

Yayın Geliş Tarihi: 13.04.2023
Yayına Kabul Tarihi: 31.07.2023
Online Yayın Tarihi: 15.09.2023
<http://dx.doi.org/10.16953/deusosbil.1282604>

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi
Cilt: 25, Sayı: 3, Yıl: 2023 Sayfa: 1278-1307
E-ISSN: 1308-0911

Derleme Makalesi

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE MARUZ KALINAN İSTİSMAR NEDENİYLE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU YAŞAYAN BİREYLERE ÖZGÜ ETKİLİ PSİKOLOJİK TEDAVİLER

*Melek Sever**
*Fatima Zehra Allahverdi***

Öz¹

Çocukluk döneminde yaşanan duygusal, fiziksel, cinsel ve ekonomik istismar kişiyi ruhsal yönde olumsuz olarak etkilemektedir. Bu istismarları yaşayan kişiler birden fazla psikopatolojiyi aynı anda geliştirebilirken bu kişilerde en sık rastlanan psikopatoloji Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)'dir. Özellikle fiziksel ve cinsel istismar yaşayan çocukların bu bozukluğu geliştirme riski daha yüksektir. Bu çalışmanın amacı çocukluk döneminde maruz kalınan istismardan dolayı TSSB geliştiren bireyler için etkili, kanıtlanmış, güncel psikolojik tedavileri araştırmaktır. Cinsel istismardan dolayı TSSB geliştiren bireyler için kanıtlanmış müdahale teknikleri: Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Diyalektik Davranış Terapi (DDT), Duygu ve Kişilerarası İlişkiyi Düzenleme Becerisi Eğitimi (STAIR), Travma için Duygu Odaklı Terapi (DOT), Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR), Yeniden Senaryolaştırma (Imagery Rescripting, IR)'dir.

***Anahtar kelimeler:** Cinsel İstismar, Toplum Ruh Sağlığı, BDT, DDT, EMDR, Fiziksel İstismar, STAIR, Travma Sonrası Stres Bozukluğu.*

EFFECTIVE PSYCHOLOGICAL TREATMENTS SPECIFIC TO INDIVIDUALS SUFFERING FROM POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER DUE TO CHILDHOOD ABUSE

Bu makale için önerilen kaynak gösterimi (APA 6. Sürüm):

Sever, M. & Allahverdi, F. Z. (2023). Çocukluk Döneminde Maruz Kalınan İstismar Nedeniyle Travma Sonrası Stres Bozukluğu Yaşayan Bireylere Özgü Etkili Psikolojik Tedaviler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25 (3), 1278-1307.

*Psikolog, Seydişehir Adliyesi, ORCID: 0009-0003-5681-2817, meleksever68@gmail.com

**Dr. Öğretim Üyesi, Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi, ORCID: 0000-0002-9599-6407, zehra.allahverdi@gmail.com

Bu çalışma, 2022 yılında tamamlanmış yüksek lisans projesinden elde edilmiştir. Etik kurul onayı gerektiren bir çalışma değildir.

Abstract

Abuse experienced during childhood, whether it is emotional, physical, sexual, or economic, has an impact on an individual's mental well-being. Those who experience these abuses may develop multiple psychopathologies simultaneously, with the most common psychopathology observed being Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Particularly, children who experience physical and sexual abuse are at a higher risk of developing this disorder. The aim of this study is to explore effective, evidence-based, and up-to-date psychological treatments for individuals who develop PTSD due to the abuse endured during childhood. Proven intervention techniques for individuals developing PTSD as a result of sexual abuse are Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Dialectical Behavior Therapy (DBT), Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation (STAIR), Emotion-Focused Therapy for Trauma (EFT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), and Imagery Rescripting (IR).

Keywords: Sexual Abuse, Community Mental Health, CBT, DBT, EMDR, Physical Abuse, STAIR, PTSD.

GİRİŞ

Çocuk istismarı; çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel, duygusal ya da sosyal açıdan zarar görmesi, fiziksel veya psikolojik sağlığının ve güvenliğinin tehlikeye girmesi, ekonomik çıkarlar için çocuğun kullanılması şeklinde tanımlanmıştır (DSÖ, Zoroğlu vd., 2001; Raabe vd., 2015). Çocuk istismarı fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik olarak dörde ayrılmaktadır (Taner & Gökler, 2004). Fiziksel istismar en sık rastlanılan ve fark edilmesi diğerlerine oranla daha kolay olan istismar türüdür. Fiziksel istismar fiziksel şiddet uygulanması sebebiyle gerçekleşir. 18 yaşın altındaki çocuğu cinselliğe zorlamak veya cinselliğe yönelik aktivitelerde bulunmak ise cinsel istismardır (Borg vd., 2014). Her iki istismar türünde de çocuk psikolojik ve fiziksel olarak olumsuz etkilenirken özellikle cinsel istismarın psikolojik olarak bireyi etkileme düzeyi diğerlerinden daha fazladır. Aralarında en zor tanımlanan, fark edilen veya yasal işlem yapılan istismar türü duygusal istismardır. Duygusal istismar; çocuğun sürekli küçük düşürülmesi, aşağılanması, içinde bulunan toplum kurallarına uygun bir şekilde yetiştirilmemesi, tehdit edilmesi, yalnız bırakılması, aşırı baskı kurulması veya bir çıkar için kullanılması olarak tanımlanabilir (Öztürk, 2007). Son olarak çocuğun gelişim düzeyine uygun olmayan işlerde çalıştırılması, çocuk işçi olarak çalıştırılıp ücretin düşük verilmesi ekonomik istismardır. Bu istismar türü genellikle gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerde yoğun olarak görülmektedir (Yalçın, 2011). Araştırmacıların en çok çalıştığı istismar türü fiziksel ve cinsel istismardır. Fiziksel ve cinsel istismarın somut bir çıktısının olmasından dolayı ve alan yazında diğer istismar türlerine göre daha fazla araştırılması ve buna istinaden daha fazla nicel veriye sahip olmasından dolayı bu çalışmada istismar çeşitlerini sınırlayarak sadece fiziksel ve cinsel istismarı incelenmiştir.

Çocuk istismar vakalarının sayısını, sıklığını tespit etmek çok zordur. Fiziksel ve cinsel istismar duygusal istismara oranla daha fazla tespit edilmekte,

duygusal istismar vakalarının çoğu gizli kalmaktadır. Fakat yapılan çalışmalar, tüm dünyadaki istismar vakalarının tahmin edilenden daha fazla olduğunu göstermektedir (Öztürk, 2007). Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü'ne (2022) göre; dünyadaki 4 çocuktan üçü 2 ve 4 yaş aralığında fiziksel istismar yaşarken 13 erkekten biri ve 5 kadından birini cinsel istismara maruz kalmaktadır.

Çocuklukta yaşanan fiziksel ve cinsel istismar, çocuğu derinden etkilemekte özellikle akıl ve ruh sağlığını tehdit etmekte ve yaşam boyu ruhsal bozukluğa sahip olma riski içermektedir (SHÇEK & UNICEF, 2010; Gilbert vd., 2009; Van Vliet vd., 2021). İstismarın kronik olması ve erken yaşta başlaması yaşanan ruhsal rahatsızlığın düzeyini de etkilemektedir. Başlangıç yaşı daha düşük olduğunda yaşanan psikolojik problemin daha kronik ve rahatsız edici olma ihtimali fazladır (Cloitre vd., 2013). Çocuklukta yaşanan bu istismar nedeniyle birey; depresyon, bipolar bozukluk, yeme bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, intihar eğilimi, disosiyasyon, kişilik bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve saldırganlık gibi psikolojik bozukluklara sahip olabilmektedir (Gilbert vd., 2009; Norman vd., 2012; Briere vd., 2016; Lanius, 2010; Jakubczyk vd., 2014). Kişi tek bir bozukluk geliştirebileceği gibi birden fazla bozukluk da geliştirebilmektedir. Çocukluğunda cinsel veya fiziksel istismar gibi travmatik bir olaya maruz kalan bireylerin en fazla geliştirdiği psikopatoloji; TSSB'dir (De Vries & Olf, 2009; Cloitre & Koenen, 2001; Dong vd., 2004). Çocuklukta istismar yaşayan bireylerin %22 ila 49'u yaşam boyu TSSB kriterlerini karşılamaktadır (Kesler vd., 1995). Daha kompleks TSSB belirtileri gösteren bireylerde komorbid bozukluk görülme oranı yüksektir. Özellikle kişilik bozukluklarıyla komorbid olma ihtimali yüksektir. (Cloitre & Koenen, 2001; Lau & Kristensen, 2007; Bohus vd., 2013). Yani, çocukluk istismarı genel olarak karmaşık psikopatolojiyle ilişkiliyken istismarı yaşayan kişiler bir veya daha fazla bozuklukla ruh sağlığı hizmetlerine başvurma olasılığı fazladır. (Cutajar vd., 2010; Raaba vd., 2015).

Alan yazında istismar yaşayan bireylerin en fazla TSSB tanısı aldığı görülmektedir. Ayrıca istismar yaşayıp TSSB tanısı alan bireylerin oluşturduğu bu özel gruplara yönelik müdahale çalışmaları uygulanan araştırmalara da rastlanmaktadır (Ehring vd., 2014). İstismar yaşayan bireylerde sık karşılaşılan bir diğer bozukluk ise kişilik bozukluğu olup kişilik bozukluğu nedeniyle psikolojik destek almak isteyen bireylerin sayısının çok az olduğu, kişilik bozukluklarının genel olarak depresyon, TSSB gibi klinik bozukluklarla komorbid ilerlediği, birçok kişinin de kişilik bozukluklarından dolayı değil, komorbid olan diğer klinik bozukluk nedeniyle sıkıntı çektiği için psikoterapiye başvurdukları görülmektedir (Kleindienst vd., 2021; Ertan & Cankorur, 2017). İstismar yaşayan bireylerin depresyon ve kaygı yaşadıkları, genel olarak da bu iki bozukluğun komorbid şekilde görüldüğü alanyazındaki çalışmalar tarafından kanıtlanmıştır (Hovens vd., 2010). Ayrıca tanılarda ortak semptomlar (transdiagnostik) bulunmaktadır. Bu tanılara uygulanan müdahaleler ortak semptomlara etki edebilir (Varkovitzky vd., 2018) Bu

nedenle bu çalışmada TSSB dışındaki tanı kriterlerinin karıştırıcı değişken olmaması ve müdahalelerin TSSB üzerinde nasıl değişiklik yarattığına odaklanılması istendiği için diğer tanı kriterleri dışlanmıştır. İstismarı yaşayan kişilerin en fazla TSSB'yi deneyimlemesi, TSSB tanısı ortadan kalkmadıkça kişinin işlevselliğinden fiziksel veya psikolojik sağlığına kadar her alanda büyük sorunlar gözlemlenmesi, TSSB'nin diğer bozukluklarla komorbid olmadan görülmesi nedeniyle bu çalışma psikolojik bozukluklar arasından sadece TSSB'ye odaklanmıştır.

