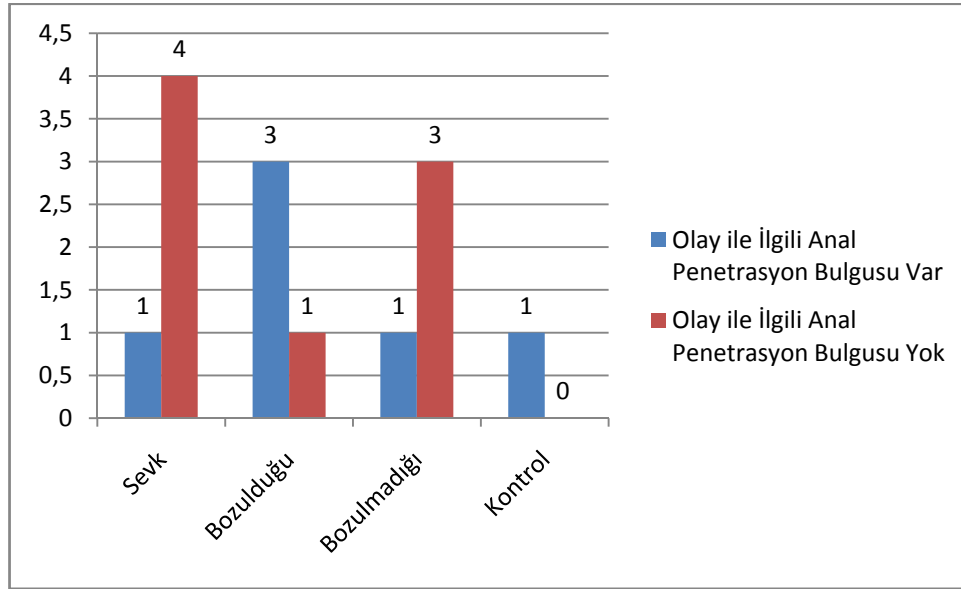
4.4.21. Olay ile İlişkilendirilebilen Akut ve/veya Eskiye Ait Anal Penetrasyon Bulgusu

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 33 (%48,5) tanesinde olay ile ilişkilendirilebilen akut ve/veya eskiye ait anal penetrasyon bulgusunun bulunup bulunmadığı belirtilmemiş olup bunlar değerlendirmeye alınmamıştır. Kalan vakalar arasında anal penetrasyon iddiası bulunmayan 21 (%30,8) vaka da değerlendirmeye alınmamıştır.

Değerlendirmeye alınan 14 (%20,5) vakanın 6 (%42,9) tanesinde olay ile ilişkilendirilebilen akut ve/veya eskiye ait anal penetrasyon bulgusu saptanmış olup, 8 (%57,1) tanesinde saptanmadığı belirtilmiştir.

Olay ile ilişkilendirilebilen akut ve/veya eskiye ait anal penetrasyon bulgusu saptanan 6 vakanın, 1 (%16,6) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 3 (%50) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 1 (%16,6) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%16,6) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Olay ile ilişkilendirilebilen akut ve/veya eskiye ait anal penetrasyon bulgusu saptanmayan 8 vakanın, 4 (%50) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 1 (%12,5) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 3 (%37,5) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı saptanmıştır.



Şekil 21. Olay ile ilişkilendirilebilen anal penetrasyon bulgusuna göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı ile ilgili verdiği kararlar ile mağdurun yapılan muayenesinde olay ile ilişkilendirilebilen anal penetrasyon bulgusu saptanıp saptanmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,186$).

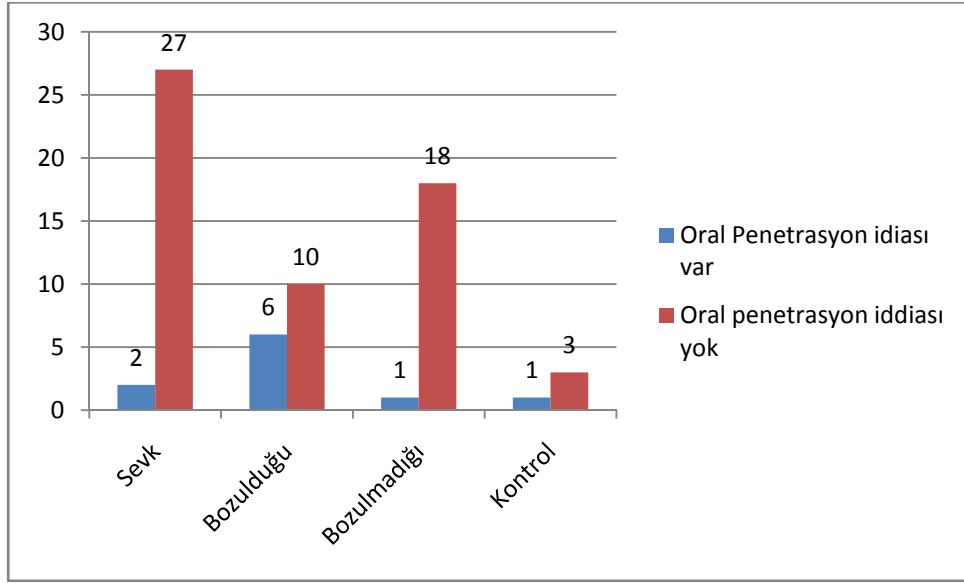
4.4.22 Mağdurun Oral Penetrasyon İddiası

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 10 (%14,7) tanesinde oral penetrasyon iddiası bulunduğu, 58 (%85,3) tanesinde ise böyle bir iddianın bulunmadığı saptanmıştır.

Oral penetrasyon iddiası bulunan 10 vakanın 2 (%20) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 6 (%60) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 1 (%10) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%10) tanesinin ise kontrole çağırıldığı saptanmıştır.

Oral penetrasyon iddiası bulunmayan 58 vakanın 27 (%46,6) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 10 (%17,2) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 18 (%31)

tanenin ruh sağlığının bozulmadığı, 3 (%5,2) tanenin ise kontrole çağırıldığı saptanmıştır.

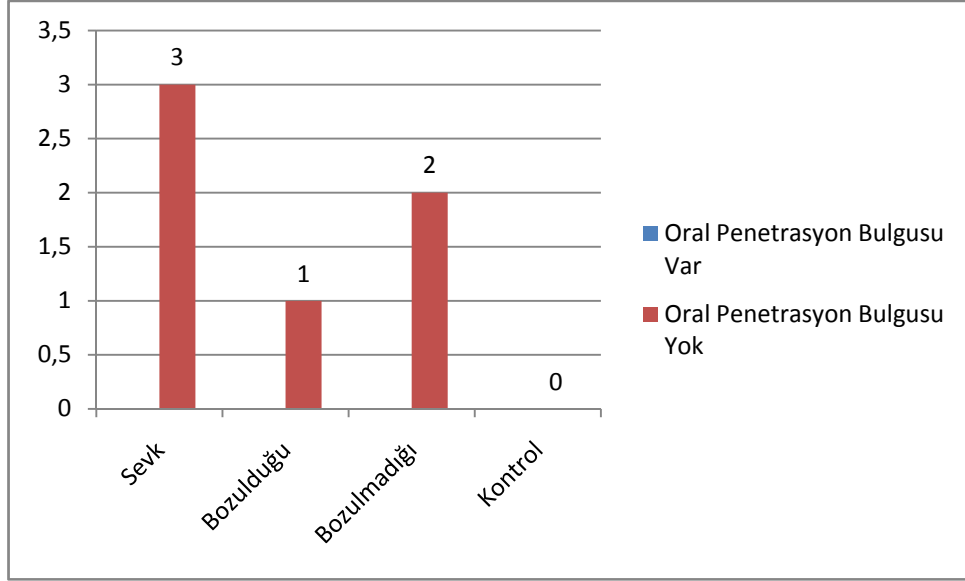


şekil 22. Oral Penetrasyon iddiasına göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığını değerlendirmek üzere verdiği kararlar ile mağdurun oral penetrasyon iddiası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,019$).

4.4.23. Olay ile İlişkilendirilebilen Akut ve/veya Eskiye Ait Oral Penetrasyon Bulgusu

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 62 (%91) tanesinde olay ile ilişkilendirilebilen akut ve/veya eskiye ait oral penetrasyon bulgusunun bulunup bulunmadığı belirtilmemiş olup, belirtilen 6 (%9) vakanın hiçbirisinde oral penetrasyon bulgusu saptanmadığı belirlendi. Bu 6 vakanın, 3 (%50) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 1 (%16,7) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 2 (%33,3) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği saptanmıştır.



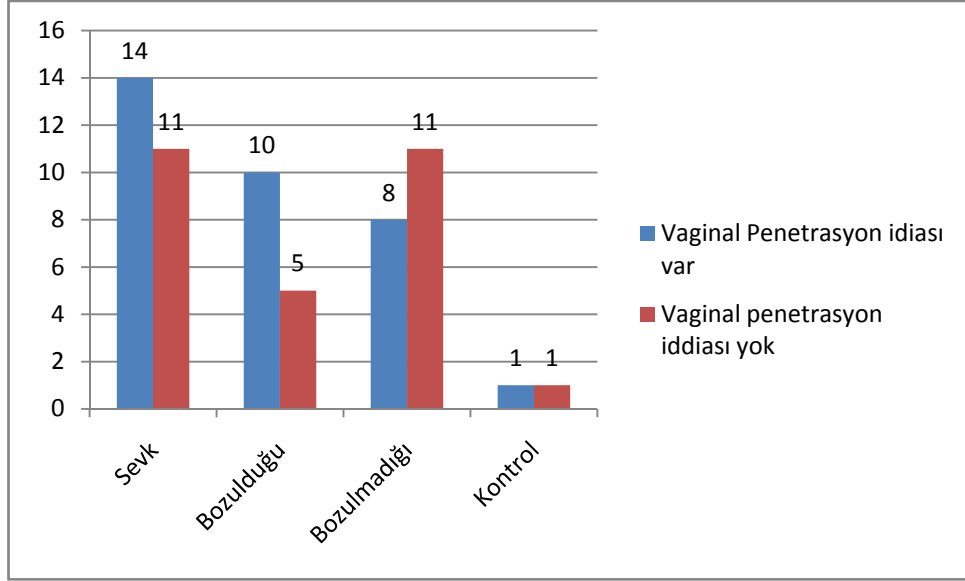
Şekil 23. Oral penetrasyon bulgusuna göre SDÜTF ATAD kararları

4.4.24. Vajinal Penetrasyon İddiası

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 7 (%10,3) tanesi erkek olduğundan değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 61 vakanın 33 (%54,1) tanesinde vajinal penetrasyon iddiası bulunduğu, 28 (%45,9) tanesinde ise böyle bir iddianın bulunmadığı saptanmıştır.

Vajinal penetrasyon iddiası bulunan 33 vakanın 14 (%42,4) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 10 (%30,3) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 8 (%24,2) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%3) tanesinin ise kontrole çağırıldığı saptanmıştır.

Vajinal penetrasyon iddiası bulunmayan 28 vakanın 11 (%39,3) tanesinin Ali Tıp Kurumuna sevk edildiği, 5 (%17,9) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 11 (%39,3) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%3,6) tanesinin ise kontrole çağırıldığı saptanmıştır.



Şekil 24. Vaginal penetrasyon iddiasına göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun vaginal penetrasyon iddiası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,160$).

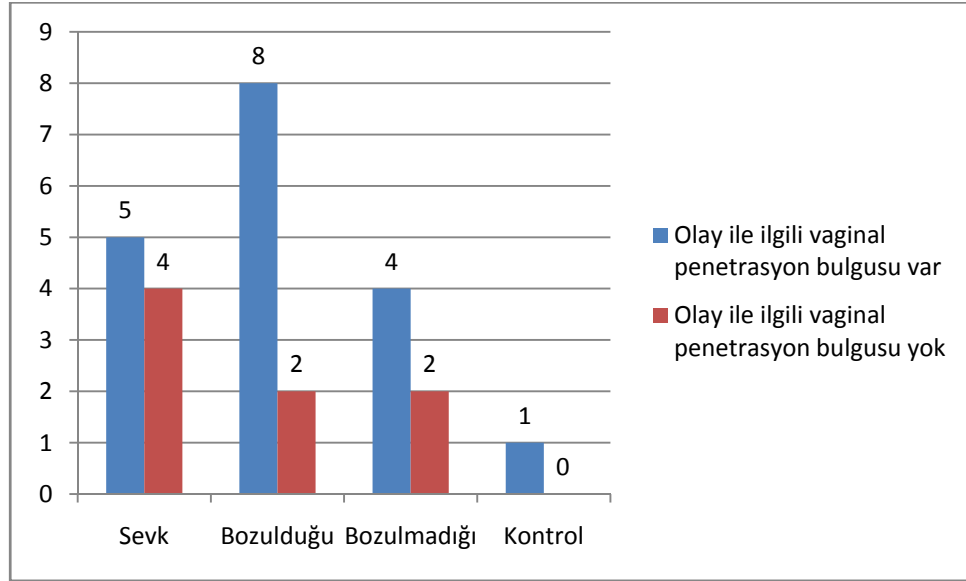
4.4.25. Olay ile İlişkilendirilebilen Akut ve/veya Eskiye Ait Vaginal Penetrasyon Bulgusu

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 36 (%52,9) tanesinde olay ile ilişkilendirilebilen akut ve/veya eskiye ait vaginal penetrasyon bulgusunun bulunup bulunmadığı belirtilmemiş ve 6 (%8,8) tanesi de erkek olduğundan bunlar değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 26 (%38,3) vakanın 18 (%69,2) tanesinde olay ile ilişkilendirilebilen akut ve/veya eskiye ait vaginal penetrasyon bulgusu saptanmış olup, 8 (%30,8) tanesinde saptanmadığı belirtilmiştir.

Olay ile ilişkilendirilebilen akut ve/veya eskiye ait vaginal penetrasyon bulgusu saptanan 18 vakanın, 5 (%27,8) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 8 (%44,4) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 4 (%22,2) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%5,6) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Olay ile ilişkilendirilebilen akut ve/veya eskiye ait vaginal penetrasyon bulgusu saptanan 8 vakanın, 4 (%50) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 2 (%25)

tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 2 (%25) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği saptanmıştır.



şekil 25. Olay ile ilişkilendirilebilen vaginal penetrasyon bulgusuna göre SDÜTF ATAD kararları.

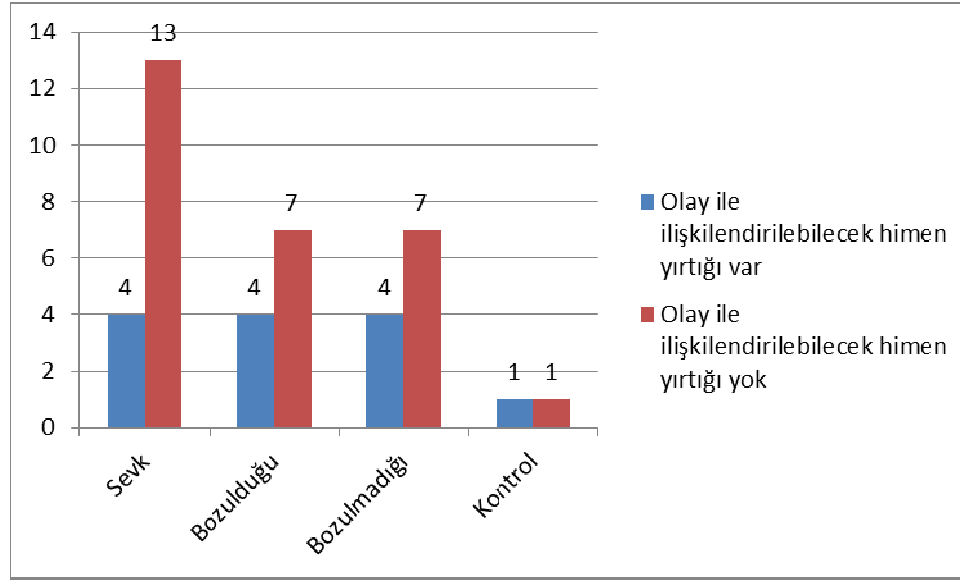
ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı ile ilgili verdiği kararlar ile mağdurun yapılan muayenesinde olay ile ilişkilendirilebilen vaginal penetrasyon bulgusu saptanıp saptanmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,564$).

4.4.26. Himende Olay ile İlişkilendirilebilecek Yırtık

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 19 (%27,9) tanesinde maruz kalınan cinsel saldırı/istismar ile ilişkilendirilebilen himen yırtığı bulunup bulunmadığı belirtilmediğinden, 8 (%11,8) tanesinin de erkek olduğundan değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 41 (%60,3) vakanın 13 (%31,7) tanesinde olay ile ilişkilendirilebilecek himen yırtığı saptandığı, 28 (%68,3) tanesinde olay ile ilişkilendirilebilecek himen yırtığı saptanmadığı belirtilmiştir.

Olay ile ilişkilendirilebilecek himen yırtığı saptanan 13 vakanın, 4 (%30,8) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 4 (%30,8) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 4 (%30,8) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%7,7) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Olay ile ilişkilendirilebilecek himen yırtığı saptanmayan 28 vakanın, 13 (%46,4) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 7 (%25) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 7 (%25) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%3,6) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.



Şekil 26. Olay ile ilişkilendirilebilecek himen yırtığının bulunup bulunmamasına göre SDÜTF ATAD kararları.

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı ile ilgili verdiği kararlar ve mağdurda olay ile ilişkilendirilebilecek himen yırtığı bulunup bulunmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=1,000$).

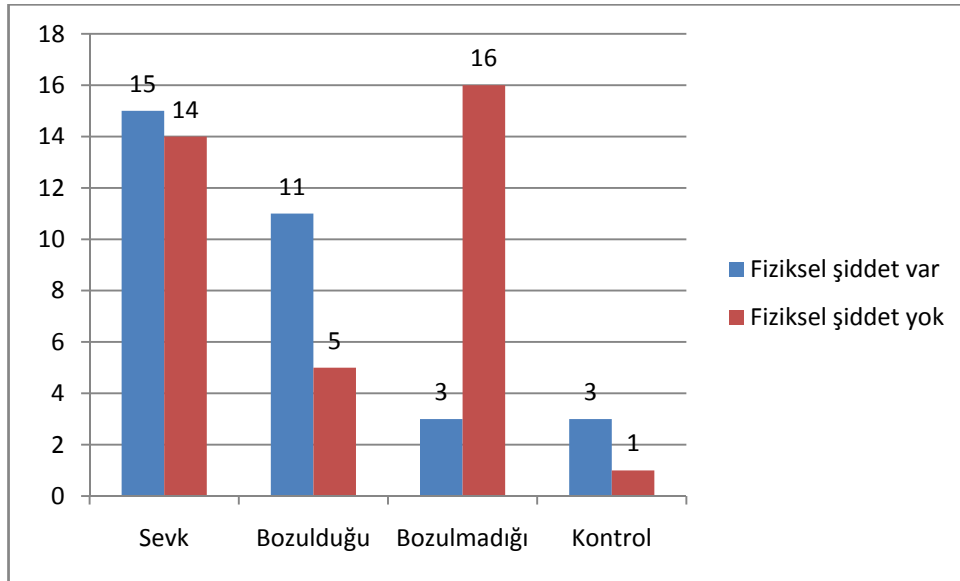
4.4.27. Mağdurun Olay Sırasında Fiziksel Şiddet Tariflemesi

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 32 (%47,1) tanesinin olay sırasında fiziksel şiddet tariflediği, 36 (%52,9) tanesinde ise tariflemediği saptanmıştır.

Olay sırasında fiziksel şiddet tarifleyen 32 vakanın 15 (%46,9) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 11 (%34,4) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 3 (%9,4) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 3 (%9,4) tanesinin ise kontrole çağırıldığı saptanmıştır.

Olay sırasında fiziksel şiddet tariflemeyen 36 vakanın 14 (%38,9) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 5 (%13,9) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu,

16(%44,4) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%2,8) tanesinin ise kontrole çağırıldığı saptanmıştır.



Şekil 27. Olay sırasındaki şiddete göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun olay sırasında şiddet tarifleyip tariflememesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,002$).

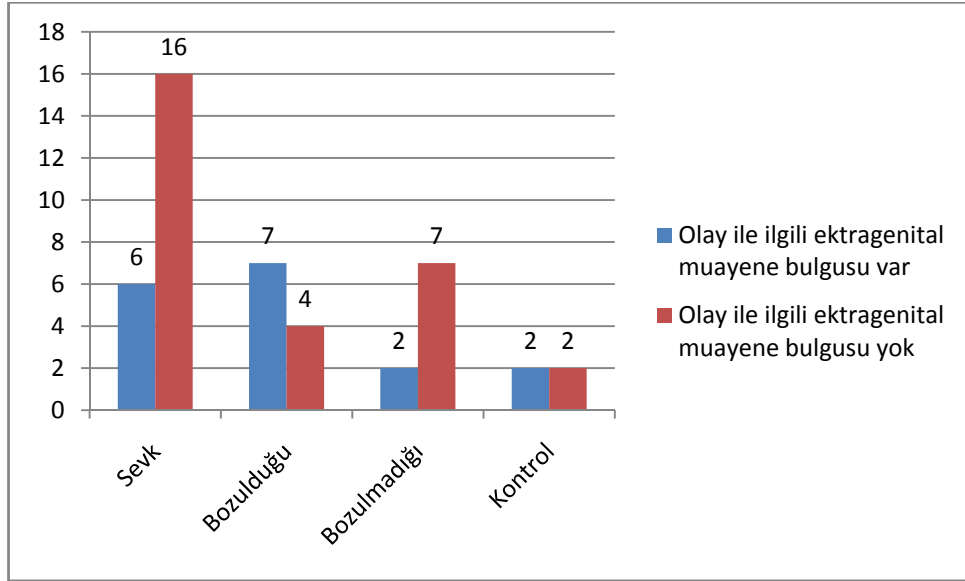
4.4.28. Ekstragenital Muayene Bulguları

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 22 (%32,4) tanesinde olay ile ilişkilendirilebilen ekstragenital muayene bulgusunun bulunup bulunmadığı belirtilmemiş olduğundan bunlar değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 46 (%67,6) vakanın 17 (%37) tanesinde olay ile ilişkilendirilebilen ekstragenital muayene bulgusu saptandığı, 29 (%63) tanesinde saptanmadığı belirtilmiştir.

