

# Psikiyatri Polikliniklerinde Cinsel Şiddetin Tanınması ve Yönetilmesi

## Recognition and Management of Sexual Violence in Psychiatry Outpatient Clinics

Behice Han Almış<sup>1</sup>, Şeyma Sehlikoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Adıyaman Üniversitesi, Adıyaman

### ÖZ

Cinsel şiddet, bir kişinin partneri veya bir başkası tarafından rızası olmaksızın cinsel ilişkiye girmeye veya cinsel eylemlerde bulunmaya zorlanması olarak tanımlanmaktadır. Mağdurlar, çoğunlukla cinsel şiddeti çevreleyen yaygın mitler nedeniyle, bu olayları bildirme konusunda önemli engellerle karşılaşmaktadır. Dolayısıyla pek çok mağdur, sağlık çalışanlarıyla karşılaştıkları psikiyatri polikliniklerinde yardım arayışına girmektedir. Bu ortamların, cinsel şiddetle ilgili rutin sorgulamaları protokollerine dahil etmeleri ve tüm hastaların tutarlı ve hassas bir şekilde değerlendirilmesini sağlamaları çok önemlidir. Bu gözden geçirme makalesinin temel amacı, psikiyatri polikliniklerinin cinsel şiddeti etkili bir şekilde kabul etmesi ve ele almasının kritik bir ihtiyaç olduğunun altını çizmektir. Bu, ruh sağlığı uzmanları için hastaları cinsel şiddet konusunda rutin olarak nasıl sorgulayacaklarına dair net kılavuzlar oluşturmayı içerir; böylelikle risk altındaki kişilerin daha etkili bir şekilde tespit edilmesine yardımcı olunacaktır. İnceleme ayrıca, bireyleri cinsel şiddet faili olmaya yatkın hale getirebilecek psikolojik risk faktörlerinin belirlenmesinin ve ele alınmasının önemini vurgulamayı amaçlamaktadır. Bu faktörlerin anlaşılması, bu özel grubun ihtiyaçlarına göre uyarlanmış daha iyi önleyici stratejilere ve terapötik müdahalelere yol açabilir. Ayrıca, bir olayın ardından mağdurlara psikolojik ilk yardım olarak bilinen acil psikolojik destek sağlanmasının gerekliliği vurgulanmıştır. Bu erken müdahale biçimi, travmanın etkisini azaltmak ve iyileşme sürecine yardımcı olmak için hayati önem taşımaktadır. Makale, bu önemli alanlara odaklanarak, psikiyatrik ortamlarda cinsel şiddete yönelik genel müdahaleyi geliştirmeyi ve mağdurların ihtiyaç duydukları kapsamlı destek ve bakımı almalarını sağlamayı amaçlamaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Cinsel şiddet, fail, mağdur, cinsel istismar, ruhsal bozukluk

### ABSTRACT

Sexual violence is defined as the act of forcing an individual to engage in sexual intercourse or perform sexual acts without their consent, whether by a partner or someone else. Victims often face considerable barriers to reporting these incidents, frequently due to prevalent myths surrounding sexual violence. Consequently, many victims end up seeking help in psychiatry outpatient clinics, where they encounter healthcare professionals. It is crucial for these settings to integrate routine inquiries about sexual violence into their protocols, ensuring that all patients are assessed in a consistent and sensitive manner. The primary goal of this review article is to underline the critical need for psychiatry outpatient clinics to acknowledge and address sexual violence effectively. This involves establishing clear guidelines for mental health professionals on how to routinely question patients about sexual violence, which will help in identifying those at risk more effectively. Furthermore, the review seeks to highlight the importance of identifying and addressing the psychological risk factors that may predispose individuals to become perpetrators of sexual violence. Understanding these factors can lead to better preventive strategies and therapeutic interventions tailored to the needs of this specific group. Additionally, the necessity of providing victims with immediate psychological support, known as psychological first aid, following an incident, is emphasized. This form of early intervention is vital for reducing the impact of trauma and assisting in the recovery process. By focusing on these key areas, the article aims to enhance the overall response to sexual violence within psychiatric settings, ensuring that victims receive the comprehensive support and care they need.

**Keywords:** Sexual violence, perpetrator, victim, sexual abuse, mental disorder

### Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cinsel şiddeti şu şekilde tanımlamaktadır: Cinsel şiddet, herhangi bir ortamda, mağdurla ilişkisine bakılmaksızın herhangi bir kişi tarafından, zor kullanılarak kişinin cinselliğine yönelik her türlü cinsel eylem, cinsel eylem elde etme girişimi veya diğer eylemlerdir (WHO 2021). DSÖ'nün düzenlediği rapora göre, dünyada her 3 kadından biri hayatında en az bir kez fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmaktadır

**Yazışma Adresi /Address for Correspondence:** Behice Han Almış, Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Türkiye **E-mail:** dr.behice@hotmail.com