Çocukluk istismarı, kişinin sahip olduğu güvensizlik hissi nedeniyle kişilerarası ilişkilerini etkileyen, aşırı uyarılma, travmatik olayı yeniden yaşıyormuş gibi hatırlama ve travmayı tetikleyen uyarlardan kaçınma gibi semptomlara neden olan, öfke, utanç, suçluluk gibi duyguları hissettiren, bellekle ilgili sıkıntılar yaşatan, somatizasyon gibi şikayetlere neden olan TSSB'ye neden olabilir (APA, 2013; Herman, 1992). TSSB'deki bu semptomlar, işlevsel olmayan bilişler, kendine zarar verme ve intihar düşünceleri nedeniyle kişinin işlevselliğini ve hayat kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Bohus vd., 2013). Ayrıca haksız suçluluk, utanç, iğrenme ve kendini küçümseme gibi duygular, çocukluk istismarı sonrası görülen TSSB'nin bir başka semptomlarıdır (Rüsch vd., 2007; Steil vd., 2011b; Jung & Steil, 2012). TSSB, kişinin duygusunu, düşüncesini ve davranışını etkileyerek hayat kalitesinin düşmesine ve işlevselliğinin bozulmasına yol açan kompleks bir bozukluktur.

TSSB'nin bireye birçok yönden sıkıntı verdiği bu sıkıntı nedeniyle kişinin yaşam kalitesini azalttığı, işlevselliğini düşürdüğü görüldüğü için alan yazında müdahale çalışmaları TSSB'ye odaklanılmış olup TSSB'ye müdahale konusunda birçok psikoterapi tekniğinin etkililiği kanıtlanmıştır. TSSB tanılı bireylerde Uzun Süreli Maruz Bırakma Terapisinde (Prolonged Exposure - PE) kişiler koşullu korku tepkilerini azaltan travmatik anılara ve travmayla ilgili uyarlara tekrar tekrar ve sistematik olarak maruz kalırlar (Bisson vd., 2007; Powers vd., 2010). Alan yazında, uzun süreli maruz bırakmanın etkili olduğu kanıtlanırsa da son çalışmalarda etkililiği konusunda tartışmalara rastlanmaktadır. Bu nedenle son çalışmalar güncel psikoterapi ekollerinin istismar nedeniyle psikopatoloji geliştiren bireyler üzerinde etkili olup olmadığını araştırmaktadır. Özetle, bu çalışma istismar nedeniyle TSSB yaşayan bireylerde güncel psikoterapilerin etkisine odaklanmıştır.

Güncel müdahalelerden Diyalektik Davranış Terapisi (DDT) kişilere travmayla ilgili korkularını azaltmada, korkudan kaçınmayı azaltmada, suçluluk ve utanç gibi duyguları sorgulamada, travmanın gerçeklerini tamamen kabul etmede kişilere yardımcı olur. Özellikle korku duygusundan kaçmaya çalışanlar için burada da maruz bırakma tekniğini kullanılır (Bohus vd., 2013). Ayrıca davranışsal analizlere dayanan DDT, TSSB semptomlarını sürdüren duygulara odaklanır (Harned vd., 2010). Genel olarak DDT, psikoeğitim programı, beceri eğitimi, farkındalık seansları ve maruz kalmaya dayalı bireysel seansları içeren kapsamlı bir modüler tedavi programıdır (Bohus vd., 2013). TSSB'nin semptomlarının yoğunluğu ve çeşitliliği bireyler arasında değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle

bireye özgü müdahale benimsemek daha etkili olmaktadır. Örneğin suçluluk ve çaresizlik gibi duyguları aktaran kişi ile BDT'nin bilişsel yeniden yapılandırma tekniğini kullanması fayda sağlarken, öfke, iğrenme ve utanç gibi duyguları benimseyenlerle DDT tekniklerini kullanmak daha etkili olabilmektedir (Steil vd., 2011b; Jung & Steil, 2012).

Çocukluk istismarı geçmişi olan kişiler için aşama temelli bir müdahale olarak geliştirilen Öyküsel Terapi (ÖT), TSSB'ye sahip olan kişiler için uygulanan bir tedavidir. Öyküsel Terapi, travmatik anılarla ilişkili duyguları işlemeye ve travmatik deneyimlerden türetilen kişilerarası şemaları tanımlamaya odaklanan, uzun süreli maruz kalmanın değiştirilmiş bir versiyonudur (Niwa vd., 2022).

Travmatik çocukluk anılarından kaynaklanan anlamları ve şemaları hedef alıp onları olumlu yönde değiştirmeyi planlayan teknik, İmgeleme ile Yeniden Senaryolaştırma (IR)'dır (Arntz, 2012). Bu teknikte kişi travmatik deneyimin başlangıcını hayal eder ve ardından farklı müdahaleleri ve sonuçları hayal ederek olayların orijinal seyrini değiştirir. Böylece kişi olumsuz şemalarını ve bilişlerini değiştirebilir (Arntz, 2012; Hackmann, 2011).

TSSB'ye sahip olan bireylerin duygu düzenleme ve kişilerarası zorluk yaşama ihtimali fazladır (APA, 2013). Bu noktalarda kişiye Duygu ve Kişilerarası İlişkiyi Düzenleme Becerisi Eğitimi (STAIR) verildiğinde etkili sonuçlar alındığı görülmüştür (Cloitre vd., 2002). Travma için Duygu Odaklı Terapi'nin (DOT) özellikle çocukluk döneminde istismara maruz kalan hem kadın hem erkeklerde etkili bir müdahale olduğu kanıtlanmıştır (Paivio & Nieuwenhuis, 2001; Paivio vd., 2010). TSSB tanısını alan bireylerin en sık rahatsızlık ve sorun yaşadığı durum; duygularını ve kişilerarası ilişkilerini düzenleyememesidir. Travma odaklı BDT'de beceri geliştirmekten ziyade travmanın yoğun duygularıyla baş etme ve olumsuz düşünceleri değiştirme hedeflenmektedir (Dorrepaal vd., 2010). Olumsuz duygu ve düşüncelere odaklanmak kişinin duyguları ve kişilerarası ilişkilerini düzenleyemediği bu nedenle bu konuya odaklanan ayrı bir müdahale yaklaşımı geliştirilmiştir. Bu müdahale ile kişinin işlevselliğini artırıp sosyal ilişkilerini artırarak psikolojik olarak sağlıklı bir hayat sunma hedeflenmektedir. İstismar yaşayan bireyler de duyguları düzenlemekte güçlük çektiği, istismarın bir kişi tarafından gerçekleştirildiği için kişilerarası ilişkilerinde bozulmalar meydana geldiği bu da kişinin işlevselliğini düşürdüğü görülmektedir (Cloitre vd., 2010). Alan yazında son 10 yıldır STAIR'in istismar yaşayan bireylerde etkililiğinin incelendiği görülmüş olup bu çalışmada STAIR'in farklı psikoterapi ekollerıyla birlikte kullanılmasının TSSB semptomlarını azaltmada veya tanıyı ortadan kaldırmada etkili olup olmadığı hangi psikoterapi ekolu ile birleştiğinde etkili sonuçlar verdiği incelenmiştir.

Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) sırasında, hastalar travmatik belleğe odaklanırken, aynı anda harici bir uyarana

(genellikle iki taraflı göz hareketleriyle) odaklanır, bu da belleğin duygusal sıkıntısını azalttığı için TSSB’de etkili bir müdahale tekniğidir (Hoeboer vd., 2021). Genel olarak TSSB semptomlarını iyileştiren bu müdahalelerin çocuklukta istismar yaşayan bireylerin TSSB semptomlarını iyileştirmede nasıl bir rol oynadıklarını bu çalışmada incelenmesi hedeflenmiştir.

Çalışmanın amacı çocukluğunda istismar yaşayan bireylerin ileriki hayatlarında geliştirmiş olduğu TSSB’ye etkili güncel müdahale tekniklerini araştırmak ve STAIR uygulayan araştırmaları karşılaştırmaktır. Ekonomik ve duygusal istismarın saptanmasının zor olduğundan dolayı (Öztürk, 2007) daha objektif verilerin incelenmesi adına bu makalede fiziksel ve cinsel istismara odaklanılmıştır. Ehring ve arkadaşları (2014) yayınladığı bir metaanaliz çalışmasında 2013’e kadar yayınlanan çocukluk istismarının neden olduğu TSSB’ye müdahaleyi amaçlayan deneysel desen araştırmaları (seçkisiz kontrollü ve yarı-deneysel araştırmalar) incelemiştir. Ayrıca depresyon, anksiyete, disosiasyon gibi komorbid bozuklukların da etki büyüklüklerini görmek adına analizine dahil etmişlerdir. Bu çalışma TSSB’ye ek bir başka komorbid bozukluğa odaklanan makaleleri dışlamıştır. Çünkü komorbid tanının varlığında tedaviye cevap verme oranı düşmektedir (Taylor vd., 2003; Bohus vd., 2013). Ayrıca bu dışlama kriterinin bir başka nedeni psikolojik bozuklukların ortak semptomlarının olması ve bu ortak semptomdaki iyileşmenin TSSB’nin diğer semptomları üzerinde etkili olup olmadığını saptamak zorlaşabilir. Bunun dışında 2022 yılına kadar çocuklukta yaşanan istismarın neden olduğu TSSB üzerinde etkililiği kanıtlanmış müdahaleleri inceleyerek diğer metaanaliz çalışmasından farklı olarak güncel müdahalelere yer verilmiş ve STAIR uygulayan çalışmaları karşılaştırılmıştır. Genel olarak güncel müdahalelere ve sadece TSSB’ye odaklanıldığı için bu çalışma bir önceki çalışmalardan farklıdır. Sonuç olarak, istismara maruz kalan bireylerdeki travma ile ilgili akademik literatürün çoğunlukla farmakoterapiye odaklandığı, psikoterapi tedavi seçenekleriyle ilgili ise sınırlı araştırmaların bulunduğu görülmüştür. Bununla birlikte, istismar sonucu oluşan Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun (TSSB) olumsuz semptomlarını en aza indirme veya ortadan kaldırma konusunda etkili tedavileri araştıran çalışmalara ülkemizde rastlanmamıştır. Bu bağlamda, çalışmamızın klinik psikoloji alanındaki hem akademik hem de uygulamalı yönleriyle araştırmacılara ve klinisyenlere rehberlik edeceği düşünülmektedir.

