

Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri

Yasemen Taner¹, Bahar Gökler²

¹Araştırma Görevlisi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Çocuk istismarı ve ihmali, ana baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur.

Çocuk istismarı; fiziksel, cinsel ya da duygusal istismar olarak, çocuk ihmali ise fiziksel ya da duygusal ihmal olarak ayrılmaktadır. İstismar ve ihmalin bu farklı şekilleri yalnız aileleri değil, toplumu, sosyal kuruluşları, yasal sistemleri, eğitim sistemini ve iş alanlarını da etkileyen bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır [1-3].

FİZİKSEL İSTİSMAR ve İHMAL

Fiziksel istismar, 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin ana babası ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından sağlığına zarar verecek biçimde fiziksel hasara uğraması, yaralanması ya da yaralanma riski taşımasıdır. Bu hasar; elle ya da bir nesneyle vurularak, itilerek, sarsılarak, yakılarak ya da ısırılarak oluşabilmektedir [4,5].

Fiziksel ihmal, 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin yetersiz besleme, giydirme, hijyen ya da bakım verme sonucunda zarara uğramasıdır [4].

Epidemiyoloji

Fiziksel istismar ve ihmalin yaygınlığının tam olarak belirlenmesi oldukça güç olmakla birlikte, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde fiziksel istismarın 5-20/1,000 civarında olduğu bildirilmektedir [6]. Fiziksel istismarın çoğunlukla "kaza" olduğu düşünülerek gözden kaçırıldığı öne sürülmektedir. Fiziksel ihmalin ise çok daha yüksek oranda meydana geldiği düşünülmektedir [4]. Fiziksel istismarda kız erkek oranı arasında belirgin bir fark bulunmamaktadır. Ancak cinsiyet dağılımı kurbanın yaşı ile değişiklik gösterebilmektedir, örneğin; ergenlik çağına kızlar daha fazla fiziksel istismarla karşı karşıya kalabilmektedir [7]. Fiziksel istismar en çok dörtsekiz yaşlarındaki çocuklara yönelik olmaktadır ve yaşla istismar oranı azalmaktadır [4,8]. Anne yaşına bakıldığında 20 yaş ve altındaki annelerin çocuklarına daha sık olarak fiziksel istismarda buldukları gözlenmektedir [8]. Çocuklara yönelik fiziksel istismarda annelerin oranı daha yüksek iken, ergenlere yönelik olanlarda babaların sorumlu oldukları saptanmıştır [5].

Etyoloji

Fiziksel istismar ve ihmalin nedenine ilişkin basit bir açıklama getirmek olası değildir. Birçok araştırmacı, ana baba, çocuk ve çevre ile ilişkili etyolojik etkenlerin istismar ve ihmalin oluşumunda etkili olduğu görüşünde birleşmektedir.

Fiziksel istismar ve ihmali için, bakım verene ilişkin risk etkenleri olarak; psikiyatrik bozukluk, madde kullanımı, sosyal destek yokluğu, çocuklukta kendine de istismarda bulunulması gibi özellikler bildirilmektedir [7].

Tanı

Yaralanma ile gelen her çocukta fiziksel istismar olasılığı akla getirilmelidir, bundan şüphe duyulduğunda dikkatli öykü alınıp fiziksel muayene yapılmalı, incelemeye rutin radyolojik tetkikler ve kan sayımı da eklenmelidir.

Değerlendirmede; çocuğu tedaviye getirmede açıklanamayan bir gecikme, çelişkili öykü, fiziksel bulgularla uyumsuz öykü, tekrarlayan şüpheli yaralanmalar, hasardan çocuğu ya da başka birini sorumlu tutan ana baba, çocuğun hasarla ilgili ana babayı suçlaması, ana babada istismara uğrama öyküsü ve ana babanın çocukta ki hasar konusunda ilgisiz ya da aşırı kaygılı görünmesi fiziksel istismarı düşündürmelidir.