Olay ile ilişkilendirilebilen ekstragenital muayene bulgusu saptanan 17 vakanın, 6 (%35,3) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 7 (%41,2) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 2 (%11,8) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 2 (%11,8) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Olay ile ilişkilendirilebilen ekstragenital muayene bulgusu saptanmayan 29 vakanın, 16 (%55,2) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 4 (%13,8) tanesinin

ruh sağlığının bozulduğu, 7 (%24,1) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 2 (%6,9) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.



şekil 28. Olay ile ilişkilendirilebilen ektragenital muayene bulgusuna göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı ile ilgili verdiği kararlar ile mağdurun yapılan muayenesinde olay ile ilişkilendirilebilen ektragenital muayene bulgusu bulunup bulunmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,071$).

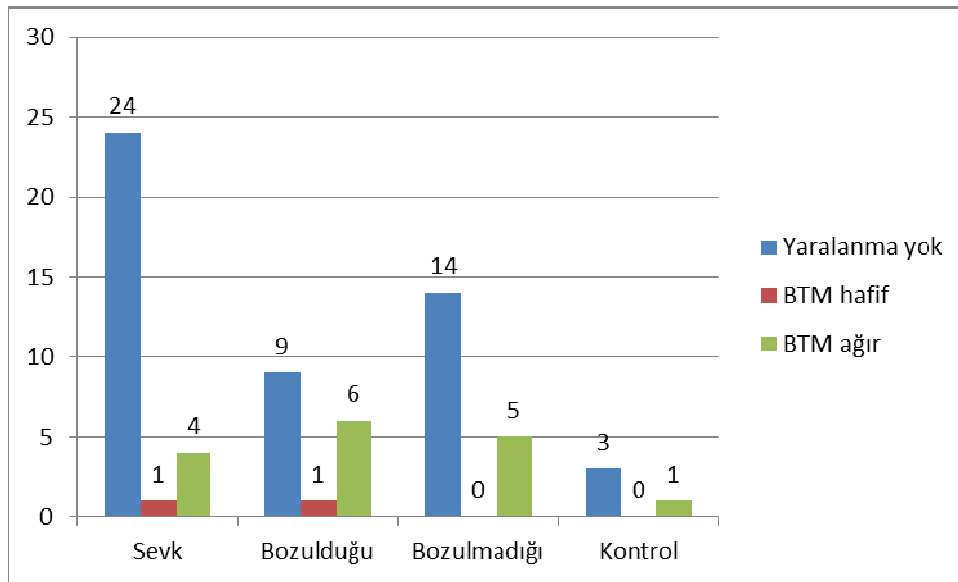
4.4.29. Vücudundaki Yaralanmaların Ağırlığı

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 50 (%73,5) tanesinin vücudunda yaralanma bulunmadığı, 2 (%2,9) tanesinin vücudundaki yaralanmasının TCK terminolojisine göre BTM ile giderilebilecek lde hafif nitelikte olmadığı, 16 tanesinin (%2,9) tanesinin yaralanmasının TCK terminolojisine göre BTM ile giderilebilecek lde hafif nitelikte olduğu, olguların hiçbirisinde TCK terminolojisine göre yaşamsal tehlike oluşturur nitelikte yaralanma saptanmadığı bulunmuştur.

Vücudunda yaralanma bulunmayan 50 vakanın, 24 (%48) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 9 (%18) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 14 (%28) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 3 (%6) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Vücutundaki yaralanmasının TCK terminolojisine göre BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmadığı belirlenen 2 vakanın, 1 (%50) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 1 (%50) tanesinin ruh sağlığının bozulduğunun belirtildiği saptanmıştır.

Vücutundaki yaralanmasının TCK terminolojisine göre BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olduğu belirlenen 16 vakanın, 4 (%25) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 6 (%37,5) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 5 (%31,3) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%6,3) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.



Şekil 29. Yaralanmanın ağırlığına göre SDÜTF ATAD kararları

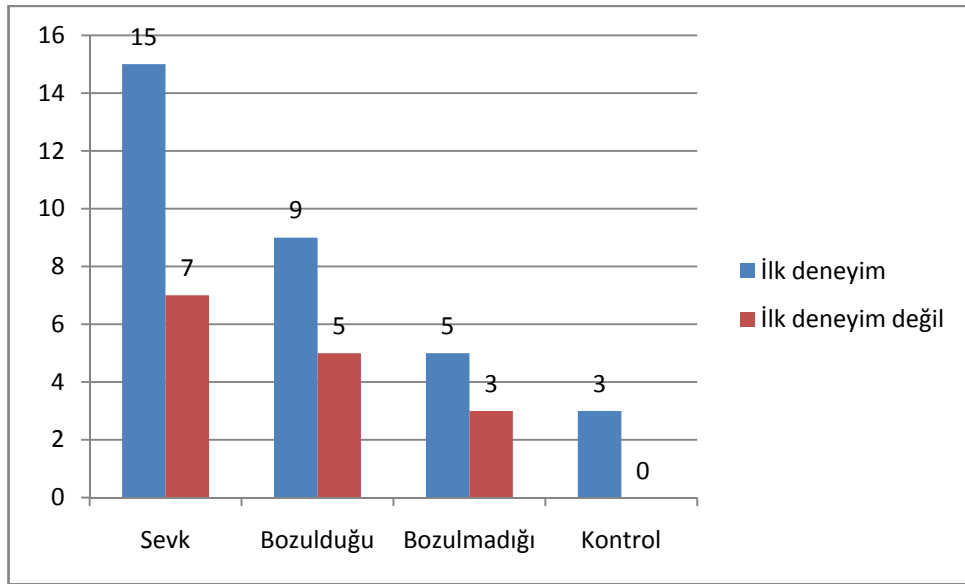
ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı ile ilgili verdiği kararlar ile mağdurun vücudundaki yaralanmanın ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,246$).

4.4.30. Mağdurun Hayatındaki İlk Cinsel Deneyimi Olup Olmaması

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 21 (%30,9) tanesinde maruz kaldığı cinsel saldırı / istismarın hayatındaki ilk cinsel deneyimi olup olmadığı belirtilmediğinden değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 47 (%69,1) vakanın, 32 (%68,1) tanesinin ilk cinsel deneyimi olduğu, 15 (%31,9) tanesinin ilk cinsel deneyimi olmadığı belirtilmiştir.

Maruz kaldığı cinsel saldırı / istismarın mağdurun hayatındaki ilk cinsel deneyimi olduğu belirtilen 32 vakanın 15 (%46,9) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 9 (%28,1) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 5 (%15,6) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 3 (%9,4) tanesinin kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Maruz kaldığı cinsel saldırı / istismarın mağdurun hayatındaki ilk cinsel deneyimi olmadığı belirtilen 15 vakanın 7 (%46,7) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 5 (%33,3) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 3 (%20) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirlendiği saptanmıştır.



Şekil 30. İlk cinsel deneyimi olup olmamasına göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun maruz kaldığı cinsel saldırı / istismarın mağdurun hayatındaki ilk cinsel deneyimi olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,935$).

4.4.31. Mağdurun Gebelik Durumu

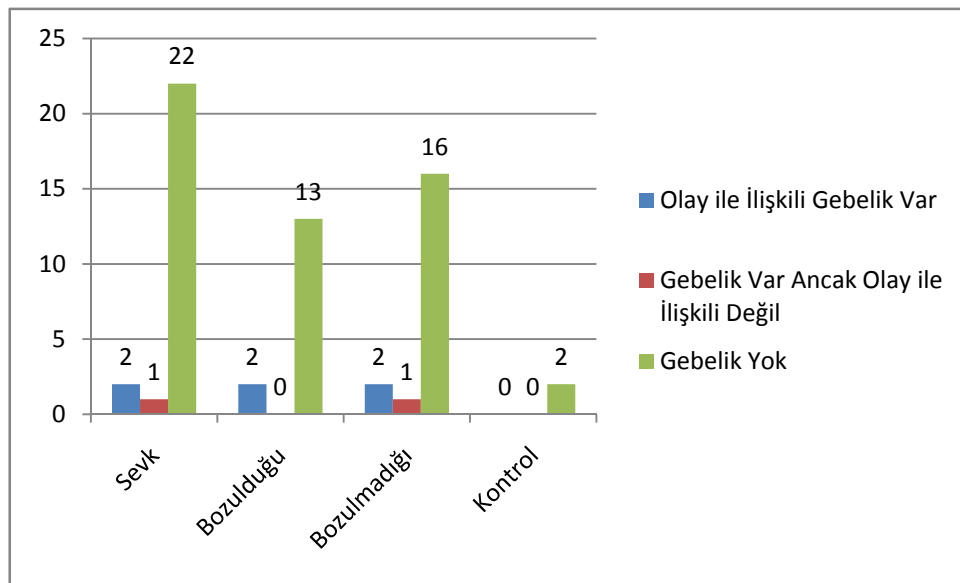
Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 7 (%10,3) tanesi erkek olduğundan değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 61 (%67,6) vakanın 53 (%86,9) tanesinde gebelik durumunun bulunmadığı, 2 (%3,3) tanesinde olay ile

ilişkili olmayan gebeliğinin bulunduğu ve saldırı olayına gebe iken maruz kaldığı, 6 (%9,8) vakada ise olay ile ilgili gebelik mevcut olduğu saptanmıştır.

Olay ile ilgili olarak gebe kalan 4 vakanın, 1 (%25) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 2 (%50) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı ve 1 (%25) ruh sağlığının bozulduğunun belirtildiği saptanmıştır. Bu vakalardan ruh sağlığının bozulmadığı belirtilen 2 vakanın da dini nikâhlı eşinden hamile kalmış olduğu belirlenmiştir.

Olay ile ilişkili olmayan gebeliği bulunan ve saldırı olayına gebe iken maruz kaldığı belirlenen 2 vakanın, 1 (%50) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 1 (%50) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği saptanmıştır.

Gebelik durumu bulunmayan 53 vakanın, 22 (%41,5) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 13 (%24,5) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 16 (%30,2) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 2 (%3,8) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.



Şekil 31. Gebelik durumuna göre SDÜTF ATAD kararları

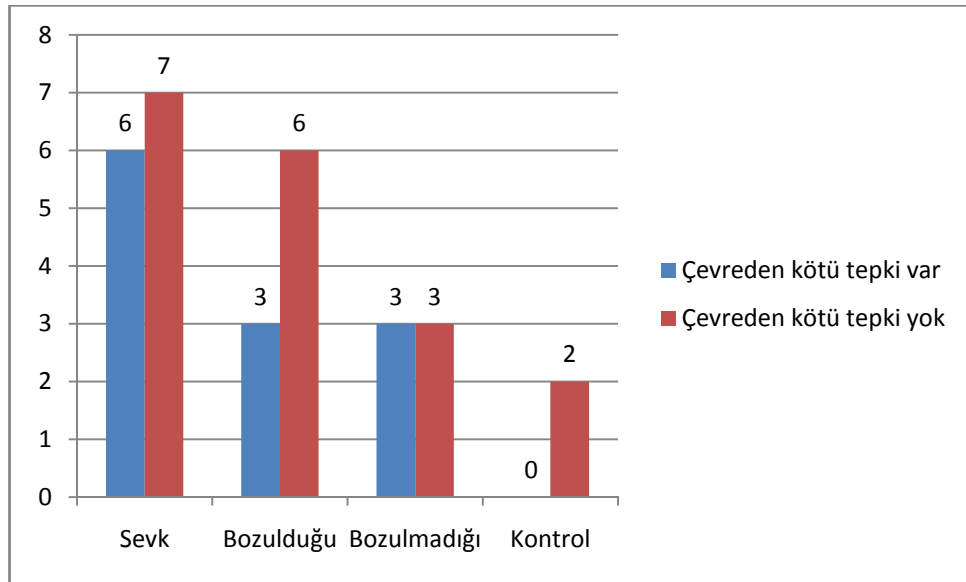
ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı ile ilgili verdiği kararlar ile mağdurun gebelik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,800$).

4.4.32. Mağdurun Olay Sonrasında Çevresinden Kötü Tepki Görüp Görmediği

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 38 (%55,9) tanesinde maruz kaldığı cinsel saldırı / istismar sonrasında çevresindeki insanlardan kötü tepki görüp görmediği hususu belirtilmediğinden değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 30 (%44,1) vakanın, 12 (%40) tanesinin olay sonrasında çevresinden kötü tepki gördüğü, 18 (%60) tanesinin olay sonrasında çevresinden kötü tepki görmediği belirlenmiştir.

Maruz kaldığı cinsel saldırı / istismar sonrasında çevresinden kötü tepki gördüğü belirtilen 12 vakanın 6 (%50) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 3 (%25) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 3 (%25) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirlendiği saptanmıştır.

Maruz kaldığı cinsel saldırı / istismar sonrasında çevresinden kötü tepki görmediği belirtilen 18 vakanın 7 (%38,9) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 6 (%33,3) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 3 (%16,7) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 2 (%11,1) tanesinin kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.



Şekil 32. Çevreden kötü tepki görüp görmemesine göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun maruz kaldığı cinsel saldırı / istismar sonrasında çevresinden kötü tepki

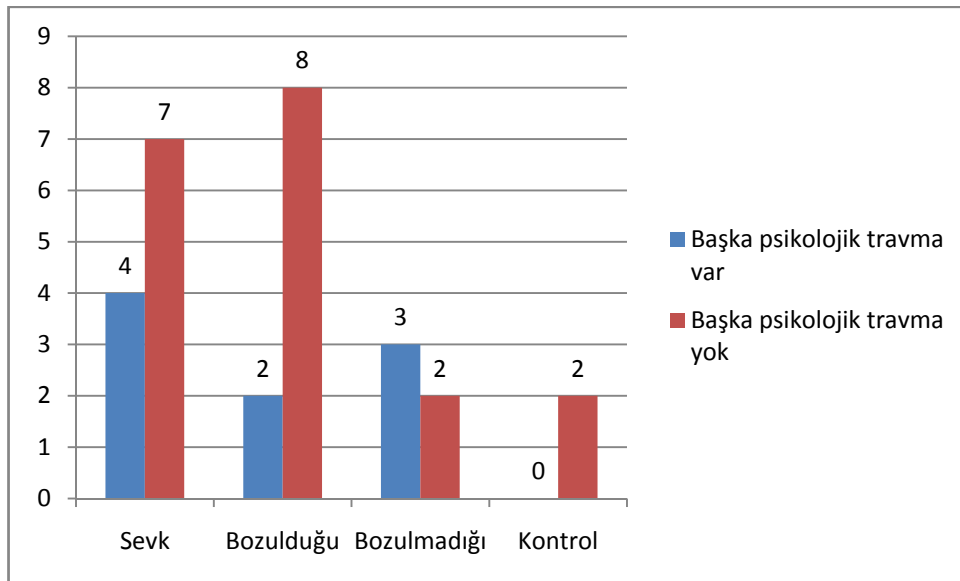
görüp görmemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,533$).

4.4.33. Mağdurun Olay Sonrasında Başka Bir Psikolojik Travma Tarifleyip Tariflemediği

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 40 (%58,8) tanesinde mağdurun olay sonrasında başka bir psikolojik travmaya maruz kalıp kalmadığı belirtilmemiş olup bunlar değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 28 (%41,2) vakanın, 9 (%32,1) tanesinin olay sonrasında başka bir psikolojik travmaya maruz kaldığı, 19 (%67,9) tanesinin olay sonrasında başka bir psikolojik travmaya maruz kalmadığı belirlenmiştir.

Olay sonrasında başka bir psikolojik travmaya maruz kaldığı belirtilen 9 vakanın 4 (%44,4) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 2 (%22,2) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 3 (%33,3) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirlendiği saptanmıştır.

Olay sonrasında başka bir psikolojik travmaya maruz kalmadığı belirtilen 19 vakanın 7 (%36,8) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 8 (%42,1) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 2 (%10,5) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 2 (%10,5) tanesinin kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

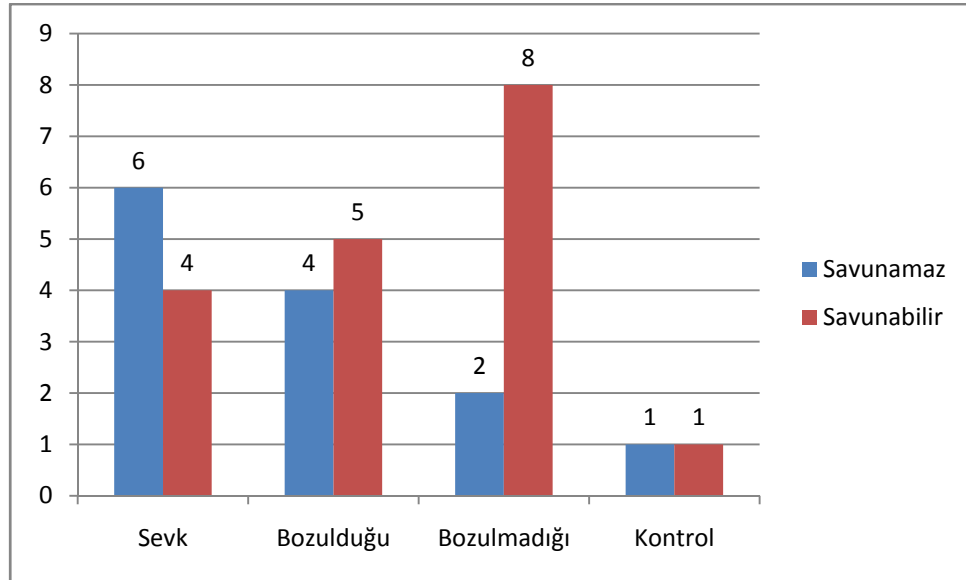


Şekil 33. Olay sonrasında başka psikolojik travmaya göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun olay sonrasında başka bir psikolojik travmaya maruz kalıp kalmaması hususu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,134$).

4.4.34. Mağdurun Kendisini Savunabilecek Durumda Olup Olmadığı

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 35 (%51,5) tanesinin maruz kaldığı cinsel saldırı/istismar fiiline karşı kendisini savunabilecek durumda olup olmadığı belirtilmemiş, 2 (%2,9) vaka ATK'ye sevk edilmiş olup bunlar değerlendirmeye alınmamışlardır. Değerlendirmeye alınan 31 (%44,4) vakanın, 13 (%41,9) tanesinin kendisini savunabilecek durumda olmadığı, 18 (%58,1) tanesinin savunabilecek durumda olduğu saptanmıştır.



Şekil 34. Kendisini savunabilecek durumda olup olmamasına Göre SDÜTF ATAD kararları.

Maruz kaldığı cinsel saldırı/istismar fiiline karşı kendisini savunabilecek durumda olmadığı belirtilen 13 vakanın 6 (%46,2) tanesinin başka bir kuruma sevk edildiği, 4 (%30,8) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 2 (%15,4) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%7,7) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

Maruz kaldığı cinsel saldırı/istismar fiiline karşı kendisini savunabilecek durumda olduğu belirtilen 18 vakanın 4 (%22,2) tanesinin ATK'ye sevk edildiği,

5(%27,8) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 8 (%44,4) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 1 (%5,6) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

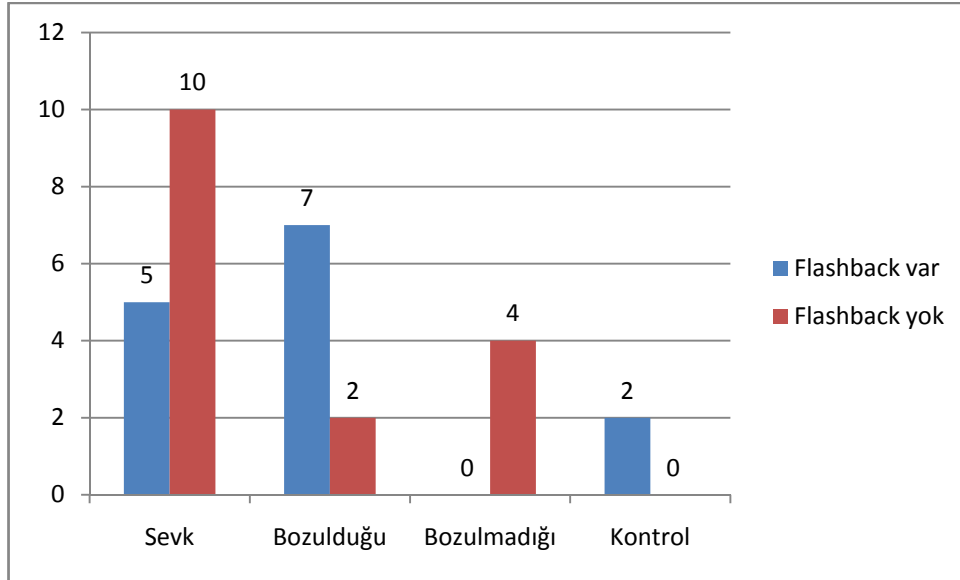
ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı ile ilgili verdiği kararlar ile mağdurun maruz kaldığı iddia olunan cinsel saldırı/istismar fiiline karşı kendisini savunabilecek durumda olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,265$).

4.4.35. Mağdurun Flashback Davranışı Tarifleyip Tariflemediği

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 38 (%55,9) tanesinin maruz kaldığı cinsel saldırı/istismar olayı ile ilgili flashback tarifleyip tariflemediği belirtilmemiş olup bunlar değerlendirmeye alınmamışlardır. Değerlendirmeye alınan 30 (%44,1) vakanın, 14 (%46,7) tanesinin maruz kaldığı cinsel saldırı/istismar olayı ile ilgili flashbacktariflediği, 16 (%53,3) tanesinin maruz kaldığı cinsel saldırı/istismar olayı ile ilgili flashback tariflemediği belirlenmiştir.

Flashbacktarifleyen 14 vakanın 5 (%35,7) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 7 (%50) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 2 (%14,3) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmış olup hiçbirisinde ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verilmediği belirlenmiştir.

Flashbacktariflemeyen 16 vakanın 10 (%62,5) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 2 (%12,5) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 4 (%25) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği saptanmıştır.



Şekil 35. Flashback tariflenip tariflenmemesine göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı ile ilgili verdiği kararlar ile mağdurun maruz kaldığı iddia olunan cinsel saldırı/istismar olayı ile ilgili flashback tarifleyip tariflememesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,013$).