**Geliş tarihi/Received:** 06.01.2024 | **Kabul tarihi/Accepted:** 11.03.2024

(WHO 2013). Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz çalışmasında dünya çapında kadınlar arasında cinsel şiddet oranı %29 olarak bulunmuştur (Li ve ark. 2023). Ne yazık ki bu şiddet çoğunlukla aile içinde olmaktadır. 15 yaş ve üzeri kadınların %6'sı hayatlarında en az bir kez partneri dışında biri tarafından cinsel şiddete maruz kalmaktadır (WHO 2021). Çoğu aile içi şiddet ve istismar araştırması fiziksel şiddete odaklansa da cinsel şiddet eşler tarafından da uygulanabilmektedir. Ancak araştırmalar genellikle cinsel şiddet mağduru ile faili arasındaki ilişkiyi incelememektedir (Trevillion ve ark. 2012). Partner cinsel şiddeti, "kişinin partneri tarafından istemediği halde cinsel ilişkiye girmeye fiziksel olarak zorlanması, partnerinin yapacaklarından korktuğu için cinsel ilişkiye girmesi ve/veya aşağılayıcı bulduğu cinsel bir şeyi yapmak zorunda kalması" olarak tanımlanmaktadır. Partner dışı cinsel şiddet ise "15 yaş ve üzerinde eş/partner dışında başka biri tarafından rızası olmadan herhangi bir cinsel eyleme zorlanması" olarak tanımlanmaktadır (WHO 2013).

Bazı mitler nedeni ile cinsel şiddet mağdurları psikiyatri polikliniklerinde atlanabilmektedir. Alkol veya uyuşturucu kullanan kadınların tecavüze uğramayı istedikleri, kadınların giyim ve yaptıkları davranışlarıyla tecavüzü kışkırttığı ve tecavüzün bir tutku suçu olduğu gibi cinsel şiddetle ilgili mitler dünya çapında yaygındır. Bu mitler, failerin sorumluluğunu azaltmaya, mağdurları damgalamaya ve suçlamaya hizmet eder. Sonuç olarak, birçok mağdur yaşadıkları olayları bildirmemeyi tercih etmekte veya başlarına gelenleri cinsel şiddet eylemi olarak tanımlamamaktadır (Dartnall ve Jewkes 2013).

Aile içi veya yakın partner şiddeti ve cinsel şiddet, sağlık bakım ortamlarında gizli kalmış salgın hastalıklardır. Yakın partner şiddeti ve cinsel şiddet tüm dünyanın sorunudur ve uzun zamandır görmezden gelinmiştir. Son birkaç yılda, kadınlara karşı olan yakın partner şiddeti ve cinsel şiddet, küresel sağlık sorunları olarak artan ilgi ve kabul görmüştür (WHO 2016). Mağdurlarda kaygı, depresyon, madde kötüye kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu ve intihar girişimi oranının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (WHO 2013). Yakın partner şiddeti ve cinsel şiddet ile mücadelede birçok sosyal kurumun ortak bir disiplin oluşturması gerekmektedir (United Nations 2014). Birçok ülkede, sosyal medya hareketleri diğer mağdurların da öne çıkarak hikayelerini anlatmalarının yolunu açmıştır. Örneğin, #MeToo, #YesAllWomen ve #BeenRapedNeverReported gibi küresel sosyal medya feminist hareketleri, cinsel taciz ve cinsel şiddet'in yaygınlığını ve sonuçlarını vurgulamıştır (Mendes ve ark. 2018). cinsel şiddet'e karşı oluşan #Metoo vb. sosyal medya hareketleri sadece bu konuya farkındalığı artırmakla kalmayıp, mağdurlar için ekstra bir desteği canlandırmış ve fail açısından da bazı tepki ve yankılanmalara neden olmuştur (Hegarty ve Tarzia 2019). Örneğin, New York Times'da yayınlanan bir analizde, 200'den fazla erkeğin işyerinde cinsel tacizde bulunmaları sonucunda işlerini kaybettiği ve birçoğunun yerine kadın çalışanların geldiği bildirilmiştir (New York Times 2018). Aksine aile içi şiddetle alakalı sosyal medya hareketleri sağlık sistemlerinin değişimini teşvik etmenin en etkili yolu olmayabilir, sağlıkta bu konuyla alakalı bildirim ve sorgulamayı artıracak aktivasyonlara ihtiyaç vardır.

Aile içi şiddet ve cinsel şiddet arasında örtüşmeler olmasına rağmen, cinsel şiddeti yalnızca aile içi şiddetin bir parçası olarak ele almak doğru değildir. Çünkü yakın partner tarafından gerçekleştirilen cinsel şiddetin belirli nüanslarını kabul etmemiş veya yabancılar tarafından gerçekleştirilen cinsel şiddeti hesaba katmamış oluruz (Hegarty ve ark. 2016). Farklı cinsel şiddet mağdurları için nasıl müdahalelerin uygulanabileceği konusu belirsizdir (Regehr ve ark. 2013).

