

Çocuk Cinsel İstismarını Ele Alırken Karşılaşılan Tedavi Konuları: Bir Derleme

Treatment Issues While Addressing Child Sexual Abuse: A Review

İD Hatice Odacı¹, İD Tuğba Türkkan²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon

²Gümüşhane Üniversitesi, Gümüşhane

ÖZ

Çocuk cinsel istismarı birçok toplumda görülen sosyal, psikolojik, politik ve kültürel boyutları olan travmatik bir yaşam olayıdır. Cinsel istismara uğrayan çocuklar yaşamları boyunca davranışsal, duygusal, bilişsel ve fiziksel sağlık sorunları geliştirme riski altındadır ve mevcut durumları yoksulluk gibi diğer risk faktörleriyle birleştiğinde özellikle savunmasızdırlar. İlgili literatürde, bu çocukların psikolojik sorun yaşama riskinin daha yüksek olduğu ve mağdurların tedaviye ihtiyaç duyduğu bildirilmektedir. Psikoterapötik tedavilerin, mağdurların fiziksel ve duygusal güvenliğini sağlamak, travma semptomlarını hafifletmeye yardımcı olmak, yaşam kalitesini ve işleyişini iyileştirmek ve istismarın tekrarını önlemek de dahil olmak üzere yararlı etkileri olduğuna dair kanıtlar vardır. Bu derlemede, cinsel istismara uğrayan çocuklar için en yaygın tedavi konularından bazıları sunulmuştur. Ele alınan tedavi konularının uygunluğu her mağdur için farklılık gösterebilir. Bu tedavi konuları ve önerilen müdahaleler sadece meydana gelebilecek zararları gidermek için değil, aynı zamanda çocuk istismarı deneyimlerinin olumsuz sonuçlarını en aza indirmek ve gelecekte kötü muamelelerin tekrarlanmasını önlemek için tasarlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Çocuk, cinsel istismar, tedavi konuları

ABSTRACT

Child sexual abuse is a traumatic life event that has social, psychological, political and cultural dimensions which is observed in many societies. Sexual abused children are at risk of developing behavioral, emotional, cognitive and physical health problems throughout their lives, and are especially vulnerable when their current condition is combined with other risk factors, such as poverty. In the relevant literature, it is reported that these children have a greater risk of having psychological problems and require treatment. There is evidence that psychotherapeutic treatments have beneficial effects, including ensuring the physical and emotional safety of victims, helping to relieve trauma symptoms, improving quality and functioning of life, and preventing recurrence of abuse. In this review, some of the most common treatment issues for sexual abused children are presented. The appropriateness of the treatment issues and proposed interventions addressed may vary for each victim. These treatment issues and interventions are designed not only to remedy any harm that may have occurred, but also to minimize the negative consequences of experiences of child abuse and prevent future recurrence of maltreatment.

Keywords: Child, sexual abuse, treatment issues

Giriş

Tüm toplumlar için ciddi bir sorun olan ve birçok yasal ve profesyonel girişimin odağı haline gelen çocuk cinsel istismarı karmaşık bir yaşam deneyimidir (Odhayani ve ark. 2013, Jackson ve Deye 2015). Son 50 yılda, araştırmacılar çocuklukta cinsel istismarın kısa ve uzun vadeli sonuçlarına artan bir ilgi göstermiştir. Buna karşın konuyla ilgili literatür incelendiğinde çocukluk çağı cinsel istismarına yönelik ortak bir tanımın olmadığı dikkat çekmektedir. “Çocuk cinsel istismarını” tanımlama sorunu ve bu kavramı tanımlama ihtiyacı, 1970’lerden beri dile getirilmektedir (Giovannoni ve Becerra 1979, Finkelhor ve Korbin 1988). Bununla birlikte, merkezi bir sorun, neyin “çocuk cinsel istismarı” oluşturduğuna dair ortak bir anlayışın olmaması ve bu nedenle evrensel bir tanımın bulunmamasıdır. Bu durum, araştırmacıların, klinisyenlerin, politika yapımcıların ve toplulukların çocuk cinsel istismarını tanımlama, ölçme, tedavi etme, önleme ve yanıt verme kapasitelerini sınırlayabilir (Negriff ve ark. 2014, Mathews ve Collin-Vézina 2019.). Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2006) de ortak bir anlayış geliştirmeye yönelik bu ihtiyaca şu şekilde dikkat çekmektedir: “Çocuklara kötü muameleyle değinen çeşitli sektörler, çocuklara kötü muameleyle ilişkin ortak bir kavramsal tanım ve operasyonel vaka tanımlaması geliştirmelidir.”

Literatür taramasında çocuk cinsel istismarının tanımlanmasına ve kavramsallaştırılmasına ilişkin anlaşmazlığın üç ana boyutu olduğu dikkat çekmektedir: İstismar mağduru çocuğun yaşı (15 ila 17 yaş arasında

Yazışma Adresi /Address for Correspondence: Tuğba Türkkan, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Gümüşhane, Türkiye **E-mail:** turkkan83@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 28.09.2022 | **Kabul tarihi/Accepted:** 13.01.2023

değişen), bir olayı cinsel istismar olarak niteleyen eylemin temas seviyesi (cinsel eylemlerin penetrasyon içerip içermediği) ve çocuk ve fail arasındaki ilişki ve yaş farkı (örneğin, herhangi bir yaştaki herhangi biri; en az 5 yaş büyük herhangi biri; herhangi bir yetişkin, akraba, aile dostu veya en azından yabancı). Bununla birlikte reşit olma yaşı da ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir (Collin-Vezina ve ark. 2013). Başka bir deyişle, travmatik bir deneyim olan çocuk cinsel istismarı olguları, olayın meydana geldiği ülkenin rızaya dayalı cinsel ilişki için yasal olarak belirlenmiş yaşına bağlı olarak değerlendirilecektir.