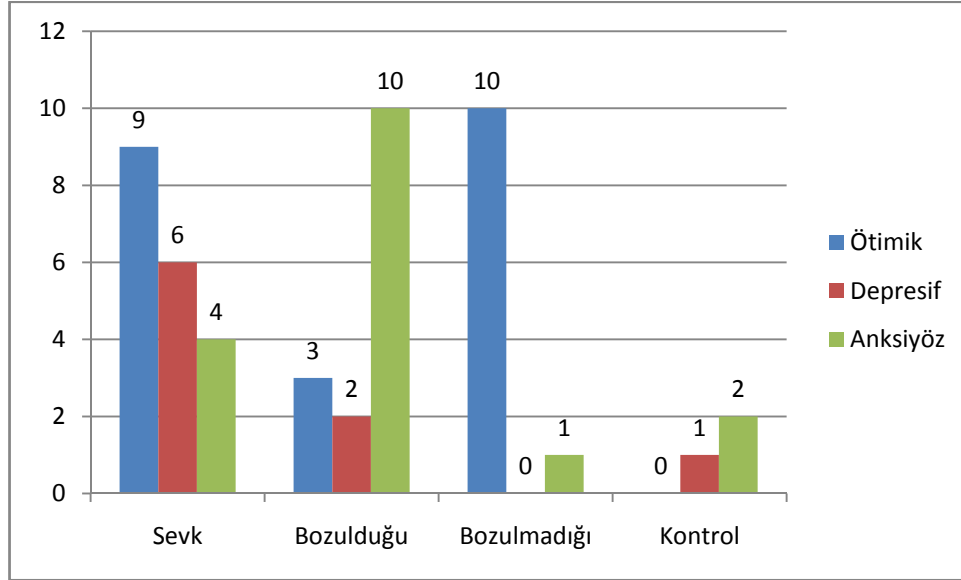
4.4.36. Mağdurun Muayene Sırasındaki Duygu Durumu

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın 20 (%29,4) tanesinin yapılan muayenesi sırasındaki duygu durumu belirtilmemiş olup bunlar değerlendirmeye alınmamışlardır. Değerlendirmeye alınan 48 (%70,6) vakanın, 22 (%45,8) tanesinin duygu durumunun ötimik, 9 (%18,8) tanesinin duygu durumunun depresif, 17 (%35,4) tanesinin duygu durumunun da anksiyöz olduğu belirtilmiştir.

Duygu durumu ötimik olan 22 vakanın 9 (%40,6) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 3 (%13,6) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 10 (%45,5) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığının belirtildiği saptanmıştır.

Duygu durumu depresif olan 9 vakanın 6 (%66,7) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 2 (%22,2) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 1 (%11,1) tanesinin kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır. Duygu durumu depresif olan vakaların hiçbirisine ruh sağlığının bozulmadığı yönünde görüş bildirilmediği saptanmıştır.

Duygu durumu anksiyöz olan 17 vakanın 4 (%23,5) tanesinin ATK'ye sevk edildiği, 10 (%58,8) tanesinin ruh sağlığının bozulduğu, 1 (%5,9) tanesinin ruh sağlığının bozulmadığı, 2 (%11,8) tanesinin de kontrol muayenesine çağırıldığı saptanmıştır.

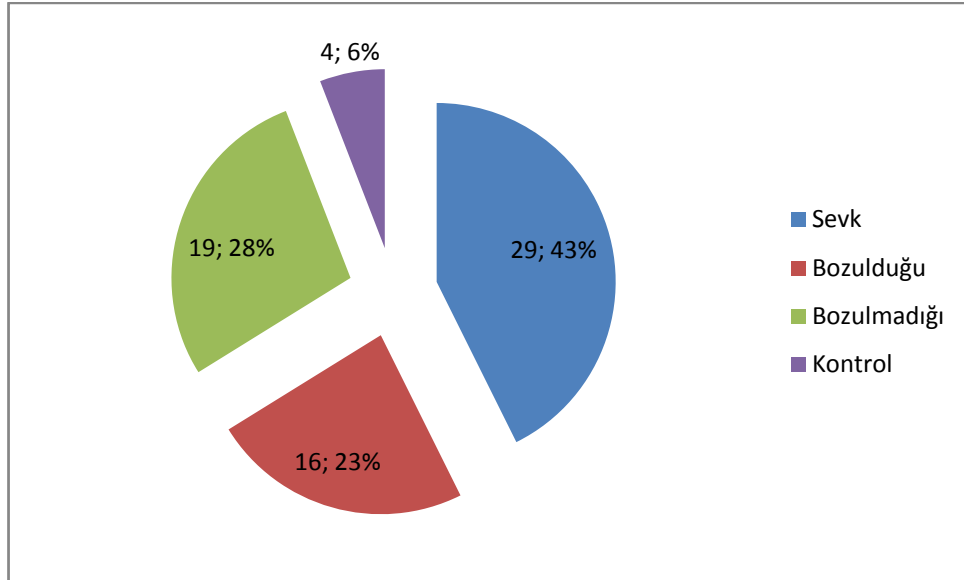


Şekil 36. Duygu durumuna göre SDÜTF ATAD kararları

ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun muayenesi sırasında saptanan duygu durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,001$).

4.4.37. SDÜTF ATAD'ın Kararları

Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın SDÜTF ATAD'da yapılan muayeneleri sonucunda 29 (%43) vakanın başka bir kuruma sevk edildiği, 16 (%23) vakada maruz kalındığı iddia olunan cinsel saldırı / istismar nedeni ile mağdurun ruh sağlığının bozulduğu kararının verildiği, 19 (%28) vakada maruz kalındığı iddia olunan cinsel saldırı / istismar nedeni ile mağdurun ruh sağlığının bozulmadığı kararının verildiği, 4 (%6) vakanın ise kontrol muayenesine çağırıldığı belirlenmiştir. Sevk edilen vakaların 27 tanesi ATK'ye, 1 tanesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesine sevk edilmiş olup, 1 vakanın da 6 aylık psikiyatrik takibinin yapıldıktan sonra ATK'ye sevk edilmesi gerektiği belirtilmiştir.



Şekil 37. SDÜTF ATAD'ın Ruh Sağlığının değerlendirmesinde verdiği kararlar.

5. TARTIŞMA

2005 yılında yürürlüğe giren 5237 sayılı TCK'nin 102/5 ve 103/6 maddeleri uygulamada mağdurları, değerlendirmede ise Adli Tıp Uzmanlarını ve Psikiyatristleri oldukça zor durumlara sokmuş, verilen kararlar halkın adalet kavramına olan güvenini sarsmış ve daha birçok soruna neden olmuştur.

5.1. Kanundan Kaynaklanan Sorunlar

Ceza yasalarının vazgeçilmez ilkesi olan suçta ve cezada açıklık ilkesi Yeni TCK ile ilgili olarak çokça tartışılmış, özellikle cinsel saldırı ve istismarı düzenleyen kısımları hukukçular, hekimler ve gazeteciler başta olmak üzere geniş bir çevrede eleştirilmiştir.

Cinsel saldırı suçu, 765 sayılı eski Ceza Kanununda 418, 421 ve 414. maddelerde yer verilmiş olan ırza tasaddi, sarkıntılık ve ırza geçme suçlarını kapsamakta idi. Irza geçme suçunda evlenmenin cezanın ertelenmesi ve davanın düşmesi nedeni olmasına ilişkin hüküm ile evli-bekar kadın ayrımı, bakire olan-olmayan kadın ayrımı ifade eden, karı-koca arasında kötü muameleyi şikâyete bağlı suç sayan ve gayrimeşru çocuğa ayrımcılık yapan çağ dışı hükümler mevcutken bunlar 5237 sayılı yeni TCK'de yer almamaktadır (1, 60, 113).

Ceza hukuku alanındaki başlıca temel yasalardan olan ve yedi ay gibi kısa bir sürede, kamuoyunda, üniversitelerde ve sivil toplum kuruluşlarında yeterince tartışılmadan acele ile toplam 58 toplantı yapılarak, başta Almanya olmak üzere, İsviçre, İspanya, Polonya, Rusya Federasyonu gibi çeşitli ülkelerin yasalarından alıntılar yapılarak hazırlanan yeni TCK'nin önce 1 Nisan 2005 tarihinde yürürlüğe girmesine karar verilmiş, sonra bu iki ay ertelenmiş ve 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Yürürlüğe girmeden önce ve girdikten hemen sonra da çok sayıda değişikliğe uğramıştır (113, 145). Ayrıca birçok maddesi hakkında Anayasa Mahkemesine itiraz yolu ile iptal başvurusunda bulunulmuştur (145). Kuşkusuz temel hak ve özgürlükleri kısıtlayan, yeri geldiğinde kişilerin hayatlarını baştan sona değiştiren bu türdeki temel yasaların 70-80 yıl uygulandığı göz önüne alınarak, kriminolojik açıdan bilimsel araştırmalara dayanarak belirlenen ihtiyaçlara cevap verecek bir suç ve ceza politikası çerçevesinde hazırlanmalarında daha fazla zaman

tüketilmesi, gelecek kuşakların işini zorlaştırmaması, kargaşalara neden olmaması gerekmektedir (113, 145).

Yeni TCK'nin 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmesinden sonra çeşitli maddelerinde ortaya çıkan belirsizlik, gerek akademisyenler ve gerekse uygulayıcılar tarafından çeşitli bilimsel ortamlarda tartışılarak giderilmeye çalışılmıştır. Cinsel dokunulmazlığa karşı suçlarla ilgili maddeler de en çok tartışılan maddeler arasında yer almıştır (35). Cinsel suçlar ile ilgili maddelerde suçun tanımı da dahil olmak üzere birçok noktada kavramsal kargaşalar ortaya çıkmıştır. Çeşitli uygulama yöntemleri geliştirilerek bu sorunlar giderilmeye çalışılmıştır. Ancak geliştirilen uygulama yöntemleri konusunda gerek hukukçular ve gerekse klinisyenlerin arasında görüş birliği sağlanamamıştır.

5237 sayılı kanunda cinsel istismarı oluşturacak eylem “her türlü cinsel davranış” olarak belirtilmesine rağmen Yargıtay'ın modern tanımlamaya aykırı olarak uygulamada sadece fiziksel temas içeren eylemleri cinsel davranış şeklinde değerlendirmesi, fiziksel temas içermeyen ve çocukların psikolojik gelişimini ileri derecede etkileyebilecek olan davranışların (cinsel organların teşhiri, çocuğa cinsel ilişkiyi izlettirme gibi) 103. madde kapsamında cezalandırılmasını engellemektedir. Fiziksel temas içeren cinsel suçlarda dahi mağdurun beden sağlığının direkt olarak etkilenmesi sık karşılaşılan bir durum değildir. Cinsel saldırının en sık karşılaşılan ve direkt olarak mağduru etkileyen bileşeni meydana getirdiği ruhsal travmadır. Oysa Yargıtay bu kararı ile cinsel suçların ruhsal etkilerini tamamen dışlamış olmaktadır.

Yapılan çalışmalardan da anlaşıldığı üzere cinsel saldırılarda mağdurların yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ünün vücudunda belirgin travmatik değişim meydana gelmemektedir. Yani cinsel saldırı ilk planda mağdurun fiziksel yapısına değil psikolojik yapısına zarar veren bir eylemdir. Özellikle de daha önceden bekâretini bir şekilde kaybetmiş, himeninin yapısı gereği zarar görmediği ya da hiçbir penetrasyon iddiası bulunmayan kişilerin vücudunda hemen hiçbir travmatik değişim meydana gelmeden de bu eylem gerçekleşebilmektedir. Basit hakaret suçlarında bile kişilerin ruh sağlığının etkilenebildiği düşünüldüğünde cinsel saldırıya uğrayan bir kişinin bu olaydan ruh sağlığının etkilenmemesini beklemek imkânsızdır.

Kanunda 15-18 yaş arasındaki mağdurların 103. madde kapsamında değerlendirilip değerlendirilmesinin ölçütü çocuğun fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği olarak belirlenmiştir. Diğer suçlarda dahi yetişkin bir insanın yaptığı eylemin hukuksal olarak hangi suça girdiğini, niteliğinin ne olduğunu, suç sonucunda ne ceza alacağını bilip bilmediği aranmazken, söz konusu kanunda suç sırasında zaten pasif konumda olan mağdurun bunları bilip bilmediğinin değerlendirilmesinin sanığın alacağı cezayı belirleyici unsur haline getirilmesine anlam verilememiştir (23). Bu tanımlamada kanun gerekçesinin yorumu ile aslında mağdurun rıza gösterme yetkinliğinin bulunup bulunmadığının arandığı anlaşılmaktadır. Bu nedenle kanunun mağdurun temyiz yeteneğinin bulunup bulunmadığını belirtir şekilde değiştirilmesinin uygun olacağı düşünülmüştür.

Kanunda karşılaşılan sorunlardan bir diğeri de reşit olmayan iki kişinin gönüllü olarak cinsel ilişkide bulunması durumudur. Suçun failinin kim, mağdurunun kim olacağı, ya da her ikisinin de fail olup olmayacağı, şikâyet hakkının kime ait olacağı, ilişkiye girenlerin her birinin kendi fiili nispetinde mi cezalandırılacağı belirsiz ve içinden çıkılması imkânsız bir hal almaktadır. Bu durumda, reşit olmayanla cinsel ilişki suçu, fiilen sadece reşit olan bir kimse ile reşit olmayan bir kimse arasında mümkün görülmektedir (146).

Kanun, bilimsel olarak net bir tanımı bulunmayan ruh sağlığının bozulması kavramını cezada ağırlaştırıcı etken olarak belirlemekle birlikte, ruh sağlığının bozulmasından neyi anlatmak istediği hem kanunda hem de kanunun gerekçesinde yer almamaktadır. Bu durumda her kesim kendi yorumunu yaparak hususu değerlendirmektedir. Kamudaki yaygın görüş her cinsel saldırıda ruh sağlığının bozulacağı yönüdeyken, hukukçular adeta kanunu aklarcasına zorlamalı bir yorumla ruh sağlığındaki bozulmanın kalıcı olması gerektiğini savunmakta, rapor düzenleyen bilirkişilerin de buna göre karar vermelerini istemektedirler. Buna gerekçe olarak da ruh sağlığının bozulması durumunda ceza arttırımının çok fazla olması gösterilmektedir. Bu durum, ceza arttırımı çok fazla olmasaydı ruh sağlığının ileri derecede bozulmasının aranmayacağı gibi bir izlenim yaratmaktadırlar.

Karar verecek olan hekim, kendi vicdanı, hukukçuların telkinleri ve tıbbi gerçekler arasında bırakılmaktadır. Üstelik bu husus ile ilgili olarak medyaya da

yansıyan hekimleri suçlar yönündeki durumlarda da hukukçular sorunun kaynağının doktorlar değil, kanunun olduğunu açıklar nitelikte demeçlerde de bulunmamaktadırlar. Oysaki psikiyatri ile yakından-uzaktan ilgisi olan hiçbir hekim bir cinsel saldırı sonucunda mağdurun ruh sağlığının bozulmayacağını ya da en azından etkilenmeyeceğini iddia etmeyecektir.

Araştırmamıza dahil edilen diğer ülkelerin ceza kanunlarına baktığımızda çoğu ülkede cinsel saldırılarda mağdurun ruh sağlığı ile ilgili bir değerlendirme bulunmamakla birlikte, bu açıdan değerlendirme yapan ülkelerin kanunlarında da ruh sağlığındaki bozulmanın özellikle şiddetli, ileri derecede olması gerektiği vurgulanmaktadır.

Kanun ve gerekçesinde belirtilmeyen bir husus da hangi patolojilerin ruh sağlığı değerlendirmesinde göz önünde bulundurulacağıdır. Birincil olarak TSSB varlığı değerlendirilse de cinsel saldırı/istismar sonucu gelişmesi beklenen patolojiler TSSB'den ibaret değildir. Bozukluğun kalıcı ve şiddetli olması gerektiğini savunanlar ASB'nin kanun maddesini karşılamadığını belirtse de, travma sonrası ortaya çıkabilecek olan depresyon, uyum bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar gibi patolojilerin durumu belli değildir. Ayrıca TSSB'nin ruh sağlığında bozulma kriteri olduğunun kabulünde bu sefer de tanı koyarken ICD-10'un mu, yoksa DSM-IV'ün mü tanı kriterlerinin kullanılacağı belirsizdir. Diğer taraftan bu tanı kriterlerinin normal klinik kullanım için öngörüldüğü, adli psikiyatrik değerlendirmede kullanılmalarının sakıncalı olabileceğini de unutmamak gerekmektedir.

Ruh sağlığı değerlendirmesinin ne zaman yapılacağı da ne kanunda ne de kanunun gerekçesinde belirtilmemektedir. Yapılan çalışmalarda cinsel saldırı olayından sonra ilk haftalarda yüksek oranda ruhsal patolojiler saptandığı, zaman içerisinde ruh sağlığında saptanan patoloji sıklığının azaldığı, mağdurların bir kısmında da ruh sağlığındaki bozulmanın yıllar sonra ortaya çıkabileceği belirtilmektedir. Yine hukukçular cezadaki ağır arttırımı da göz önünde bulundurarak yine zorlamalı bir yorumla bu maddede kalıcı ruhsal bozuklukların anlatılmak istendiğini belirtmektedirler. OysakiTKC'nin yaralama ile ilgili maddelerinde ceza belirlenmesinde büyük oranda kalıcı zarar aranmamakta, aranacağı taktirde de bunun

sürekli olması gerektiği açıkça belirtilmektedir. 102/5 ve 103/5. maddelerde kalıcılık ayrıca belirtilmediğinden bu maddelerde kalıcılık aranması bir çelişki yaratmaktadır.

Hasarın kalıcı olması gerektiğinin kabulünde de yine değerlendirilmenin ne zaman yapılması gerektiği ayrı bir tartışma konusudur. Eğer kalıcılık aranıyor ise doğal olarak değerlendirme olabildiğince geç yapılmalıdır. Ancak değerlendirme geciktikçe adli sürecin de uzayacağı unutulmamalıdır. Sırf bu gecikme nedeni ile iddianameler tamamlanamamakta, saldırgan(lar) yakalanmış olsa bile uzayan süreç nedeni ile serbest bırakılabilmekte, mağdur daha çok mağdur edilmekte, insanlar belirsizlik ikilemi içerisinde bırakılmaktadır. Ayrıca bilindiği üzere cinsel saldırı ve istismarların ruhsal etkileri yıllar sonra da ortaya çıkabilmekte, ilk dönemde belirgin psikopatolojik değişimler görülmeyebilmektedir. Hatta kişiler erişkinlik dönemlerinde günlük aktivitelere kendilerini vererek travmanın ruhsal etkilerini buzdağının alt kısmına taşıyabilmekte, nispeten daha az günlük işler ile uğraşabildikleri yaşlılık dönemlerinde bu olayları tekrar hatırlayarak ruh sağlıklarını kaybedebilmektedirler. Bu durumda yapılan değerlendirmenin aslında kalıcılığı değil, sadece değerlendirme gününe kadar olan zamandaki ruhsal durumu değerlendirdiği ortaya çıkmaktadır. Mahkeme bir şekilde sonlandıktan sonra mağdurun ruh sağlığında bozulma meydana gelirse bu durumun akıbetinin ne olacağı da belli değildir.

Bilindiği üzere aynı olaylara farklı kişilerin tepkileri birbirinden farklı olabilmektedir. Benzer olaya maruz kalan iki mağdurun birisinde TSSB gelişirken diğerinde gelişmeyebilmektedir. Bu durumda sanığa verilecek olan ceza sanığın eylemine değil mağdurun tepkisine göre belirlenmektedir. Üstelik öngörülen cezalar arasında kabul edilebilir düzeyin üstünde farklılık oluşmaktadır. Bu durumda stresörün kendinin mi yoksa bireyin yapısının mı önemli olduğu tartışılmaktadır (15). Örnek vermek gerekirse saldırganın, erişkin mağdurun yanağından bir anda öperek kaçtığı iki benzer olayda mağdurun birinin ruh sağlığının bozulduğu, diğerinin ise bozulmadığı yönünde karar verildiğini varsayalım. Bu durumda saldırganı, mağdurunun ruh sağlığının bozulmadığı suçta verilecek ceza 2-7 yıl arasında değişecek ve muhtemelen alt sınıra yakın bir cezai işlem uygulanacaktır. Ancak diğer durumda saldırganı verilecek ceza 10 yıldan daha uzun süreyi kapsayacaktır. Bu da benzer suça benzer ceza ilkesine ters düşecektir.

Yine benzer bir olaydan benzer şekilde etkilenen iki mağdurun olay sonrasında aldıkları psikolojik destek farklılığı nedeni ile de 6-12 ay sonra yapılan muayenelerinde farklı bulgular saptanabilecektir. Devlet, her mağdura eşit desteği sağlayamayacağına ve mağduru psikolojik tedavi için zorlayamayacağına göre, bir yerde sanığa verilecek cezayı suç değil, mağdur belirleyecektir.

5.2. Uygulama Sırasında Ortaya Çıkan Sorunlar

Cinsel saldırı mağdurlarının saldırı sonrasında tekrar biyo-psiko-soyal dengesini sağlayabilmesinde çevresinden ve resmi kurumlardan aldığı destek önemli rol oynamaktadır. Mağdur, ihtiyaç duyduğu yardımı destekleyici ve empatik tarzda aldığıında iyileşmesi kolaylaşmakta, aksi taktirde utanmakta, kendisini güçsüz, çaresiz ve suçlu hissetmektedir. Ayrıca saldırı sonrasındaki yardım arayışı ikincil bir tecavüz haline gelebilmekte, mağdurun ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir.

Adli sorgulama süreci, çocuk ve erişkinler için sistem tarafından uygulanan oldukça zor ve stresli bir iştir. Adli sistemde mağdurdan başından geçenleri birçok kez anlatması istenmektedir. Sorgulama süresince niçin saldırgan ile birlikte olduğu, olay öncesinde kaç kişi ile birlikte olduğu, olay sırasında yeterince direnip direnmediği, kaçmaya çalışıp çalışmadığı, bağırarak yardım isteyip istemediği, üzerindeki elbiselerin nasıl olduğu, elbiselerinin yırtılmak sureti ile çıkartılıp çıkartılmadığı, neden olayı bildirmekte geciktiği gibi suçlayıcı sorulara maruz kalmaktadır. Campbell yaptığı bir çalışmada adli personel ile görüşmeleri nedeniyle mağdurların kendilerini %87 oranında kötü , %73 oranında suçlu ve sorumlu, %71 oranında üzgün, %89 oranında ihlal edilmiş, %53 oranında şüpheli, %80 oranında yardım arama konusunda isteksiz hissettiklerini saptamış, yaptığı başka bir çalışmada da bu ikincil mağduriyetin TSSB gelişiminde etkili olduğunu belirtmiştir (147, 148).