Fizik muayenede ise baldır ve bacaklardaki morluklar, genital bölgedeki morluklar, değişik iyileşme evrelerindeki yumuşak doku hasarları, el izi, ısırık izi gibi özel izler, çok sayıda sigara yanıkları, perine ve kalçadaki yanıklar, karaciğer ya da dalak yırtılmasına yol açan künt karın travması, sefal hematoma, subperiostal kanama, epifizde ayrılma, metafiz kırığı, periostal kalsifikasyon gibi radyolojik bulgular, retinal kanama, ayrılma, lens dislokasyonu gibi göz hasarları, çoklu kosta kırıkları, çekme ile meydana gelen timpanik zar yırtılması ile giden kulak hasarları ile kol ya da bacağın bükülmesi ile oluşan spiral kırıklar fiziksel istismarı akla getirmelidir [6].

Fiziksel istismar ve ihmalle ilişkili sorunlar ve klinik özellikler

Fiziksel istismar birçok kişilerarası, bilişsel, duygusal ve davranışsal sorun, madde kötüye kullanımı ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkilidir. Fiziksel ihmali de çocuğun sosyal, bilişsel, duygusal ve davranışsal gelişiminde ağır ve uzun dönemli sonuçlar doğurabilmektedir [9]. İhmali edilmiş çocuklarda fiziksel istismara uğramış çocuklara göre daha ağır bilişsel ve akademik bozukluklar, daha fazla sosyal içe çekilme, daha kısıtlı arkadaş ilişkileri ve daha yoğun içe atım sorunları görülmektedir [10].

Fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklarda sosyal işlevsellik alanında birçok eksiklik fark edilmektedir; bu çocuklar yakın ilişki kurmakta güçlük çekip, daha çatışmalı, duygusal yoğunluğu az, yoğun öfke ve istismar davranışı içeren ilişkiler kurabilmektedir [4].

Fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklarda bilişsel yetilerde bozukluk ve akademik başarısızlığa sık rast-

lanılmaktadır [4,9]. Bu çocuklarda nedeni tam olarak anlaşılamamakla birlikte, yüksek oranda nörolojik bozukluk bildirilmektedir [6].

Saldırgan ve suça yönelik davranışlar fiziksel istismar ve ihmalle en sık birliktelik gösteren sorunlardır [11]. Bu çocuklarda kontrollere göre daha yüksek oranda davranış bozukluğu ve karşı olma, karşı gelme bozukluğu görülmektedir [12].

Fiziksel istismara uğramış kişilerde intihar düşünceleri ve girişimlerine daha yüksek oranda rastlanılmaktadır [13].

Madde kötüye kullanımı, psikopatik kişilik bozuklukları, tehlikeli cinsel deneyimler gibi sağlığı tehdit eden davranışlar, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve kaygı bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar da fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklarda daha sık saptanmaktadır [2,4,13].

Ağır fiziksel istismar vakalarında travma sonrası stres bozukluğu görülebilmektedir [14].

Tedavi

Tedavi çok yönlü gerçekleştirilmeli, çocuk, aile ve çevresel etkenler üzerinde ayrı ayrı durulmalıdır [5]. Tedavideki asıl hedef çocuğu hasardan korumak ve aile ilişkilerini güçlendirmek olmalıdır. Çoğu tedavi, uygun çocuk yetiştirme stratejilerine odaklanan, ana babalara sosyal destek, öfke kontrolü ve eğitim konusunda yardım veren yaklaşımları içermektedir. İstismar ve ihmali uygulayan ana babalarda görülen yüksek orandaki depresyon, madde kullanımı ve antisosyal davranışlar tedavinin etkinliğini azaltmaktadır [4].

Çocuğa uygulanacak terapötik girişim olayın çocukta yarattığı psikopatolojik hasarları içermelidir. Çocuğa, başına gelenlerin kendi hatası yüzünden olmadığı açıklanmalıdır [6].