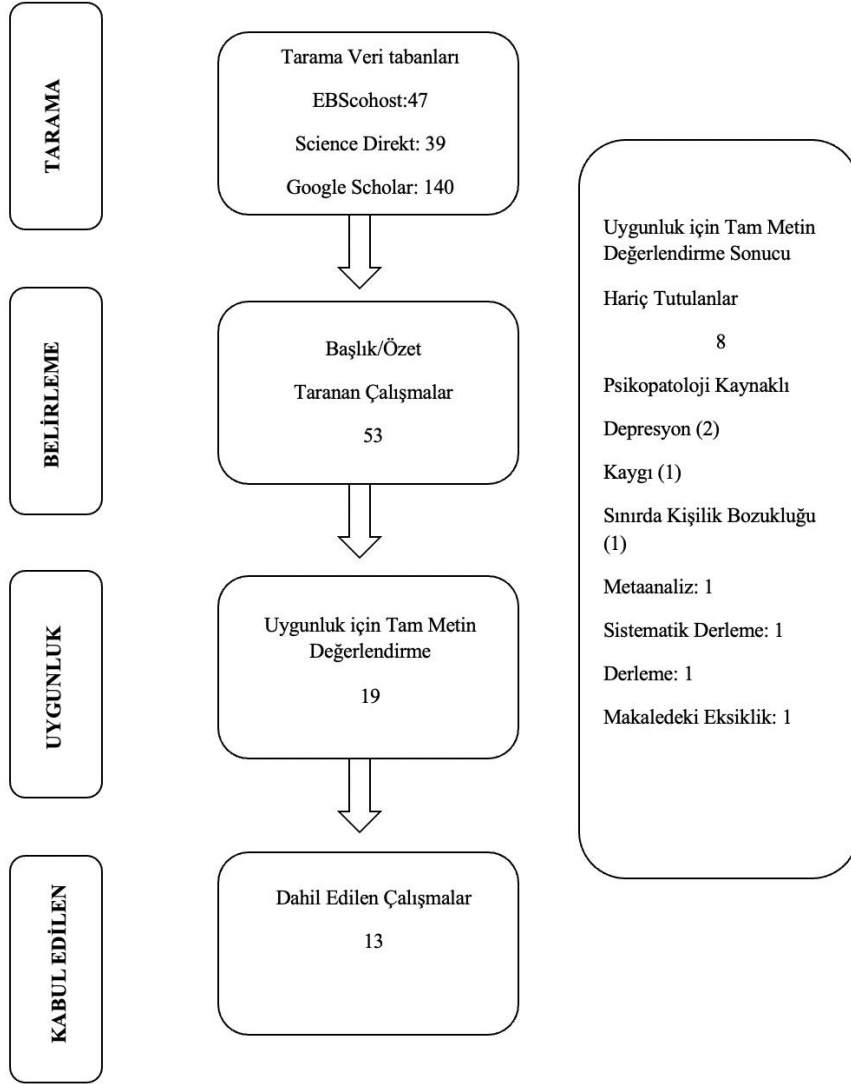
YÖNTEM

Çalışmada “child abuse treatment”, “PTSD related to child abuse” anahtar kelimeleri kullanılarak Ebscohost (47) Google Scholar (140) ve Science Direct (39)’den (en sık kullanılan veri tabanları oldukları için) 2010 ve 2022 yılları arasında yayınlanmış tam metin İngilizce araştırma makaleleri kısıtlamasında sistematik bir alan yazın taraması yapılmıştır (Şekil 1). Minimum yılın 2010 seçilmesinin nedeni, 2010’dan önceki istismar nedeniyle TSSB’ye müdahale çalışmaları yoğun olarak BDT’ye odaklanmaktadır. 2010 yılından sonra güncel psikoterapi ekollerinin yer

aldığı çalışmalar görüldüğünden bu çalışmada da güncel psikoterapi ekollerine odaklanıldığından 2010 alt limit olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada önceki sistematik derleme olan (Ehring vd., 2014) çalışmadan farklı olarak neden sonuç ilişkisini açıklayabildiğimiz diğer deneysel desenlere de odaklanılmıştır. Toplamda 226 sonuç bulunmuştur. Bunlardan yalnızca 19 tanesi sadece travma sonrası stres bozukluğunda psikoterapiye odaklanmıştır. Fakat bu 19 makaleden dört tanesi TSSB'ye ek depresyon, kaygı ve sınırdaki kişilik bozukluğu gibi komorbid bozuklukları dahil ettiği için bu dört makale dışlanmıştır. Bunların dışında bir makalenin sonuç kısmına ulaşamadığı için, bir makale metaanaliz çalışması, bir makale sistematik derleme ve bir makale de derleme olduğu için incelemeye dahil edilememiştir. Cloitre ve arkadaşlarının (2012) yürütmüş olduğu bir çalışma TSSB'nin sadece disasimilasyon semptomuna odaklanmıştır. TSSB'nin her semptomunun değerlendirilmesinin gerekli olduğu, bir semptomundaki iyileşmeden dolayı bozukluğun ortadan kalkma ihtimali kesin olmadığı için bu makale de dışlanmıştır. Böylece toplamda 13 makale incelenmiştir.

Bu çalışmada 13 araştırma makalesi incelenmiştir. Çalışmaların biri Norveç, biri Japonya ikisi Kanada, ikisi Almanya, sekizi Hollanda'da yapılmıştır. Makaleler üzerinde yapılan incelemelere göre psikoloji alanında yüksek lisans ve doktora öğrencileri tarafından farklı psikoterapi ekollerine dayanak çalışmalar yürütülmüş olup öğrenciler araştırmaya başlamadan önce uygulanacak psikoterapi ekolünün eğitimini almışlardır. Çalışmalardan elde edilen bulgular Tablo 1 ve Tablo 2'de sunulmuştur.

ŞEKİL 1. PRISMA Akış Şeması



BULGULAR

İstismar Tanımı

Kimi araştırmacılar çocukluk istismarından sadece cinsel istismara (MacIntosh vd., 2018) bakarken kimisi fiziksel veya cinsel istismarı ayırt etmeksizin

birlikte incelemiştir (Raabe vd., 2015; Dorrepaal vd., 2010). Steil ve arkadaşları (2011a) ise sadece cinsel istismarı tanımını yapmışlardır. Diğer makalelere (Hoeboer vd., 2021; Cloitre vd., 2010; Paivio vd., 2010; Wagenmans vd., 2018; Oprel vd., 2021; Raabe vd., 2022; Niwa vd., 2022; Bækkelund vd., 2021; Van Vliet vd., 2021; MacIntosh vd., 2018) özgül bir tanım bulunmamaktadır (Tablo 1).

Araştırma Grupları ve Özellikleri

Çalışmalardaki katılımcıların fiziksel ve cinsel istismara maruz kalma oranlarının değişkenlik gösterdiği, kimi çalışmalarda fiziksel istismar daha fazla görülürken (Raabe vd., 2022; MacIntosh vd., 2018) kimi çalışmalarda cinsel istismar (Hoeboer vd., 2021; Oprel vd., 2021; Cloitre vd., 2010; Paivio vd., 2010; Bækkelund vd., 2021) daha yoğunlukta görülmektedir. Raabe ve arkadaşlarının (2015) çalışmasındaki katılımcılardan üç hasta fiziksel istismar, bir hasta cinsel istismar ve dört hasta hem fiziksel hem de cinsel istismar yaşamıştır. Hoeboer ve arkadaşları (2021) ve Oprel ve arkadaşlarının (2021) çalışmalarındaki PE grubundaki fiziksel istismara maruz kalan hastaların ortalaması 13.09 (S.S. = 6.97), cinsel istismara maruz kalanların ortalaması ise 15.48 (S.S. = 7.12)'dir. STAIR + PE grubundaki fiziksel istismara maruz kalanların ortalaması 15.48 (S.S. = 7.12), cinsel istismara maruz kalanların ortalaması ise 15.62 (S.S. = 7.68)'dir. Cloitre ve arkadaşlarının (2010) çalışmasındaki STAIR + PE grubundakilerin %90'ı cinsel istismar, 81.8'i fiziksel istismara maruz kalmıştır. STAIR + destekleyici grubundaki katılımcıların %89.5'i cinsel istismara maruz kalırken %76.3'ü fiziksel istismara maruz kalmıştır. Destekleyici + PE grubundakilerin ise %87.5'i cinsel istismarı, %84.4'ü fiziksel istismarı deneyimlemiştir. Paivio ve arkadaşlarının (2010) çalışmasındaki katılımcıların %13.3'ü çocukluğunda fiziksel istismara maruz kalırken %55.6'sı cinsel istismara maruz kalmıştır. Raabe ve arkadaşlarının (2022) katılımcıların %52,5'i fiziksel ve cinsel istismar, %31,1'i sadece cinsel istismar ve %16,4'ü sadece fiziksel istismar bildirmiştir. Bækkelund ve arkadaşlarının (2021) çalışmasındaki katılımcıların en yaygın çocukluk istismarı biçimi cinsel istismar (%75) olarak açıklanırken MacIntosh ve arkadaşlarının (2018) çalışmasındaki katılımcıların %60'ı çocuklukta fiziksel istismar öyküsü olduğu görülmüştür. İstismarın türü, şekli ile ilgili en geniş açıklamayı yapan Dorrepaal ve arkadaşlarının (2010) çalışmasındaki katılımcıların %72'si üvey/koruyucu ebeveyn tarafından fiziksel istismar, %69'u cinsel istismar ve %44'ü her iki istismar türüne de maruz kalmıştır. Fiziksel istismara maruz kalan katılımcıların çoğunda (%83) bu istismar sistemattiktir. İstismarın %57'si aile içindeki bireyler tarafından uygulanmıştır. Penetrasyon ile istismara uğrayanlar %60 iken %70'inde bu istismar kroniktir.

Raabe ve arkadaşlarının (2015) çalışmasındaki katılımcıların ortalama yaşı 34.4 (S.S. = 8.2; 23-46 yıl aralığı), Paivio ve arkadaşlarının (2010) çalışmasındaki katılımcıların yaş ortalaması 45.62 (S.S. = 12.99), Bækkelund ve arkadaşlarının (2021) çalışmasındaki katılımcıların yaş ortalaması 39.15 (S.S. = 9.9), Raabe ve

arkadaşlarının (2022) katılımcılarının yaş ortalaması 35.99 (S.S = 17)'dur. Niwa ve arkadaşlarının (2022) çalışmasındaki katılımcılar, 21-54 yaş arasında olup yaş ortalaması 29.1 (S.S. = 10.7) iken MacIntosh ve arkadaşlarının (2018) çalışmasındaki katılımcıların yaşları 18 ile 66 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 43'tür (S.S.= 11).

Steil ve arkadaşları (2011a) tarafından yapılan çalışmanın katılımcıları çocukluk çağında yaşanan cinsel istismarın başlangıcı ile tedavi alımı arasındaki süre 9 ila 44 yıl arasında (Ort. = 27.4, S.S. = 9.8) olduğu, Dorrepaal ve arkadaşlarının (2010) çalışmasındaki katılımcıların yaşadığı fiziksel istismarın ortalama başlangıç yaşı 6 ve ortalama süresi 11 yıl iken birden fazla failin bulunduğu istismarın ortalama başlangıç yaşı 7 ve ortalama süresinin de 7 yıl olduğu, Raabe ve arkadaşlarının (2015) çalışmasındaki katılımcıların istismar başlangıç yaşı ortalama 4,5 yıl (S.S. = 4.1) ortalama sürenin 11.6 yıl (S.S = 4.4) olduğu bulunmuştur. Van Vliet ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında katılımcıların demografik özelliklerine ait bilgi yer almamaktadır.

Araştırmalardaki yaygın rastlanan komorbid tanılar; majör depresif bozukluk ve kişilik bozukluklarıdır (Steil vd., 2011a; Dorrepaal vd., 2010; Raabe vd., 2015; Hoeboer vd., 2021; Cloitre vd., 2010; Wagenmans vd., 2018; Oprel vd., 2021; Raabe vd., 2022; Niwa vd., 2022; Bækkelund vd., 2021). Ek olarak, yaşamı tehdit eden kendine zarar verme veya intihar etme riski ve madde kullanım bozukluğu en sık belirtilen dışlama kriteridir (Tablo 1).