Adli süreç içerisinde gerekli duyarlılığı göstermeyen kamu personeli, medya çalışanları, saldırgan ve/veya yakınları tarafından mağdurun kimliği afişe edilebilmektedir. Zaten toplum tarafından damgalanma kaygısı taşıyan mağdur bu şekilde bir kez daha mağdur edilmektedir. Özellikle bekâret konusunda tabuları bulunan toplumlarda bu durumun herkes tarafından bilinir hale gelmesi, mağdurun sevdiği ile ya da bir başkası ile evlenememesine, evli ise evliliğinin sonlanmasına, toplumdan dışlanmasına, toplum tarafından suçlanmasına neden olabilmektedir.

Sadece bu durum dahi mağdurda psikiyatrik sorun ortaya çıkmasında yeterli olabilmektedir.

Cinsel saldırıya uğrayan kişinin muayenesi konu hakkında yeterince eğitim almamış kişiler tarafından yapılabilmekte, mağdur birden fazla sayıda muayeneye maruz kalabilmekte, yapılacak muayene ve tedavi ile ilgili protokoller uygun şekilde gerçekleştirilemeyebilmektedir(24). Adli olgu niteliği taşıyan bu muayeneler çoğunlukla adli tıbbi hizmet veren Adli Tıp Kurumu'na bağlı yapılar veya Üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dalları ya da çeşitli sağlık kuruluşlarının acil servislerindeki adli tabiplik uygulamaları çerçevesinde gerçekleşmektedir. Ülkemiz tıp eğitim sisteminde cinsel saldırıların değerlendirilmesi ile ilgili eğitim sadece Adli Tıp stajı sırasında 3-5 saatlik sürede verilmektedir. Adli Tıp haricindeki uzmanlık eğitimi sırasında ise bu konuda yeterince eğitim verilmemektedir. Bu nedenle Pratisyen Hekimler, Kadın Doğum Uzmanları, Genel Cerrahlar ve Çocuk Cerrahları yaptıkları muayeneler sırasında değerlendirmede hatalar yapabilmekte, kendileri travmatik değişimlere neden olabilmekte, bu değişimleri raporlarında belirtmemekte ve kendisinden sonraki değerlendirmelerde de hatalı sonuçlara varılmasına neden olabilmektedirler. Bu da konunun uzmanı olan kişilerce yapılan değerlendirmenin içinden çıkılmaz bir hale gelmesine neden olabilmektedir. Ayrıca bu hekimlerden cinsel saldırılarda ruhsal muayenenin nasıl yapılması gerektiğini bilmeleri de beklenmemektedir.

Adli psikiyatrik değerlendirme konusundaki en büyük sıkıntılardan birisi konu hakkında eğitilmiş, uzmanlaşmış kişilerin sayısının yetersizliğidir. Özellikle çocuk değerlendirmeleri çocukluk döneminin ruhsal bozukluklarını, belirtilerini, bunların değerlendirme yöntemlerini bilen ve istismara uğrayan çocuklarla görüşmede deneyimli uzmanlarca yapılması gerekmektedir (62). Ayrıca yaşanan travmanın hem fiziksel, hem de ruhsal etkilerini en kısa sürede tespit ve tedavi etmenin gerekli olduğu bu tür olgularda muayenenin tek bir merkezde mümkün olan en kısa sürede ve bir kerede gerçekleşmesi hedeflenmeli, buna göre bir planlama yapılmalıdır (12, 22). Diğer taraftan yetersiz çalışma şartlarında tam bir klinik muayenenin yapılması ve gerekli örneklerin alınması oldukça zor olacağından muayenenin hem kişiler hem de hekim için en uygun şartlarda yapılmasına dikkat edilmesi gerekmektedir (12).

Ülkemizde cinsel saldırıya uğrayan bir kişinin muayene sayısı 2 ila 7 arasında (ortalama 4) değişmektedir (23). Uygulamada vakaların çoğu ilk önce Pratisyen Hekimlerce, daha sonra da Kadın Doğum Uzmanlarınca değerlendirilmektedir. Cinsel saldırı mağduru, maruz kaldığı cinsel saldırı ile ilgili muayenesinin ve tedavisinin yapılması için hastaneye başvurduğunda başından geçenlerin tekrar anlatılması istenmekte, olay ile ilgili sorular yeniden sorulmaktadır. Bu süreç muayeneyi yapan için bir gereklilik gibi görünse de mağdur açısından yineleyen bir travmadır. Campbell yaptığı çalışmalarda sağlık çalışanlarının adli personele göre daha az mağduru suçlayıcı tutum içerisinde olduğunu, ancak yine de bu sürecin mağdurun ruh sağlığına olumsuz etkilerinin bulunduğunu saptamıştır (147-149). Yine yaptığı bir çalışmada sağlık personeli ile görüşmeleri nedeniyle mağdurların kendilerini %81 oranında kötü, %74 oranında suçlu, %88 oranında üzgün, %94 oranında ihlal edilmiş, %74 oranında şüpheli, %80 oranında yardım arama konusunda isteksiz hissettikleri saptamış, yaptığı başka bir çalışmada da bu ikincil mağduriyetin TSSB gelişiminde etkili olduğunu belirtmiştir (147, 148). Her muayenenin travmatik etkisi göz önüne alındığında, mağdurda psikolojik sorunların oluşmasında ve kalıcı olmasında mevcut uygulamaların da rolü ortaya çıkmaktadır.

Cinsel saldırılarda ruh sağlığının değerlendirilmesi Psikiyatri ya da Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlarından da istenebilmektedir. Elbetteki ruh sağlığını değerlendirebilecek en yetkin kişiler bu uzmanlardır. Fakat kanun uygulayıcılarının öğrenmek istediği durum ile klinisyenin belirttiği kanaat her zaman birbiri ile örtüşme göstermemektedir. Yargıtay uygulamalarını bilmeyen ve kanunu yazıldığı gibi yorumlayan hekim haklı olarak en ufak bir psikopatoloji saptadığında ya da bir psikopatoloji gelişmesini mümkün gördüğünde ruh sağlığının bozulduğu yönünde rapor düzenleyebilmekte, adli olabilecek bazı sonuçlara yol açacağını düşünmeden TSSB teşhisini sıklıkla koyabilmektedir (15). Ayrıca kalıcı olmayan bozukluklarda da ruh sağlığı bozulmuştur yönünde raporlar düzenlenebilmektedir (136). Yargıtay'ın ve Adli Tıp Kurumunun yaklaşımı ağır ve kalıcı bir rahatsızlık saptamak yönünde olduğundan bu durumda raporlar arasında çelişkilerin ortaya çıkması kaçınılmaz bir hal almakta nitekim periferde düzenlenen raporlar ile Adli Tıp Kurumunun düzenlediği raporlar arasında büyük oranda çelişki saptanmaktadır (23). Bunu engellemek için düzenlenen raporların adli tıp uzmanı süzgecinden de geçirilmesi

uygun olacaktır. Ancak ülkemizde yeterli adli tıp uzmanı bulunmaması ve mevcut olanlar arasındaki görüş farklılıkları nedeniyle tutarsız değerlendirme sonuçları yine de önlenemeyecektir.

Olay sadece mağdur açısından değerlendirilmemelidir. Yanlış bir raporun, gerçekten suçlu olan bir kişinin ceza almadan salıverilmesine neden olabileceği de unutulmamalıdır. Ayrıca yanlış bir rapor nedeni ile haksız yere suçlanan kişinin yaşayacağı travmayı, hayatında meydana gelecek büyük değişimleri, üzerine atılmış olan lekeyi, yıllarca suçsuz yere özgürlüğünden alıkonulabileceğini ve böyle bir suçlama ile herkesin karşılaşabileceğini de unutmamak gerekmektedir.

ATK geçerli uygulamasında erişkin mağdurların değerlendirmesini olaydan en az 6 ay sonra, çocuk mağdurların değerlendirmesini ise 12 ay sonra yapmaktadır. Aradan geçen uzun zaman süreci içerisinde mağdurların bir kısmına adreslerinin değişmesi, hayatını kaybetmesi, yurt dışına çıkması gibi nedenlerle ulaşılamamaktadır. Bu durumda değerlendirme yapılamamakta, randevu bir daha ertelenmekte, dava süreci uzamakta, suçları yasal olarak kesinleşmemiş sanık / sanıklar serbest bırakılabilmektedir. Bunun yanında uzayan zaman aralığında mağdur başka travmalara, saldırılara maruz kalabilmektedir.

Mağdur yargılama süreci içerisinde de örseleyici durumlara maruz kalabilmektedir. Bekleme salonlarında veya taşıma sırasında saldırgan ile aynı ortamda bulunmak zorunda bırakılabilmekte, mahkeme sürecinde mağdurların sanık önünde ifade vermesi gerekmekte, unutmaya çalıştığı eylem hakkında savunma avukatının suçlayıcı ifadelerine maruz kalmaktadırlar. Goodman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada mahkemede tanıklık yapan çocukların kendilerini toparlamalarının daha zor olduğu, Ebstein ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da mahkemede tanıklığa zorlanan kadınlarda daha fazla oranda TSSB saptandığı belirtilmiştir (104, 150). Yine küçük bir çocuğun vitrininden mahkeme sürecine bakarsak, çocuk çizgi filmlerde uzaylıların giydiğine benzer kocaman yakaları bulunan, korkunç, siyah elbiseler giymiş, kendisine yukarıdan bakan kişilerin önüne çıkarılmakta ve burada başından geçenleri anlatması istenmektedir. Doğal olarak çocuk bu süreçte korkacak, kendisine ne yönde soru sorulursa o yönde cevap verecektir. Bu nedenle adli süreç ve sonrasında mağdurun stresini arttıracak

uygulamalardan kaçınılmalıdır. Tüm muayene ve ifade işlemleri gereken tüm tıp uzmanlarının, avukatın ve savcının bir arada bulunduğu multidisipliner bir ortamda, tek seferde yapılmalı, görüşmeler gerektiğinde tekrar değerlendirilebilmesi için kayıt altına alınmalı, çocuğun ya da kişinin tekrar tekrar muayene ve ifade işlemlerine maruz kalması engellenmelidir. Ayrıca mahkeme sürecinde Hearsaid kuralının istisnası olarak hukukta kabul görmüş olan çocuğun değil, annenin tanık olarak dinlenilmesi yönteminin uygulanması da önerilmektedir (115).

5237 sayılı kanun yürürlüğe girmeden önceki dönemde gerçekleşen bir cinsel saldırı suçu nedeni ile hapis cezasına mahkûm edilen saldırgan, ülkemizde uygulanan ceza afları kapsamında şartlı olarak serbest bırakılabilmektedir. Bu kişi serbest bırakıldıktan sonra da benzer bir suça karıştığına eski suçu için belirlenen cezanın yeni yasaya göre tekrar belirlenmesi gerekebilmektedir. Bu nedenle yıllar öncesinde tecavüze uğramış, hayatında yeni bir düzen kuran, evlenen, çocuk sahibi olan, yaralarını ancak sarabilmiş mağdurun tekrar psikiyatrik değerlendirmesinin yapılması istenebilmekte adeta mağdurun kendini iyileştirmesi, bu durumu unutabilmesi devlet tarafından engellenebilmektedir.

Mevcut uygulamada Yargıtay, Devlet ve Üniversite hastanelerinden, Adli Tıp Anabilim Dallarından, Adli Tıp Grup Başkanlıklarından ve Şube Müdürlüklerinden verilen raporları yeterli görmemekte, konunun İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığınca değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu nedenle dosyaların tamamına yakını ATK'ye gönderilmektedir. Ülke çapında meydana gelen tüm cinsel saldırılarda mağdurların psikiyatrik muayenesinin tek kurum tarafından yapılmasının istenmesi, doğal olarak bu kurumun iş yükünü arttırmaktadır. Özellikle olması gereken psikiyatrik muayene süresi dikkate alındığında bir tek kurulun bu raporları yetiştirmesi imkânsız hale gelmektedir. Dolayısıyla muayene randevuları yıllar sonrasına verilmekte, muayene sonrasında raporların hazırlanarak adli birimlere iletilmesi de gecikmekte, buna bağlı olarak da adli süreç uzamaktadır. Yargıtay bu tutumunu, maddenin cezayı ileri derecede arttırması ve periferdeki hekimlerin basit psikopatolojilerde dahi ruh sağlığı bozulmuştur yönünde verdiği kararları ile gerekçelendirmekte, ülkenin dört bir yanındaki cinsel saldırı mağdurları İstanbul'a götürülmek – gönderilmek zorunda kalmaktadır. Bu hem devlete ve mağdura maddi yük getirmekte hem de mağdurun belki günlerce yolculuk etmesine, günlük

işlerinden kalmasına, yol boyunca maruz kaldığı saldırıyı tekrar hatırlamasına neden olmaktadır. Diğer taraftan da uzun süren davalar TSSB hastalığının süregelenleşmesine de yol açabilmektedir (105). Peki ülkenin dört bir yanından mağdurların getirildiği ATK'de işler mükemmel mi yürümektedir? Kurumun kendi içinde çeliştiği raporlardan ve değerlendirmeyi yapan kuruldaki yapıdan bunun hiç de böyle olmadığı anlaşılmaktadır.

5.3. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tarama Bulguları

Cinsel saldırılara her yaş grubunda rastlanılabilmektedir. Çalışmamıza dahil edilen 68 vakanın yaş ortalaması 18,82 olarak hesaplanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda mağdurların çoğunluğunun 18 yaş altında olduğu bildirilmekle birlikte 18 yaş üstü olduğunun bildirildiği çalışmalar da mevcuttur (11, 29, 34, 57, 128, 151).

Yapılan birçok çalışmada yaşlı mağdurlarda depresyon ve genel travmanın, daha genç mağdurlarda ise TSSB ve depresyonun daha fazla görüldüğü belirtilirken bir kısım çalışmada da yaşın stres üzerine etkisinin bulunmadığı saptanmıştır (11, 152, 153).

Çocukların stres kaynağına uyum ve onunla baş edebilme kapasitesi daha düşük olduğundan küçük yaşta istismar psikolojik travmatik sekellerin oluşması yönünden risk teşkil etmektedir (154). Filipas ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada cinsel istismarın başlangıç yaşı ile TSSB gelişimi arasında negatif bir ilişki bulunduğu, erken yaşta başlayan cinsel istismar ile cinsel istismarın sıklığı, süresi, şiddeti ve saldırgan yakınlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (155). Yapılan başka bir çalışmada sınırda kişilik bozukluğu ve TSSB'nin erken yaşta meydana gelen cinsel istismarda daha sık, geç yaşta meydana gelen istismarda nispeten daha seyrek geliştiği saptanmıştır (85).

Tarafımızdan yapılan çalışmada ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile mağdurun yaşı ve yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,092$). Ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde karar verilen 15 yaş altı 11 vakanın 4 tanesinde (%36,36), 15-18 yaş arası 11 vakanın 3 tanesinde (%27,27), 18 yaş üstü 13 vakanın ise 9 tanesinde (%69,23) ruh sağlığının

bozulduğu yönünde karar verilmiştir. Bu veriler yaşın stres üzerine etkisinin bulunmadığı görüşünü destekler nitelikte değerlendirilmiştir.

Ülkemizde ve dünyada yapılan birçok çalışma kız çocuklarının erkek çocuklarından, kadınların da erkeklerden daha fazla cinsel şiddete maruz kaldığını göstermektedir (11, 25, 40, 57, 74, 77, 81, 92, 128, 156-159). Çalışmamızda da vakaların yaklaşık %90'ının kadın olduğu saptanmıştır.

Yapılan bir kısım çalışmalarda psikiyatrik etkilenmenin kadınlardada daha fazla olduğu, bir kısım çalışmada erkeklerde daha fazla olduğu, bir kısım çalışmada ise cinsiyetler arası fark bulunmadığı belirtilmektedir (11, 40, 72, 75, 80, 92, 94, 157, 160). Yapılan bir çalışmada cinsel saldırıya uğrayan erkeklerin %28,2'sinin hayatlarının bir döneminde TSSB geçirdiği, (cinsel saldırı öyküsü olmayanlarda bu oranın %5,4 olduğu), cinsel saldırıya uğrayan kadınların ise %29,8'inde hayatlarının bir döneminde TSSB geçirdiği (cinsel saldırı öyküsü olmayanlarda bu oranın %7,1 olduğu), cinsel saldırıya uğrayan erkeklerin %34,4'ünde hayatlarının bir döneminde madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı saptandığı, cinsel saldırıya uğramamış erkeklerde bu oranın %9 olduğu, kadınlarda ise bu oranların sırası ile %27,5 ve %5,4 olduğu, cinsel saldırı tarifleyen erkeklerin %47,2'sinin kanun dışı işlerle meşgul olduğu, uğramayan erkeklerde ise bu oranın %16,6 olduğu, kızlarda ise bu oranların sırası ile %19,7 ve 4,8 olduğu, cinsel saldırıya uğrayanlarda uğramayanlara göre 3-5 kat daha fazla istenmeyen durumların olduğu saptanmıştır (161). Ayrıca kadın cinsiyetin TSSB gelişimi ve kronikleşmesi için risk faktörü olduğu gösterilmiştir (162, 163).

Tarafımızdan yapılan çalışmada ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile mağdurun cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamış ($p=0,276$) olmakla birlikte bu durumun ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde karar verilen erkek olgu sayısının ($n=1$) yetersizliğinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Ancak ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verilenler içerisinde erkek vaka bulunmaması, buna karşın kadın cinsiyette ruh sağlığının bozulmadığı yönündeki kararların bozulduğu yönündeki kararlardan daha fazla olması, erkek cinsiyetteki mağdurlarda çok belirgin olmamakla birlikte daha fazla oranda psikopatoloji geliştiğini destekler nitelikte değerlendirilmiştir.

Karbeyaz ve arkadaşları ile Ullman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda tecavüz sonrası psikiyatrik tanılar ile mağdurun evlilik durumu arasında araştırmamız ile uyumlu olarak ($p=0,429$) ilişki saptanmamıştır (11, 164). Ayrıca araştırmamızda dini nikâh ile evli olan vakalarda ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verilmediği de görülmüştür. Bu durumun erken yaşta dini nikâh ile evlendirilen çocuğun kendisinin, ailesinin ve çevresinin olayı cinsel saldırı/istismar olarak nitelendirmemesinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Literatürde eğitim seviyesi düşük olan mağdurlarda daha sık cinsel saldırı sonrası TSSB geliştiğini bildiren yayınlar mevcut olmakla birlikte, eğitim seviyesinin TSSB ve depresyon gelişimi ile ilişkisinin bulunmadığını bildiren yayınlar da mevcuttur (65, 165). Tarafımızdan yapılan çalışmada eğitim seviyesi arttıkça mağdur sayısının azaldığı gözlemlenmiş, ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile mağdurun eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,306$). Ancak ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde karar verilen vakalar içerisinde üniversite öğrenimi almış 2 vakanın 2'sinde de ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verildiği saptanmış, ilköğretim ve lise öğrenimi almış vakaların durumlarında ise belirgin fark saptanmamıştır.

Daha önceden intihar girişimi, madde bağımlılığı, depresyonu, obsesif-kompulsif semptomları olanlarda, psikiyatrik tedavi alanlarda, anksiyöz, depresif ve impulsif yapısı bulunanlarda travma sonrası bozuklukların daha sık ortaya çıktığını, iyileşmelerinin daha güç olduğunu gösteren yayınlar bulunmakla birlikte, travma sonrası bozukluklar ile ilişki saptanmayan yayınlar da mevcuttur (65, 105, 166). Darvez-Bornoz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada tecavüz öncesinde mağdurların %34'ünün psikiyatrik muayene, %24'ünün intihar girişimi, %24'ünün evden kaçma, %72'sinin okulda 1 yıl tekrar, %76'sında anksiyete bozukluğu, %39'unda depresif bozukluk, %32'sinde somatoform bozukluk, %9'unda psikotikya dabipolar bozukluk, %27'sinde alkol bağımlılığı, %14'ünde yasa dışı madde kullanımı, %10'unda yeme bozukluğu öyküsünün bulunduğu saptanmış, bunların hiçbirisinin saldırı sonrasında TSSB gelişimi ile ilişkisinin kurulamadığı belirtilmiştir (67). Tarafımızdan yapılan çalışmada ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile mağdurun saldırı öncesinde bilinen psikiyatrik bir rahatsızlık tarifleyiptariflememesi arasında literatür ile uyumlu olarak istatistiksel olarak anlamlı

bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,657$). Ancak daha önceden ruh sağlığı sorunları bulunup maruz kaldığı olay nedeni ile ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde karar verilmiş olan vaka sayısının azlığı ($n=3$) bu verinin güvenilir olarak yorumlanmaması gerektiğini göstermektedir.

TCK'nin 102. maddesinde cinsel saldırının ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda olan kişiye karşı işlenmesi durumunda cezanın yarı oranında arttırılması öngörülmekte, fakat çocuğun cinsel istismarını ele alan 103. maddede böyle bir hüküm belirtilmemektedir. Bu nedenle zekâ geriliği olan çocuk mağdurlara karşı işlenen cinsel suçlarda ceza arttırıcı herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır. Böyle bir olay söz konusu olduğunda psikiyatrik açıdan tek ceza arttırıcı kriter, suçun sonucunda mağdurun ruh sağlığının bozulmasıdır (1, 139).

Literatürde mental retarde bireylerin genel popülasyona göre 4 ile 10 kat daha fazla cinsel istismara maruz kaldığı bildirilmektedir (167). Mental retarde kişilerin yüksek oranda cinsel istismar mağduru olmaları; bu kişilerin bakım veren otorite figürüne duydukları yerleşmiş ve koşulsuz güven, sosyal ve emosyonel güvensizlik, cinsellik ve cinsel kötüye kullanımla ilgili bilgisizlikleri, çevredeki kişiler tarafından safça ve koşulsuz kabul edilme gereksinimi duymaları ve sosyal olarak güçsüz bir konumda yer almaları gibi etkenlerle açıklanmaktadır (168). Bu nedenlerle mental retarde kişilere karşı uygulanan cinsel istismarın adli birimlere bildirim oranı da oldukça düşüktür (139).