Aile içi cinsel şiddet, mağdur açısından bildirilmeyen, uygulayıcı açısından sorun olarak görülmeyen, tanık açısından ihmal edilen ve uzun zaman görmezden gelinen durumdur. Bazen tespit edilmiş aile içi cinsel şiddet durumlarında ise cinsel şiddet tanımını ve sınırlarını belirlemek oldukça güç olabilmektedir (Hegarty ve Tarzia 2019). Ruh sağlığı hizmetleri de yetişkin dönemdeki cinsel şiddet konusunda yetersiz kalmaktadır. Brezilya, İsveç ve Birleşik Krallık'ta ruh sağlığı hizmetlerine başvuran kadınlar üzerinde yapılan araştırmalar, cinsel şiddete maruz kalanların %12 ila %43'ünün deneyimlerini bir sağlık uzmanına anlattığını bildirmektedir (De Oliveira ve ark. 2012, Khalifeh ve ark. 2015, Ormon ve ark. 2016). Hindistan'da cinsel şiddete maruz kalmış, ruh sağlığı hizmetlerine başvuran kadınların %60'ının deneyimlerinden kimseye bahsetmediği bildirilmiştir. İfşa etmeme nedenlerinin arasında suçlanma ve failden daha fazla şiddet görme korkuları ve istismarın tüm kadınların başına geldiğine inanmak yer almaktadır (Chandra ve ark. 2003). Bir çalışmaya göre, rutin sorgulamanın başlatılmasından sonraki süreç ve failin ifşa edilmesi ile ilgili kanıtların belgelenememesi, bu kadınların medeni ve yasal çözümlere başvurmada engel teşkil etmektedir (Bacchus ve ark. 2010). Mağdurların çoğu resmi kurumlar aracılığıyla olan destekler için gerekli motivasyona sahip değildir ve kabul etmezler. Mağdur açısından ifşaya engel olan birtakım faktörler mevcuttur. Bunlar; ekonomik endişeler, şiddet uygulayıcısının daha şiddetli tepki göstereceğinin düşünülmesi (tüm şiddet tipleri bir arada ise), damgalanmak, aşağılanmak, inanılmaması ve çocuklarının mağduriyetidir (Rose ve ark. 2011). Danışman ya da hekim genellikle hastayı travmatize etmemek, yeterli sürenin olmaması veya bunu kendisine vazife olarak görmediği için ev içi cinsel şiddeti sorgulamamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2013), tüm sağlık çalışanlarının yakın partner

şiddeti ve cinsel şiddet için birinci basamak müdahale konusunda eğitilmesini tavsiye etmiştir. Mağdurların sorunlarının dinlenilmesini, ihtiyaçlarının belirlenmesini, güvenliğinin artırılmasını ve destek sunulmasını önermektedir.

Bu derleme makalesi, psikiyatri polikliniklerinde tedavi görmek isteyen hastalarda cinsel şiddet olaylarının tanınması, sorgulanması ve yönetilmesi konusunda sağlık profesyonellerine rehberlik sunarak literatüre katkı sağlamayı hedeflemektedir. Bu derlemenin amacı psikiyatri polikliniklerinde cinsel şiddetin tanınmasının sağlanması, ruh sağlığı çalışanlarının rutin sorgulamada dikkat etmesi gereken kuralların belirlenmesi, failerin psikolojik risk faktörlerinin tespit ve tedavi edilmesi, mağdurlara psikolojik ilkyardım yoluyla gerekli desteğin sağlanmasının önemini vurgulamaktır.

## **Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Cinsel Şiddet Mağdurlarını Tanımak**

Cinsel şiddet ile ilgili ruh sağlığı hizmeti veren kurumlarda cinsel şiddeti tanımlamak ve tanınmanın önündeki engelleri araştırmak için neredeyse hiçbir araştırma yapılmamıştır. Avustralya'da yapılan küçük bir nitel araştırma, personelin konuyla ilgili kişisel rahatsızlık bildirdiğini, yetersiz eğitim ve rehberlik nedeniyle açıklamalara yanıt verme konusunda kendilerini yetersiz hissettiklerini tespit etmiştir (McLindon ve Harms 2011). Ruh sağlığı hizmetleri kullanıcıları arasında aile içi şiddet ve istismarın yüksek prevalansına rağmen, 2010 yılında yapılan bir incelemede aile içi şiddet ve istismar mağdurlarının yalnızca %10-30'unun uluslararası ruh sağlığı uzmanları tarafından belirlendiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, fiziksel şiddete maruz kalan tüm kadınlar aynı zamanda bir tür psikolojik şiddete de maruz kalmışlardır ve birçoğu da eşleri tarafından cinsel istismara uğramıştır (Howard ve ark. 2010).

Cinsel şiddeti taramaya yönelik geliştirilen bazı testleri inceleyen bir çalışmada, Women Abuse Screen Tool (WAST, Canada), Abuse Assessment Screen (AAS, USA) and Humiliation, Afraid, Rape and Kick (HARK, UK) testlerinin uygun bir referans standardına göre doğrulanmış olan diğer testlerden daha güçlü psikometrik değerlere sahip olduğu bulunmuştur (Arkins ve ark. 2016). Shackelford ve Goetz tarafından 2004 yılında geliştirilen Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği (SCIRS), partnerin cinsel şiddetini ölçmek için tasarlanmıştır. Çok yakın bir zamanda Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Güvenç ve ark. 2022). cinsel şiddet taramasına ilişkin yakın partner şiddeti'ye göre çok daha az kanıt vardır. Cinsel şiddete maruz kalma ölçekleri mevcut olmasına rağmen, sağlık ortamlarında yararlı olduklarına dair sınırlı kanıt vardır (Thompson 2006). Ruh sağlığı çalışanlarının yakın partner şiddeti ya da cinsel şiddet hakkında tarama yapmaları veya hastalara soru sormaları konusunda birçok engel vardır. 2016 yılında yapılan bir çalışmada, 35 çalışma incelenmiş ve %10 ila %20 arasında düşük rutin tarama oranları bildirilmiştir (Alvarez ve ark. 2017).

Oram ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu bir çalışmada cinsel şiddet ile ruhsal bozukluklar arasında bir ilişki olduğu öne sürülmüştür. Fakat bu çalışma eş ve eş dışı şiddet arasında ayırım yapmamaktadır (Oram ve ark. 2017). cinsel şiddet için bireysel düzeydeki risk faktörlerinin istismarın bağlamına göre değişmesi muhtemel olsa da, cinsel şiddetin gençlerde, kadınlarda, ruhsal bozukluğu olan kişilerde, yoksul bireylerde ve çocuklukta cinsel istismar ve madde kullanım bozukluğu yaşamış olan kişilerde ortaya çıkması daha olasıdır (Krug ve ark. 2002, Casteel ve ark. 2008).