Müdahaleler

Araştırmaya katılan kişilere planlanan müdahale verilmeden önce TSSB ve/veya müdahale teknikleri ile ilgili psikoeğitim verilmiştir (Steil vd., 2011a; Dorrepaal vd., 2010; Wagenmans vd., 2018; Bækkelund vd., 2021; Van Vliet vd., 2021).

Dorrepaal ve arkadaşlarının (2010), Bækkelund ve arkadaşlarının (2021) çalışmalarında duygu düzenleme ve kişilerarası ilişkileri iyi yönde düzenleme BDT tekniği ile verilmiştir. Bunun yanında duyguları ve kişilerarası ilişkileri düzenlemeyi STAIR tekniği ile uygulayan araştırmaların sayısının daha fazla olduğu görülmüştür (Hoeboer vd., 2021; Oprel vd., 2021; Cloitre vd., 2010; Raabe vd., 2022; Niwa vd., 2022; Van Vliet vd., 2021; MacIntosh vd., 2018). MacIntosh ve arkadaşları bu tekniği tek başına kullanmış olup diğer araştırmacılar bir başka teknikle birlikte vermeyi daha çok tercih etmişlerdir (Tablo 2). Maruz bırakma tekniği ise araştırmalarda STAIR'den sonra en çok kullanılan tekniktir (Hoeboer vd., 2021; Oprel vd., 2021; Cloitre vd., 2010; Steil vd., 2011a; Wagenmans vd., 2018; Niwa vd. 2022). Son olarak araştırmacıların bazıları katılımcılara ev ödevi vermeyi tercih etmişlerdir (Dorrepaal vd., 2010; Bækkelund vd., 2021; MacIntosh vd., 2018)

Cloitre ve arkadaşlarının (2010) çalışması STAIR + PE grubu, STAIR + Destekleyici grubu ve Destekleyici + PE grubu şeklinde üç müdahaleye ayrılmıştır.

STAIR grubu, sekiz seans beceri eğitimi ve sekiz seans maruz bırakma olmak üzere toplamda 16 haftalık süren bir psikoterapidir. STAIR seansları ile duyguların ve kişilerarası ilişkinin düzenlenmesi hedeflenir. STAIR'ın ilk dört seansında duygu düzenleme ile ilgilidir. Bu dört seans duyguları tanımlama, etiketleme, duygu yönetimi, sıkıntı toleransı, duyguların kabulü ve olumlu duyguları deneyimlemeye odaklanır. Sonraki dört oturum kişiler arası sorunlarla ilgilidir. Son dört seans; uyumsuz şemaların keşfedilmesi, gözden geçirilmesi, etkili girişkenlik, sosyal bağlamın farkındalığı, kişilerarası beklenti ve davranışlarda esneklik konularına odaklanılmıştır. PE müdahalesinde ilk olarak kişi travma uyaranlarına in-vivo maruz kalırken kişilerarası beceri pratiği de uygulanmıştır. İkinci olarak, katılımcı istismar ile ilgili travmatik anılara şemaların tanımlandığı ve değerlendirildiği şekilde maruz kalmıştır. Maruz kalma hem çocukluk hem de yetişkinlik travmalarının anlatılarını içermektedir. Ayrıca travmanın sıkıntı derecesine ve katılımcı için önemine göre gözden geçirilmiştir. STAIR + Destekleyici ve Destekleyici + PE koşullarındaki destekleyici bileşeni, istismar geçmişiyle ilgili yaşam sorunlarının konuşulmasını içermektedir.

Hoeböer ve arkadaşlarının (2021) ve Oprel ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında hastalar PE, iPE ve STAIR + PE gruplarına seçkisiz olarak atanmışlardır. Klasik STAIR ve PE seansları içeriğine sahiptir (Cloitre vd., 2010). PE seansları 90 dakika ve toplamda 16 hafta sürmüştür. iPE seansları; haftada üç kez (toplam 4 hafta) 12 seans sürmüş, ardından bir ve iki ay sonra iki takviye seansları düzenlenmiştir. PE ve iPE'nin tedavi protokolleri aynıydı. Bu iki tedavi protokolünde hastalar, travmatik anıya hayali veya in-vivo şekilde maruz bırakılmıştır. STAIR + PE seanslarında, hastalara seansın ilk yarısı 60 dakikalık STAIR ve ikinci yarısı 90 dakikalık maruz bırakma tekniği uygulanmış ve toplam 16 hafta sürmüştür.

Wagenmans ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında hastalar sabah 90 dakikalık PE seansı ve öğleden sonra 90 dakikalık EMDR terapi seansı olmak üzere günde 1.5 saatlik iki ayrı tedavi seansı almıştır. Program toplamda 16 seanstan (24 saat) travma odaklı psikoterapiden oluşmaktadır. Klasik yürütülen PE (Cloitre vd., 2010) seanslarında travmatik anıların işlenmesine de yer verilmiştir. Ayrıca katılımcılar, PE ve EMDR dışında spor egzersizleri yaparken travmatik olayı hatırlatan resim, video, ses parçası, giysi gibi in-vivo materyal kullanmıştır.

Van Vliet ve arkadaşları (2021) çalışmasında her iki tedavi koşulundaki katılımcılara bir psikoeğitim seansından sonra hem STAIR hem de EMDR terapisi haftada iki kez 90 dakika süreyle uygulanmıştır. Bir grup 8 seans STAIR+ 16 seans EMDR alırken diğer grup 16 seans EMDR almıştır. MacIntosh ve arkadaşlarının (2018) çalışmasındaki seanslar 2 yıl boyunca, her grupta 4-10 katılımcı bulunan altı grup ile gerçekleştirilen seanslarda sadece STAIR kılavuzu (Cloitre vd., 2010)

uygulanmıştır. Tedavi, 10 haftalık bir süre boyunca verilip toplamda 10 seanstan oluşmaktadır.

Niwa ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında, haftalık 60 dakikadan oluşan toplamda 16 seans süren Öyküsel Terapiye ek STAIR tekniği kullanılmıştır. İlk modül STAIR içerirken ikinci modül Öyküsel Terapiyi içermektedir. Ayrıca semptomlarını hafifletmek için maruz bırakma ve bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerini kullanılmıştır. İlk 8 seans STAIR kullanılmış olup daha sonra 25. seansa kadar öyküsel terapi teknikleri kullanılmıştır. Burada travmatik anıya ve kişilere ait şemalara odaklanılmıştır.

Steil ve arkadaşlarının (2011a) çalışmasında katılımcılar DDT'yi yatılı şekilde almışlardır. Haftada iki kez 35 dakikalık bireysel tedavi ve haftalık grup tedavilerini uygulanmıştır. 90 dakikalık beceri eğitimi, 60 dakikalık benlik saygısına odaklanan grup müdahalesi, 25 dakikalık üç farkındalık seansı verilmiştir. Bireysel seansların yaklaşık dörtte biri maruz bırakma tekniklerine ayrılmıştır. Ortalama olarak, hastalar 23 seans bireysel tedavi, 11 seans beceri eğitimi / özsayı müdahalesi / psikoeğitim ve 35 seans farkındalık eğitimi almıştır. Hastalar ayrıca üç adet 90 dakikalık spesifik olmayan haftalık grup müdahalelerine (müzik terapisi, sanat terapisi ve egzersiz terapisi) katılmıştır.

Dorrepaal ve arkadaşlarının (2010) ve Bækkelund ve arkadaşlarının (2021) çalışmalarında katılımcılara öz-düzenlemeyi artırma, kişilerarası ilişkilerde pozitif yönde ilerleme, inançlarını uyarlayabilme ve istikrarı artırabilme için psikoeğitim, bilişsel davranış becerileri eğitimi ve ev ödevleri kullanılmıştır. Dorrepaal ve arkadaşlarının (2010) çalışmasındaki müdahalede yaklaşık 2 saatten oluşan 20 haftalık programda 8-12 kişiden oluşan gruplardaki hastalara umut aşılama ve hastaların semptomlarını travmaya normal tepkiler olarak yeniden çerçevelendirmeyi, böylece utancı, suçluluğu ve izolasyonu azaltmayı amaçlanmıştır. Bækkelund ve arkadaşlarının (2021) çalışmasındaki müdahale hem bireysel hem 9 kişilik grup seanslarında yeni bir konu, rahatlama ve farkındalık egzersizleri içeren 90 dakikalık yirmi seanstan oluşmaktadır. Tedavinin odak noktasına şu ana odaklanmayı koymuşlardır.

Raabe ve arkadaşlarının (2015) çalışmasındaki İmgelem ile Yeniden Senaryolaştırma (IR) tedavisi, 90 dakika süren 16 seanstan ve haftada iki seanstan oluşmaktadır. Ayrıca her IR oturumu üç aşamadan oluşmaktadır. Aşama 1'de hastadan gözlerini kapatması ve (travmatik) bir çocukluk deneyimini çocuğun bakış açısından olabildiğince canlı bir şekilde hayal etmesi istenmiştir. Travmayla ilgili güçlü duygular tetiklenir tetiklenmez aşama 1 durdurulmuştur. Aşama 2'de hasta, duruma tanık olan bir yetişkin olarak görüntüye girip müdahale etmesi ve gerekli olduğunu düşündüğü her şeyi yapması istenmiştir. Aşama 2, yetişkin müdahalelerinden memnun kaldığında durmuştur. Aşama 3'te hastadan sahneyi tekrar bir çocuk olarak hayal etmesi, aşama 2'de geliştirilen yetişkin müdahalesini çocuğun bakış açısından deneyimlemesi ve gerekirse ek müdahaleler talep etmesi

istenmiştir. Kişi müdahalelerden memnun kaldığında yeniden yazma işlemi durdurulmuştur. Travmatik deneyimleri temalar halinde düzenlemiştir (örn. sözlü taciz, aşağılama, duygusal ihmal, fiziksel taciz vb.). Daha sonra hangi travmaların ele alınacağına karar verilmiştir. Travmalar herhangi bir hiyerarşi doğrultusunda yapılmamış ve tedavi sırasında danışanın önerileri doğrultusunda sıra değiştirilebilmiştir. İlk olarak “en kötü” hatırlayabileceği travmatik anı deneyimlenmiştir. En kötüye karar veremiyorsa en eski anı istenmiştir. Raabe ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında STAIR müdahalesi haftalık 8 seanstan oluşup klasik STAIR kılavuzu (Cloitre vd., 2010) izlenirken, IR seansları, haftada iki kez 90 dakikalık 16 seanstan oluşan kılavuz (Raabe vd., 2015) takip edilmiştir.