CİNSEL İSTİSMAR

Cinsel istismar, bir erişkinin cinsel gereksinim ve isteklerini karşılamak için çocukları araç olarak kullanmasıdır [15].

Epidemiyoloji

Cinsel istismar sık rastlanan ve genelde yıllarca süren bir durum olmakla birlikte sıklıkla gizli kalmaktadır. Vakaların yalnızca %15'inin bildirildiği düşünülmektedir [16]. Cinsel istismarın yaygınlığı konusunda bildirilen oranlar büyük farklılıklar göstermektedir (kadınlar için %6-62, erkekler için %3-39). Gerçek yaygınlığın kadınlar için %12-17, erkekler için %5-8 olduğu düşünülmektedir [17]. ABD'de 1999 yılında 18 yaş ve altı çocuklarda cinsel istismarın yaygınlığı 1.3/1,000

olarak saptanmış ve kız çocuklarının daha fazla istismara uğradığı bildirilmiştir [18].

Cinsel istismarın herhangi bir sosyodemografik grupla bağlantısı saptanmamış ve her sosyoekonomik düzeyde görülebileceği belirtilmiştir [3].

Tacizde bulunan kişilerin çoğunluğu erkeklerdir [15]. Bu kişilerin özellikleri konusunda çeşitli görüşler öne sürülmektedir. Kimi uzmanlar tacizci olmayan ana babaların belli koşullar altında istismar uygulayabileceğini vurgularken, kimi uzmanlar tacizcilerin temel özelliğinin kurbanı "insan altı" bir varlık olarak görmek olduğunu savunmaktadır. İstismarda bulunanların bir kısmının çocuğa yönelik davranışından çocuğun yarar göreceğine ve olay anında çocuğun eğlendiğine inandığı gözlenmiştir [2].

Boşanma, şiddet, alkol ve madde kullanımı olan ailelerde cinsel istismar daha sık görülmektedir. Çocuğun bakımıyla doğrudan ilgilenen babaların daha az istismar uyguladığı saptanmıştır [16].

Etyoloji

Cinsel istismarın sık görüldüğü aileler genel olarak işlevselliği bozuk aileler olarak tanımlanmakta ve bu ailelerde olaya yol açtığı düşünülen çeşitli patolojiler bulunmaktadır.

a. Baskın ve koşulsuz söz tutma isteyen ana baba modeli: En sık gözlenen katı babanın güç ve kararlarda baskın olduğu aile modelidir. Aile sistemi kapalıdır. Babaların bir kısmı güç ve kontrol sağlamak için şiddete başvurmaktadır.

b. Cinsel sorunlar: Cinsel istismarın gözlendiği ailelerde, ana babalarda cinsel sorunlar daha sıktır.

c. Sosyal izolasyon: Ana babaların çoğunda aile dışı sosyal ilişkilerde kısıtlılık ve zorlanma vardır.

d. Rol çatışması: Cinsel istismar uygulanan ailelerde rol çatışmalarına sık rastlanır. Anne genellikle eşlik ve ev kadınlığı rollerini kızına bırakmaktadır, babada bakım vermeyi ensest yoluyla yapmaktadır.

e. Alkol ve madde kötüye kullanımı.

f. Yadsıma: Aile üyelerinde en sık kullanılan savunmadır. Baba, olayı "seks eğitimi" olarak savunabilir, anne ise kocası ile ilişkisini bozabileceği için reddedip görmezlikten gelebilir. Çocuk utanma ve suçluluk duygularını bastırarak ve aile düzeninin bozulmasını önlemek amacıyla durumu yadsıyabilir [15,19].

Tanı

Çocuk jinekolojik ya da başka bir tıbbi muayeneye getirildiğinde cinsel istismar bir olasılık olarak akla getirilmelidir. Cinsel istismara uğramış çocuklar diğer ço-

cuklarla benzer belirtilerle doktora getirilebilir. Tanıda önemli olan cinsel istismarı akla getirmektir [20].