Uluslararası çeşitli kuruluşlar çocukların cinsel istismarına yönelik farklı tanımlamalar geliştirmiştir. Örneğin kapsamlı bir tanım Dünya Sağlık Örgütü (WHO 1999) tarafından şu şekilde yapılmıştır: "bir çocuğun tam olarak anlamadığı, bilgilendirilmiş rıza veremeyeceği veya çocuğun gelişimsel olarak hazır olmadığı ve rıza gösteremeyeceği ya da kanunları veya toplumun sosyal tabularını ihlal eden cinsel faaliyete dahil edilmesi. Çocuğun cinsel istismarı, bir çocuk ile bir yetişkin veya yaşı ya da gelişimi itibarıyla bir sorumluluk, güven veya güç ilişkisi içinde olan başka bir çocuk arasındaki bu faaliyetle kanıtlanır; bu faaliyet, diğer kişinin ihtiyaçlarını tatmin etmeyi amaçlar. Cinsel istismar şu eylemleri içerebilir ancak bunlarla sınırlı değildir: bir çocuğun yasa dışı herhangi bir cinsel faaliyette bulunmaya ikna edilmesi veya zorlanması; bir çocuğun fahişelik veya diğer yasa dışı cinsel eylemlerde sömürülerek kullanılması; çocukların pornografik performans ve materyallerde sömürücü kullanımı." Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Komitesi (Committee on the Rights of the Child 2011) ise çocuk cinsel istismarını şu şekilde detaylandırmaktadır: (a) Bir çocuğun yasa dışı veya psikolojik açıdan zararlı herhangi bir cinsel faaliyette bulunmaya ikna edilmesi veya zorlanması; (b) Çocukların ticari amaçlı cinsel sömürüde kullanılması; (c) Cinsel istismarın görsel veya işitsel imgelerinde çocukların kullanılması; (d) Çocuk fahişeliği, cinsel kölelik, seks turizmi, insan ticareti (ülkeler içinde ve ülkeler arasında) ve cinsel amaçlarla çocuk satışı ve zorla evlendirme. Pek çok çocuk, fiziksel güç veya kısıtlamanın eşlik etmediği, ancak yine de psikolojik olarak sömürücü ve travmatik olan cinsel mağduriyet yaşar. Cinsel istismar, bir yetişkin tarafından bir çocuğa dayatılan ve çocuğun ceza hukuku tarafından korunma hakkına sahip olduğu herhangi bir cinsel faaliyeti içerir. Cinsel faaliyetler, başka bir çocuk tarafından bir çocuğa karşı işlendiğinde, fail çocuk mağdur çocuktan önemli ölçüde büyükse veya güç, tehdit veya diğer baskı araçlarını kullanıyorsa, istismar olarak kabul edilir. Çocuklar, taraf Devlet tarafından rızaya dayalı cinsel faaliyetler için belirlenen yaş sınırından büyükse, çocuklar arasındaki cinsel faaliyetler cinsel istismar olarak kabul edilmez". Yukarıda sunulan tüm tanımlarda farklılıklar olsa da, cinsel istismarın çocuk üzerindeki yıkıcı etkileri birçok çalışmada belgelenmiştir (Anda ve ark. 2010, Afifi ve ark. 2014, Hailes ve ark. 2019). Bu nedenle çocuk cinsel istismarına yönelik ortak bir anlayışın geliştirilmesi, etkili önleme stratejileri açısından hayati önem taşımaktadır.

Çocukların cinsel istismarının küresel bir halk sağlığı sorunu olduğunu da vurgulamak önemlidir (WHO 2016). Çocuk cinsel istismarı tüm dünyada görülen yaygın ve ciddiyetle ele alınması gereken bir sorun olup, küresel olarak 2-17 yaş arası yaklaşık 1 milyar çocuğun fiziksel, cinsel veya duygusal olarak örselendiği tahmin edilmektedir (Hillis ve ark. 2016). Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2016) verileri ise her 5 erişkin kadından 1'inin ve her 13 erişkin erkekten 1'inin çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kaldığını ortaya koymaktadır. Resmi olarak bildirilen bu veriler incelendiğinde, durumun ne kadar ciddi boyutlarda olduğu anlaşılmaktadır. Çocukluk çağı cinsel istismarı mağdurları her yaşta erkek ve kız çocukları olabilmektedir. Çocuk cinsel istismarının meydana geldiği belirli bir etnik köken, din veya bölge yoktur (Kenny ve Wurtele 2012). Bununla birlikte araştırmalara göre kadın olmak, küçük yaşta olmak, engelli olmak, düşük sosyo-ekonomik statü, ebeveyn yokluğu ve ebeveynlerin ruh sağlığı sorunları çocuk cinsel istismarı açısından risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (Butler 2013, Bulut ve Karaman 2018). Risk faktörlerinin iyi anlaşılması, uzmanların çocuğun cinsel istismarı açısından risk içeren durumları belirleyebilmelerine ve uygun şekilde müdahale edebilmelerine yardımcı olacaktır.