Paivio ve arkadaşlarının (2010) çalışmasındaki travma için DOT müdahalesi 16 ila 20 haftalık 1 saatlik seanslardan oluşmaktadır. Tedavi; ittifak geliştirmeye, uyumsuz korku ve utancı azaltmaya, faillele sorunları çözmeye ve TSSB'nin neden olduğu olumsuz semptomları bitirmeye odaklanmıştır. Danışanın duygularına ve anlamlarına empatik yanıt vermek, psikoterapi boyunca kullanılan birincil müdahale olmuştur. Ayrıca, yaygın olarak kullanılan kaygı yönetimi stratejileri (nefes almaya dikkat, gevşeme, şimdiki zamana odaklanma) şiddetli duygu düzenleme bozukluğu olanlar için kullanılmıştır. Travma için DOT'un hayali yüzleşme grubundakilere teknikler 4. seansta tanıtılmıştır. Danışanlardan istismarcı kişiyi boş bir sandalyede hayal etmeleri, içsel deneyimleriyle ilgilenmeleri ve doğrudan bu kişiye duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri istenmiştir. Böylece, temel duygusal süreçlere (korku, kaçınma ve kendini suçlama dahil) hızlı bir şekilde erişilmiş ve onları keşfetmek için uygun hale getirilmiştir. Hayal etme tekniğinin sıklığı ve uzunluğu, danışanın bireysel süreçlerine ve tedavi ihtiyaçlarına göre değişmektedir. Bu teknik, hayal edilen kişiyle psikolojik teması teşvik etmekte, istismarla ilişkili epizodik anıları uyandırmakta, duyguların ifadesini desteklemekte ve travmatik anıların üstesinden gelmelerine yardımcı olmaktadır. Empatik Keşif grubundakiler, istismarcı kişilerle ilgili sorunları çözmeye odaklanmaktadır. Bu müdahalenin süreç adımları, müdahale ilkeleri ve terapist operasyonları daha önce açıklanan müdahale tekniği ile aynıdır. Sorunlar, danışanın kendisi, diğerleri ve travmatik olaylarla ilgili duygularını ve anlamlarını keşfetmek için empatik tepkiyi kullanan terapistle etkileşim halinde keşfedilmektedir. 4. oturumdan itibaren danışanlar taciz deneyimlerine derinlemesine odaklanması için teşvik edilmektedir. Buradaki süreç, hayal etmeden farklıdır çünkü danışanlar, boş bir sandalyede hayali bir kişiyle diyaloga girmek yerine, istismarcı kişiyi canlı bir şekilde hatırlamaya, düşünce ve duygularını terapistte ifade etmeye teşvik edilmektedir.

Tablo 1. İncelemeye Alınan Araştırmaların Özellikleri

Yayın	Kişi Sayısı / Cinsiyeti	Tanım	Dışlama Kriterleri	Yöntem	Uygulanan Müdahale	Araçlar	Sonuç
-------	-------------------------	-------	--------------------	--------	--------------------	---------	-------

(Steil vd., 2011a)	29 Kadın	<i>Cinsel İstismar:</i> Resit olmayan veya çocuğa yönelik cinsel saldırısıdır.	A	Yarı Deneysel Çalışma	Diyalektik Davranış Terapisi (DDT)	I, II, III, X, XI	Danışanların DDT tedavisi sonrası PDS skorları tedavi öncesi PDS skorlarına göre anlamlı bir düşüş kaydedilmiştir (F (1, 28) = 33.83, p < .001). Skordaki bu düşüş hastalar taburcu olduktan sonra da gerçekleşmiştir (F (1, 26) = 14.54, p < .001).
(Dorrepaal vd., 2010)	36 Kadın	<i>Çocukluk İstismarı:</i> fail Tarafından tekrarlanan zorla cinsel temas, hapsedme, fiziksel şiddet, merdivenden itme gibi kötü muamelelerin tamamıdır.	B, D, F, G, H	Yarı Deneysel Çalışma	Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)	I, II, IV, V, X, XI	Katılımcıların yeniden deneyimleme (t = 4.05; df = 20; p = 0.001), kaçınma (t = 3.42; df = 19; p = 0.003) ve aşırı uyarılma (t = 6.43; df = 21; p = 0.000) gibi TSSB semptomları müdahaleden sonra düşüş sergilemiştir.
(Raabe vd., 2015)	6 Kadın 2 Erkek	<i>Cinsel İstismar:</i> 15 yaşının altındaki çocuğa veya ergene en az 5 yaş büyük bir bakıcı veya yetkili kişi tarafından başlatılan, kişinin isteği dışında gerçekleştirilen ve tekrarlayan cinsel temastır. <i>Fiziksel İstismar:</i> 15 yaşından önceki bir çocuğa, çocuktan sorumlu kişinin, çocuğa kasten vurma, boğazını sıkma, yumruklama veya kesme, yara, bere, kırık kemik veya kanayan yaralar bırakan eylemlerdir.	C, D, E, F, G, H, J	Yarı Deneysel Çalışma	İmgeleme ile Yeniden Senaryolaştırma (IR)	I, II, VI, VII, VIII, X, XII, XIII	Katılımcılar müdahale sonrasında (p = .02) ve 3 aylık takipte (p = .01) TSSB semptomlarında (IES-R skoru) anlamlı bir düşüş sergilerken bu düşüş en fazla aşırı uyarılma (p = .01) semptomunda gözlenmiş olup kaçınma semptomunda anlamlı bir düşüş puanı kaydedilmemiştir. TSSB'nin başlangıçtaki şiddeti tedavi sonucuyla ilişkili olmadığı görülmüştür (0.14 r.44, tümü p's 0.27).
(Hoeboer vd., 2021)	116 Kadın 33 Erkek	18 yaşından önce cinsel veya fiziksel istismara maruz kalma	D, E, H	Seçkisiz Kontrollü Çalışma (RCT)	Uzun Süreli Maruz Bırakma (PE) (n = 48)	I, II, VI, X, XII, XIII, XV	STAIR+PE, PE, iPE koşulundaki hastaların TSSB semptomlarında başlangıçtan tedavi sonrasına kadar düşüş gerçekleşmiştir (PE =

					Yoğunlaştırılmış Uzun Süreli Maruz Bırakma (iPE) (n = 51)		%71, iPE = %73, STAIR+PE = %70). Özellikle maruz bırakma grubundaki daha şiddetli depresif belirtiler ve daha az sosyal desteğe sahip kişilerin olumsuz tedavi sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir.
					Duygu ve Kişilerarası İlişkileri Düzenleme Becerisi Eğitimi (STAIR) + PE (n = 50)		
(Cloitre vd., 2010)	104 Kadın	18 yaşından önce cinsel veya fiziksel istismara maruz kalma	C, D, E, G, H, J	Seçkisiz Kontrollü Çalışma (RCT)	STAIR + PE (n = 38)	I, II, IX, X, XIV	STAIR + PE durumundaki bireylerin TSSB semptomlarındaki azalma diğer gruplardan önemli ölçüde daha yüksektir (c2=4.37, df=1, p=0.04; tek oran = 5.67, %95 güven aralığı [CI]= 1.11-28.81). TSSB semptomlarının negatif çıkma durumunu sürdürme olasılığı, STAIR + PE durumundaki bireylerde daha yüksektir (c2=6.72, df=1, p=0.01; olasılık oranı=4.23, %95 CI=1.42-12.59) TSSB'nin kalıcı tam düzelme oranı üç grup arasında farklılık gösterilmemiştir (STAIR + PE: N=%24, STAIR + PE: N=%13, Destekleyici + PE: N=%0).
					STAIR + Destekleyici (n = 33)		
					Destekleyici + PE (n = 33)		
(Paivio vd., 2010)	24 Kadın 21 Erkek	18 yaşından önce cinsel veya fiziksel istismara maruz kalma	C, D, H, J	Yarı Deneysel Çalışma	Travma için Duygu Odaklı Terapi (DOT) Hayali Yüzleşme (HY) Tekniği (n = 20)	I, II, X, XIV, XV	Empatik Keşif grubundaki hastaların travma semptomları diğer gruba oranla daha fazla azalmıştır (F(1, 54) 3.97, p < .05.). Her iki gruptaki hastalar 1 yıllık takip sonunda tedavi kazanımlarını korumuşlardır (F(7, 48) 15.93, pB.001).
					Travma için Duygu Odaklı Terapi (DOT)		

(Wagenmans vd., 2018)	118 kadın 47 erkek	18 yaşından önce cinsel veya fiziksel istismara maruz kalma	H	Yarı Deneysel Çalışma	Empatik Keşif (EK) tekniği (n = 25)	Uzun Süreli Maruz Bırakma (PE) EMDR	VI, VII XVI	EMDR ve maruz bırakma seanslarının harmanlanarak verilmesi çocukluk istismarının neden olduğu TSSB'yi önleme etkilidir (Cohen's d = 0.43. F(5.79, 712.52) = 64.17, p < .001, η ² p = .34).
(Oprel vd., 2021)	116 Kadın 33 Erkek	18 yaşından önce cinsel veya fiziksel istismara maruz kalma	D, E, H	Seçkisiz Kontrollü Çalışma (RCT)	Yoğunlaştırılmış Uzun Süreli Maruz Bırakma (iPE) (n = 51)	Uzun Süreli Maruz Bırakma (PE) (n = 48)	I, II, VI, X, XII, XIII, XV	iPE ve STAIR+PE'nin başlangıçtan 1 yıllık takibe kadar PE'ye kıyasla daha büyük TSSB semptomlarında azalma sağlanmıştır. iPE'nin PE ve STAIR +PE'den daha hızlı semptom iyileşmesine yol açmıştır. Tedavi sonrası veya 1 yıllık takipte PE ve iPE/STAIR+PE arasında anlamlı fark yoktur.
(Raabe vd., 2022)	45 Kadın	15 yaşından önce cinsel veya fiziksel istismara maruz kalma	C, D, E, F, G, H, J	Seçkisiz Kontrollü Çalışma (RCT)	IR (n = 22) STAIR+IR (n = 23) Bekleme listesi (WL)	IR (n = 22) STAIR+IR (n = 23)	I, II, III, VI, X, XII, XIII	Hem IR'de hem de STAIR+IR'de TSSB semptomlarında önemli ölçüde azalma olmuştur (tedavi sonrası: OR, 0.41; %95 GA, 0.122-1.39; p = .15; Takip: OR, 0.36; %95 GA, 0.08-1.63; p = .19).
(Niwa vd., 2022)	7 kadın	18 yaşından önce cinsel veya fiziksel istismara maruz kalma	A, C, D, E, H	Yarı Deneysel Çalışma	STAIR + Öyküsel Terapi (Narrative Therapy, NT-ÖT)	STAIR + Öyküsel Terapi (Narrative Therapy, NT-ÖT)	II, III, X, XII, XIII, XV, XVI	TSSB şiddet skorları tedavi sonunda düştüğü için büyük etki boyutları bulunmuştur (p = .002).
(Bækkelund vd., 2021)	52 Kadın 11 Erkek	18 yaşından önce cinsel veya fiziksel istismara maruz kalma	A, D, G, H,	Seçkisiz Kontrollü Çalışma (RCT)	Grup terapisi (BDT) Bireysel Terapi (BDT)	Grup terapisi (BDT) Bireysel Terapi (BDT)	II, XV, XVI, XVII, XVIII	Hastaların tedavi süresince iyileşmeler yaşamasına rağmen, stabilizasyon grubu tedavisinin, tek başına bireysel psikoterapiye kıyasla TSSB semptomlarındaki azalma anlamlı değildir

(Van Vliet vd., 2021)	40 Kadın	18 yaşından önce bir bakıcı veya bir kişi tarafından tekrarlanan cinsel ve/veya fiziksel istismar kurbanı olmak	A, D, H	Seçkisiz Kontrollü Çalışma (RCT)	STAIR + EMDR (n=15)	II, VI, X, XII, XIII, XV, XVI, XVII	Her iki tedavi grubu da TSSB semptomlarının iyileştirme de etkilidir. İki tedavi grubu arasında TSSB semptomlarının iyileşmesi yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır (EMDR grubunda %66,7 ve STAIR + EMDR grubunda %68,9; $\chi^2(2, 96) = 0,05, P = 0,816$).
(MacIntosh vd., 2018)	23 Erkek 62 Kadın	18 yaşından önce cinsel veya fiziksel istismara maruz kalma	Dışlama kriteri yok.	Yarı Deneysel Çalışma	STAIR	XII, XIII, XIX	STAIR tedavisi sonrasında kişilerarası sorunlarda önemli derecede azalma olmuştur ($t(84) = 3,18, p = .002$).