Zekâ geriliğinin derecesi arttıkça kişide meydana gelen ek ruhsal bozuklukların değerlendirmesini yapmak da zorlaşmakta ayrıca mağdurda daha önceden bulunan mental bozukluklar TSSB gelişmesini de etkilemektedir. Orta derecede zekâ geriliği bulunanların cinsel istismarı algılamakta ve değerlendirmekte yetersiz kalmaları nedeni ile ruhsal travma yaşamayabilecekleri bilinirken, ağır derecede mental retardasyonu olanlarda kooperasyon ve algılama ileri derecede kısıtlı olduğundan cinsel istismara bağlı ruhsal psikopatoloji gelişip gelişmediği anlaşılammamaktadır (100, 139). Bu durumda cinsel istismar çok şiddetli olsa dahi sanığa TCK 103/6 maddesi gereğince ceza arttırımı uygulanmamaktadır.

Mersin Üniversitesinde yapılan bir çalışmada cinsel istismar mağduru 7 hafif derecede zekâ geriliği olgusunun 4'ünde olaya bağlı psikopatoloji saptandığı, orta

derecede zekâ geriliği bulunan 3 vakanın 3'ünde de psikopatoloji saptanmadığı, ağır derecede zekâ geriliği bulunan 2 vakada ise olaya bağlı psikopatoloji gelişip gelişmediğinin anlaşılamadığı belirtilmiştir (139).

Tarafımızdan yapılan çalışmada ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile mağdurun mental retardasyonunun bulunup bulunmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,902$). Bu duruma ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde karar verilen mental retarde vaka sayısının az olmasının ($n=2$) neden olabileceği düşünülmüştür.

Küçük yerleşim birimlerinde cinsel saldırı ve istismar vakaları ile ilgili duyular çok daha kolay ve hızlı şekilde yayılmakta, mağdurun mensubu bulunduğu topluluktan dışlanması ve aşağılanması daha yoğun yaşanmaktadır. Ayrıca yerleşim birimi ufaldıkça sosyo-ekonomik düzeyin de buna paralel olarak düştüğü kabul edilebilir. Yapılan bir çalışmada düşük sosyo-ekonomik düzeydeki mağdurların travmanın uzun dönem sekellerine maruz kalma açısından daha fazla risk altında olduğu belirtilmektedir (154). Bu nedenle küçük yerleşim yerlerinde yaşayan mağdurların psikolojik olarak daha fazla etkilenmesi beklenmektedir. Ancak tarafımızdan yapılan çalışmada ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile mağdurun ikamet ettiği yerleşim birimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,955$). Bu durumun değerlendirmeye alınan vakaların çoğunun olayın ortaya çıkmasından kısa süre sonra ruhsal değerlendirilmesinin yapılmasından ve bu kısa süre içerisinde mensubu bulunduğu toplum ile mağdurun yeterince karşılaşmamış olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Özellikle ailelerin ayrılma ve boşanma durumlarında çocuğun cinsel istismarı iddiası daha yüksek oranda ortaya çıkmaktadır (21). Hetherington, ebeveynleri boşanmış ya da babası ölmüş kız çocukları üzerinde ebeveyn yokluğunun etkilerini araştırmış, babası olmayan kız çocuklarının heteroseksüel gelişimlerinde babası olan kızlara göre farklılıklar olduğunu, annenin baskın olduğu ev ortamında yetişen kız çocuklarında cinsellik korkusu bulunduğunu, cinsellik konusunda rahatsızlık hissettikleri ya da erken yaşta cinsel ilişkiler kurdukları, erkeklere karşı uygun olmayan saldırganlıkla ortaya çıkan davranış biçimleri gösterdiklerini, bu davranış

biçimlerinin öncelikle babası ölen kız çocuklarında, daha sonra da ebeveynleri boşanmış kız çocuklarında görüldüğünü, her iki grup kız çocuğunun da erkeklerle ilişki kurmada problemlerinin olduğunu ve erkeklerle ilgili genel kaygılarının bulunduğunu saptamıştır (169). Darves-Bornos da yaptığı bir çalışmada, tecavüz kurbanlarının %46'sında ilk tecavüz öncesinde çocukluk çağında anne veya babadan birisinden ölüm ya da boşanma nedeni ile ayrı kalma öyküsünün bulunduğunu saptamıştır (170). Tarafımızdan yapılan çalışmada anne-baba durumu belirtilen 40 vakanın 17 tanesinin (%42,5) bir şekilde anne ve/veya babasından ayrı kaldığı, ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verilen 7 vakadan 3 tanesinin (%42,85), bozulmadığı yönünde karar verilen 8 vakanın ise 5 tanesinin (%62,5) bir şekilde anne-babasından ayrı kaldığı belirlenmiştir. Ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile mağdurun anne-babasının ayrı olup olmaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,626$). Literatür ile çatıştığı görülen bu durumun vaka sayısının azlığından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan kadınlar erişkinliklerinde daha çok oranda cinsel saldırıya maruz kalmaktadırlar (94, 171, 172). Yapılan birçok çalışmada tekrarlayan cinsel şiddete maruz kalanlarda daha sık depresyon, intihar girişimi, TSSB, dissosiasyon, anksiyete, madde bağımlılığı, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, somatik komplikasyonlar görüldüğü, yaşanan sorunların şiddetinin arttığı saptanmıştır (65, 96, 155, 165, 171, 173-175).

Tarafımızdan yapılan çalışmada ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verdiği kararlar ile mağdurun olay ile ilişkisiz olmak koşulu ile daha önceden de cinsel saldırıya maruz kalıp kalmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,0902$). Bu durumun ruh sağlığının bozulup bozulmadığında karar verilen ve başka saldırıya maruz kalan vaka sayısının azlığından ($n=2$) kaynaklandığı düşünülmüştür.

Ülkemizde yaşı küçük kız çocuğunun evlenme amacı ile kaçıp cinsel ilişkiye girmesi ya da yaşı küçük olan kız çocuğunun evlendirilip hamile kalması nedeni ile 18 yaş altı rıza ile cinsel ilişkiler sık olarak adli makamlara yansımaktadır. Ayrıca kendi rızası ile birlikte olan 15-18 yaş aralığındaki kız çocuğu, olay duyulunca

etraftan gelecek tepkilere karşı kendini savunabilmek için ilişkinin zorla meydana geldiğini de bildirebilmektedir. Samsun, Adana ve Aydın İllerinde karara bağlanmış dava dosyaları incelenerek yapılan üç çalışmada mağdurların %33,5 - %66,8 oranında cinsel eyleme rızaları dışında maruz kaldıkları, %32,09 - %58,7'sinde eylemin rıza ile gerçekleştiği, %7,7 - %29,61'inde ise eylemin gerçekleştiğine dair yeterli delil saptanmadığı belirtilmiştir (57).

Yaptığımız çalışmada ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile mağdurun 18 yaşının altında olduğu durumlarda olay için rızasının bulunup bulunmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,875$). Ancak ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde karar verilen vakalar içerisinde, rızası bulunan 6 vakadan 5'inde (%83,33), rızası bulunmayan 13 vakadan 7'sinde (%53,84) ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verilmiştir. Bu oranlar karşılaştırıldığında, verilerin rıza ile gerçekleşen eylemlerde ruh sağlığının daha az etkilendiğini desteklediği görülmektedir.

Tüm cinsel saldırıların yaklaşık yarısının saldırıya uğrayan kimselerin evinde gerçekleştiğini bildiren yayınların yanında en sık mağdur ve saldırganın evi haricindeki yerlerde gerçekleştiğini bildiren yayınlar da mevcuttur (77, 161, 176, 177). Gölge ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada çocuğa yönelik cinsel istismarın en çok saldırganın evinde (%33,9), yetişkine yönelik cinsel saldırıların ise en çok ıssız yerlerde (%31,1) meydana geldiği saptanmıştır (34). Çalışmamızda değerlendirmeye alınan mağdurların %37,7 oranında en sık olarak saldırganın evinde, %18'inin ise kendi evinde cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Culbertson ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada evinde cinsel saldırıya maruz kalanların evlerinde, evleri haricinde cinsel saldırıya uğrayanların ise evleri haricinde kendilerini daha az güvende hissettikleri belirtilmiştir (177).

Tarafımızdan yapılan çalışmada ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile cinsel saldırı/istismar suçunun gerçekleştiği mekân arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=0,439$). Bu durumun gruplardaki vaka sayısının azlığından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Manisa ilinde aile içi şiddet mağduru 15 yaş üstü 53 kadın üzerinde yapılan çalışmada 13 vakada cinsel şiddet saptandığı, bunların 5'inin evlilik içi ters ilişki

tanımladığı, vaginal yoldan ırza geçme iddiasında bulunan 4 olguda saldırganlardan 1'inin kurbanın nişanlısı, 2'sinin erkek arkadaşı ve 1'inin de eski erkek arkadaşı olduğu, saldırı teşebbüsü tanımlayan 4 olgudan 2'sinde kurbanın öz babası ve 2'sinde kurbanın amcaoğlu olduğu, 2'sinde TSSB, 1 olguda hafif düzeyde mental retardasyon bulunduğu, ırza geçme tanımlayan olguların tamamında fiziksel ve psikolojik bulgular saptandığı belirtilmiştir. (178).

Yapılan birçok çalışmada yaptığımız çalışma ile uyumlu olarak mağdurun büyük oranda tanıdığı kişiler tarafından cinsel saldırı/istismara maruz kaldığı belirlenmiştir (11, 34, 74, 77, 161, 164, 179). Lawyer ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada saldırganın % 11,5 oranında yabancı, % 22.2 oranında aile üyesi, % 54.4 oranında tanıdık, %11.9 oranında mağdurun çok iyi tanımadığı ama yabancı olmayan kişiler olduğu (81), Cloitre ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hem çocukluk çağında hem de erişkinliğinde cinsel travmaya uğramış kadınların, çocukluk çağında %47'sinin babası, %14'ünün erkek kardeşi ya da diğer akrabaları, %23'ünün aile dostu gibi güvenilir kişiler tarafından cinsel istismara maruz kaldığı saptanmışlardır (171). Bazı çalışmalarda saldırganın aile içerisinde olmasının TSSB gelişim riskini arttırdığı, bazı çalışmalarda anlamlı ilişki bulunmadığı, bazı çalışmalarda da saldırganın aile içinden olmadığı durumlarda daha fazla TSSB geliştiği belirtilmektedir (67, 104). Yine yapılan bir çalışmada aile içi cinsel istismara uğrayanlarda sınırda kişilik bozukluğu ve kompleks TSSB gelişiminin daha sık olduğu saptanmıştır (85).

Evlilik kadın ve erkek arasında karşılıklı hak ve yükümlülükler doğuran bir akittir. Bu nedenle evlenme, karşılıklı birçok hak ve yükümlülükler arasında eşlere, cinsel ilişkide bulunmayı isteme ve kötüye kullanılmaması kaydıyla cinsel ilişkide bulunma hakkı vermektedir (146).M.Ö. 8. yüzyılda Roma'da, kadın üzerinde babasının veya kocasının her türlü hakka sahip olduğu tanımlanmış; kadın, kocasının malı olarak görülmüş ve onun her türlü ihtiyaçlarını (cinsel ve diğer) karşılamakla görevli kılınmıştı. Bu inanca göre evlilik erkeğe, eşi ile istediği zaman istediği şekilde cinsel ilişkiye girmesi hakkını veriyordu (180). Bu görüş eski TCK'de de etkisini göstermekte, kadının eşi tarafından cinsel saldırıya maruz kalabileceği göz ardı edilmekte idi. Ancak Yeni TCK'de tecavüzün evlilik içerisinde de

gerçekleşebileceği kabul olunarak, mağdurun şikâyetine bağlı suç olarak tanımlanmaktadır.

Watts ve arkadaşları 2002 yılında yaptıkları bir çalışmada Zimbabwe’de kadınların %26’sı eşleri tarafından cinsel ilişkiye zorlandıklarını belirtmişlerdir (181). Harned yaptığı bir çalışmada, eşi ya da sevgilisi tarafından tecavüze uğrayan mağdurların, bu olayın tipik tecavüz kalıbına uymadığını düşündüklerini ve bu nedenle de kendilerini suçladıklarını belirtmiştir (182).Eşi tarafından cinsel saldırıya uğramanın TSSB ve dissosiasyon gelişimi için risk faktörü olduğu bildirilmiş olmakla birlikte diğer saldırgan tipleri ile karşılaştırıldığında depresyon ve anksiyete açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (65, 183).

ABD’de adölesanlar üzerine yapılan bir çalışmada kızların %9’unun, erkeklerin ise %6’sının sevgilisi tarafından şiddete veya tecavüze uğradığı, bu kişilerde yeme bozuklukları, intihar düşüncesi ve girişiminin daha yüksek olduğu saptanmıştır (151).

Cinsel istismar vakalarında saldırganın yabancı olması daha nadir görülmekle birlikte Bangladeş’te yapılan bir çalışmada ve ülkemizde Van İlinde yapılan bir çalışmada daha sık olduğu saptanmıştır (42, 94). Bir kısım yayında saldırganın yabancı olmasının tecavüz sonrası semptomlar ile ilişkisinin bulunmadığı belirtilirken, bazı çalışmalarda bu durumun TSSB ve depresyon sıklığını arttırdığı belirtilmektedir (65, 68, 164, 184). Diğer taraftan saldırganın tanıdık olduğu cinsel saldırı vakalarında TSSB riskinin artmış olduğunu gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte (74, 81, 157, 185), Karbeyaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilişki bulunmadığı belirtilmektedir (11).

Çalışmamızda ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile saldırganın daha önceden tanınma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,180$). Ancak ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde karar verilen vakalar içerisinde saldırganın yabancı olduğu 3 vakanın tümünde ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verilmiş olması, saldırganın yabancı olduğu durumlarda mağdurun daha fazla etkilendiğini destekler yönde değerlendirilmiştir.

ABD’de yapılan bir çalışmada, erkeklere yapılan istismarın yaklaşık %40’ının, kızlara yapılan istismarın ise %6’sının kadın saldırganlar tarafından

yapıldığı, saldırganın erkek olduğu durumlarda mağdurda ilerleyen dönemde yasaklanmış madde kullanımının daha fazla olduğu saptanmıştır (80). Ülkemizde Eskişehir ve Samsun İllerinde yapılan çalışmalarda saldırganların tamamının erkek olduğu, Aydın'da yapılan bir çalışmada ise %99,1'inin erkek olduğu bildirilmiştir (11, 57, 128). Tarafımızdan yapılan çalışmada da tüm saldırganların erkek olduğu saptanmıştır. Tüm bu sonuçlar cinsel suçların daha çok erkekler tarafından işlendiği ve/veya kadın saldırganlar tarafından işlenen suçların tamamına yakınının saklı kaldığı görüşlerini desteklemektedir.

Tehdit, mağdurda kendisinin veya yakınlarının cinsel saldırıdan daha ağır bir zarara uğratılacağı hususunda korku oluşturulması olup, tehdidin fiilen gerçekleşip gerçekleşmemesi değil mağdurda bu kanının oluşması önemlidir (186). Kilpatrick ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada cinsel saldırı mağdurlarının %28,1'inin saldırı sırasında ölüm ya da ciddi yaralanma ile korkutulduğu belirtilmiştir (161). Yaşamsal tehdit de içeren tecavüz olaylarında daha fazla TSSB ve diğer majör psikiyatrik bozuklukların geliştiğini gösteren yayınlar mevcut olmakla birlikte yapılan bir çalışmada da ilişki bulunmadığı belirtilmektedir (68, 104, 162, 187).

Tarafımızdan yapılan çalışmada da ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile mağdurun olay sonrasında tehdiye maruz kalıp kalmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,368$). Ancak ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde karar verilen vakalar içerisinde olay sonrası tehdiye maruz kalan mağdurlarda daha yüksek oranda (%60) ruh sağlığının bozulduğu yönünde, tehdiye maruz kalmayan mağdurlarda ise daha yüksek oranda (%57,89) ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verilmiş olması, olay sonrası tehdidin mağdurun ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediğini destekler nitelikte değerlendirilmiştir.

Bir kısım çalışma uzun süreli cinsel saldırının mental sağlığı daha kötü etkilediğini göstermekle birlikte (67, 68, 105, 165) Ebstein ve arkadaşları istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığını saptamıştır (104). Molnar ve arkadaşları yaptıklarının yaptığı bir çalışmada çocukluk çağında kronik tacizin mood bozuklukları ve TSSB ile kronik tecavüzün ise Anksiyete ve TSSB ile daha çok ilişkili olduğu saptanmıştır (74). Brand ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da

istismarın kronikleşmesinin ve şiddetinin artmasının TSSB tanısı konulmasına katkısının bulunduğu saptanmıştır (188). Tarafımızdan yapılan çalışmada Ebstein ve arkadaşlarının bulguları ile uyumlu olarak ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile mağdurun tekrarlayan saldırıya maruz kalıp kalmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,797$).

Darves-Bornos ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda tecavüze uğrayan vakalarda ilk 1 aydan sonra %88 oranında, ilk 3 aydan sonra %70-74 oranında, 6 ay sonrasında %65-71 oranında TSSB saptanmış, %5-18'inde ise 6 aydan sonra belirtilerin başladığı gecikmiş tip TSSB saptanmıştır (67, 170). Yaptığımız çalışmada ise ilk 2 gün içerisinde muayene edilenlerin %33,3'ünde, 3 gün ile bir ay arasında muayene edilenlerin %15,8'inde, 1 ay ile 6 ay arasında muayene edilenlerin %25'inde, 6 aydan sonra muayene edilenlerin %42,9'unda ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verilmiştir. Veriler arasındaki farklılığın, yapılan çalışmalarda klinik psikiyatrik, tarafımızdan yapılan çalışmada ise adli psikiyatrik değerlendirme yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Mevcut değerlendirme sistematiklerine göre TSSB tanısı konulabilmesi için olayın üzerinden en az 1 ay geçmesi gerektiği belirtilmektedir. Tarafımızdan yapılan çalışmada ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile olay-muayene intervalleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,979$). Bu durum mağdurun ruh sağlığı hakkında verilen kararlarda TSSB kriterlerinin aranmadığı yönünde yorumlanabilecektir.

Tekrarlayan muayenelerin mağdurun ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilerinin bulunduğu birçok çalışmada belirtilmekle birlikte tarafımızdan yapılan çalışmada ise ruh sağlığının bozulduğu ve sevk edilmesi gerektiği yönünde verilen kararlar ile mağdurun başvuru öncesinde psikiyatrik muayenesinin yapıp yapılmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bunun değerlendirmeye alınan vaka sayısının azlığından kaynaklandığı düşünülmüştür. Ancak önceden psikiyatrik muayenesi yapılan vakalarda ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verilmemiş olması tekrarlayan ruhsal muayenenin mağdurun ruh sağlığını olumsuz etkilediği görüşünü destekler nitelikte değerlendirilmiştir.

Tarafımızdan yapılan çalışmada ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile mağdurun başvuru öncesinde genital muayenesinin yapıp yapılmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,061$). Bunun vaka sayısının azlığından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Yunan mitolojisinde evlilik tanrısının adı hymen'dir. Gerdek gecesi evlilik tanrısına adandığı için kızlık zarına hymen adı verilmiştir (23). Evlenmemiş kadınların bekâretine önem veren toplumlarda, himenin evlilik öncesinde rüptürü kendisi ve ailesi için utanç verici olabilmekte, bekâretini evlenene kadar koruyamayan kadınlar aşağılanmakta, toplumdan dışlanmakta, evliliği sonlanmakta, cinayete varan şiddete maruz kalabilmektedir (189).

Himende laserasyon meydana gelmesi, toplumsal ahlak anlayışımızda halen bekâret kavramının önem verilen bir değer olması ve bekâretin kaybedilmesinin şahsın kendisi açısından bir eksiklik olduğu tabusu nedeni ile kişinin ruh sağlığının bozulmasına neden olabilecektir. Kadın olmanın ve cinselliğin en önemli sorunlarından biri haline gelen kızlık zarı, bireylerin ve toplulukların yaşamlarını etkilerken, yöresel, geleneksel ve kültürel açılardan da büyük önem taşımaktadır. Cinsel saldırı vakalarında saldırının kendisine ek olarak bekâretin kaybedilmesinin verdiği ruhsal sıkıntının ruh sağlığının daha da derinden etkilenmesine neden olacağı aşikârdır. Bekâret kaybı sonucunda pek çok genç kızın ailesinden ve çevresinden uğrayacakları tepkiden korkarak ruh sağlıklarının bozulduğu ve bunun üzerine intihar girişiminde buldukları bilinen yaygın adli vakalardır (23, 186). Luo'nun bekârete önem veren Çin toplumu üzerinde yaptığı bir çalışmada da bekâret kaybının mağdurun ruh sağlığının düzelmesine önemli derecede olumsuz etki yaptığı bildirilmektedir (190).

Tarafımızdan yapılan çalışmada ise ruh sağlığının bozulup bozulmadığı ile ilgili verilen kararlar ve mağdurda olay ile ilişkilendirilebilecek himen yırtığı bulunup bulunmaması, maruz kaldığı cinsel saldırı / istismarın mağdurun hayatındaki ilk cinsel deneyimi olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (sırası ile $p=1$ ve $p=0,935$). Bunun nedeninin vaka sayısının az olması, vakaların bir kısmının evlenme amacı için rızası ile ilişkiye girmesi ya da dini nikâh ile evli yaşı küçük kişilerin sonucu etkilemesi olabileceği düşünülmüştür.

Penetrasyon içeren cinsel istismarın Çin'de %0,3 oranında, Güney Afrika'da %1,6-3 arasında, İsrail'de %4, İrlanda'da %5,6, Tanzanya'da %11, Etiyopya'da ise %18 oranında, ABD'de erkeklerin %42'sinde, kadınların %23'ünde görüldüğü belirlenmiştir (80, 94). Adana İlinde yapılan bir çalışmada da cinsel istismar vakalarının %48,5'inde anal ya da vaginal penetrasyon bulunduğu belirtilmiştir (77). Penetrasyon içeren cinsel istismarın kız çocuklarında daha fazla olduğunu gösteren yayınlar mevcut olmakla birlikte erkek çocuklarında daha fazla olduğunu gösteren yayınlar da mevcuttur (80, 94).