## **Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Cinsel Şiddet Faillerinin Tespiti**

Aile içi şiddet ve istismar gibi cinsel şiddet failerinin de ruh sağlığı hizmetlerinde ne ölçüde tespit edildiğine dair kanıtlar yetersizdir. Aynı zamanda, ruh sağlığı uzmanlarına yönelik nitel bir çalışmada aile içi şiddet ve istismar suçu hakkında özel olarak araştırma yapılmadığı vurgulanmaktadır. Pek çok ruh sağlığı uzmanı kadına yönelik şiddeti araştırırken, şiddet riskinin artabileceği ayrılık sonrası aşamaya ilişkin bilgi toplamakta sıklıkla başarısızdır. Mevcut risk değerlendirmesinin sorgulamadaki yetersizliği nedeniyle bilgi paylaşımında daha fazla netliğe ihtiyaç vardır (Oram ve ark. 2016).

## **Cinsel Şiddet ve Ruh Sağlığı İlişkisi**

Ruhsal bozukluğu olan erkek ve kadınların olmayanlara kıyasla aile içi şiddete maruz kalma olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde, bipolar bozukluğu olan erkek ve kadınların, eşlerinden şiddete maruz kaldıklarını bildirme olasılıklarının ruhsal hastalığı olmayan bireylere göre sekiz kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (Grant ve Goldstein 2011). Cinsel şiddet ile alkol-madde bağımlılığı arasında ilişki olduğu bilinmektedir (Jonas ve ark. 2011).

Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz, kadınların yarısından fazlasının cinsel şiddete maruz kaldıktan sonra travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri yaşadığını ve bunların yalnızca üçte birinin destek aramayı düşündüğünü ortaya çıkardı (Li ve ark. 2023). cinsel şiddet mağduru olan bireylerdeki TSSB gelişme oranının (%50) toplumun geri kalanından (%7,8) çok daha fazla olduğu ortaya konulmuştur (Chivers-Wilson 2006). Mağdur tarafından olumlu sonuçlanan psikolojik ilk müdahale TSSB semptomlarının oluşumunu azaltmaktadır (Dworkin ve Schumacher 2018). Türkiye’de Adli Tıp Kurumu’na muayene için gönderilen cinsel saldırı mağdurlarının %61,3’ünün TSSB belirtilerini karşıladığı belirtilmiştir (Gölge ve ark. 2013). Yakın zamanda yapılan sistematik bir inceleme ve meta-analizde, yaşam boyu cinsel şiddet mağduru olmak ile perinatal depresyon arasında bir ilişki olduğuna dair kanıtlar bulunmuştur (Lombardi ve ark. 2023).

İkinci basamak sağlık hizmetlerine sık başvuran kişilerde yüksek oranda cinsel şiddet öyküsü varlığı tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada 129 kadın hastada cinsel şiddet prevalansının %61 olduğu bildirilmiştir. Tecavüze uğrayan veya tecavüz girişiminde bulunanların yarısından fazlası yaşadıklarının sonucunda intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. Yapılan bir başka çalışmada cinsel şiddet mağdurlarının %13-51’inin depresyon bulguları gösterdiği, %23-44’ünün intihar düşüncesine sahip olduğu ve %2-19’unun ise intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (Campbell ve ark. 2009).

Ağır ruhsal hastalığı olan kadınlarda yaşam boyu cinsel şiddete maruz kalma olasılığı genel nüfustaki kadınlardan altı kat daha yüksektir (Khalifeh ve ark. 2016). Aynı zamanda birden fazla istismar türüne maruz kalan kadınlarda ruhsal bozukluk ve komorbidite riskinin arttığı tespit edilmiştir (Jones ve ark. 2001, Echeburúa ve ark. 2003, Romito ve ark. 2005). Ayrıca cinsel şiddete maruz kalan kadınların farklı psikolojik belirtilere ilaveten cinsellikle ilgili belirtiler de gösterebileceğini unutmamak gerekir (Barbara ve ark. 2022).

## **Ruhsal Bozukluğu Olan Kişiler Tarafından Cinsel Şiddet**

Ruhsal bozukluklar şiddet uygulama riski ile ilişkilidir ve uluslararası düzeyde, ruh sağlığı politikası, başkalarına yönelik şiddet riskinin değerlendirilmesine odaklanır. Aynı zamanda, genel olarak görülen şiddet dışında aile içi şiddet ve istismar veya cinsel şiddet uygulama riskini kapsayan az sayıda çalışma yapılmıştır. Bu nedenle bu tür istismarların yaygınlığı ve risk faktörleri hakkındaki bilgiler kısıtlıdır. Yapılan bir metaanaliz çalışmasında, kesitsel psikiyatrik komorbidite ve nüfus anketlerinin sistematik incelenmesi sonucunda, hem erkeklerde hem de kadınlarda ruhsal bozukluklar ile aile içi şiddet ve istismar suçu arasında ilişkiler bulunmuştur (Oram ve ark. 2014).

Birçok ülkenin verilerini içeren kesitsel bir araştırmada yüksek düzeyde depresif belirtilerin fiziksel, cinsel ve duygusal ev içi istismar riskini artırabileceği tespit edilmiştir (Fulu ve ark. 2013). Yapılan bir çalışmada, İngiltere ve Galler’de yakın partner şiddeti faillerinin %14’ü ve aile cinayeti faillerinin %23’ü suçtan önceki yıl ruh sağlığı hizmetlerine başvurmuştur (Knight ve ark. 2016).