Cinsel istismarla ilişkili sorunlar ve klinik özellikler

Çocuklarda cinsel istismar önemli bir halk sağlığı sorunudur ve uzun dönem olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Uzun dönemde gözlenen olumsuz sonuçlar için tek bir sendrom yoktur, ancak cinsel istismar bir grup bozukluk için risk etmeni olarak kabul edilmektedir [20].

Kaygı bozuklukları cinsel istismara uğrayan çocuklarda kısa süre içinde ortaya çıkabilmektedir. Uyku bozuklukları, kabuslar, fobiler, bedensel yakınmalar ve korku tepkileri yüksek kaygı düzeyinin kliniğe yansması olarak gözlenmektedir [15].

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, ikincil enürezis ve enkoprezis cinsel istismar kurbanlarında daha sık ortaya çıkmaktadır [21].

Disosiasyon, ruhsal travmaya karşı ilkel bir savunma olarak kabul edilmektedir. İstismarın erken döneminde, amnezi, aşırı fantezi kurma, trans benzeri durumlar ve uyurgezerlik ortaya çıkabilmektedir. Bu çocuklarda konversiyon tepkilerine de yüksek oranda rastlanılmaktadır [14].

Cinsel istismar yaşamış çocuklarda yüksek oranda depresyon gözlenmekte ve kurbanın benlik saygısı ciddi hasara uğramaktadır [14]. Bu çocuklarda intihar düşünceleri ve girişimleri sık görülmektedir [12]. Erişkin yaşta başlayan majör depresyon, çocuklukta cinsel istismarla ilişkili bulunmuştur [22].

Öfke tepkileri, zayıf dürtü kontrolü, karşı olma, karşı gelme bozukluğu cinsel istismara uğramış çocuklarda gözlenebilmektedir [14,17].

Kişiler arası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürme becerisi, cinsel istismardan olumsuz olarak etkilenmektedir. Bu kişilerin ya ilişki kurmaktan kaçındıkları ya da aşırı yakınlık gereksinimi duyup çok sayıda, fazla beklentili ve kontrol edici ilişkiler kurdukları gözlenmektedir. Her iki tip ilişki de işlevsellikten uzak olmakta ve genellikle yalnızlıkla sonlanmaktadır [13].

Yüksek riskli cinsel eylemler, cinsel istismara uğramış insanlarda daha sık görülmektedir. Cinsel taciz öyküsü olan kadınlarda daha erken başlangıçlı cinsel yaşam, daha fazla oranda ergenlik çağında gebe kalma, birden fazla cinsel eş, korunmasız cinsel ilişki ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların sıklığında artma saptanmıştır [23]. Ayrıca, cinsel istismar öyküsü olan çocukların daha fazla cinsel saldırıda bulunduğu da bildirilmektedir [2,18].

Tedavi

Cinsel istismar olgularında yoğun bireysel terapiye ek olarak, gerekli görülen bazı durumlarda grup ve aile terapisi uygulanmaktadır.

Olayın yeni olduğu dönemde çocuğa destek mutlaka gereklidir. Özellikle aile içi istismar vakalarında hekimle hasta arasındaki ilişki, çocuğun kurduğu ilk sağlıklı ilişki olabilir.

Bu çocuklar kendilerini yalnız, terk edilmiş ve suçlu hissettiklerinden bu olgularda destekleyici yaklaşılmalıdır [16].

Cinsel istismarı ortadan kaldırmanın en etkin yolu oluşmasını önlemektir, buna yönelik programlar geliştirilmektedir. Çocuklara yönelik bu programlar, olası istismar durumlarını tanımalarını, uygun bir yolla tepki göstermelerini ve böyle bir durumda güvendikleri bir erişkine olayı anlatmalarını hedeflemektedir [20,24].