Maruz kaldığı cinsel saldırı/istismarın penetrasyon içermesi durumunda mağdurda daha fazla olumsuz sonuçlarının ve sekellerinin oluştuğunu belirten çok sayıda yayın mevcuttur (74, 80, 94). Bahalı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada penetrasyon içeren cinsel istismar vakalarının %17 oranında asemptomatik olduğu, %55 oranında TSSB, %19,1 oranında ASB, %2,1 oranında depresyon, %4,3 oranında mental retardasyon, %2,1 oranında ise konversiyon bozukluğu bulunduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada dokunma şeklinde olan cinsel istismar vakalarının %31,6 oranında asemptomatik olduğu, %42,1 oranında TSSB, %21,1 oranında ASB, %0 oranında depresyon, %5,3 oranında mental retardasyon, %0 oranında ise konversiyon bozukluğu saptanmıştır (77). Ebstein ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada anal ve/veya oral yoldan tecavüz tarifleyenlerde, birden fazla tecavüz türüne maruz kalanlarda daha çok TSSB saptandığı maruz kalınan tecavüz türü sayısının TSSB gelişiminin en belirleyici kriteri olduğu saptanmıştır (104). Ancak McCoy ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çocukların cinsel istismarı; girişim, temassız ve temaslı olarak üç grup altında incelenmiş, cinsel istismar girişiminin diğerlerinden daha fazla TSSB semptomlarına ve okulda öğretmen sorunlarına neden olduğu saptanmıştır (157).

Tarafımızdan yapılan çalışmada ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile mağdurun herhangi bir yoldan penetrasyon iddiasının bulunup bulunmaması arasında literatür ile uyumlu olarak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,004$). Ayrıca Ebstein ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile uyumlu olarak ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile oral penetrasyon iddiasının bulunup bulunmaması arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,019$). Ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde karar

verilen vakalar içerisinde penetrasyon iddiası bulunan vakalarda daha yüksek oranda (%62,5) ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verildiği, penetrasyon iddiası bulunmayan vakalarda ise daha yüksek oranda (%90,9) ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verildiği saptanmıştır.

Çalışmamızda penetrasyon iddiasının bulunmadığı durumlarda tensel temas iddiasının bulunup bulunmaması ile ruh sağlığının bozulup bozulmadığı hususunda verilen kararlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,450$). Ancak tensel temas iddiası da bulunmayan vakalarda ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verilmediği, böyle bir iddiası bulunan vakaların yalnızca bir tanesinde ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verildiği saptanmıştır. Bu durum penetrasyon içermeyen vakalarda temas da yoksa ruh sağlığının daha az oranda etkilendiğini destekler nitelikte değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile anal penetrasyon iddiası ve muayenede olay ile ilişkilendirilebilen anal penetrasyon bulgusu saptanıp saptanmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (sırası ile $p=0,290$, $p=0,186$). Ancak ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde karar verilen vakalar içerisinde anal penetrasyon iddiası bulunan vakaların ve muayenesinde anal penetrasyon bulgusu saptanan vakaların çoğunda (sırası ile %60, %75) ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verildiği, böyle bir iddiası bulunmayan vakaların ve muayenesinde anal penetrasyon bulgusu saptanmayan vakaların çoğunda ise (sırası ile %60, %75) ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verildiği saptanmıştır. Bulunan istatistiksel sonucun literatür ile çeliştiği ancak oransal sonucun literatür ile uyumlu olduğu değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile mağdurun vaginal penetrasyon iddiası ve yapılan muayenesinde olay ile ilişkilendirilebilen vaginal penetrasyon bulgusu saptanıp saptanmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Sırası ile $p=0,160$, $p=0,564$). Ancak ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde karar verilen vakalar içerisinde vaginal penetrasyon iddiası bulunan vakaların ve muayenesinde vaginal penetrasyon bulgusu saptanan vakaların çoğunda (sırası ile %55, %66) ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verildiği, böyle bir iddiası bulunmayan vakaların çoğunda (%68) ve

muayenesinde vaginal penetrasyon bulgusu saptanmayan vakaların yarısında (%50) ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verildiği saptanmıştır. Bulunan istatistiksel sonucun literatür ile çeliştiği ancak oransal sonucun literatür ile uyumlu olduğu değerlendirilmiştir.

Gölge ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yetişkinlerin çocuklardan daha fazla saldırıya direnç gösterdiği, yetişkinlerin %68,9'unun, çocukların ise %15,6'sının saldırıya hiçbir şekilde direnç göstermedikleri saptanmıştır (34). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada her dört vakadan sadece birinde şiddet bulgusu saptandığı bildirilmiştir (23). Kilpatrick ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ise mağdurların sadece %1,3'ünde ciddi yaralanma, %11'inde ise minör yaralanma saptandığı belirtilmiştir (161).

Fiziksel yaralanmanın mevcut olduğu vakalarda daha sık TSSB ve diğer majör psikiyatrik bozuklukların geliştiğini belirten yayınlar mevcut olmakla birlikte yaralanma ile psikolojik etkilenim arasında ilişki saptamayan yayınlar da mevcuttur (67, 68, 104, 162, 164, 187). Tarafımızdan yapılan çalışmada ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile mağdurun olay sırasında şiddet tarifleyip tariflememesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,002$).

Çalışmamızda ruh sağlığının bozulup bozulmadığı ile ilgili verilen kararlar ve mağdurun yapılan muayenesinde olay ile ilişkilendirilebilen ekstragenital muayene bulgusu bulunup bulunmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,071$). Ancak ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde karar verilen vakalar içerisinde ekstragenital bulgusu mevcut olan vakaların çoğunda (%77,77) ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verildiği, ekstragenital muayene bulgusu saptanmayan vakaların çoğunda (%63,63) ise ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verildiği belirlenmiştir. Bulunan istatistiksel sonucun literatür ile çeliştiği ancak oransal sonucun literatür ile uyumlu olduğu değerlendirilmiştir. Bu çelişkinin vaka sayısının azlığından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile mağdurun vücudundaki yaralanmanın ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,246$). Ancak ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde karar verilen vakalar içerisinde yaralanması TCK terminolojisine göre

BTMile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmayan vakalarda daha fazla oranda (%54,54) ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verildiği belirlenmiştir.

ABD’de yapılan bir çalışmada tecavüz sonrasında vakaların %1-5 oranında gebe kaldığı, Gölge ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da hamilelik ile sonlanan tecavüz vakalarının çocuklarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (34, 191). Evlilik dışı, yasal olmayan cinsel birliktelik sonrası oluşan gebeliklerde annelerin ruhsal durumu bozulmaktadır. İlâveten gebelik depresyon için ayrıca bir risk faktörü olup, bu risk faktörünün başkaca etkenlerle de tetiklenmesi, durumu daha dramatik hale getirmektedir (30).

ATAD’ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı ile ilgili verdiği kararlar ile mağdurun gebelik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,800$). Bu durumun gebe olan vakaların çoğunun saldırgan ile sadece dini nikâhının bulunup yaşı nedeni ile cinsel istismar olarak değerlendirilmesinden ve olay ile ilişkili olmayan gebelik sayısının azlığından kaynaklandığı düşünülmüştür. Ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde karar verilen vakalar içerisinde olay ile ilişkili gebeliği bulunup da ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verilen vakaların tümünün ($n=2$) sanık ile dini nikâhının bulunduğu, ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verilen vakaların tümünün ($n=2$) ise kardeşi tarafından cinsel istismara uğradığı belirlenmiştir. Diğer bir yorumla rıza dışı gerçekleşen ilişki sonucu gebe kalan tüm vakaların ruh sağlığının bozulduğu saptanmış olup bu bulgu literatürü destekler nitelikte değerlendirilmiştir.

Travma sonrası sosyal desteğin olup olmaması ve travma sonrasındaki ek stres faktörler travmadan etkilenme düzeyini etkilemektedir (99). Olumsuz sosyal reaksiyonlar, daha fazla psikolojik semptom ortaya çıkmasına, TSSB gelişmesine ve kronikleşmesine, anksiyeteye, depresyona, mağdurun kendisini daha zor toparlamasına neden olmaktadır (105, 192-195). Ayrıca mağdurun psikolojik durumu olumsuz tepkilerden, olumlu tepkilere göre daha fazla etkilenmektedir (194, 196). Diğer taraftan yapılan çalışmalarda anne desteği bulunan, annenin çocuğuna inandığını hissettirdiği vakalarda düzelmelerin çok daha hızlı olduğu, daha az oranda TSSB geliştiği gösterilmiştir (104, 150).

Ancak çalışmamızda ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile mağdurun maruz kaldığı cinsel saldırı / istismar sonrasında çevresinden kötü tepki görüp görmemesi, başka bir psikolojik travmaya maruz kalıp kalmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Sırasıyla $p=0,533$ ve $p=0,134$). Bu sonuçların değerlendirmeye alınan vaka sayısının azlığından kaynaklandığı düşünülmüştür.

TCK'nin 102. maddesinde cinsel saldırı suçunun beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi durumunda verilen cezanın yarı oranında arttırılacağı belirtilmiştir. ATAD'ın ruh sağlığının bozulup bozulmadığı ile ilgili verdiği kararlar ile mağdurun maruz kaldığı iddia olunan cinsel saldırı/istismar fiiline karşı kendisini savunabilecek durumda olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamış olup ($p=0,265$) bunun nedeninin vaka sayısının azlığı olduğu düşünülmüştür. Diğer taraftan istatistiksel değerlendirmeye alınan vakalar içerisinde kendisini savunamayacak durumda olan vakalarda daha yüksek oranda (%66,6) ruh sağlığının bozulduğu yönünde, savunabilecek durumda olanlarda ise daha yüksek oranda (%61,5) ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verildiği saptanmıştır.

Ruh sağlığının bozulup bozulmadığı hususunda verilen kararlar ile mağdurun maruz kaldığı iddia olunan cinsel saldırı/istismar olayı ile ilgili flashback tarifleyip tariflememesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,013$). İstatistiksel değerlendirmeye alınan tüm vakalar içerisinde flashbactarifleyen tüm olgularda ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verildiği, tariflemeyen olgularda ise büyük oranda (%66,6) ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verildiği görülmüştür. Üstelik flashback tarifleyen vakaların tariflemeyenlere oranla daha az sevk edildiği de saptanmıştır. Bu bulgu cinsel saldırı ve istismar vakalarında ruh sağlığının değerlendirilmesinde flashback öyküsünün oldukça önemli olduğunu ve değerlendirme sırasında mutlaka üzerinde durulması gerektiğini göstermektedir.

Duygu durum, kişinin dünyayı algılayışını belirleyen yaygın ve sürekli duygu biçimi olarak tanımlanmaktadır (129). Çalışmamızda ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararlar ile mağdurun muayenesi sırasında saptanan duygu durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,001$).

İstatistiksel değerlendirmeye alınan vakalar arasında duygu durumu ötimik olan vakalarda büyük oranda (76,9) ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verildiği, duygu durumu anksiyöz olan vakaların büyük bölümünde (%90,9) ruh sağlığının bozulduğu yönünde karar verildiği, duygu durumu depresif olan vakalarda ise ruh sağlığının bozulmadığı yönünde karar verilmediği saptanmıştır. Bu bulgu cinsel saldırı ve istismar vakalarında ruh sağlığının değerlendirilmesinde duygu durum değerlendirmesinin oldukça önemli olduğunu göstermektedir. Ancak burada unutulmaması gereken faktörlerden birisi duygu durumun dalgalı seyirle günlük, saatlik ve hatta anlık değişimler gösterebileceğidir. Bu nedenle mağdurun sadece duygu durumuna bakılarak karar verilmesi uygun değildir.

Çalışmamızda örneklem sayısının az olması, vakalarda saptanan ruhsal durumun psikometrik ölçümlerle desteklenmemiş olması, sadece SDÜTF ATAD'ın Bilirkişi Raporlarının incelenmesi, vakalar hakkında diğer kurumlarca verilen raporlara ulaşılamamış olunması önemli sınırlılıklar oluşturmuştur.

5.4. Tıbbi Değerlendirmede Karşılaşılan Sorunlar

Bir travma sonrasında adli psikiyatrik değerlendirme yapacak olan hekimin, gerçekten ruhsal travma olarak kabul edilebilecek bir hadisenin bulunup bulunmadığı, saptanan klinik tablonun herhangi bir psikiyatrik bozukluk kümesini tam olarak karşılayıp karşılamadığı, tespit edilen ruhsal bozukluğun iddia edilen travmatik olay ile ilişkili olup olmadığı, kişide olay öncesinde de herhangi bir psikiyatrik bozukluk bulunup bulunmadığı ve farklı travmatik olaylar ile klinik tablonun ilişkisinin bulunup bulunmadığı sorularına mutlaka cevap araması gerekmektedir (15).

Normal psikiyatrik değerlendirme ve adli psikiyatrik değerlendirme birbirinden oldukça farklı yaklaşımlar gerektirmektedir. Normal klinik psikiyatri değerlendirmesinde hekimin kişinin yakınmalarını belirli ölçütler dahilinde değerlendirmesi yeterli olabilecek iken adli psikiyatrik değerlendirmede her zaman temaruz olasılığının dışlanması gerekmektedir.

Cinsel saldırı ve istismar vakalarında ruh sağlığının bozulup bozulmadığı kararının verilebilmesi için ölçüt olarak kullanılan TSSB, kişinin önceki travmatik

yaşantılarıyla ilişkilendirerek taklidini kolayca yapabileceği, hekimin gerçekleştiğine kesin olarak karar veremeyeceği travmatik olay dışında objektif değerlendirme kriterleri bulunmayan ve temaruzunun tespiti oldukça zor olan bir durumdur. Özellikle tazminat veya intikam gibi ikincil kazanımlar için temaruz yapılabilmektedir. TSSB-temaruz ayırımının yapılabilmesi için konunun uzmanı deneyimli kişilerce kişinin uzun süre gözlem altına alınarak izlenmesi, adli ve psikiyatrik kayıtlarının incelenmesi, yapılandırılmış görüşme tekniklerinin kullanılması gerekmektedir. Ancak mevcut imkânlarda böyle bir işlemin her vaka için yapılabilmesi mümkün gözükmemektedir. Tarafımızdan yapılan çalışmada da ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde karar verilebilmesi için vakaların sadece %5,9'u kontrol muayenesine çağırılmıştır. Bu durumda temaruz ayırımı olayı değerlendirilen Hakim'e bırakılmakta, Hakim de ruh sağlığının bozulduğu yönünde raporu cinsel saldırının destekleyici delili olarak yorumlayabilmektedir. ABD'de birkaç eyalette ruhsal bozukluk ile ilgili teşhisten travmanın varlığına gidilmiş, ülkemizde de bu yönde yorumlar yapılmıştır (15, 136).

Burada unutulmaması gereken durumlardan birisi de ASB'nin B tanı kriterinde dissosiyatif amneziler yani olayı hatırlamama durumunun da olabileceği belirtilmekte olduğudur. Bu durumda kişi olayı hatırlamadığını belirtiyorsa temaruz olmayabileceğini de göz önünde bulundurmak gerekmektedir (135).

Ruh sağlığının bozulması, tanımlanması güç, en ağır bozukluktan en hafif bozukluğa değişen durumları içine alabilecek belirsiz bir durumdur. Kanun ve gerekçesinde hangi durumlarda ruh sağlığının bozulduğu kanaatine varılacağı belirtilmemektedir (1, 3). Kimi hukukçular ruh sağlığındaki bozulmanın şiddetli olması gerektiğini, kanunun aslında bunu kastettiğini belirtmekle beraber, kimi hukukçular da kanunun aynen yazılı olduğu şekilde yorumlanması gerektiğini belirtmektedirler. Bu durumda hukukçular kendi aralarında bile belirleyemedikleri kriterlere göre doktorların karar vermesini istemektedir. Ayrıca, kanunu olduğu gibi değerlendiren medya ve halk, cinsel saldırı olaylarında ruh sağlığının bozulmadığı yönünde verilen kararlara anlam verememekte, bu nedenle doktorlara ve adalete olan güvenini kaybetmektedir. Öyle ki bir televizyon spikeri "bu doktorlara ruhsal muayeneyi öğretmek gerekiyor" diyebilme yetkinliğini kendisinde görebilmektedir.

Bu durumda hekimler saptadıkları belirtiler ile hangi yönde karar vermeleri gerektiğini bilememektedir.

Adli uygulamalarda TSSB tanısı cinsel saldırının etkisini bilimsel olarak tanımlamada kullanışlı olsa da, cinsel saldırıya mağdurun verdiği cevabın karmaşıklığını ortaya koymadaki yetersizliği eleştirilmektedir (197, 198). TSSB tanısının konulabilmesi için gerekli ilk koşul ağır bir travmatik yaşantının mevcut olmasıdır (15). Ancak değerlendirmeyi yapan hekimin cinsel saldırı/istismarın gerçek olup olmadığını belirlemede ne yetkisi, ne de görevi bulunmamaktadır. Üstelik hakim de mahkeme sonuçlanana kadar görüşünü hekime bildiremeyecektir. Bu durumda hekim TSSB tanısı için gerekli ilk ve elzem koşulun varlığından emin olmadan tamamen sübjektif yakınlara dayanan diğer kriterlerin mevcudiyetine göre karar vermek zorunda kalmaktadır. Ayrıca ICD-10 ve DSM-IV'ün TSSB tanı kriterlerinde farklılıklarda bulunmaktadır. Adli değerlendirmede hangi sistemin kriterlerinin kullanılması gerektiği belirsiz olduğundan hekim hangisine göre karar vermesi gerektiğini bilememektedir. Diğer taraftan travmaya uğrayan kişilerde kendi kendisini tedavi etmek için alkol veya başka madde kullanımı ile sık karşılaşmakta, bu durum tablonun belirti dizinini karıştırmakta, değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır (99).

Darvez-Bornoz ve arkadaşlarının yaptığı çalışma cinsel saldırı ve istismara maruz kalan kişilerin büyük oranda bu olay(lar) öncesinde de psikiyatrik rahatsızlıklarının bulunduğunu göstermektedir (67). Ayrıca cinsel saldırı/istismar sonrasında mağdur ailesi, akrabaları ve çevresindeki diğer kişiler tarafından fiziksel ve/veya psikolojik şiddete maruz kalabilmekte, bu olay nedeni ile sevdiği kişi ile evlenememekte, evli olduğu kişiden boşanabilmekte, toplumdan dışlanabilmekte ve daha birçok sorunla karşılaşabilmektedir. Bu gibi durumlarda hekimin saptadığı psikiyatrik sorunun kaynağını belirlemesi, cinsel şiddet ile ilişkisini kesin olarak ortaya koyması gerekmektedir. Travmatik olay ve ruhsal belirtiler arasındaki ilişkiyi kurabilmek için zamansallık ve içerik benzerliğine dikkat etmek, belirtilerin travmatik olayın özelliklerini yansıtmadığı, başlangıç veya artışının olayın sonrasında ortaya çıkıp çıkmadığı belirlenmelidir (62). Ancak bunun tam ayrımının yapılması uzun süreli takip, ayrıntılı inceleme ve tecrübe birikimi gerektirecektir. Bu da yine mahkeme sürecinin uzamasına, mağdurun tekrarlayan muayenelere maruz

kalmasına neden olacaktır. Diğer taraftan klinik değerlendirmeyi yapan hekim sadece muayene sırasındaki mevcut durumu değerlendirerek karar verebilmekte, bu da hatalı raporlara ve uygulamalara neden olabilmektedir.

Bazı durumlarda fail birden çok olabilmekte, mağdur farklı zamanlarda farklı kişiler tarafından cinsel şiddete maruz kalabilmektedir. Bu durumda hangi saldırı/istismarın mağdurda saptanan psikiyatrik bozukluğa neden olduğunun belirlenmesi gerekmekte olup bu ayrımın yapılması nerede ise imkânsız hale gelebilmektedir.

Değerlendirmede karşılaşılan sorunlardan bir diğeri de maruz kaldığı cinsel şiddetin anlamını kavrama yeteneği bulunmayan zihinsel engelli kişilerin ya da yaşı küçük çocukların değerlendirilmesidir. Zihinsel kapasiteleri kısıtlı, kendilerine söylenenleri ve sorulanları anlama konusunda yetersiz, konuşma ve kendisini ifade etme kabiliyetleri oldukça düşük, cinsel istismarın travmatik durumunu algılamakta ve değerlendirmekte yetersiz olan bu olgularda psikiyatrik görüşme, testlere adaptasyon ve mental değerlendirmede ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Ayrıca çocukların bir kısmı istismarı gönüllü olarak açıklarken, bir kısmı da bunu reddedebilmektedir (41). Ya da dissosiyatif bozukluk gelişen bir kişi yaşadığı olayı hatırlayamayabilmektedir.

5.5. Yapılmış Olan Çözüm Önerileri

Mahkemelerin ilk aşamada mağdurun tam teşekküllü bir sağlık kuruluşundan beden ve ruh sağlığının bozulup bozulmadığı hususunda rapor alınması, ruh sağlığının bozulmadığı yönünde bir saptama var ise, mahkemede de mağdurun genel görünümünden bu yönde kanaat oluşmuş ise, rapora da itiraz bulunmuyorsa ayrıca mahkeme 102-5 ve 103-6 maddeleri ile ilgili uygulama yapmak istemiyorsa bu konuda artık başka bir araştırma yapmadan bu rapora dayandırarak hüküm kurabileceği önerilmiştir (114). Ancak mağdurlarda akut dönemde hiçbir belirti saptanmadan uzun süre sonra TSSB ortaya çıkabileceği göz önünde bulundurulmak zorundadır. İlk birkaç ay psikopatolojik belirti vermeyen kişinin ruh sağlığının bu olay nedeni ile ileride bozulmayacağını söylemek bilimsel görüşlere ters düşmektedir.

Yayınlarda ve toplantılarda en çok tekrar edilen çözüm önerisi cinsel saldırı ve istismar vakalarını eksiksiz değerlendirebilecek multidisipliner değerlendirme merkezlerin kurulmasıdır (11, 24, 36, 42, 49, 56, 76, 136, 140). Mağdurlara ruh sağlığı hizmeti verirken bu işin multidisipliner bir çalışma gerektirdiği, olgunun değerlendirilmesinden tedavisine kadar her aşamada farklı uzmanlık alanlarından kişilerin birlikte çalışması gerektiği unutulmamalıdır (36). Bu merkezlerde adli tıp, psikiyatri, çocuk psikiyatri, kadın doğum, genel cerrahi, çocuk cerrahi, enfeksiyon ve pediatri uzmanları ile psikologlar, hemşireler ve sosyal hizmet görevlisi dayanışma içerisinde çalışmalı, çocuğun değerlendirilmesi yapılırken aynı zamanda Cumhuriyet Savcısı ve avukat da ortamda bulunmalı, mağdurun ifadesi de aynı zamanda alınmış olmalı, gerektiğinde mağdur izlem altına alınabilmelidir. Bu, cinsel saldırı ve istismarların değerlendirilmesinde şüphesiz oldukça faydalı olacak bir öneridir. Mevcut yasalar ile ilgili değerlendirmede karşılaşılan sorunları büyük ölçüde, uygulamada karşılaşılan sorunları da kısmen karşılayacaktır. Ancak ilgili maddelerde düzenleme yapılmadan tek başına sorunu ortadan kaldırmada yeterli olmayacaktır. Her ne olursa olsun, kim nasıl değerlendirirse değerlendirsin cinsel saldırı ya da istismara maruz kalmış bir kişinin ruh sağlığının bozulmadığını kamuoyu hiçbir zaman kabul etmeyecektir.