Bu çalışmada cinsel istismar öyküsü bulunan çocuk mağdurlara danışmanlık hizmeti sunulurken hangi noktalara odaklanılacağını irdelenmiştir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde, genel olarak çocukluk çağı istismarına maruz kalan yetişkinlerin ruh sağlığı sorunları ve buna ilişkin müdahalelere yönelik çalışmaların bulunduğu ancak cinsel istismar mağduru çocukların ruh sağlığı sorunlarına yönelik tedavi konuları ile ilgili güncel çalışmaların (Nasıroğlu 2014) kısıtlı sayıda olduğu dikkat çekmektedir. Bu noktadan hareketle, bu derleme çalışmasının amacı çocukluk çağı cinsel istismar yaşantılarına yönelik bilgi verdikten sonra, mağdur çocuklarla yürütülen danışma sürecinde yaygın tedavi konuları hakkında bir çerçeve oluşturmak ve bu doğrultuda öneriler sunmaktır. Çocukluk döneminde maruz kalınan istismar yaşantılarının, çocukta yaşam boyu kalıcı izler bırakan yapısı göz önüne alındığında, bu alanda çalışan uzmanların, istismar olgusunu tanımlayacak, buna müdahale edebilecek ve rehabilitasyon sürecinde çocuğa destek verebilecek donanımda olmaları oldukça önemlidir (Bülbül ve ark. 2019). Bu kapsamda mevcut çalışmanın ilgili alanda çalışan profesyonellere danışma sürecinde rehberlik edebileceği ve cinsel istismarın çocuk ruh sağlığı açısından olumsuz sonuçlarını azaltmak üzere literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çocuk Cinsel İstismarının Psikolojik Etkileri

Çocuk istismarına ilişkin literatür incelendiğinde, çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kalma ile yetişkinlikteki ruh sağlığı ve psikososyal işleyiş arasındaki bağlantıları inceleyen giderek artan sayıda çalışma olduğu dikkat çekmektedir. Yapılan çalışmalarda, çocukluğunda cinsel istismara maruz kalmış yetişkinlerin, istismara uğramamış olanlara kıyasla daha yüksek oranda psikiyatrik bir hastalık tanısı aldıkları belirtilmiştir (Öztürk ve ark. 2017, Sousa ve ark. 2018). Çocukluk çağı cinsel istismarı, beyin gelişimi ve işlevselliği üzerinde olumsuz etkisi olan psikolojik travma için bir risk faktörüdür (Heim ve ark. 2013). Cinsel istismar gibi derin bir tehdit deneyiminin yol açtığı psikolojik travmanın, klinik literatürde tanımlanmış, onaylanmış ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olarak adlandırılan daha uzun süreli bir sendroma yol açtığı ve sıklıkla yıkıcı işlevsel bozulma ile birlikte görüldüğü bildirilmiştir (Chang ve ark. 2018). Yapılan incelemeler, çocuklukta cinsel istismara maruz kalmanın, depresyon, anksiyete, anti-sosyal davranışlar, intihar (Hailes ve ark. 2013) ve madde kullanımı (Odacı ve ark. 2021) gibi psikiyatrik problemler, zihinsel sağlık ve uyum sorunları ile ilişkili olduğu sonucuna varmıştır. Ayrıca çocukluk dönemi cinsel istismar mağdurlarında daha yüksek cinsel işlev bozuklukları ve ilgili sorunlar olduğu bildirilmiştir (Pulverman ve ark. 2018). Yine çocukluk çağı cinsel istismar mağduru kadınlar ile yapılan çalışmalarda da bu bireylerin daha yüksek sayıda cinsel partneri ve daha kısa süreli ilişkileri olduğu ve erken yaşlarda ve riskli cinsel davranışları bulunduğu belirlenmiştir (Wilson ve Widom 2008, Senn ve ark. 2017). Bununla birlikte, araştırma bulguları cinsel istismara maruz kalan çocukların yetişkinlik döneminde cinsel mağduriyet yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğunu ve mağdurların neredeyse yarısının yeniden cinsel istismara maruz kaldığını ortaya koymuştur (Walker ve ark. 2019, Scoglio ve ark. 2021). Bu durumun uygunsuz cinsel davranışların kazanılması, öğrenilmiş çaresizlik ve azalmış öz-yeterlik ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (Senn ve ark. 2012). Ayrıca cinsel istismar mağduru çocuklar ve ergenlerdeki semptomlar; davranışsal ve duygusal zorluklar (Zeanah ve ark. 2009), dissosiyatif bozukluklar, hafıza ve hatırlama bozuklukları (Wolf ve Nochajski 2013), dağınık veya güvensiz bağlanma (Cry ve ark. 2010), yalnızlık eğilimleri (Türkkan ve Odacı 2018), sorunlu akran ilişkileri (Kim ve Cicchetti 2010), yüksek düzeyde saldırganlık (Thornberry ve ark. 2010) ve kendine zarar verme ve intihar girişimi (Trickett ve ark. 2011), travma ve tetikleyici etkenle ilişkili bozukluklar (Öztürk ve ark. 2017) şeklinde ifade edilmektedir. Yukarıda belirtilen birçok araştırmada görüldüğü üzere cinsel istismar, çocuğun davranışlarının ve duygularının tahrip edilmesine neden olmakta ve mağdurların yaşamları için yıkıcı sonuçlar doğurmaktadır. Bu nedenle çocuk cinsel istismarının tedavisi ve önlenmesi için etkili stratejilerin hayati önem taşıdığını söylemek mümkündür. İstismar mağduru çocukların ruh sağlığı sorunlarının yüksek oranı göz önüne alındığında, bu bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine ve tedaviye ihtiyaç duymaları şaşırtıcı değildir. Nitekim psikoterapötik tedavilerin çocukların fiziksel ve duygusal güvenliği öncelikli olmak üzere, travma belirtilerinin hafiflemesine yardımcı olmak, işlevsellik ve yaşam kalitesini arttırmak, aile işleyişini iyileştirmek ve istismarın tekrarını önlemek de dahil olmak üzere yararlı etkileri olduğuna dair kanıtlar vardır (Swenson ve Schaffer 2018, Carr 2019).