DUYGUSAL İSTİSMAR ve İHMAL

Duygusal istismar ve ihmali oldukça sık olmakla birlikte, fark edilmesinde, tanımlanmasında, anlaşılmasında ve yasal olarak kanıtlanmasında güçlük yaşanmaktadır [25].

Duygusal istismar ve ihmali, çevredeki yetişkinler tarafından gerçekleştirilen, çocuğun kişiliğini zedeleyici, duygusal gelişimini engelleyici eylemler ya da eylemsizlikler olarak tanımlanır. Fiziksel ve cinsel istismar türlerinin çoğunda duygusal istismar ve ihmali de yer almaktadır [8]. Fiziksel istismar ve ihmali olgularının %90'ında duygusal istismar ve ihmali olduğu saptanmıştır [26]. Fiziksel ve cinsel istismarın olmadığı durumlarda da duygusal istismar ve ihmali gerçekleşebilir. Bu şekliyle, duygusal istismar ve ihmalin çocuk ve ergenlerin yaşadığı en sık görülen istismar ve ihmali tipi olduğu söylenebilir. Ancak fiziksel ve cinsel istismardan daha zararsız gibi yorumlandığından uzun süre konuyla ilgili çalışmalar sınırlı kalmıştır [4].

Duygusal istismar, sözel istismar, fiziksel olmayan ancak çok ağır olan cezalar ya da tehditleri içerir. Duygusal ihmali ise yeterli duygusal destek sağlamamak, ilgi ve sevgi göstermemek ve çocuğun şiddetle karşı karşıya kalmasına izin vermek yer alır [25].

Epidemiyoloji

Duygusal istismar ve ihmali çok kolay fark edilebilen bir sorun olmadığından görülme oranı da kesin olarak bilinmemektedir. Kız erkek oranları eşittir. Bu tür istismar en çok altı-sekiz yaş arası çocuklara yöneltilmekte ve ergenliğe kadar benzer düzeylerde kalmaktadır [4].

Etyoloji

Duygusal istismar ve ihmali tek bir nedenden çok, çocuk, ana baba ve çevrenin etkileri üzerinde durulmaktadır. Bu tür istismarı gerçekleştirenler, çocuğa birinci derecede bakım veren ve bağlanma nesnesi olan kişilerdir [25]. Annede duygudurum bozukluğu ve madde kötüye kullanımı, çocuğa karşı artmış sözel öfke ve azalmış duygusal beslenmeyle ilişkili bulunmuştur [4].

Tanı

Duygusal istismar ve ihmali tanımlanması için şu ölçütler karşılanmalıdır:

- Duygusal istismar ve ihmali ana baba ve çocuk arasındaki bir ilişkiyi tanımlar.
- Bu ilişki, çocuğun psikolojik sağlık ve gelişiminde bozukluk yaratması açısından zarar vericidir.
- Oluşumu için fiziksel temas koşul değildir.

Duygusal istismar ve ihmali ifadesi olan birçok farklı ana baba-çocuk ilişkisi vardır. Durumun tanımlanmasında şu beş basamaktan söz edilmektedir:

- Duygusal yanıtızlık ve ihmali,
- Çocuğa karşı olumsuz ve yanlış tutumlar,
- Çocuğun gelişimiyle ilgili uyumsuz beklenti ve davranışlar,
- Çocuğun kişilik ve ruhsal sorunlarını fark edeme-
- Çocuğun sosyal uyumunu başlatacak yönergeleri sağlayamama [25].