Mağdurun tekrar tekrar duruşmaya çıkartılmasının yerine ilk muayeneyi yapan doktor kimse tanık olarak duruşmaya çıkartılması da öneriler içerisinde yer almaktadır (115). Bu öneri mağdurun olayı tekrar tekrar anlatmasının engellemesi açısından olumludur. Fakat ülkemiz şartlarında çoğu raporda mağdurun anamnezi ile ilgili bilgi dahi bulunmadığı göz önüne alındığında uygulanabilirliği tartışmalıdır. Ayrıca kişinin yapılan ilk muayenesinde hiçbir belirti saptanmadığı halde uzun süre sonra TSSB ortaya çıkabileceği de göz önünde bulundurulmak zorundadır.

Kanunun bu fıkralarının “beden ve ruh sağlığının daimi bozulması” şeklinde değiştirilmesi de önerilmektedir (136). Fakat burada değerlendirmenin ne zaman yapılacağı sorunu ortaya çıkmaktadır. Daimi bozulmanın kontrolü için mevcut uygulamada olduğu gibi aylar-yıllar sonrasında raporlar düzenlenebilecek, adli sürecin uzamasını, mağdurun daha çok mağdur edilmesini engellemeyecektir. Diğer yandan psikopatoloji saptanan bireyde rahatsızlığın devamlı olacağını saptamak da yine bir sorun haline gelecektir.

Kanunun bu fıkralarının “beden ve ruh sağlığının ağır Őekilde bozulması” Őeklinde deđiŐtirilmesi de önerilmektedir (115, 135). Fakat bu durumda yine bozukluğun sũrekli olup olmayacağı, hangi bozuklukların buna dahil edileceği, değerlendirmenin ne zaman yapılacağı belirlenmemiŐ olacak, yine gųreceli ve subjektif bir kavram olan “ağır” kavramı tartıŐmalara neden olacak, uygulamadan kaynaklanan sorunlar da bũyũk ųlçũde devam edecektir.

Yapılan önerilerden bir diğerisi de raporların mutlaka Adli Tıp Uzmanı sũzgecinden geçirilerek mahkemenin ųnũne gelmesidir (136). Ancak ųlkemizde her hastanede hatta her ilde Adli Tıp Uzmanı bulunmamaktadır. Ayrıca hukukçular arasında olduğu gibi Adli Tıp Uzmanları arasında da gųrũŐ birliği bulunmamaktadır. Bu durumda raporların Adli Tıp Uzmanlarınca kontrolũ yapılmıŐ olsa dahi çeliŐkili raporların hazırlanması engellenemeyecektir.

Önerilerden bir diğerisi de Őniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dallarından sıkça istifade edilmesi gerektiğidir (136). Őniversite Hastanelerinde gųrev yapan Adli Tıp Anabilim Dalları bir hastane çatısı altında bulduklarından Psikiyatri ve Çocuk Psikiyatri uzmanlarına eriŐimleri, onlar ile iletiŐimleri ve gerektiğinde gųrũŐ alıŐ-veriŐleri çok daha kolay olmakta, iŐ yũkleri Adli Tıp Kurumu’na gųre oldukça az olduğundan vakalara çok daha fazla zaman ayırarak daha ayrıntılı Őekilde değerlendirebilmektedirler. Hatta birden çok psikiyatri uzmanı ile bir araya gelip vakaları birlikte değerlendirebilmektedirler. Ancak Adli Tıp Uzmanları arasındaki gųrũŐ farklılıkları nedeni ile buralardan verilen raporlar ile Adli Tıp Kurumu tarafından verilen raporlar arasında da çeliŐkiler ortaya çıkabilmekte, Yargıtay da bu birimlerin raporlarına itibar etmemekte, mutlaka Adli Tıp Kurumunca değerlendirme yapılması gerektiği yųnũnde kararlar vermektedir.

Bir grup önerisi de gųrũŐũmũz ile uyumlu olarak bu fıkraların iptal edilmesi yųnũndedir (136, 140). Ancak bu fıkraların ek dũzenlemelere tabi tutulmadan iptal edilmesi ceza arttırımından çok ceza indirimine neden olacağından fiile karŐı olan caydırıcılığı azaltacaktır.

6. SONUÇ

Yapılan taramada da görüldüğü üzere mağdurun ruh sağlığını etkileyen çok sayıda faktör bulunmasına rağmen bunların hemen hiçbiri karar vermek için tek başına yeterli olmamaktadır. Her ne kadar kanunun değiştirilerek ruh sağlığındaki bozulmanın şiddetli ve sürekli olması gerektiğinin, değerlendirilme zamanının kanuna eklenmesi önerilmiş olsa da, hatta kanundan ve uygulamadan kaynaklanan sorunlar birer birer ortadan kaldırılsa da değerlendirmede karşılaşılan sorunlar ve imkânsızlıklar kısmen devam edecektir. Bu da verilen kararların her zaman tartışmaya açık kalmasına neden olacaktır.

Uygulamada çok sayıda soruna yol açan, kesin olarak değerlendirilmesi oldukça zor olup ayrıntılı ve uzun süreç gerektiren, mağdurlara maddi ve manevi yönden zulmedilmesine neden olan, halkın adalete ve doktorlara olan inancını zedeleyen TCK'nin 102/5 ve 103/6. maddeleri değiştirilmeli, cinsel saldırı ve istismarda ruh sağlığının bozulup bozulmadığı hususu cezada ağırlaştırıcı etken olmaktan çıkartılmalı, sadece istendiğinde cinsel saldırının varlığını destekleyici bir delil olarak kabul edilmelidir.

Cinsel saldırı ve istismar vakalarında mağdurun ruh sağlığının durumu ağırlaştırıcı faktör olarak kullanılmaya devam edilecekse, bu durumda mağdurun ruh sağlığındaki bozulma hafif derecede, orta derecede ve ağır derecede bozulma gibi derecelendirmelere tabi tutulup ceza arttırımının bunlara göre yapılması, bu unsurun cezanın alt sınırını değil arttırım oranını belirlemesi uygun olacaktır. Ayrıca cinsel saldırı ve istismar olgularının tek seferde en hızlı ve doğru şekilde değerlendirilebilmesi için hemen her ilde değerlendirme birimleri kurulmalı, ülke genelinde uygulanabilecek standart yazılı protokoller belirlenmeli, değerlendirmeyi yapacak olan Adli Tıp Uzmanları ve Psikiyatristlere meslek içi eğitim kursları tarzında eğitimler verilmeli, hangi kriterlerin nasıl değerlendirileceği anlatılmalı, bu kurslara katılanlara değerlendirme yapabilme yeterlilik belgesi verilmeli, böylece ülke çapında standart bir yaklaşım tarzı oluşturulmalıdır.

ÖZET

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına Başvuran Vakalarda ve Ülke Geneline Cinsel Saldırı ve İstismar Olgularının Ruh Sağlığı Açısından Değerlendirilmesinde Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Türk Ceza Kanununun cinsel saldırı ve istismar ile ilgili maddelerinde mağdurun ruh sağlığının bozulması durumunda cezanın önemli miktarda arttırılacağı belirtilmektedir. Fakat kesin bir tanımı bulunmayan ruh sağlığının nasıl, ne zaman, hangi kriterlere göre değerlendirileceği belirtilmemektedir. Bu nedenle uygulamada ve değerlendirmede önemli sorunlar yaşanmakta, mağdur daha çok mağdur edilmekte, halkın adalete olan güveni sarsılmaktadır.

Çalışmamızda Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına başvuran cinsel saldırı ve istismar vakaları değerlendirilerek, cinsel saldırı/istismar sonrasında ruh sağlığının bozulup bozulmadığı yönünde verilen kararların mağdurun iddiaları ve muayene bulguları ile ilişkisi araştırılmıştır. Ayrıca ülke genelinde bu konu ile ilgili yaşanan sorunlar “kanundan kaynaklananlar”, “uygulamadan kaynaklananlar” ve “değerlendirmeden kaynaklananlar” şeklinde sınıflandırılarak ortaya konulmuştur.

Sonuç olarak objektif kriterler ile değerlendirilemeyen “ruh sağlığının bozulması” kavramının, kanıtlanması oldukça zor olan cinsel suçlarda caza arttırıcı bir faktör olarak belirlenmesinin sakıncalarının bulunduğu, bu maddenin tamamen kaldırılması veya revize edilmesi gerektiği kanaatine varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Cinsel saldırı, cinsel istismar, ruh sağlığı.

ABSTRACT

Problems Faced at the Evaluation of the Sexual Assault and Abuse Cases that are Nation-Wide and are Observed in the Cases which Apply to the Forensic Medicine Branch of the Medical Faculty of Süleyman Demirel University in Terms of Mental Health and Solution Offers

On the article of the Turkish Criminal Code regarding sexual assault and abuse it is stated that if the mental health of the victim is impaired the punishment would be increased significantly. However, how, when and according to which criteria the mental health for which there is no definition will be evaluated has not been stated. Hence significant difficulties are had in practice and evaluation, the victim suffers further and the faith of public on justice is shaken.

In our study the sexual assault and abuse cases which applied to Forensic Medicine Branch of the Medical Faculty of Süleyman Demirel University have been evaluated and the relation of the decisions given on whether or not the mental health has been impaired after the sexual assault/abuse with the victim's claims and examination findings has been explored. Furthermore, the problems experienced on this matter nation-wide have been presented by classifying them as "arising from the law", "arising from implementation" and "arising from evaluation".

It has been concluded that it is objectionable to designate the notion of "impairment of mental health" which can not be evaluated with objective criteria as a fact that increase punishment at sex crimes which are very difficult to prove and that this article should be cancel in whole or revised.

Key words: Sexual assault, sexual abuse, mental health.

KAYNAKLAR

1. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 26.09.2004; sayı:25611.
2. Balcı Y. Cinsel Suç Olgularında "Beden ve Ruh Sağlığının Bozulması" Kavramı. 2009 [06.02.2011]; Available from: <http://www.medimagazin.com.tr/authors/yasemin-balcı/tr-cinsel-suc-olgularında-8220beden-ve-ruh-sağlığının-bozulması8221-kavramı-72-76-2060.html>.
3. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu Gerekçesi. Kabul Tarihi: 26.09.2004; .
4. Cantürk G, Cantürk N. Cinsel Saldırı Mağdurlarının Muayene Prosedürü. Türkiye Klinikleri Acil Tıp Dergisi. 2006;2(50).
5. Öztop DB, Özcan ÖÖ. Cinsel İstismar Vak'alarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Yeni Symposium Dergisi. 2010;48(4):270-6.
6. Taneli S, Albayrak EC, Sivrioğlu EY. Küçük Çocuğun Cinsel Tacizi ve Tanı Zorlukları. In: Ekşi A, editor. Ben Hasta Değilim. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 1999. p. 531-41.
7. Özer E, Bütün C, Beyaztaş FY, Engin A. Çorum Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne 2006-2007 Yıllarında Başvuran Cinsel İstismar Mağduru Çocuk Olgularının Değerlendirilmesi. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;29(2):51-5.
8. Demirci Ş, Doğan KH, Erkol Z, Deniz İ. Konya'da Cinsel İstismar Yönünden Muayenesi Yapılan Çocuk Olguların Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi. 2008;5:43-9.
9. Gölge ZB. Cinsel Travma Sonrası Oluşan Ruhsal Sorunlar. Nöropsikiyatri Arşivi. 2005;42(1-2-3-4):19-28.
10. Yüksel Ş. Travmatik Yaraların Açığa Çıkmasında ve Onarılmasında Görüşme Ortamı. Klinik Gelişim. 2009;22(4):11-7.
11. Karbeyaz K, Gündüz T, Balcı Y, Akkaya H. Yeni Türk Ceza Kanunu Sonrası Değerlendirilen Cinsel Suç Olguları; Eskişehir Deneyimi. Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine 2009; 6 (1):1-8.
12. Sözen Ş, Aksoy E. Cinsel Saldırılarda Hekim Sorumluluğu, Tıbbi ve Hukuki Yaklaşım. Klinik Gelişim 2009; 22: 101-109.
13. Soysal Z, Eke M. Cinsel Suçlar. In: Soysal Z, Çakalır C. Adli Tıp 3, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1999:1167-1244.
14. Hasanoğlu A. Yeni Bir Tanı Kategorisi Önerisi: Travma Sonrası Hayata Küsmeye Bozukluğu. Türk Psikiyatri Dergisi. 2008;19(1):94-100.
15. Oral G. Cinsel Saldırı Suçlarında Beden ve Ruh Sağlığının Bozulması Kavramı. In: Ağrıtmış H, editor. 14Ulusal Adli Tıp Günleri Paneller ve Poster Sunuları. Antalya: Adli Tıp Kurumu Yayınları; 2007. p. 50-5.
16. Irmak TY. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler. İzmir2008.
17. Avcı A, Tahiroğlu AY. Çocuk Ergen Psikiyatrisi ve Adli Tıbbi Yaklaşım Değerlendirme. 2009 [31.03.2011]; Available from: http://www.mafs2009.org/pdf/6_5.pdf.

18. Celbis O, Karaca M, Özdemir B, Isır AB. Cinsel suçlarda muayene. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;1(4):48-52.
19. Erol A. Cinsel İstismar Ve Saldırı Suçlarına İlişkin Sorunlar Eleştiri ve Öneriler / Ruh Sağlığının Bozulması Kavramı. [06.02.2011]; Available from: http://www.turkhukuk sitesi.com/makale_1131.htm
20. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence : Geneva.
21. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı - Tanımlar. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2007.
22. Yorulmaz C, Şanyüz Ö, Ketenci Ç. Cİnsel Saldırıları. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2006; 48:127-141.
23. Yavuz MF. Türk Ceza Kanunun'da tanımlanan Cinsel Suçlara Adli Tıbbi Yaklaşım. In: Ağrıtmış H, editor. 12 Ulusal Adli Tıp Günleri Paneller ve Poster Sunuları Antalya. İstanbul: Adli Tıp Kurumu Yayınları, 2005:96-100.
24. Tümer AR, Kanburoğlu Ç, Odabaşı AB. Cinsel saldırı referans merkezlerinin önemi ve yapılanması. Hacettepe Tıp Dergisi 2009; 40:13-18.
25. Çekin N, Hilal A, Bilgin N, Alper B, Gülmen KM, Savran B, Sarıca AD. Adana'da Ağır Ceza Mahkemelerine yansıyan cinsel suçların incelenmesi. Adli Tıp Bülteni 1998; 3(3): 81-85.
26. R Jewkes, Garcia-Moren C, Sen P. Sexual violence. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 149-81.
27. Amstadter AB, McCauley JL, Ruggiero KJ, Resnick HS, Kilpatrick DG. Self-Rated Health in Relation to Rape and Mental Health Disorders in a National Sample of Women. American Journal of Orthopsychiatry 2011; 81(2):202-210.
28. 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.
29. Gökdoğan M. Cinsel Saldırı Konusunda Adli Hemşireye Duyulan Gereksinim. Adli Tıp Bülteni. 2008;13(2):69-77.
30. Balcı Y, Gündüz T, Karbeyaz K, Tok M. Evlilik Dışı Gebelikte İntihar. Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine. 2007;4(1):45-9.
31. Kalenderoğlu A, Yumru M, Selek S, Savaş HA. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Psikiyatri Birimine Gönderilen Olguların İncelenmesi. Nöropsikiyatri Arşivi. 2007;44:88-90.
32. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2008. [05.05.2011]; Available from: <http://www.ksgm.gov.tr/tdvaw/istatistikler.htm>.
33. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Türkiye'de Kadının Durumu. 2011.
34. Gölge ZB, Yavuz MF, Yüksel Ş. Cinsel Salgın Profili. Adli Tıp Dergisi 2006; 20(1): 1-17.
35. Kök AN. Çocuğun Cinsel İstismarında Adli Tıp Uygulamaları. Erzincan Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2006; 10(3):3-13.
36. Ayşegül Yolga-Tahiroğlu, Avcı A, Çekin N. Çocuk İstismarı, Ruh Sağlığı ve Adli Bildirim Zorunluluğu. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2008;9:1-7.

37. Erdoğan E. Çocuk İstismarı. [05.05.2011]; Available from: http://www.ctf.istanbul.edu.tr/anabilimdallari/pdf/109/cocuk_istismari.pdf.
38. Taner Y, Gökler B. Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi. 2004;35(2):82-6.
39. Keskin G, Çam O. Çocuk Cinsel İstismarına Psikodinamik Hemşirelik Yaklaşımı. Yeni Symposium. 2005;43(3):118-25.
40. Banyard VL, Williams LM, Siegel JA. Childhood Sexual Abuse: A Gender Perspective on Context and Consequences. Child Maltreatment 2004; 9(3):223-238.
41. Koverola C, Friedrich W. Psychological Effects of Child Sexual Abuse. In: Heger AH ES, Muram D, Jenny C, Koverola C, Levitt CJ ve ark., editor. Evaluation of the Sexually Abused Child. New York: Oxford University Press; 2000. p. 21-40.
42. Ceylan A, Tuncer O, Melek M, Akgün C, Gülmehtmet F, Erden Ö. Van Bölgesindeki Çocuklarda Cinsel İstismar. Van Tıp Dergisi 209: 16 (4):131-134
43. Stoltenborgh M, IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. Child Maltreatment 2011; 16(2)79-101.
44. Child maltreatment 1994: Reports from the States to the National Center on Child Abuse and Neglect. . Washington , DC U.S. Government Printing Office.; 1996.
45. Kolko DJ. Child physical abuse. In: J. E. B. Myers LB, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, T. A. Reid, editor. The APSAC handbook on child maltreatment, 2nd edition California: Sage Publications; 2002: 21-54.
46. 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: 1205-1222.
47. Berber G, Korkut S. Father Incest Against a 4,5 Month Old Baby: Case Report. Adli Tıp Dergisi. 2009;23(3):28-32.
48. Eskin M, Kaynak-Demir H, Demir S. Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. Archives of Sexual Behavior. 2005;34(2):185-95.
49. Çelik G. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine Başvuran Ergenlerin Özellikleri [Uzmanlık Tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.
50. Türkoğlu E, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O. Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımının Araştırılması. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2000; 22 (3): 144-148.
51. Gölge ZB, Yavuz MF. Cinsel Saldırı Olgularının Suç Motivasyonuna Göre Sınıflandırılması. Adli Tıp Dergisi 2007; 21(2): 11-19.
52. Leeners B, Stiller R, Block E, Görres G, Imthurn B, Rath W. Effect of childhood sexual abuse on gynecologic care as an adult. Psychosomatics 2007; 48(5):385-393.
53. Edward KE, Macleod MD. The Reality and Myth of Rape: Implications for the Criminal Justice System. Expert Evidence 1999; 7(1): 37-58. .
54. Kayı Z, Yavuz MF, Arıcan N. Kadın üniversite gençliği ve mezunlarına yönelik cinsel saldırı mağdur araştırması. Adli Tıp Bülteni 2000; 5(3):157-163.
55. Sözen MŞ, Elmas İ, Sözen A, Fincancı ŞK. Aile içi bir istismar olgusu. Adli Tıp Bülteni. 1999; 4(3): 109-12.

56. Çelik GG, Tahiroğlu AY, Avcı A, Meral D, Çekin N. İstismar Olgularında Asılsız Bildiri: Bir Olgu Sunumu Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9(1):49-53. .
57. Aydın B, Çolak B. Samsun'da Ağır Ceza Mahkemesine Yansıyan Cİnsel Suçlar. Adli Tıp Bülteni 2004; 9(1): 109-116.
58. Sadoff RL. Practical issues in forensic psychiatric practice. In: Rosner R, editor. Principles and Practice of Forensic Psychiatry. 2 ed. London: Hodder Arnold; 2003. p. 44-51.
59. Pektaş İ, Bilge A, Ersoy MA. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7:43-8.
60. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Genel Yaklaşımlar. 2011;3(1):67-99.
61. Terr L. Too Scared to Cry: Psychic Trauma in Childhood. New York: Harper and Row; 1990.
62. Biçer Ü, Tırtıl L, Kurtuş Ö, Aker T. Adli Psikiyatri. Klinik Gelişim. 2009;22:126-32.
63. Oral G. Yeni Türk Ceza Kanunu ve Ruhsal Travma. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 2006; 48:118-126.
64. Fonseca H, Ireland M, Resnick M. Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents. Int J Eat Dis. 2002;32:441-8.
65. Campbell R, Dworkin E, Cabral G. An Ecological Model of the Impact of Sexual Assault on Women's Mental Health. Trauma, Violence and Abuse 2009; 10 :225–246.
66. Heim C, Nemeroff CB. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. CNS Spectrums 2009; 14(1): 13–24.
67. Darves-Bornos JM, Lépine JP, Choquet M, Berger C, Degiovanni A, Gaillard P. Predictive factors of chronic Post-Traumatic Stress Disorder in rape victims. European Psychiatry 1998; 13(6):281-287
68. Eckert OL., Sugar N, Fine D. Characteristics of sexual assault in women with a major psychiatric diagnosis. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002; 186 (6): 1284-1291.
69. Kekeç Z, Sarı A. Acilde Zehirlenme Olguları ve Özk>yım. Yeni Symposium Journal. 2008;46(3):109-21.
70. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN ve ark. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. Mayo Clin. Proc. 2010; 85(7):618-629.
71. 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(1):164-180.
72. Banyard VL, Williams LM, Siegel JA. Childhood Sexual Abuse: A Gender Perspective on Context and Consequences. Child Maltreatment 2004; 9(3):223-238.
73. Hornor G. Child Sexual Abuse: Consequences and Implications. Journal of Pediatric Health Care 2010;24(6):358-364.

74. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child Sexual Abuse and Subsequent Psychopathology: Results From the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health* 2001; 91(5):753-760.
75. Haavet OR, Straand J, Saugstad OD, Grunfeld B. Illness and exposure to negative life experiences in adolescence: two sides of the same coin? A study of 15-year olds in Oslo, Norway. *Acta Paediatr* 2004; 93:405–411.
76. Karanfil R, Akçan R, Orhan FÖ. Çocuğun Cinsel İstismarı ile İlgili Asılsız İddialar ve Paranoid Bozukluk: İki Olgu Sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(1):53-7.
77. Bahali K, Akçan R, Tahiroglu AY, Avcı A. Child sexual abuse: seven years in practice. *Journal of Forensic Sciences* 2010; 55(3):633-636.
78. Raphael KG, Widom CS. Post-traumatic stress disorder moderates the relation between documented childhood victimization and pain 30 years later. *Pain* 2011;152(1):163-169.
79. Ackerman PT, Newton JEO, McPherson WB, Jones JG, Dykman RA. Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*; 22(8):759-774
80. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, Giles WH. Long-Term Consequences of Childhood Sexual Abuse by Gender of Victim. *American Journal of Preventive Medicine* 2005; 28(5):430–438.
81. Lawyer SR, Ruggiero KJ, Resnick HS, Kilpatrick DG, Saunders BE. Mental health correlates of the victim- perpetrator relationship among interpersonally victimized adolescents. *J Interpers Violence* 2006; 21(10):1333–1353.
82. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse / dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003; 71(4):692–700.
83. Pratt HD, Patel DR, Greydanus DE, Dannison L, Walcott D, Sloane MA. Adolescent sexual offenders: Issues for pediatricians. *International Pediatrics* 2001; 16(2): 1-8.
84. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders* 2004; 15(2): 217–225.
85. McLean LM, Gallop R. Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160:369–371.
86. Molnar BE, Shade SB, Kral AH, Booth RE, Watters JK. Suicidal behavior and sexual/physical abuse among street youth. *Child Abuse Neglect* 1998;22(3):213-222.
87. Cortés Arboleda MA, Cantón Duarte J, Cantón-Cortés D. Characteristics of sexual abuse of minors and its consequences on victims' mental health. *Gaceta Sanitaria* 2011; 25(2):157-165.
88. Porcerelli JH, Cogan R, Markova T, Murdoch W, Porcerelli MA. Abuse, outpatient charges and utilization, and psychiatric symptoms among urban women on medicaid. *J Am Board Fam Med*. 2010; 23(3):363-370.
89. Kuo JR, Goldin PR, Werner K, Heimberg RG, Gross JJ. Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 2011; 25(4):467-473.

90. Gal G, Levav I, Gross R. Psychopathology Among Adults Abused During Childhood or Adolescence: Results From the Israel-Based World Mental Health Survey. 2011; 199(4):222-229.
91. Moran P, Coffey C, Chanen A, Mann A, Carlin JB, Patton GC. Childhood sexual abuse and abnormal personality: a population-based study. *Psychological Medicine* 2011; 41(6):1311-1318.
92. Martin G, Bergen HA, Richardson AS, Roeger L, Allison S. Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse and Neglect* 2004;28:491-503.
93. Noll JG, Trickett PK, Harris WW, Putnam FW. The cumulative burden borne by offspring whose mothers were sexually abused as children, *Journal of Interpersonal Violence* 2008;1-26. [05.06.2011]; Available from: <http://jiv.sagepub.com/content/early/2008/05/01/0886260508317194>.
94. Lalor K, McElvaney R. Child Sexual Abuse, Links to Later Sexual Exploitation/High-Risk Sexual Behavior, and Prevention/Treatment Programs. *Trauma, Violence and Abuse* 2010; 11(4):159-177.
95. Doğan S. Cinsellikten Tiksinti Duyma Bozukluğu: Davranışçı Tedaviye Olumlu ve Hızlı Yanıt Veren Bir Olgu. *Klinik Psikiyatri* 2006; 9:191-197.
96. Arata CM. Child sexual abuse and sexual revictimization. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002; 9(2): 135-164.
97. Aksoy UM, Aksoy ŞG, Maner F. Yeme Bozukluklarında Cinsellik, Cinsel Davranış ve Tutumlar. *New/Yeni Symposium Journal* 2008;46(2)62-65.
98. Fonseca H, Ireland M, Resnick MD. Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents. *The International Journal of Eating Disorders* 2002; 32(4):441-448.
99. Kırılı S. Anksiyete Bozuklukları Tanı, Ayırıcı Tanı, Komorbidite. Bursa: Özsan Matbaacılık, 2006:62-72.
100. Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Köroğlu E, editor. Ankara: HYB Basım Yayın; 2007.
101. Doruk A. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Etyolojik Faktörlerin Araştırılması [Uzmanlık Tezi]. Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi; 1998.
102. ÖZGEN F, AYDIN H. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*. 1999;1:34-41.
103. Kilpatrick DG, Edmunds CN, Seymour A. National Center for Victims of Crime and Crime Victims Research and Treatment Center. Rape in America: A report to the nation. Arlington, 1992.
104. Epstein JN, Saunders BE, Kilpatrick DG. Predicting PTSD in women with a history of childhood rape. *Journal of Traumatic Stress* 1997; 10(4): 573-588.
105. Atay İM. Posttravmatik Stres Bozukluğu. *Dirim*. 2005;80(4):128-38.
106. Southwick SM, Morgan CA, Darnell A, Bremner D, Nicolaou AL, Nagy LM ve ark. Trauma-related symptoms in veterans of Operation Desert Storm: a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1150-1155
107. Doruk A, Çelik C, Özdemir B, Aytakin Ö. Uyum Bozukluğu ve Yaşam Olayları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:197-202.

108. Özgüven HD, Tuncet ET. Uyum Bozukluğu. *Kriz Dergisi* 1997; 5(2): 87-94.
109. Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Köroğlu E, editor. Ankara: HYB Basım Yayın; 2007; 975-982.
110. Savrun M, Duran A, Tüzgen S, Özertürk S, Uğur M. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu Teşhis Edilen Bir Vak'ada Görülen Histriyonik ve Borderline Kişilik Yapısı Özellikleri. *Yeni Symposium* 1996; 34(1-2): 3-9.
111. Aggrawal A. *Ferensic and Medico-legal Aspects of Sexual Crimes and Unusual Sexual Practices*. Boca Raton: CRC Press; 2009.
112. Karşlı G. Cinsel Saldır Suçlarında Beden ve Ruh Sağlığının Bozulması Kavramı. In: Ağrıtmış H, editor. *14Ulusal Adli Tıp Günleri Paneller ve Poster Sunuları Antalya: Adli Tıp Kurumu Yayınları; 2007. p. 59-61.*
113. Centel N. Yeni Türk Ceza Yasası ve Kadın. 2005 [20.04.2011]; Available from: <http://nurcentel.com/makaleler/yenitckvekadin.pdf>.
114. Demirel B. Cinsel Saldırı Suçlarında Beden ve Ruh Sağlığının Bozulması Kavramı. In: Ağrıtmış H, editor. *14 Ulusal Adli Tıp Günleri Paneller ve Poster Sunumları. Antalya: Adli Tıp Kurumu Yayınları; 2007. p. 39-42.*
115. Yenisey F. Cinsel Saldırı Suçlarında Beden ve Ruh Sağlığının Bozulması Kavramı. In: Ağrıtmış H, editor. *14 Ulusal Adli Tıp Günleri Paneller ve Poster Sunuları. Antalya: Adli Tıp Kurumu Yayınları; 2007. p. 46-9.*
116. Criminal Code (Strafgesetzbuch). [12.05.2011]; Available from: <http://www.iuscomp.org/gla/statutes/StGB.htm#177>.
117. 50 State Survey of Sexual Offenses Against Children (Statutory Rape). NIC/WCL Project on Addressing Prison Rape [11.05.2011]; Available from: <http://nicic.gov/library/files/021769.pdf>.
118. Combating of Rape Act, No. 8 of 2000 [11.05.2011]; Available from: <http://www.lac.org.na/laws/pdf/comrape.pdf>.
119. West Australian Consolidated Acts - Criminal Code Act Compilation Act 1913 - Notes. [11.05.2011]; Available from: http://www.austlii.edu.au/au/legis/wa/consol_act/ccaca1913252/notes.html.
120. South Australian Consolidated Acts - Criminal Law Consolidation Act 1935. [11.05.2011]; Available from: http://www.austlii.com/au/legis/sa/consol_act/clca1935262/notes.html.
121. Austrian Penal Code of 1974. [11.05.2011]; Available from: <http://www.interpol.int/public/Children/SexualAbuse/NationalLaws/csaAustria.asp>.
122. Indian Penal Code (IPC). [11.05.2011]; Available from: <http://www.vakilno1.com/bareacts/indianpenalcode/indianpenalcode2.htm>.
123. New Zealand Legislation: Acts [11.05.2011]; Available from: <http://www.legislation.govt.nz/act/public/1961/0043/latest/DLM327382.html>.
124. The General Civil Penal Code of Norway. [11.05.2011]; Available from: http://www.norlam.md/docs/The%20General%20Civil%20Penal%20Code_en.pdf.
125. The Criminal Code Of The Russian Federation. [11.05.2011]; Available from: <http://www.russian-criminal-code.com/PartII/SectionVII/Chapter18.html>.
126. Sexual Offences Act 2003. [11.05.2011]; Available from: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2003/42/pdfs/ukpga_20030042_en.pdf.

127. Grayston AD, De Luca RV. Female Perpetrators of Child Sexual Abuse: a Review of the Clinical and Empirical Literature. *Aggression and Violent Behavior* 1999; 4(1):93-106.
128. Dirlik M, Özkök MS, Katkıcı U, Erel Ö. Aydın'da cinsel suç ve suçluların profili. *Adli Tıp Bülteni* 2002; 7(3): 97-104.
129. Kaplan H, Sadock B. Klinik Psikiyatri. Abay E, editor. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004.
130. Atay S. İş Ortamında Temaruz Olgusu (Malingering). *Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi* 2007; 23(2):1-10.
131. Demirkıran S, Yaman M, Uygur N. Ceza Ehliyeti Değerlendirmelerinde Yapılandırılmış Görüşme Yöntemlerinin Klinik Karara Etkisi. *Düşünen Adam* 2003; 16(3)139-143.
132. Şirin O. Cinsel Saldırı Suçlarında Beden ve Ruh Sağlığının Bozulması Kavramı. In: Ağrıtmış H, editor. 14 Ulusal Adli Tıp Günleri Paneller ve Poster Sunuları. Antalya: Adli Tıp Kurumu Yayınları; 2007. p. 55.
133. Resnick P, West S, Payne J. Malingering of Posttraumatic Disorders. In: Rogers R, editor. *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. New York: The Guilford Press; 2008.
134. Baker C, Alfonso C. Forensic Validity of a PTSD Diagnosis. . Available from: <http://www.traumatic-stress-treatment.com/artforensicvalidity.html>.
135. Ergezer Y. Cinsel Saldırı Suçlarında Beden ve Ruh Sağlığının Bozulması Kavramı. In: Ağrıtmış H, editor. 14 Ulusal Adli Tıp Günleri Paneller ve Poster Sunuları. Antalya: Adli Tıp Kurumu Yayınları; 2007. p. 43-6.
136. Karadağ M. Cinsel Saldırı Suçlarında Beden ve Ruh Sağlığının Bozulması Kavramı. In: Ağrıtmış H, editor. 14 Ulusal Adli Tıp Günleri Paneller ve Poster Sunuları. Antalya: Adli Tıp Kurumu Yayınları; 2007. p. 55-8.
137. Yüksel N. Medeni Hukuk ve Adli Psikoloji. [29.05.2011]; Available from: http://www.google.com.tr/url?sa=t&source=web&cd=31&ved=0CByQFjAAOB4&url=http%3A%2F%2Fxa.yimg.com%2Fkq%2Fgroups%2F9666654%2F1313969932%2Fname%2FMedeni_hukuk_ve_adli_psikoloji%255B1%255D.doc&ei=t43hTbW8BZGD-wbvUZHkBg&usq=AFQjCNHrY5V2KpItXR5ofYhIz8s9tHYPw.
138. First MB, Frances A, Pincus HA. DSM-IV-TR Guidebook. 4 ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2004:63.
139. Kar H, Gamsız Bilgin N, Dokgöz H, Metin A, Toros F. Cinsel istismar mağduru zeka geriliği olgularının adli psikiyatrik değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri* 2011; 8(1):1-5.
140. Akço S, Acar N, Şişmanlar Ş, Çolak B, Biçer Ü. Kocaeli Üniversitesi ve Kocaeli Barosu Çocukların Cinsel İstismarı Çalıştayı Sonuç Raporu. 28-29 Mayıs 2010 : Kocaeli.
141. Akduman İ. Üç Kurumdan Üç Farklı Rapor. *Milliyet Gazetesi*. 04.12.2008; Available from: <http://www.milliyet.com.tr/Yasam/SonDakika.aspx?aType=SonDakika&ArticleID=1024581&Date=04.01.2011&Kategori=turkiye&b=Tecavuz%20magduruna%203%20kurumdan%203%20farkli%20rapor>.

142. Öztürk E. Adli Tıp Israrı Sapığa Yaradı. Akşam Gazetesi 19.11.2010
http://aksam.medyator.com/2010/11/19/haber/guncel/17907/adli_tip_israri_sapiga_yaradi.html.
143. 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu. T.C. Resmi Gazete. 20.04.1982, Sayı:17670.
144. Anadolu Ajansı. Tecavüzdten Beter Oldu! Milliyet Gazetesi 18.11.2010. Available from: <http://gundem.milliyet.com.tr/haber-turu/gundem/gundemgalerihaber/18.11.2010/1315619/default.htm?PAGE=4>.
145. Özdemir Ö. Türk Ceza Kanununun İki Yılı Teori Ve Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar. [03.06.2011]; Available from: http://eski.barobirlik.org.tr/tbb/baskan/konusmalar/070616_tchd.aspx.
146. Hafizoğulları Z. Beşeri Cinsellik ve Yeni Türk Ceza Kanunu. [18.05.2011]; Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3JKXSMbWMIEJ:www.abchukuk.com/cezahukuku/cinsel-suclar.html%3Fref%3DFulirim.Net+%22+BE%C5%9EER%C4%B0+C%C4%B0NSELL%C4%B0K+VE+YEN%C4%B0+T%C3%9CRK+CEZA+KANUNU%22+abchukuk&cd=1&hl=tr&ct=clnk&gl=tr&source=www.google.com.tr>.
147. Campbell R. What really happened? A validation study of rape survivors' help-seeking experiences with the legal and medical systems. *Violence & Victims* 2005; 20(1):55-68.
148. Campbell R, Raja S. The sexual assault and secondary victimization of female veterans: Help-seeking experiences in military and civilian social systems. *Psychology of Women Quarterly* 2005; 29:97-106.
149. Campbell R. The community response to rape: Victims' experiences with the legal, medical, and mental health systems. *American Journal of Community Psychology* 1998; 26:355-379.
150. Goodman GS, Taub EP, Jones DP, England P, Port LK, Rudy L, Prado L. Testifying in criminal court: emotional effects on child sexual assault victims. *Monographs of the Society Research in Child Development*. 1992; 57(5): 1-142; discussion 143-161.
151. Ackard DM, Neumark-Sztainer D. Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse Neglect*. 2002; 26(5):455-73.
152. Ruch LO, Chandler SM. Sexual assault trauma during the acute phase: An exploratory model and multivariate analysis. *Journal of Health and Social Behavior* 1983; 24(2):174-185.
153. Elliott DM, Mok DS, Briere J. Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *Journal of Traumatic Stress* 2004; 17(3):203-221.
154. Bühler L, Eckle I, Malti T, Modestin J. Sequelae of Sexual Trauma in Women Treated for Non-Trauma-Related Psychiatric Disorders in a Psychiatric Hospital in Switzerland. *Women's Health Issues* 2010; 20: 279-286.
155. Filipas HH, Ullman SE. Child Sexual Abuse, Coping Responses, Self-Blame, Posttraumatic Stress Disorder, and Adult Sexual Revictimization. *Journal of Interpersonal Violence* 2006; 21(5):652-672.
156. Finkelhor D. Current Information on the Scope and Nature of Child Sexual Abuse. *The Future of Children* 1994; 4(2):31-53.

157. Boney-McCoy S, Finkelhor D. Psychosocial sequelae of violent victimization in a national youth sample. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1995; 63(5):726-736.
158. DeLahunta EA, Baram DA. Sexual assault. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1997; 40:648-660.
159. Dahle T, Dalen HA, Meland E, Breidablik HJ. Unwanted sexual experiences and health complaints among adolescents. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2010; 130(19):1912-1926.
160. Peterson ZD, Voller EK, Polusny MA, Murdoch M. Prevalence and consequences of adult sexual assault of men: Review of empirical findings and state of the literature. *Clinical Psychology Review* 2011; 31:1-24.
161. Kilpatrick DG, Saunders BE, Smith DW. Youth victimization: Prevalence and implications. Washington DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice. 2003
162. Stein MB, Walker JR, Forde DR. Gender differences in susceptibility to Posttraumatic Stress Disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2000; 38(6): 619–628.
163. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the community. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55(7):626-632.
164. Ullman SE, Filipas HH. Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress* 2001; 14(2): 369-389.
165. Ullman SE, Brecklin LR. Sexual Assault History, PTSD, and Mental Health Service Seeking in a National Sample of Women. *Journal of Community Psychology* 2002; 30(3) 261-279.
166. Cox BJ, MacPherson PSR, Enns MW, McWilliams LA. Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Behavior Research and Therapy* 2004; 42(1):105-114.
167. Korkut S, Tüzün B. Enstest olgularının çocuğun konumu ve yasal hakları açısından değerlendirilmesi. *Adli Tıp Dergisi* 2001; 15(1):30-36.
168. Saygılı S, Gönenli S. Aynı Ailede Görülen Çoklu Enstest. *Düşünen Adam* 2008; 21(1-4): 32-37.
169. Yılmaz A. Yetiştirme Yurdunda Yaşayan Çocukların Genel Ruh Sağlığı Durumlarının Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Kayseri: Erciyes Üniversitesi; 2005.
170. Darves-Bornos JM. Rape-related Psychotraumatic Syndromes. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 1997; 71(1):59-65.
171. Cloitre M, Scarvalone P, Difede J. Posttraumatic stress disorder, self and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *Journal of Traumatic Stress* 1997; 10(3): 437-452.
172. Gidycz C, Coble CN, Latham L, Layman MJ. Sexual assault experience in adulthood and prior victimization experiences. *Psychology of Women Quarterly* 1993; 17(2): 151-168.
173. Classen CC, Palesh OG, Aggarwal R. Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence and Abuse* 2005; 6(2):103-129.

174. Follette VM, Polusny MA, Bechtle AE, Naugle AE. Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress* 1996; 9(1):25-35.
175. Campbell JC, Soeken KL. Forced sex and intimate partner violence: Effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women* 1999; 5(9):1017-1035.
176. Soysal Z, Eke M. Cinsel Suçlar. In: Soysal Z, Çakalır C. *Adli Tıp 3*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1999:1167-1244.
177. Culbertson KA, Vik PW, Kooiman BJ. The Impact of Sexual Assault, Sexual Assault Perpetrator Type, and Location of Sexual Assault on Ratings of Perceived Safety. *Violence Against Women* 2001; 7(8): 858-875.
178. Yavuz MS, Aşırdizer M. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Polikliniği'ne Başvuran Aileiçi Şiddete Maruz Kalmış Kadın Olgularının Analizi. *Adli Tıp Dergisi* 2009; 23(1): 15-23.
179. 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.
180. Monson CM. and Rohling JL. Sexual and nonsexual marital aggression: Legal considerations, epidemiology, and an integrated typology of perpetrators. *Aggress Viol Behav.* 1998; 3(4): 369-89.
181. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: Global scope and magnitude. *Lancet* 2002; 359: 1232-7.
182. Harned M. Understanding Women's Labeling of Unwanted Sexual Experiences With Dating Partners. *Violence Against Women* 2005; 11(3):374-413.
183. Temple JR, Weston R, Rodriguez BF, Marshall LL. Differing effects of partner and nonpartner sexual assault on women's mental health. *Violence Against Women* 2007; 13(3):285-297.
184. Ellis EM, Atkeson BM, Calhoun KS. An assessment of long-term reaction to rape. *Journal of Abnormal Psychology* 1981; 90(3): 263-266.
185. Culbertson K., Dehle C. Impact of sexual assault as a function of perpetrator type. *Journal of Interpersonal Violence* 2001, 16, 992-1007.
186. Erol H. Türk Ceza Kanunun'da tanımlanan Cinsel Suçlara Adli Tıbbi Yaklaşım. In: Ağrıtmış H, editor. *12 Ulusal Adli Tıp Günleri Paneller ve Poster Sunuları Antalya*. İstanbul: Adli Tıp Kurumu Yayınları, 2005:91-95.
187. Sales E, Baum M, Shore B. Victim readjustment following assault. *Journal of Social Issues* 1984; 40(1):117-136.
188. Brand EF, King CA, Olson E, Ghaziuddin N, Naylor M. Depressed adolescents with a history of sexual abuse: diagnostic comorbidity and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(1):34-41.
189. Cook RJ, Dickens BM. Hymen reconstruction: ethical and legal issues. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2009;107(3):266-269.
190. Luo T. "Marrying my rapist?!" The cultural trauma among Chinese rape survivors. *Gender & Society* 2000; 14(4):581-597.
191. Holmes M, Resnick H, Klipatrick D, best C. Rape-Related Pregnancy: Estimates and Descriptive Characteristics From a National Sample of Woman. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 1996;175(2):320-4.

192. Campbell RC, Sefl T, Barnes HE, Ahrens CE, Wasco SM, Zaragoza-Diesfeld Y. Community services for rape survivors: Enhancing psychological well-being at increasing trauma? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67(6): 847-858.
193. Sungur MZ. İkincil Travma ve Sosyal Destek. *Klinik Psikiyatri* 1999; 2:105-108.
194. Borja SE, Callahan JL, Long PJ. Positive and negative adjustment and social support of sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress* 2006; 19(6):905-914.
195. Moss M, Frank E, Anderson B. The effects of marital status and partner support on rape trauma. *American Journal of Orthopsychiatry* 1990; 60(3):379-391.
196. Fowler DN, Hill HM. Social Support and Spirituality as Culturally Relevant Factors in Coping Among African American Women Survivors of Partner Abuse. *Violence Against Women* 2004; 10(11):1267-1282.
197. Koss MP, Bailey JA, Yuam NP, Herrera VM, Lichter EL. Depression and PTSD in survivors of male violence: Research and training initiatives to facilitate recovery. *Psychology of Women Quarterly* 2003; 27:130-142.
198. McGowan MG, Helms JL. The utility of the expert witness in a rape case: Reconsidering rape trauma syndrome. *Journal of Forensic Psychology Practice* 2003; 3(1):51-60.