Bu derlemede, cinsel istismar öyküsü bulunan çocuklar için yaygın tedavi konularından bazıları ele alınmıştır. Burada "tedavi" terimi çocuğun psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için geniş anlamda kullanılmaktadır. Ele alınan tedavi konularının uygunluğu, her mağdur için değişebilir. Ayrıca, burada tartışılmayan ek tedavi konuları olabilir.

Cinsel İstismara Uğrayan Çocuklar için Tedavi Konuları

Çocukluk çağı cinsel istismarı kısa ve uzun dönemde olumsuz ruhsal belirtilere sebep olan önemli bir konudur. Cinsel istismar önemli psikiyatrik bozukluklar ve sosyal sorunlar için risk etmeni olarak kabul edilmektedir (Coles ve ark. 2015, Easton ve ark. 2017, Van der Kolk 2017, Altan-Aytun 2019). Aşağıda en önemli görülen konular ele alınmıştır.

Travma

Çocukluk çağı cinsel istismarı, istismarcının çocuğun bedensel korku, cinsel uyarılma ve çaresizlik duygularını aşırı uyardığı ve çocuğun bunaldığı kronik bir travma şeklidir. Bu olduğunda, çocuğun gelişiminin etkilenmesi, sekteye uğraması ve gecikmesi muhtemeldir (Türkkan ve Odacı 2022). Herman (2015) çocuklukta tekrarlanan travmanın kişiliği şekillendirdiğini ve deforme ettiğini belirtmektedir. Sürekli cinsel tacize uğradığı, terörize edildiği veya aşağılandığı bir durumla karşı karşıya kalan bir çocuğun hayatta kalabilmek için uyum sağlaması gerekir. Başka bir deyişle, çocuğun istismar deneyiminden kurtulabileceğini hissetmesini sağlayacak stratejiler geliştirmesi gerekmektedir. Bu nedenle çocuk, ezici duygulara hakim olmak ve travmatik deneyim üzerinde bir miktar kontrole sahip olduğu hissini kazanmak için istismarı çoğaltan durumlar yaratabilir (Champion 2022).

Küçük çocuklar sadece kendi ego kapasitelerine değil, aynı zamanda birincil bakıcılarının yardımcı kapasitelerine de bağlıdır. Bununla birlikte, yakın bir aile üyesi tarafından cinsel istismara uğrayan bir çocuk da ebeveynlerine bağımlı olma yeteneğini kaybeder. Özünde bağlanma figürü, çocuk için bir güvenli üs haline gelir. Genellikle ebeveynler tarafından sağlanan bu güvenli temelin kaybı, en erken ve muhtemelen en zarar verici psikolojik travma olarak değerlendirilir (Weihmann 2022). Çocuğu korumakta başarısız olan ebeveyn ve istismarcı birincil ihanetten suçludur; çocuk “ihanet travması” yaşar ve hayatta kalabilmek için uyum sağlar veya unuttur.

Çocuğun travmayla baş etmesini kolaylaştırmak için travmanın neden olduğu duyguları değişik şekillerde ifade etmesi sağlanabilir. Çocuğun travmatik olayın ayrıntılarını hatırlamasına yardımcı olmak, deneyimin yarattığı hisleri, düşünceleri, duyguları ve inançları tanımlamasını sağlamak, istismar sırasında meydana gelenler ile şu anda nasıl hissettiği arasında bağlantı kurmasına yardımcı olmak ve ezici deneyimleri yönetmesini desteklemek için gevşeme egzersizleri gibi teknikleri içeren müdahalelerle terapist çocuğun travmadan kurtulmasına yardımcı olabilir. Özellikle çocukların travma hikayelerini anlatması, oyun aracılığıyla duygularını ifade etmesi, resim yapması, şarkı söylemesi ve ileriye dönük rol oyunları duyu kanalını harekete geçirir. Duyguları ifade etmek endişeyi ve gerginliği azaltır. Yaşananların tekrar tekrar anlatılması bir düzen duygusu, bütünlük ve travmatik olayla ilgili bir kontrol duygusu kazandırır. Bununla birlikte hayal kurma, resim yapma, yazı yazma gibi yaratıcılık içeren etkinlikler, içten gelen ezici duygularla baş etmenin bir yoludur ve tedavi edici etkisi vardır. Özellikle oyun çocuklar için etkili bir baş etme aracıdır. Bu nedenle psikososyal destek çalışmalarında; yönlendirilmiş hayal, oyun, masal, drama ve canlandırma gibi etkinliklerin yer alması yararlı olabilir (Aytan-Erdoğan 2010, Capella ve ark. 2016).