Långström ve Grann (2007), cinsel şiddet faillerinde psikiyatri hastanesine yatış ve ağır ruhsal hastalık riskinin göreceli olarak arttığını bildirmişlerdir. Ayrıca şiddetli ruhsal bozukluklar cinsel şiddet için potansiyel risk faktörleriyle ilişkilendirilebilir (saldırganlık, zayıf sosyal beceriler, bilişsel bozukluk, alkol ve madde kötüye kullanımı).

## **Ruh Sağlığı Uzmanları Cinsel Şiddet Konusunda Neler Yapabilir?**

Yapılan çalışmalarda kadına yönelik şiddeti öne çıkarmak için sağlık sistemlerinin ve toplum hizmetlerinin altyapısının değişmesi gerektiği vurgulanmıştır (Colombini ve ark. 2012, García-Moreno ve ark. 2015). Birincil koruma, kadın ve çocukların maruz kaldığı cinsel şiddet hakkında ruh sağlığı uzmanları tarafından farkındalık oluşturulmasını ve toplumdaki kültürel normlara karşı mücadele etmeyi içermektedir. İkincil koruma, hali hazırda meydana gelmiş şiddetin etkisinin ve zararının azaltılması için gerekli müdahalelerden oluşmaktadır (Semrau ve ark. 2015).

DSÖ ve NICE dahil olmak üzere uluslararası kılavuzlar, ruh sağlığı uzmanlarının aile içi şiddet ve istismarın ortaya çıkmasını kolaylaştırmasını önermektedir. Kapsamlı klinik değerlendirmenin yapılması gerektiğini, mağdurlara destek ve güvenlik önlemlerinin sunulmasının önemi vurgularlar. Herhangi bir aile içi şiddet ve istismar sonucunda ortaya çıkabilecek ruhsal bozuklukların tedavi edilmesi gerektiği de ifade edilmektedir (WHO 2013, NICE 2014).

Birinci basamak veya acil servisler gibi genel sağlık hizmeti veren kurumlarda aile içi şiddet ve istismara yönelik evrensel taramanın rolü hakkında tartışmalar olsa da, ruh sağlığı hizmetlerini kullananlarda şiddet mağduru

olma olasılığının yüksek olması nedeniyle, klinik kılavuzlar ruh sağlığı hizmetlerinde rutin araştırma yapılmasını önermektedir (Feder ve ark. 2009). Her şeye rağmen rutin sorgulamanın işe yarayıp yaramayacağını literatürde kanıtının olmaması bu konuda tereddütlere neden olabilir. Sorgulamadaki bir diğer engel ise sağlık profesyonelinin bunu kendisi ve danışanı için duygusal anlamda zorlayıcı bulmasıdır. Sonuçlar ifşaya tepkinin özelliğine göre değişeceği için rehberler sorgulamanın bu sürecin yönetiminde eğitim almış personel tarafından ve protokollere uygun olarak yapılması gerektiğini ifade etmektedir. Kılavuzlar, ruh sağlığı uzmanlarının klinik değerlendirme ve devam eden bakımın bir parçası olarak rutin olarak çocuklukta ve yetişkinlikte yaşanan aile içi şiddet, istismar ve cinsel şiddet hakkında soru sormasını önermektedir. Ancak bu rutin sorgulamanın güvenli bir şekilde yapılması oldukça önemlidir. Rutin sorgulamaya başlamadan sağlık profesyonelleri nasıl tepki vereceğini de önceden bilmelidir (Stewart ve ark. 2013, NICE 2014, WHO 2016).

Cinsel şiddet sorgulanırken aile veya arkadaş gibi bir yakınının görüşme odasında olmaması hasta ile yalnız görüşme fırsatının oluşturulması çok önemlidir. Farklı bir dil konuşuluyorsa bağımsız bir tercümana erişim sağlanmalıdır. Danışan bir ifşada bulunmaktadır ve bu nedenle terapist duyarlı, şefkatli ve yargısız olmalıdır. Terapistin soru sormaya nerden başlayacağını bilmesi ve soru sorma şekli oldukça önemlidir. Danışanın benliğine saygı duymak, endişelerini bilgilendirici ve pratik olarak destekleyici yaklaşımda bulunmak gerekmektedir (WHO 2013). Aynı zamanda sağlık profesyoneli kendi psikolojik bariyerlerinin de farkına varmalıdır. Bu bariyerler şunlarla sonuçlanır:

1. Mağdura acıma ve küçümseme,
2. Tacizcinin karalanması,
3. Klinisyen ya da araştırmacının rolünün ihmal edilmesi (Chapman ve Monk 2015).

### **Cinsel Şiddet Mağdurlarına Yönelik Müdahaleler**

Cinsel şiddet mağdurlarına yönelik psikolojik müdahalelere ilişkin kanıtlar tutarsızdır. 20 düşük kaliteli çalışmanın sistematik bir incelemesinin sonucunda; göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işlemenin (EMDR) ve travma odaklı bilişsel davranışçı terapinin (BDT) TSSB, depresyon ve cinsel saldırıya uğramış kadınların yaygın olarak yaşadığı diğer psikolojik problemler üzerindeki etkinliğine dair bazı kanıtlar bulunmuştur (Vickerman ve Margolin 2009). TSSB için psikolojik müdahaleleri içeren 70 araştırmayı (4761 katılımcı) içeren bir Cochrane incelemesinde, travma odaklı BDT ve EMDR terapisinin travma odaklı olmayan BDT'den daha üstün olduğuna dair kanıtlar bulunmuştur (Bisson ve ark. 2013). Son zamanlarda literatür, cinsel şiddet mağdurlarına yaklaşımda kadın odaklı ve psikiyatristlerin yanı sıra jinekologlar, psikologlar, seksologlar, adli tıp doktorları ve avukatların da dahil olduğu multidisipliner bir yaklaşımın gerekliliğini vurgulamaktadır (Barbara ve ark. 2022).