Birincil Ölçümler. I: SCID-I (Wittchen vd., 1996; Spitzer vd., 1994); II: SCID-II (Wittchen vd., 1996; Spitzer vd., 1994); III: Travma Sonrası Tam Ölçeğini (PDS; Griesel vd., 2006); IV: Davidson Travma Ölçeği (DTS: Davidson vd., 2002); V: Yapılandırılmış Travma Görüşmesi (STI: Draijer, 1989; Draijer & Langeland, 1999); VI: Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB-Ölçeği (CAPS, Weathers vd., 2001); VII: TSSB Semptomlarının Öz Bildirim Ölçümleri Olay Ölçeği (IES-R, Weiss & Marmar, 1997); VIII: DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5; Blevins vd., 2015); IX: TSSB Belirti Ölçeği (Resick vd., 1992).

İkincil Ölçümler. X: Beck Depresyon Envanteri (Beck vd., 1961); XI: Genel psikopatolojinin şiddeti Semptom Kontrol Listesi (SCL-90: Derogatis vd., 1973; Franke, 1995); XII: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DERS, Gratz & Roemer, 2004); XIII: Kişilerarası Sorunlar Envanteri-32 (IIP-32, Horowitz vd., 2000); XIV: Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (Spielberger vd., 1970); XV: Çocukluk Travması Anketi (CTQ; Bernstein & Fink, 1998); XVI: Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (MINI; Lecrubier vd., 1997; Overbeek vd., 1999); XVII: Travma Sonrası Semptom Ölçeği – Görüşme (PSS-I; Foa vd., 1993); XVIII: Genel İşlevsellik Değerlendirmesi (GAF-S; Karterud vd., 1998); XIX: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-11) Travma Anketi (ICD:PTSD; Cloitre vd., 2015)

Araştırmaların Dışlama Kriterleri; A: Zihinsel gerilik veya şizofreni tanısı B: Disosiyatif bozukluk; C: Bipolar bozukluk; D: Madde kullanım bozukluğu; E: Önemli bilişsel bozukluk; F: Antisosyal kişilik bozukluğu; G: Psikotik bozukluk; H: Yaşamı tehdit eden kendine zarar verme veya intihar etme riski; J: İlaç kullanımı.

Tedavilerin Etkililiği

STAIR müdahalesini tek başına kullanmak etkili bir tedavi yöntemi değilken (MacIntosh vd., 2018) STAIR ile ÖT, IR ve EMDR'nin herhangi birini kullanmanın etkili tedavi sonuçlarıyla ilişkisi bulunmuştur (Tablo 2). MacIntosh ve arkadaşlarının (2018) çalışmasındaki katılımcıların STAIR tedavisi sonrası duygu düzenleme güçlüğü, kişilerarası sorunlar ve travma semptomları olmak üzere üç sorun alanında önemli ilerleme kaydetse ($84 = 4.31, p < .001$) de TSSB semptomlarını tamamen ortadan kaldırmak için yeterli olmamıştır. Öte yandan Niwa ve arkadaşlarının (2022) çalışmasındaki STAIR + ÖT müdahalesini alan 7 katılımcıdan 6'sı tedavi sonunda ($d = 1.69$) ve takip sırasında ($d = 2.14$) TSSB tanı kriterlerini karşılamadığı için iki müdahalenin birlikte kullanılmasının TSSB semptomlarını azaltmada etkili olduğu görülmüştür. Raabe ve arkadaşlarının (2022) çalışmasındaki hem IR (%50) hem de STAIR + IR (%70) grubundaki katılımcıların da TSSB semptomlarında önemli ölçüde azalma olmuştur. Müdahale sonrası 12 haftalık takipte bile IR durumunun %70'i (23 kişinin 16'sı) ve STAIR + IR durumunun %86'sı (21 kişinin 18'i) negatif bir TSSB tanı durumu elde etmiştir. Son olarak Van Vliet ve arkadaşları (2021) çalışmasındaki hem EMDR (%28.8) hem de STAIR + EMDR (%22.2) tedavi grupları TSSB semptomlarını iyileştirme noktasında etkili bulunmuştur. ($d = 0,50-1,70$). Gruplar arasındaki tek fark, 8 seans içinde EMDR terapi grubunda kişinin kendi bildirdiği TSSB belirtileri, kişiler arası sorunlar ve travma sonrası bilişler üzerindeki daha hızlı iyileşme bulunmasıdır.

STAIR + EMDR (Van Vliet vd., 2021), STAIR + PE (Hoeboer vd., 2021; Oprel vd., 2021; Cloitre vd., 2010) çocukluk istismarının neden olduğu TSSB semptomlarını azaltmada etkili tedavi iken EMDR + PE tedavi sürecindeki hastaların TSSB semptomları tedavi öncesine göre azalma ($F(3, 160) = 1.53, p = .21, \eta^2 p = .031$) olduğu görülmüştür (Wagenmans vd., 2018). Öte yandan STAIR + IR (Raabe vd., 2022) etkili bir tedavi iken sadece IR (Raabe vd., 2015) müdahalesinin verildiğinde rahatsız edici düşünceler ($p \frac{1}{4} .03$), kaçınma ($p \frac{1}{4} .01$) ve aşırı uyarılma ($p \frac{1}{4} .001$) gibi TSSB semptomlarında tedavi öncesinden 3 aylık takibe kadar önemli bir azalma olmuştur. Ayrıca sadece IR tedavisini alan katılımcıların 3 aylık takipte, TSSB tanısı negatif çıkmıştır (Raabe vd., 2015).

STAIR + PE'yi kullanan (Hoeboer vd., 2021; Oprel vd., 2021; Cloitre vd., 2010) araştırmacılar bu iki tekniğin birlikte verilmesinin diğer müdahale koşullarına kıyasla daha etkili bir tedavi yöntemi olduğunu söylemişlerdir (Tablo 1 ve Tablo 2). Cloitre ve arkadaşlarının (2010) çalışmasındaki katılımcıların önemli bir oranı her tedavi koşulunun sonunda TSSB semptomları iyileşmiştir (STAIR + PE: N=%61, STAIR + Destekleyici: N=%47, Destekleyici + PE: N=%33). 3 aylık takip değerlendirmesinde STAIR + PE durumunun Destekleyici + PE durumundan daha düşük puanlar sahip olduğu bulunmuştur (Cohen's $d=0.76, p<0.001$). STAIR+ PE durumu, 3 aylık (Cohen's $d=0,73, p<0,001$) ve 6 aylık (Cohen's $d=0,95, p<0,001$) takip değerlendirmelerinde önemli ölçüde daha düşük TSSB semptomlarına sahip olmuştur. STAIR+PE durumundaki katılımcılar, 6 aylık takipte düşüş gösterirken (Cohen's $d=0,34, p<0,001$), diğer iki koşuldaki katılımcılarda herhangi bir değişiklik

gözlenmemiştir. Hoeboer ve arkadaşlarının (2021) çalışmasındaki PE, iPE ve STAIR + PE koşulundaki hastaların da TSSB semptomlarında başlangıçtan tedavi sonrasına kadar düşüş gerçekleşmiştir (PE = %71, iPE = %73, STAIR+PE = %70). Başlangıçtan tedavi sonrasına STAIR + PE grubundakiler (M = 20.16; SD = 9.29) PE koşullarındakilere kıyasla (M = 25.82; SD = 10.14) önemli ölçüde daha fazla iyileşme göstermiştir. Öte yandan Oprel ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında PE'ye kıyasla iPE'de 4. haftadan tedavi sonrasına kadar semptomlarda düşüş bulunmuştur (b = 3.92, t120 = 2.41, p = .02 d = .44). Tedavi sonrasından 1 yıllık takibe kadar STAIR+PE grubu, TSSB semptomlarında PE'den daha fazla iyileşme görülmüştür (b = 2.77, t175 = 2.16, p = .03, d = .33). Kısaca, STAIR + PE hem tedavi sonuna kadar hem de tedaviden sonraki takip değerlendirmelerine kadar en fazla düşüşü gösteren müdahale grubu olmuştur (Cloitre vd., 2010; Hoeboer vd., 2021; Oprel vd., 2021). Özetle, STAIR tek başına kullanıldığında etkili bir tedavi olmazken IR, EMDR, ÖT gibi alternatif psikoterapiler ile kullanıldığında daha etkili olmakta, en etkili kombinasyonun da STAIR + PE ile görülmektedir.

Tablo 2. STAIR Kullanan Araştırmaların Karşılaştırması

Yayın	Kullanılan Teknik	Sonuç
(Hoeboer vd., 2021; Oprel vd., 2021)	PE (n = 48)	STAIR + PE grubundakiler (M = 20.16; SD = 9.29) PE koşullarındakilere kıyasla (M = 25.82; SD = 10.14) önemli ölçüde daha fazla iyileşme göstermiştir.
	iPE (n = 51)	
	STAIR + PE (n = 50)	
(Cloitre vd., 2010)	STAIR + PE (n = 38)	TSSB semptomlarında en fazla düşüş STAIR + PE grubundakilerdir (Cohen's d=0.76, p<0.001).
	STAIR + Destekleyici (n = 33)	
	Destekleyici + PE (n = 33)	
(Raabe vd., 2022)	IR (n = 22)	Tedavi sonrası STAIR + IR durumundaki 23 hastanın 16'sına (%70) kıyasla, IR durumundaki 22 hastanın 11'inin (%50) artık TSSB kriterlerini karşılamadığı gösterilmiştir. STAIR'ın IR'ye ek olması daha üstündür.
	STAIR + IR (n = 23)	
	Bekleme listesi (WL)	

(Niwa vd., 2022)	STAIR + Öyküsel Terapi (Narrative Therapy, NT-ÖT) (n = 7)	STAIR + Öyküsel Terapinin birlikte kullanılması TSSB semptomlarını azaltmada etkili olmuştur (d = 1.69).
(Van Vliet vd., 2021)	STAIR + EMDR (n= 15) EMDR (n = 25)	EMDR grubunun TSSB semptomlarını iyileştirme oranı %66,7 iken STAIR + EMDR grubunda bu oran %68,9'dur. Kısmen de olsa STAIR + EMDR grubu daha üstündür.
(MacIntosh vd., 2018)	STAIR (n= 85)	Tek başına TSSB semptomlarını azaltmada STAIR'ın etkisi küçük bulunmuştur (t(84) ¼ 2.99, p ¼.004).