Duygusal istismar ve ihmalle ilişkili sorunlar ve klinik özellikler

Duygusal istismar ve ihmali maruz kalan çocuklarda birçok duygusal, davranışsal, gelişimsel ve sosyal bozukluklar ortaya çıkmaktadır [25]. Bu tür istismar ve ihmali, uzun dönem psikolojik işlevsellik üzerinde diğer istismar ve ihmallerden daha fazla etkiye sahiptir [4]. Duygusal istismar ve ihmali maruz kalan çocuklarda dışavurum ve içe atım sorunları, sosyal ilişkilerde bozukluk, kendine güvende azalma, intihar davranışı, çocukluk çağı mastürbasyonu ve birçok başka psikiyatrik bozukluk görülebilmektedir [27,28]. Bu tür istismar ve ihmali kişilik bozuklukları için de bir risk etmenidir [2].

Tedavi

Duygusal istismar ve ihmali tedavi ekolojik model doğrultusunda, çok yönlü gerçekleştirilmeli, çocuk ve ailedeki bozukluk ve çevresel zorlayıcı yaşam olayları üzerinde çalışılmalıdır [8].

Kaynaklar

1. Oral R, Can D, Kaplan S, et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse Negl* 2001; 25:279-90.
2. Pizarro RA, Billick SB. Current issues in child abuse. *Curr Opin Pediatr* 1999; 12:665-8.
3. Hedin LW. Physical and sexual abuse against women and children. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000; 12:349-55.
4. Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:1214-22.
5. Kaplan S. Physical abuse and neglect. In: Lewis M, ed. *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. 2nd ed. Baltimore, MA: Williams & Wilkins, 1996; 1033-41.
6. Arthur HG. Physical abuse of children. In: Wiener JM, ed. *Textbook of child adolescent psychiatry*. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 1997; 687-98.
7. Powers JL, Eckenrode J, Jaklitsch B. Maltreatment among runaway and homeless youth. *Child Abuse Negl* 1990; 14:87-98.
8. Şahiner ÜM, Yurdakök K, Kavak US ve ark. Tıbbi açıdan çocuk istismarı. *Katkı Pediatri Dergisi* 2001; 22:276-85.
9. Gökler I. Çocuk istismarı ve ihmali: erken dönem stresin nörobiyolojik gelişime etkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2002; 9:47-57.
10. Kathryn LH, David AW. Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse Negl* 2002; 26:679-95.
11. Lewis DO. From abuse to violence: psychophysiological consequences of maltreatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31: 383-91.
12. Livingston R. Sexually and physically abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26: 413-5.
13. Tackett KK. The health effects of child abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse Negl* 2002; 26:715-29.
14. Pelcovitz D, Kaplan S, Goldenberg B, et al. Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:305-12.
15. Green A. Child sexual abuse and incest. In: Lewis M, ed. *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. 2nd ed. Baltimore, MA: Williams & Wilkins, 1996; 1041-48.
16. Yates A. Sexual abuse of children. In: Wiener JM, ed. *Textbook of child adolescent psychiatry*. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 1997; 699-709.
17. Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Negl* 1997; 21:391-8.
18. Walrath C, Ybarra M, Holden EW, et al. Children with reported histories of sexual abuse: utilizing multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. *Child Abuse Negl* 2003; 27:509-24.
19. Canat S. Ergenlerde aile içi cinsel taciz. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1994; 1:18-22.
20. Fleming J. Childhood sexual abuse: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1998; 10:383-6.
21. Elliot AJ, Peterson LW. Maternal sexual abuse of male children. When to suspect and how to uncover it. *Postgrad Med* 1993; 94:169-72.
22. Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 1999; 156:816-28.
23. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse Negl* 1997; 21:789-803.
24. Yalın A, Kerimoğlu E, Erman H. Okul öncesi çocuklarda cinsel istismarı önleme programı: ana babaların tutum, görüş ve davranışlarının taranması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1995; 2:19-27.
25. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl* 2002; 26:697-714.
26. Claussen A, Crittenden P. Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. *Child Abuse Negl* 1991; 15:5-18.
27. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, et al. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Negl* 1996; 20:7-21.
28. Unal F. Predisposing factors in childhood masturbation in Turkey. *Eur J Pediatr* 2000; 159:338-42.