### **Cinsel Şiddette Psikolojik İlk Yardım**

Cinsel şiddet mağdurları kendilerinin incinebilir oldukları ile yüzleşmekte ve aynı zamanda kontrol, benlik saygısı ve güven gibi birçok alanda kayıplar yaşamaktadır. Psikolojik ilk yardımın amacı, mağdura artık tehlikenin geçtiğini ve güvende olduğunu hissettirmektir. Bununla birlikte psikolojik ilk yardım adli makamlara bildirim sonrası mağdurun yaşamını nasıl planlayacağıyla ilgili güvenlik planının oluşturulmasını da sağlar. Psikolojik ilkyardımın kısa vadede hedefi, mağdurun güvenlik ihtiyacının karşılanması, olumsuz duygularının ele alınması ve yardım almaya kendisini hazır hissettiğinde ulaşabileceği kaynaklarla ilgili bilgilendirmeyi içermektedir. Uzun vadeli hedef, psikolojik travmayı hafifleterek mağdurun daha fazla güvenlik, huzur ve geleceğe yönelik umut duygusu yaşamasına olanak sağlamaktır. (Tetik ve ark. 2021).

DSÖ'nün saha çalışanlarına yönelik 33 dilde hazırladığı rehberde, psikolojik ilkyardımın bireyin yaş, cinsiyet ve sosyokültürel değerlerine uygun olarak ve mahremiyete özen göstererek sunulması gerektiği vurgulanmaktadır (WHO 2011). Psikolojik ilkyardım mağdurun ruh sağlığının bozulup bozulmadığını tespit etmekten ziyade rehberlik eşliğinde temel ihtiyaçların karşılanmasını hedefler (Ruzek ve ark. 2007).

Aile içi şiddet ve cinsel şiddet için WHO, LIVES yaklaşımını önermektedir. LIVES yaklaşımı 5 basamaktan oluşur:

1. Listen (Dinleyin)- Empatik ve yargısız dinlemek gerekir.
2. Inquire about needs (İhtiyaçları sorgulayın) - Psikolojik, fiziksel sağlık, güvenlik, destek-ihtiyaç ve endişeler sorulur.
3. Validate patients' experiences (Hastaların deneyimlerini doğrulayın)- Bu basamakta inandığını ve onu anladığını göstermek önemlidir.

4. Enhance safety (Güvenliği artırın)- Daha fazla zarara karşı nasıl korunacağı konuşulur.
5. Offer ongoing support (Sürekli destek sunun)- Son basamakta sürekli destek sağlama planı yapılır.

### **Cinsel Şiddet Faillerine Yönelik Müdahaleler**

Psikiyatrik hastalığı olan aile içi şiddet ve istismar faillerine yönelik programların etkinliği ve uygunluğuna dair kanıt yoktur ve bu programlara başvuru oldukça azdır (Kelly ve Westmarland 2015). Bu durum cinsel şiddet faileri için de geçerlidir. Failde var olan değiştirilebilir risk faktörlerine (kötülük görme sanrısı için antipsikotik verilmesi, alkol ve madde kötüye kullanımının tedavisi veya öfke kontrol sorunları için ilaç başlanması) yönelik müdahalelerin fiziksel ve cinsel şiddeti önemli ölçüde azaltması beklenir (Capaldi ve ark. 2012). Madde kötüye kullanımı ve özellikle aşırı alkol tüketimi, ev içi fiziksel şiddete, tacize ve cinsel şiddete katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle ruh sağlığı uzmanlarının tehlikeli alkol alma düzeylerinin düşürülmesini desteklemesinin yararı olabilir (Capaldi ve ark. 2012).

Faillerin tespit edilmesi ve tedavi edilmesi gelecekteki şiddeti önleyebilir ve mağdurların ruh sağlığını iyileştirebilir. Aile içi şiddet ve istismar risk değerlendirmesi, eski ve mevcut partnerlere ve aile üyelerine yönelik cinsel şiddete odaklanmayı içermelidir.

### **Sonuç**

Ruh sağlığı uzmanları, özellikle kadınlara yönelik toplumsal cinsiyete dayalı şiddetten korunmada önemli bir role sahiptir ve kadına yönelik şiddet riskini azaltmak için birincil, ikincil ve üçüncül önlemler alınabilir. Kadına yönelik şiddete tanık olan çocukları korumak ve desteklemek, bu çocukların kadına yönelik şiddet mağduru veya faili olma olasılığını da azaltabilir ve gelecek nesiller için kadına yönelik şiddet riskini azaltabilir. Ruh sağlığı hizmetlerine erişimin artırılması önemli bir ikincil ve üçüncül önleyici tedbirdir. Psikiyatrik hastalıkların aile içi şiddet ve istismara uğrama ve tacize uğrama riskini arttırdığına ve aile içi şiddet ve istismara uğramanın ruhsal bozukluk riskini arttırdığına dair kanıtlara rağmen sağlık tedavileri dünya çapında çoğu insan için ulaşılabilir değildir (Demyttenaere ve ark. 2004, Semrau ve ark. 2015).