Korku ve Kaygı

İstismara uğrayan çocuklarda en sık gözlenen psikopatoloji travma sonrası stres bozukluğudur (Şimşek ve ark. 2011). Çocukların çeşitli travmatik olaylara tepkileri travma sonrası tepkinin iki temel boyutunu içerir: travmanın tekrarı ve travmayı inkar etme girişimleri (McTeague ve ark. 2010). Bu belirtiler, travmatik deneyimin ürettiği kaygıya hakim olma veya bunlarla başa çıkma girişimleri olarak düşünülebilir. Başka bir deyişle burada bahsedilen kaygı, çevresel tepkilerden ziyade istismarın çocuk üzerindeki travmatik etkisi ile ilgilidir. Mağdur, olaya, faile ve istismarın diğer yönlerine fobik tepkiler geliştirebilir. İstismar anılarını uyandıran deneyimler kaygı yaratmaya başlar. Bazı çocuklarda bu kaygı ve fobiler, streslerini azaltmak için kullandıkları kaçınma girişimleri nedeniyle kalıcı hale gelebilmektedir (SAMHSA 2014). Nitekim çeşitli araştırmalarda da cinsel istismara uğrayan çocuklarda korku ve kaygı ile ilgili belirtiler sıklıkla acil veya kısa süreli sekel olarak tanımlanmıştır (Dönmez ve ark. 2014). Yapılan bir çalışmada cinsel istismara uğramış çocuklardan oluşan bir kohortun % 64'ünün, TSSB için tanı kriterlerini yerine getirdiği ve çocukların çoğunda travmatik olayın tekrarlanması, travmatik olayı anımsatan faaliyetlerden kaçınma ve anksiyete semptomlarının bulunduğu bildirilmiştir (Şimşek 2011). Kısaca kaygı, stresli cinsel mağduriyet deneyimine karşı bir savunma şeklinde yorumlanabilir.

Çocuğun korkularını ve kaygılarını tedavi etmeden önce, terapist çocuğun cinsel istismara uğramadığından veya cinsel istismar riski altında olmadığından emin olmalıdır (Green 1993). Nitekim korku ve kaygı, dışsal bir olay çocuğun güvenliğini veya refahını tehdit ettiğinde ortaya çıkar. Fail korkusu, istismarın tekrarlanması korkusu ve güvenlik endişesi taşıyan bir çocuğun, en iyi şekilde korunması gerekir. Zorunlu raporlama yasaları, acil müdahale ve ev dışına yerleştirme (çocuğun evde güvenliği sağlanamıyorsa) çocuk için bir miktar koruma sağlayabilir. Terapistin çocuğu korkutabilecek mevcut güvenlik veya korunma sorunlarını derhal değerlendirilmesi önemlidir. Terapist daha sonra mağduru, genellikle aşırı stresten kaçınacak şekilde kötüye kullanım, ilgili fobiler ve kaygı ile kademeli olarak başa çıkmasına izin veren bir dizi müdahaleye dahil etmelidir. Bu müdahaleler çocukla istismar deneyiminin çeşitli yönleri ve eşlik eden duygular hakkında tartışmalar ile oyun terapisini içerebilir (Fitzgerald ve Cohen 2012).

Küçük çocuklarla yürütülen müdahaleler, oyun terapisi, duyarsızlaştırma, dereceli maruz bırakma, modelleme ve atılganlık eğitimi unsurlarını içerebilir. Müdahaleler, oyun etkileşimi, kuklalar, bebekler, sanat eserleri veya hikaye anlatımı gibi birçok farklı şekilde yapılandırılabilir. Bu süreç, istismar deneyiminin çeşitli yönleriyle ilgili yeniden canlandırmayı ve tartışmayı nazikçe teşvik ederek ve yönlendirerek yapılandırılır. Duyarsızlaştırma, korkuları, kaygıları ve fobileri tedavi etmek için kullanılan yaygın bir davranış tekniğidir. Bu yöntem kullanıldığında kişi gevşeme tekniklerini öğrenir ve kademeli olarak anksiyete, korku veya fobiye neden olan bir uyarana maruz kalır. Çocuğun güvenli ve destekleyici terapötik durumlarda istismar hakkında konuşmasına yardımcı olarak duygusal sıkıntıya maruz kalma düzeyi hafifletilebilir. İstismarla ilgili materyal hakkında düzenli ve gerçek bir şekilde konuşma süreci boyunca, anılar sonunda uyarılma ortaya çıkarma kapasitesini kaybeder. Ancak çocuk istismarı hatırlamaya veya konuşmaya erken zorlanmamalıdır; çünkü terapist ve terapötik ortam istismarın sadece olumsuz bir hatırlatıcısı haline gelebilir. Bununla birlikte terapist, zor deneyimi yönetme

yöntemleri konusunda çocuğa model olabilir. Yardım istemek, duygular hakkında konuşmak ve güçlü duyguları ifade etmek gibi kaygıyı yönetmenin uygun yöntemlerinin terapist tarafından modellenmesi ve çocuğun etkili başa çıkma girişimlerinin güçlendirilmesi önemlidir (Barlow ve ark. 2002, Fitzgerald ve Cohen 2012).

Dissosiyasyon (Çözülme)