Çocukluk çağı istismarının neden olduğu TSSB için BDT, DDT ve travma odaklı DOT gibi müdahale teknikleri de kullanılmaktadır. Dorrepaal ve arkadaşlarının (2010) çalışmasındaki katılımcıların stabilizasyon grup BDT müdahalesinden sonra hastaların %64'ü ve 6 ay sonra hastaların %78'i artık çocukluk istismarının neden olduğu TSSB kriterlerini karşılamamaktadır. Buna karşılık Bækkelund ve arkadaşlarının (2021) çalışmasındaki stabilizasyon grup BDT müdahalesindekiler, tek başına bireysel psikoterapi alanlara kıyasla benzer etkide iyileşme göstermiştir (t = -2.81, p > .05), PSS-SR: t = 0,34, p = ,97). Steil ve arkadaşlarının (2011a) çalışmasında katılımcıların aldığı DDT müdahalesi ile tedavinin sonuna kadar TSSB semptomlarının azaldığı (F (1, 28) = 33.83, p < .001), hatta tedaviden sonraki takiplerde alınan ölçümlerde dahi bu düşüşün gerçekleştiği görülmüştür (F (1, 26) = 14.54, p < .001). Son olarak, Paivio ve arkadaşlarının (2010) çalışmasındaki Empatik Keşif (EK) grubundaki hastaların büyük bir oranı Hayali Yüzleşme (HY) grubundaki hastalara kıyasla daha büyük bir iyileşme oranı görülmüştür (%88'e karşı %78). Özellikle son test ve takip ölçümlerinde HY'nin avantajı EK'ye göre daha küçüktür (%79'a karşı %77 iyileşme; %67'ye karşı %64 iyileşme, %6'ya karşı %13 kötüleşme). HY grubundaki hastalar ve ön testte TSSB teşhisi konan hastalar için takip değerlendirmelerine daha düşük yanıt vermiştir.

TARTIŞMA

Bu sistematik derlemede çocuklukta istismar yaşayan bireylerin ileriki hayatlarındaki geliştirdiği TSSB'de etkili tedavilerin araştırılması STAIR uygulayan çalışmaların karşılaştırılması hedeflenmiştir. Çalışmaya 13 araştırma makalesi dahil edilmiştir.

Alan yazında çocukluk istismarından kaynaklı TSSB semptomlarını azaltmada etkili tedavi yöntemleri tanımlanmıştır. Travma odaklı BDT'nin TSSB semptomlarını azalttığı, özellikle istismar yaşayan grupta da bu azalmanın yaşandığı bilinmektedir. BDT her kişiye aynı etkililiği göstermemektedir. Bu nedenle alternatif tedavilere ihtiyaç duyulmuş, bireye özgü tedavinin daha etkili olduğu savunulmuştur (Dorrepaal vd., 2010). Çocukluk istismarı ile ilişkili TSSB'si olan bu bireylere uygulanan sadece maruz bırakma seansları kişinin semptomlarını azaltabildiği gibi

aynı zamanda artırabilir. Eğer kişinin tetiklenen duyguyla başa çıkma becerisi düşükse burada uzun süreli maruz bırakmanın etkili olamayacağı görülebilir (Raabe vd., 2015). Maruz bırakma tedavisine ek olarak Arntz ve Weertman (1999)'nın geliştirmiş olduğu İmgeleme ile Yeniden Senaryolaştırma (IR) ile kişi travma ile ilgili korkunç ayrıntıları, çaresizlik, utanç ve suçluluk duygularını hatırlamak zorunda kalmayabilir. IR çocukluk dönemi istismarı ile ilişkili TSSB tanısı için tek başına bir tedavi olarak uygulanabilir. Öte yandan STAIR + IR birlikte kullanılması travmatik anıya düzeltici bir deneyim yaratıp hem olumlu hem de olumsuz duyguların ifadesini kolaylaştırarak, bu duyguların kabulünü geliştirerek ve olumsuz duygulardan olumlu duygulara geçişi kolaylaştırarak duygu düzenlemeyi geliştirebilir (Raabe vd., 2022). Bu nedenle IR, kişinin TSSB semptomlarını artırmak yerine azaltmış ve çocukluk istismarının neden olduğu travmanın tedavisinde maruz bırakmaya alternatif tedavi olarak yerini alırken (Raabe vd., 2015) STAIR ile birlikte kullanılması TSSB semptomunu azaltmada daha etkili tedavi sonucu verecektir (Raabe vd., 2022). Bunun yanında PE seanslarına ek olarak EMDR (Wagenmans vd., 2018), Destekleyici (Cloitre vd., 2010) veya STAIR (Cloitre vd., 2010; Hoeboer vd., 2021) gibi tekniklerle birleşirse daha etkili olduğu özellikle STAIR + PE birlikte verildiğinde en etkili sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür (Hoeboer vd., 2021; Oprel vd., 2021; Cloitre vd., 2010). Sadece STAIR'ın (MacIntosh vd., 2018) kullanılması TSSB semptomlarını azaltmada etkili bulunmazken STAIR + ÖT, STAIR + IR, STAIR + Destekleyici, STAIR + EMDR tekniklerinin birlikte uygulanması kişilerarası sorunları iyileştirmede, duygu düzenlemede, öfke ifadesini, kaygı problemlerini ve TSSB semptomlarını azaltmada etkili olduğu kanıtlanmıştır (Cloitre vd., 2010; Niwa vd., 2022; Van Vliet vd., 2021; Raabe vd., 2022). Bir başka müdahale olan DDT, psikoeğitim programı, beceri eğitimi, farkındalık seansları ve maruz kalmaya dayalı bireysel seansları içeren kapsamlı bir modüler tedavi programı olmasından dolayı çocukluğunda istismar yaşayan bireylerde travmatik semptomları azaltmada bir başka etkili yöntemdir (Bohus vd., 2013). Son olarak güncel tedavilerden biri olan travma odaklı DOT'un hayali yüzleşme ve empatik keşif versiyonu da istismar nedenli TSSB'de etkili bulunurken en etkili olan, yani tedaviye en çok cevap veren, bırakma oranı en düşük olan ve en az nükseden versiyonu empatik keşiftir (Pavio vd., 2010).

Alan yazında özellikle maruz bırakma tekniği ile ilgili çelişkili sonuçlar yer almaktadır. Daha temel düzeyde TSSB semptomları yaşayan bireylerde maruz bırakma tekniği etkili iken öfke gibi karmaşık duygulara sahip olan bireylerde bu tekniğin başarısız olduğu görülmektedir (Foa vd., 2000; Oprel vd., 2021). Çünkü maruz bırakma olumsuz duygulanımı artıracaktır ve öfkesi yoğun olan kişi olumsuz duygulanıma karşı hassas olduğu için uzun süreli maruz bırakma tekniğini kullanmak riskli olabilmektedir.

Çocukluğunda cinsel istismar yaşayan bireylerin sıklıkla sahip olduğu tanı TSSB olduğu için TSSB'de etkili müdahale yöntemlerini araştıran Ehling ve

arkadaşlarının (2014) çalışmasından başka bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu araştırma, Ehling ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu metaanaliz çalışmadan farklı olarak, araştırmamıza komorbid tanıların olduğu makaleler dahil edilmemiş, araştırmamız sadece TSSB için etkili tedaviler incelenmiş ve araştırmada maruz bırakma BDT dışında EMDR, STAIR, DDT, IR, DOT, ÖT gibi güncel etkililiği kanıtlanmış tedaviler incelenmiştir. Bu çalışmalara bakıldığında TSSB'nin duygu ve kişilerarası ilişkileri düzenlemede sıkıntı yarattığı bu nedenle son yıllarda sıklıkla STAIR'in etkililiği konusunda çalışmalar yapıldığı, STAIR'in tek başına kullanılması çok etkili olmazken, IR, DOT, ÖT, EMDR gibi farklı psikoterapilerle birlikte kullanılması etkili sonuçlar verdiği, en etkili sonucu STAIR + PE ile ortaya çıktığı görülmüştür. Alan yazında böyle bir çalışmaya rastlanılmadığı, cinsel istismar gibi özel bir grupla çalışılabilecek TSSB'de etkili tedavileri gösterildiği ve STAIR'in önemi vurguladığı için bu araştırmanın özgün olduğu düşünülmüştür. Özetle, mevcut çalışmanın sonuçları, kabul ve kararlılık terapisi, üstbilişsel (meta-cognitive) terapi ve farkındalık temelli müdahaleler gibi üçüncü dalga terapilerin bakış açısını desteklemektedir. Bu terapiler, sadece ne düşündüğümüze ve ne hissettiğimize odaklanmak yerine ne düşündüğümüz ve hissettiğimizle nasıl ilişki kurduğumuza odaklanmaktadır. Bu yaklaşım, duygu düzenlemeye ve sosyal becerilere odaklanan STAIR ile uyumludur.

Araştırmamızın sınırlılıkları; araştırmaların çoğu fakat özellikle Raabe ve arkadaşlarının (2015), Niwa ve arkadaşlarının (2022) çalışmalarındaki örneklemin az olması, katılımcıların travmanın neden olduğu rahatsızlıklara katlanamayıp araştırmaya katılmaması veya yarıda bırakması sonuçların genellebilirliğini düşürmüştür. Bu nedenle her ne kadar sonuçlar etkili bulunsun da daha geniş bir örnekleme incelemesi gerektiği düşünülmüştür. Sadece fiziksel ve cinsel istismarın neden olduğu TSSB ile kısıtlanması, ekonomik ve duygusal istismar boyutuna yer verilmemesi araştırmanın bir diğer kısıtlılığıdır. Alan yazında istismara maruz kalan bireylerdeki travma ile ilgili çalışmaların farmakoterapi şeklinde olduğu görülmüş, psikoterapi ile tedavi seçenekleri ile ilgili sınırlı araştırmalara rastlanılmıştır. Ayrıca araştırmalardaki katılımcıların büyük oranı kadın olması, erkeklerle çok az sayıda çalışılması da bir başka kısıtlılıktır. Son olarak, araştırmalar uzun süreli maruz bırakma tedavisine daha fazla yer vermiştir.