Cinsel şiddet mağdurlarının sorunlarının dinlenmesi, ihtiyaçlarının belirlenmesi ve psikososyal desteğin uygulanabilmesi için ruh sağlığı çalışanlarının bu konuda yeterli eğitim alması oldukça önemlidir. Psikolojik erken müdahale, özellikle cinsel şiddete veya çeşitli istismar türlerine maruz kalan kadınlar arasında ruhsal bozukluk yaygınlığının yüksek olduğu göz önüne alındığında, travmanın olumsuz psikososyal etkilerini hafifletmede çok önemli bir rol oynamaktadır. Ruhsal bozuklukların oluşması halinde en kısa sürede tespit edilip tedavi edilmesi gerekmektedir. Cinsel şiddetle mücadelenin bir başka yolu da failerin tespit edilmesi ve tedavi edilmesidir. Bugüne kadar yapılan çalışmalar kadına yönelik şiddetle mücadelede, sağlık sistemlerinin ve toplum hizmetlerinin altyapısının değişmesi gerektiğini göstermektedir.

### **Kaynaklar**

- Alvarez C, Fedock G, Grace KT, Campbell J (2017) Provider screening and counseling for intimate partner violence: a systematic review of practices and influencing factors. *Trauma Violence Abuse*, 18:479-495.
- Arkins B, Begley C, Higgins A (2016) Measures for screening for intimate partner violence: a systematic review. *J PsychiatrMent Health Nurs*, 23:217-235.
- Bacchus LJ, Bewley S, Vitolas CT, Aston G, Jordan P, Murray SF (2010) Evaluation of a domestic violence intervention in the maternity and sexual health services of a UK hospital. *Reprod Health Matters*, 18:147-157.
- Barbara G, Buggio L, Micci L, Spinelli G, Paiocchi C, Dridi D et al. (2022) Sexual violence in adult women and adolescents. *Minerva Obstet Gynecol*, 74:261-269.
- Bissonn JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C (2013) Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Syst Rev*, 12:CD003388.
- Campbell R, Dworkin E, Cabral G (2009) An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma Violence Abuse*, 10:225-246.
- Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim, HK (2012) A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*, 3:231-280.
- Casteel C, Martin SL, Smith JB, Gurka KK, Kupper LL (2008) National study of physical and sexual assault among women with disabilities. *Inj Prev*, 14:87-90.
- Chandra PS, Deepthivarma S, Carey MP, Carey KB, Shalinianant MP (2003) A cry from the darkness: women with severe mental illness in India reveal their experiences with sexual coercion. *Psychiatry*, 66:323-334.

- Chapman A & Monk C (2015) Domestic violence awareness. *Am J Psychiatry*, 172:944-945.
- Chivers-Wilson KA (2006) Sexual assault and posttraumatic stress disorder: A review of the biological, psychological and sociological factors and treatments. *McGill J Med*, 9:111-118
- Colombini M, Mayhew SH, Ali SH, Shuib R, Watts C (2012) An integrated health sector response to violence against women in Malaysia: lessons for supporting scale up. *BMC Public Health*, 12:458.
- Dartnall E, Jewkes R (2013) Sexual violence against women: the scope of the problem. *Best Pract Res Clin ObstetGynaecol*, 27:3-13.
- De Oliveira HN, Machado CJ, Guimarães MDC (2012) Factors associated with self-report of sexual violence against men and women with mental disorders in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47:1567-1579.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP et al. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 291:2581-2590.
- Dworkin ER & Schumacher JA (2018) Preventing posttraumatic stress related to sexual assault through early intervention: A systematic review. *Trauma Violence Abuse*, 19:459-472.
- Echeburúa E, Corral PD, Amor PJ (2003) Evaluation of psychological harm in the victims of violent crime. *Psychology in Spain*, 7:10-18.
- Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R et al. (2009) How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess*, 13:16.
- Fulu E, Jewkes R, Roselli T, Garcia-Moreno C (2013) Prevalence of and factors associated with male perpetration of intimate partner violence: findings from the UN multi-country cross-sectional study on men and violence in Asia and the Pacific. *Lancet Global Health*, 1:e187-e207.
- García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G (2015) The health-systems response to violence against women. *Lancet*, 385:1567-1579.
- Gölge ZB, Yavuz MF, Korkut S, Kahveci S (2013) Psychological and social issues observed in adult female victims following sexual assault. *Adli TıpBülteni*, 18:82-91.
- Güvenç R, Yıldırım MH, Yıldırım EA (2022) Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Noro Psikiyatri Ars*, 59:151-157.
- Hegarty K, Tarzia L (2019) Identification and management of domestic and sexual violence in primary care in the# MeToo era: an update. *Curr Psychiatry Rep*, 21:12.
- Hegarty K, Tarzia L, Hooker L, Taft A (2016) Interventions to support recovery after domestic and sexual violence in primary care. *Int Rev Psychiatry*, 28:519-532.
- Howard LM, Trevillion K, Agnew-Davies R (2010) Domestic violence and mental health. *Int Rev Psychiatry*, 22:525-534.
- Jonas S, Bebbington P, McManus S, Meltzer H, Jenkins R, Kuipers E et al. (2011) Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 adult psychiatric morbidity survey. *Psychol Med*, 41:709-719.
- Jones L, Hughes M, Unterstaller U (2001) Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma Violence Abuse*, 2:99-119.
- Kelly L, Westmarland N (2015) Domestic Violence Perpetrator Programmes: Steps Towards Change. Project Mirabal Final Report. London and Durham, London Metropolitan University and Durham University. .
- Khalifeh H, Moran P, Borschmann R, Dean K, Hart C, Hogg J et al. (2015) Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychol Med*, 45:875-886.
- Khalifeh H, Oram S, Osborn D, Howard LM, Johnson S (2016) Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*, 28:433-451.
- Knight M, Nair M, Tuffnell D, Kenyon S, Shakespeare J, Brocklehurst P et al. (2016) Saving Lives, Improving Mothers' Care - Surveillance of Maternal Deaths in the UK 2012-14 and Lessons Learned to Inform Maternity Care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009-14. Oxford, University of Oxford.
- Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB (2002) The world report on violence and health. *Lancet*, 360:1083-1088.
- Långström N &Grann M (2007) Severe mental illness and risk of sexual offending in men: a case-control study based on Swedish national registers. *J Clin Psychiatry*, 68:588-596.
- Li L, Shen X, Zeng G, Huang H, Chen Z, Yang J et al. (2023). Sexual violence against women remains problematic and highly prevalent around the world. *BMC Womens Health*, 23:196.
- Lombardi BN, Jensen TM, Parisi AB, Jenkins M, Bledsoe SE (2023). The relationship between a lifetime history of sexual victimization and perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*, 24:139-155.
- McLindon E & Harms L (2011) Listening to mental health workers' experiences: Factors influencing their work with women who disclose sexual assault. *Int J Ment Health Nurs*, 20:2-11.
- Mendes K, Ringrose J, Keller J (2018) # MeToo and the promise and pitfalls of challenging rape culture through digital feminist activism. *Eur J Womens Stud*, 25:236-246.
- New York Times (2018) #MeToo brought down 201 powerful men. nearly half of their replacements are women. <https://www.nytimes.com/interactive/2018/10/23/us/metoo-replacements.html>. (Accessed 20.06..2023).