Psikolojik travma genellikle, bir kişinin anlama, kabul etme ve dünya anlayışına entegre etme yeteneklerini aşan ezici bir duygusal deneyime maruz kaldığı bir durumu ifade eder (Özen 2017). Bu durum cinsel istismar olduğunda, çocuk genellikle yetişkin cinselliği hakkında hiçbir anlayışa sahip değildir ve bu nedenle geçmiş deneyimlerinde referans noktası olmayan davranışlara maruz kalır. Kafa karışıklığı, korku, uyarılma, utanç ve öfkenin yoğun ve çelişkili duyguları, çocuğun başa çıkma kapasitesini aşırı yükler. Bu gibi durumlarda, karmaşık psikolojik travma türlerine karşı, dissosiyatif reaksiyonlar ilkel savunma olarak kullanılabilir. Başka bir deyişle, çocuk durumu inkar etmek veya acıdan kaçınabilmek için dissosiyatif semptomlar geliştirir (Hebert ve ark. 2018). Ayrışmanın şiddeti her vakada farklılık gösterebilir. Travma ve dissosiyatif semptomlar arasındaki bağlantıyı anlamada temel bir hipotez, merkezi sinir sisteminin travmatik deneyimleri etkili bir şekilde entegre etmedeki başarısızlığını içerir, bu da anormal hafıza işlemeye ve ayrıca travmatik deneyimlerle ilgili duygu ve duyuları bir bütün halinde bütünleştirme ve sentezleme yetersizliğine yol açar (Brand ve ark. 2012). Ayrışmanın temel özellikleri arasında, kendinden ve çevreden kopma ve kopukluk, psikolojik yapıların ayrışması, biliş, hafıza ve duygulanım gibi normalde entegre olan nörobiyolojik sistemlerin ayrışması yer alır. Ayrışma, travma ile ilgili etkilere karşı psikolojik bir savunma olarak kabul edilir ve ezici fiziksel veya psikolojik acı kaçınılmaz olduğunda bir tür zihinsel kaçışa ve travmatik olayın neden olduğu duygusal deneyimden ayrılmaya neden olur (Cardena ve Carlson 2011). Başka bir deyişle, dissosiyasyon kısa vadede rahatlatıcı olabilese de kişinin travmanın neden olduğu acı ve kaybı yaşamaktan kaçınmasını sağlayabileceğinden, uzun vadede uyumsuz ve engelleyici olabilir, iyileşme sürecini uzatabilir (Lahav ve ark. 2016). Kısaca travma bağlamında uyum sağlayıcı bir işleve sahip olsa da, dissosiyasyon travmatik deneyimin işlenmesine müdahale eder ve psikopatoloji riskinin artmasına neden olabilir (Alley ve ark. 2015). Daha ağır vakalarda, farklı deneyimlere ve özelliklere sahip farklı kişilikler olarak ortaya çıkan ve katı amnezi engelleriyle ayrılmış, çoklu kimliklere neden olan dissosiyatif kimlik bozukluğu gelişir (Kluft 1984, APA 2013). Literatürde bu bozukluğu olan çocukların çoğunlukla cinsel istismar kurbanları olduğu bildirilmektedir (Bernier ve ark. 2013).

Tedavide çoğu zaman travma üzerinde çalışma hedefi önerildiğinde, danışan özellikle bir ergen ise, “Bunun hakkında konuştum”, “Bunun üzerinde çalışmama gerek yok”, “Beni rahatsız etmiyor” gibi yanıtlar verecektir. Travma ayrıştığı için, kişi aslında olayların etkisinin farkında olmayabilir. Çözüm, kişinin duygusal olarak ayrılmadan veya olayı yeniden yaşamadan, travmatik olayların bir öyküsünü anlatabildiği zaman ortaya çıkar. Travmanın tedavisinde amaç, ayrışanları yeniden ilişkilendirmek, travma bağlarını serbest bırakmak ve travmatik olayların duygusal yoğunluğunda oluşan temel inançları gözden geçirmektir (Gerber 2008). Bu hedeflere ulaşmak için ayrılmış deneyime erişebilecek bir terapi modeli kullanmak gerekir. Etkili tedavi modellerine örnekler arasında Göz Hareketi Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR), ifade edici tedavilerin kullanımıyla desteklenen İçsel Aile Sistemleri Terapisi ve Ego Durumu Terapisi sayılabilir. Ayrıca istismar sonucu oluşan ve kendini suçlama gibi hatalı düşüncelere neden olabilen bilişsel çarpıtmalar üzerinde çalışmak da etkili olacaktır. Örneğin, bir ergen “Onu durdurabiliydim” veya “Bunun olmasına izin vermemeliydim” şeklinde düşüncelere sahip olabilir. Terapist bunların üzerinde çalışarak ve çocuğun deneyimine erişerek, çocuğun kendisi ile fail arasındaki ilişkiyi ve güç farkını anlamasına yardımcı olabilir. Bu anlayış, utancın giderilmesine yardımcı olur ve bu da “Hatalyım” veya “Yetersizdim” gibi olumsuz benlik algılarının oluşmasına engel olabilir. (Foster ve Hagedorn 2014, Cowan ve ark. 2020). Ayrıca, benliğin parçalarına erişmek için bireysel terapi modelleriyle birlikte kullanılan ifade edici terapiler bu süreci tamamlayabilir. Bunlar sanat, psikodrama ve müzik terapilerini içerebilir. Özellikle ergenler, benliğin savunmasız kısımlarına doğrudan dikkat çekilmesine dirençli olabilirler, bu nedenle sanat ve müzik, bireyin ilgisini çekmede özellikle yardımcı olabilir.

Yukarıda sunulan bilgilere ek olarak terapötik ilişkiyi bağlantı kurma, büyüme ve iyileşme için bir mekanizma olarak kullanan ilişkisel kültürel terapi (Walker 2011), özellikle yüksek ihanet travması mağdurları için faydalı olabilir (Gómez ve ark. 2016). Yüksek ihanet travmasının önemli bir bileşeni, güven ve bağımlılığın ilişkisel ihlalidir. Bu nedenle ilişkisel kültürel terapinin kullanımı, karşılıklı empati ve güçlendirmeye dayalı güçlü terapötik ilişkiler geliştirerek, terapist ve danışan arasındaki kopuklukları onarmaya yardımcı olabilir (Gómez ve ark. 2016).