Güncel psikoterapilerden farkındalık temelli bilişsel davranışçı terapi, üstbilişsel terapilerin TSSB'de etkililik çalışmaları yapılmış (King vd., 2013; Brown vd., 2022) olup istismar nedeniyle TSSB tanısı alan kişilere yönelik etkililik çalışmalarına rastlanmamıştır. Gelecek çalışmalarda TSSB'de etkililiği kanıtlanmış güncel psikoterapilerin istismar gibi özel gruplarla etkililik çalışmaları yapıp tüm bu müdahalelerin sistematik derlemelerinin yapılması ve alternatif tedavilerin belirlenmesi önerilmektedir. Ek olarak, bireysel psikoterapilerin yüksek maliyetli olduğu bilindiği, bireylerin psikoterapi almaları noktalarında kısıtlılıklarının olduğu bu nedenle gelecek araştırmaların istismarın neden olduğu TSSB'de etkili tedavilerin grup ve bireysel uygulamalarının etkililik açısından karşılaştırmalarına

odaklanması önerilmektedir. Ülkemizde istismar yaşayan bireylerin yaşadığı psikolojik sıkıntılara yönelik psikolojik tedavilerle ilgili çalışmalar görülmemiş olup istismarın tanımı, sıklığı, yoğunluğu, istismarla ilişkili değişkenler ve istismarın çıktıkları ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. İstismarın neden olduğu TSSB gibi olumsuz deneyimleri en aza indirme veya ortadan kaldırma noktasında etkili tedavileri araştıran bir çalışmaya ülkemizde rastlanmamıştır. Bu noktada çalışmamız hem akademik hem de uygulamalı olarak araştırmacılara ve klinisyenlere rehberlik sağlayacaktır. Araştırmacıların ülkemizde istismara maruz kalan gruplara özgü tedavi yaklaşımlarının etkinliğini araştırması ve aynı şekilde klinisyenlerin de istismar mağduru gibi özel gruplara özelleştirilmiş bireysel tedavi yöntemleri uygulaması, tedavi başarısını artırmada önemli bir rol oynayacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak, TSSB’de etkililiği kanıtlanmış birçok tedavi bulunmaktadır. Bu tedavilerin cinsel istismar yaşamış ve TSSB geliştirmiş bir grupta etkililiğini inceleyen çalışmalar nispeten daha azdır. Genel olarak bakıldığında bu grupla TSSB konusunda maruz bırakma en sık uygulanan psikoterapi iken, özellikle duygusal ve kişilerarası problemi olanlar ile maruz bırakmaya ek STAIR kullanılması tercih edilmiştir. STAIR + PE, STAIR’e ek diğer kullanılan tedavilere kıyasla daha fazla etkili sonuçlar verdiği görülmüştür. Alternatif tedavilerden ÖT, EMDR, DOT (hayali yüzleşme ve empatik keşif), DDT ve BDT istismar mağduru bu özel grup ile TSSB’nin semptomlarını azaltmak için çalışılmış ve etkili tedavi oldukları kanıtlanmıştır. Bu noktada etkililiği kanıtlanan bu tedavilerden bireye özgü tedavi yöntemlerini kullanmak kişi için daha etkili bir tedavi sunacaktır.

Yazar Katkı Oranı ve Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit katkı vermiştir ve herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

Amerikan Psikoloji Birliği (2013). *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. (E., Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği

Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(2), 189-208.

Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37(8), 715-740.

Bækkelund, H., Karlsrud, I., Hoffart, A., & Arnevik, E. A. (2021). Stabilizing group treatment for childhood-abuse related PTSD: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1859079.

Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu & UNICEF-Türkiye (2010). *Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet*

araştırması. <https://www.unicef.org/turkey/raporlar/türkiyede-çocuk-istismari-ve-aile-içi-şiddet-araştırması-özet-raporu-2010>

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571.

Bernstein, D., & Fink, L. (1998). *Manual for the Childhood Trauma Questionnaire*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 190(2), 97–104.

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498.

Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedfeld, I., & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221–233.

Borg, K., Snowdon, C., & Hodes, D. (2014). Child sexual abuse: Recognition and response when there is a suspicion or allegation. *Pediatrics and Child Health*, 24(12), 536–543.

Briere, J., Madni, L. A., & Godbout, N. (2016). Recent suicidality in the general population: Multivariate association with childhood maltreatment and adult victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(18), 3063–3079.

Brown, R. L., Wood, A., Carter, J. D., & Kannis-Dymand, L. (2022). The metacognitive model of post-traumatic stress disorder and metacognitive therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 131–146.

Cloitre, M., & Koenen, K. C. (2001). The impact of borderline personality disorder on process group outcome among women with posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(3), 379–398.

Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 20706.

Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1067-1074.

Cloitre, M., Petkova, E., Wang, J., & Lu, F. (2012). An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depression and Anxiety, 29*(8), 709-717.

Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Brewin, C. R. (2015). *The ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ)*. [Unpublished Measure].

Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Weijin Gan, E.P., & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 167*(8), 915-924.

Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect, 34*(11), 813-822.

Davidson, J. R. T., Tharwani, H. M., & Connor, K. M. (2002). Davidson Trauma Scale (DTS): Normative scores in the general population and effect sizes in placebo-controlled SSRI trials. *Depression and Anxiety, 15*(2), 75-78.

De Vries, G. J., & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress, 22*(4), 259-267.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin, 9*(1), 13-28.

Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Clifton, M.L., & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect, 28*(7), 771-784.

Dorrepal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., Van Balkom, A. J., van Dyck, R., Veltman, D. J., & Draijer, N. (2010). Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse & Neglect, 34*(4), 284-288.

Draijer, N. (1989). *Structured Trauma Interview*. Amsterdam: Free University, Department of Psychiatry.

Draijer, N., & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 156*(3), 379–385.

Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review, 34*(8), 645-657.

Ertan, E. A., & Cankorur, V. Ş. (2017). Kişilik bozukluklarının tanısı: yeni bulgular ile tanıda kullanılan anket ve ölçekler. *Kriz Dergisi, 25*(1).

Foa, E. B., & Tolin, D. F. (2000). Comparison of the PTSD symptom scale-interview version and the clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 181–191.

Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). *PTSD Symptom Scale-Interview Version (PSS-I)* [Database record]. PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t05176-000>

Franke, G.H. (1995). *SCL-90-R: Die Symptom-Check Liste Von Derogatis-Deutsche Version*. Göttingen: Belz Test Gesellschaft.

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet, 373*(9657), 68-81.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41-54.

Griesel, D., Wessa, M., & Flor, H. (2006). Psychometric properties of the German version of the posttraumatic diagnostic scale (PDS). *Psychological Assessment, 18*(3), 262-268.

Hackmann, A. (2011). Imagery rescripting in posttraumatic stress disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(4), 424-432.

Harned, M. S., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 167*(10), 1210-1217.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377-391.

Hoeboer, C.M., Oprel, D.A., De Kleine, R.A., Schwartz, B., Deisenhofer, A.K., Schoorl, M., Lutz, W. (2021). Personalization of treatment for patients with

childhood-abuse related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 10(9), 4522.

Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Hovens, J. G., Wiersma, J. E., Giltay, E. J., Van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), 66-74.

Jakubczyk A, Klimkiewicz A, Krasowska A, Kopera M, Sławińska-Ceran A, Brower KC, & Wojnar M. (2014). History of sexual abuse and suicide attempts in alcohol-dependent patients. *Child Abuse & Neglect*, 38(9), 1560-1568.

Jung, K., & Steil, R. (2012). The feeling of being contaminated in adult survivors of childhood sexual abuse and its treatment via a two-session program of cognitive restructuring and imagery modification: A case study. *Behavior Modification*, 36(1), 67-86.

Karterud, S., Pedersen, G., Loevdahl, H., & Friis, S. (1998). *Global Assessment of Functioning-Split Version (S-GAF): Background and Scoring Manual*. Oslo, Norway: Ullevaal University Hospital, Department of Psychiatry.

King, A. P., Erickson, T. M., Giardino, N. D., Favorite, T., Rauch, S. A., Robinson, E., Kulkarni, M., & Liberzon, I. (2013). A pilot study of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depression and Anxiety*, 30(7), 638-645.

Kleindienst, N., Steil, R., Priebe, K., Müller-Engelmann, M., Biermann, M., Fydrich, T., Schmahl, C., & Bohus, M. (2021). Treating adults with a dual diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: Results from a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(11), 925-936.

Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640-647.

Lau, M., & Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: A randomized controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(2), 96-104.

Lecrubier, Y., Sheehan, D.V., Weiller, E., Amorim, P., & Bonora, I., Sheehan, K.H., Janavs, J., & Dunbar, G.C. (1997). The Mini International

Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224–231.

MacIntosh, H. B., Cloitre, M., Kortis, K., Peck, A., & Weiss, B. J. (2018). Implementation and evaluation of the skills training in affective and interpersonal regulation (STAIR) in a community setting in the context of childhood sexual abuse. *Research on Social Work Practice*, 28(5), 595-602.

Niwa, M., Kato, T., Narita-Ohtaki, R., Otomo, R., Suga, Y., Sugawara, M. & Kim, Y. (2022). Skills training in affective and interpersonal regulation narrative therapy for women with ICD-11 complex PTSD related to childhood abuse in Japan: A pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2080933.

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349.

Oprel, D. A., Hoeboer, C. M., Schoorl, M., Kleine, R. A. D., Cloitre, M., Wigard, I. G., Minnen, A.V., & Van Der Does, W. (2021). Effect of prolonged exposure, intensified prolonged exposure and STAIR+ prolonged exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1851511.

Overbeek, T., Schruers, K., & Griez, E. (1999). *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Maastricht: University of Maastricht.

Öztürk, S. (2007). *Çocuklarda duygusal istismar*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ.

Paivio, S. C., & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 115-133.

Paivio, S. C., Jarry, J. L., Chagigiorgis, H., Hall, I., & Ralston, M. (2010). Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy Research*, 20(3), 353-366.

Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635-641.

Raabe, S., Ehring, T., Marquenie, L., Arnoud, A., & Kindt, M. (2022). Imagery rescripting as stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 77, 101769.

Raabe, S., Ehring, T., Marquenie, L., Olf, M., & Kindt, M. (2015). Imagery rescripting as stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48(1), 170-176.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 748–756.

Rüsch, N., Corrigan, P. W., Bohus, M., Kühler, T., Jacob, G. A., & Lieb, K. (2007). The impact of posttraumatic stress disorder on dysfunctional implicit and explicit emotions among women with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 537-539.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV—Patient Edition*. New York: New York State Psychiatric Institute Biometrics Research Department.

Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., & Bohus, M. (2011a). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: A pilot study of an intensive residential treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 102-106.

Steil, R., Jung, K., & Stangier, U. (2011b). Efficacy of a two-session program of cognitive restructuring and imagery modification to reduce the feeling of being contaminated in adult survivors of childhood sexual abuse: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 325-329.

Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*, 35 (2), 82–86.

Taylor, S., Thordarson, D. S., Fedoroff, I. C., Maxfield, L., Lovell, K., & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (2), 330–338.

Van Vliet, N. I., Huntjens, R. J., Van DIjk, M. K., Bachrach, N., Meewisse, M. L., & De Jongh, A. (2021). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: Randomised clinical trial. *BJPsych Open*, 19(1), 138-145.

Varkovitzky, R. L., Sherrill, A. M., & Reger, G. M. (2018). Effectiveness of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders among

veterans with posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 42(2), 210-230.

Wagenmans, A., Van Minnen, A., Sleijpen, M., & De Jongh, A. (2018). The impact of childhood sexual abuse on the out- come of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1430962.

Weathers, F., Keane, T., & Davidson, J. (2001). Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety*, 13(3), 132-156.

Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.

Wittchen, H.U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., & Zaudig, M. (1996). *Strukturiertes Klinisches Interview Für DSM-IV (SKID)*. Goettingen: Beltz Test.

World Health Organization (2022). *Child maltreatment*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Yalçın, N. (2011). *Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Çözüm Önerileri*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Kora, M. E., & Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.