- NICE (2014) Domestic Violence and Abuse: Multi-Agency Working. London, National Institute for Health and Care Excellence.
- Oram S, Capron L, Trevillion K (2016) Promoting Recovery in Mental Health: Evaluation Report. London, King's College London.
- Oram S, Khalifeh H, Howard LM (2017) Violence against women and mental health. *Lancet Psychiatry*, 4:159-170.
- Oram S, Trevillion K, Khalifeh H, Feder G, Howard LM (2014) Systematic review and meta-analysis of psychiatric disorder and the perpetration of partner violence. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 23:361-376.
- Ormon K, Sunnqvist C, Bahtsevani C, Levander MT (2016) Disclosure of abuse among female patients within general psychiatric care-a cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 16:79.
- Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF (2011) Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from wave 2 of the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Anxiety Disord*, 25:456-465.
- Regehr C, Alaggia R, Dennis J, Pitts A, Saini M (2013) Interventions to reduce distress in adult victims of sexual violence and rape: a systematic review. *Res Soc Work Pract*, 23:257-265.
- Romito P, Turan JM, De Marchi M (2005) The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Soc Sci Med*, 60:1717-1727.
- Rose D, Trevillion K, Woodall A, Morgan C, Feder G, Howard L (2011) Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *Br J Psychiatry*, 198:189-194.
- Ruzek JI, Brymer MJ, Jacobs AK, Layne CM, Vernberg EM, Watson PJ (2007) Psychological first aid. *J Ment Health Couns*, 29:17-49.
- Semrau M, Evans-Lacko S, Alem A, Ayuso-Mateos JL, Chisholm D, Gureje O et al. (2015) Strengthening mental health systems in low-and middle-income countries: the Emerald programme. *BMC Med*, 13:79.
- Shackelford TK, Goetz AT (2004) Men's sexual coercion in intimate relationships: development and initial validation of the sexual coercion in intimate relationships scale. *Violence Vict*, 19:541-556.
- Stewart DE, MacMillan H, Wathen N (2013) Intimate partner violence. *Can J Psychiatry*, 58:e1-e15.
- Tetik S, Mutlu A, Unlubilgin E (2021) Psychological first aid in sexual assault cases. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13:751-762.
- Thompson MP (2006) Measuring Intimate Partner Violence Victimization and Perpetration: A Compendium of Assessment Tools. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention.
- Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM (2012) Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 7:e51740.
- United Nations (2014) UN sounds alarm to end 'global pandemic' of violence against women. *UN News* [Internet]. 2014 1/10/18. <https://news.un.org/en/story/2014/11/484692#>. (Accessed 10.05.2023).
- Vickerman KA & Margolin G (2009) Rape treatment outcome research: Empirical findings and state of the literature. *Clin Psychol Rev*, 29:431-448.
- WHO (2011) Psychological First Aid: Guide for Field Workers. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2013) Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2016) Global Plan of Action to Strengthen the Role of the Health System within a National Multisectorial Response to Address Interpersonal Violence, in Particular against Women and Girls, and Against Children. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2021) Sexual violence. <https://apps.who.int/violence-info/sexual-violence/> (Accessed 02. 01. 2024).

**Yazarların Katkıları:** Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olunduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

**Danışman Değerlendirmesi:** Dış bağımsız

**Çıkar Çatışması:** Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

**Authors Contributions:** The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared.

**Financial Disclosure:** No financial support was declared for this study.