Suçluluk ve Sorumluluk Duyguları

Cinsel istismara uğrayan çocuklarda suçluluk ve sorumluluk duygusu sıklıkla görülür (Alix ve ark. 2020). Bu

duygular cinsel istismarın farklı unsurlarıyla ilişkili olabilir. Bununla birlikte suçluluk ve sorumluluk duygusu, genellikle çocukların devam eden istismarı koruyucu bir yetişkine bildirmelerini engeller. Mağdurlar ayrıca, cinsel istismarı durdurmadıkları veya kendilerini daha iyi savunmadıkları için suçluluk hissedebilirler. Çocuklar, istismarın ortaya çıkmasından kaynaklanan aile krizi nedeniyle de kendilerini suçlayabilirler. Çocuk, istismarın açıklanmasından sonra, özellikle ailenin maddi sorunları varsa veya ifşa nedeniyle aile utanç, üzüntü, öfke veya kayıp yaşıyorsa olanlar hakkında suçlu hissedebilir. Ek olarak, ebeveynlerin tepkisi veya kurbanı suçlama eğilimleri, çocukta suçluluk duygularını teşvik edebilir. İstismara uğrayan çocuğun, istismardan kimin sorumlu olduğunu belirlemesi, mağdurun ve saldırganın kim olduğunu anlaması önemlidir. Klinisyenin rolü, çocuğun entelektüel olarak anlamasına ve sorumlu olmadığını duygusal olarak kabul etmesine yardımcı olmaktır (Furniss 2013). Terapist bu alanları ele almak için istismarın ayrıntılarını bilmek zorundadır. Burada terapistin çocuğa duygularını yaşaması ve ifade etmesi için izin vermesi ile aktif bir yaklaşım gerekmektedir (Fitzgerald ve Cohen 2012).

Çocuğun suçluluk ve sorumluluk duygusuyla çalışmasına yardımcı olmak için terapist çocuğun fail ile olan ilişkisini tartışabilir. Çocuk, yetişkin sorumlulukları (çocuklara bakma ve onları koruma, doğruyu yanlıştan ayırabilme vb.) konusunda bilgilendirilebilir (Porter ve ark. 1982). Çocuğun failin yetişkin olduğunu ve doğru ile yanlış arasındaki farkı bildiğini bilmesi gerekir. Ayrıca çocuğun istismarı neden gizli tuttuğunu ve neden sonunda istismarı ifşa etmeye karar verdiğini keşfetmesine yardımcı olmak önemlidir. Çocuğun istismarı açıklayamamasının ya da açıklamamasının nedenlerinin olduğunu ve bu nedenlerin çocuğu taciz edici davranıştan sorumlu kılmadığını kabul etmesi gerekir. Çocuk suçlanma, inanılmama korkusu gibi çeşitli nedenlerle istismarı gizli tutmayı seçebilir (Türkkan ve Odacı 2022). Çocuğun, bu kararın neden tek alternatif gibi görüldüğünü ancak çocuğu nasıl savunmasız bir konuma getirdiğini anlaması gerekir. Bu deneyimde önemli bir nokta, çocuğun seçimleri olduğunu öğrenmesi ve kendisine bakmak için kararlar alabileceğini hissetmesidir.

Benlik Kavramı

Cinsel istismarın istilacı ve müdahaleci doğası, çocuğun benliğini ve benlik saygısını olumsuz yönde etkiler (Fergusson ve ark. 2013). Örneğin, istismar nedeniyle çocuklarda “Farklıyım”, “Hak etmiyorum”, “Kusurluyum” veya “Yetersizim” gibi düşünceleri yansıtan inançlar gelişebilir. İstismar edilen birçok çocuk bakıma, korunmaya ya da sevmeye layık olmadığını düşünebilir. Bu tür düşünceler ve düşük benlik saygısı nedeniyle de insanlarla etkileşimlerinde yetersiz ve etkisiz hissedebilir, akranlarıyla etkileşimleri de olumsuz etkilenebilir. Ayrıca bu tür temel inançlar, benlik algısına ve diğer etkileşimlere rehberlik edebilir, böylece utanç ve öfke döngüsü de körüklenebilir (Gerber 2008). Bu nedenlerle bu popülasyonla çalışmak özellikle güçtür. Bireysel terapinin en kritik yönü güven oluşturmaktır. Yeniden güvenmeyi öğrenmek, iyileşmenin temel bir bileşenidir ve danışmanlar, sağlıklı sınırları olan güvenli bir yetişkin modeli olarak hizmet eder. Terapist çocukla ilişki kurmalı, güvenli bir ortam yaratmalı ve terapi için işbirlikçi ve benzersiz hedefler belirlemelidir. Tedavi, öz saygı oluşturmayı ve özgüven geliştirmeyi içerecek şekilde yapılandırılmalıdır (Foster ve Hagedorn 2014). Mağdurların suçluluk, utanç ve korkuyla başa çıkmak için yardıma ihtiyacı vardır. Ayrıca çocuğun kendi hızında ilerlemesine izin verilmelidir. Diğer bir terapötik hedef, çocuğun sağlıklı destek ağlarını belirlemesine yardımcı olmak olmalıdır (Morrill 2014).

Terapistin görevi, mağdurların kendilerini tekrar bütün ve iyi hissetmelerini sağlamaktır. Kendini suçlama konusunu ele alan çalışmalar ve çocukların kendilerini istismar mağdurlarından daha fazlası olarak görmelerine yardımcı olan müdahaleler yararlı olabilir. Okulda başarılı olmak, spor yapmak, bir başka mağdura yardım etmek gibi destekleyici faaliyetler mağdurun iyileşmesinde çok önemli olabilir (Fitzgerald ve Cohen 2012). Terapist, yetkin olduğu alanlardan yola çıkarak, çocuğun kendi imajını geliştirmesine yardımcı olabilir. Bu, çocuğun yeni davranışlarda bulunma konusunda etkili ve umutlu hissetmesine yardımcı olacaktır.

Depresyon

Depresyon, cinsel istismar mağduru çocuklarda en sık bildirilen semptomlar arasında yer almaktadır. Özellikle çocukluk çağı travmalarının depresyon için önemli bir kırılganlık faktörü olduğu vurgulanmaktadır (Maniglio 2010, Stead ve ark. 2010). Biyolojik açıdan bakıldığında, istismar gibi travmatik yaşam deneyimleri, strese karşı fizyolojik tepkinin düzenlenmesinde yer alan sinir ağlarındaki uzun vadeli değişikliklere neden olarak, beynin fizyolojisini ve hatta yapısını değiştirir (Shonkoff ve ark. 2011). Tehdide tepki, olaya ve kişiye bağlı olarak değişen derecelerde sempatik (savaş ve kaç) ve parasempatik sinir sistemi aktivasyonu ile karakterize edilir. Bu deneyimler, stres tepkisinde yer alan diğer sistemleri hassaslaştırabilir, böylece istismara maruz kalanlar herhangi bir çevresel tetikleyiciye veya stres etkenine karşı aşırı tepkisel hale gelir (Sachs-Ericsson ve ark. 2009).

Yukarıda sunulan biyolojik açıklamalara ek olarak istismarın boyutu, doğası ve süresinin yanı sıra başlangıç yaşı

da depresyonu etkileyebilir. Mağdurun sosyal izolasyonu, istismarcının kimliği ve daha da önemlisi ihtiyaç duyulan desteğin sağlanmaması da depresyonun şiddetini etkiler (Martin ve ark. 2014). İstismarcının kimliği, ister bir aile üyesi, ister bir arkadaş veya bir yabancı olsun, kurbanların duygusal refahı ve etraflarındakilere ilişkin algıları üzerinde ciddi olumsuz sonuçlar doğurur. Özellikle, istismar gibi erken yaşam dönemlerinde meydana gelen travmatik deneyimler, kişinin kendini, başkalarını ve dünyayı algılamasıyla ilgili şemaların gelişimi üzerinde dramatik bir etkiye sahiptir. Klinik uygulamada, istismar mağduru danışanların önemli bir kısmı, herhangi bir taciz veya travma öyküsü olmayanlara kıyasla düşünce, duygu ve davranış kalıpları dahil olmak üzere bilişsel şemalarını yeniden şekillendiren etkiler bildirmektedir (Widom ve ark. 2018). Bunlara ek olarak, cinsel istismara uğrayan ergenlerde depresyon ve intihar davranışları daha sık belgelendiğinden, depresif belirtilerin cinsel mağduriyetin damgalayıcı doğası hakkında daha fazla farkındalık ile ilişkili olması muhtemeldir. Bu, daha büyük çocuklarda artan utanç ve suçluluğu açıklayabilir. Depresyon eğilimi, çocuk mağdurun umutsuzluk derecesi ve istismarın ifşasından sonra aile içindeki destek düzeyi ile de ilişkili olabilir.

Çocuklarda ve ergenlerde depresyonu hafifletmek için terapist çocuğun duygularını deneyimleme ve ifade etme istekliliğini belirleyerek, istismar hakkındaki farkındalığını ve duygularını tanımlanmasını sağlayabilir. Duyguların ifadesini teşvik etmek de önemlidir. Çocuğun duygularını ifade etmesini kolaylaştırmak için şiir, şarkı, dramatik oyun, sanat ve yazılı anlatım gibi çeşitli yöntemler kullanılabilir (Capella ve ark. 2016).

Yukarıda sunulanlara ek olarak, istismar mağduru çocukların tedavisinde özellikle travma sonrası stres belirtileri, depresyon ve davranış sorunları olmak üzere, travma odaklı bilişsel davranış terapisinin önde gelen müdahaleler arasında yer aldığı ve belirli semptomları önemli ölçüde iyileştirebileceği belirtilmektedirler (Marquez ve ark. 2020). Travma odaklı bilişsel davranış terapisi, korku, kaygı ve depresyonun tedavisi için geliştirilen köklü bilişsel-davranışçı terapiye dayalıdır ve stres yönetimi prosedürlerini kullanır. Bu müdahale protokolü, cinsel istismar veya diğer çocukluk çağı travmalarına yanıt olarak TSSB semptomları olan çocukların sergilediği konsantrasyon eksikliği, sosyal geri çekilme ve anksiyete atakları gibi belirli zorlukları hedef alacak şekilde uyarlanmıştır. Bu tür prosedürlere örnek olarak, gevşeme yöntemlerinin öğretilmesi, istismarın hatırlatılmasına karşı çocuğun ve ebeveynin duygusal tepkilerini yönetmesine yardımcı olunması, olayın nedeni hakkındaki yanlış yüklemelerin yeniden düzenlenmesi, duyguları ifade etme becerilerinin geliştirilmesi ve danışanların kendi kendini yatıştırma etkinliklerine katılması yer alır. Ayrıca ebeveynler, çocuklarının davranışsal zorluklarını ele almada rehberlik sunulabilmesi için tedavilere dahil edilir. Örneğin, ebeveynlere çocuk davranış yönetimi stratejileri ve etkili iletişim konusunda eğitim verilebilir veya iletişimi geliştirmek ve istismarla ilgili terapötik tartışma yapabilmek üzere fırsatlar yaratmak için aile çalışmaları yapılabilir (Lev-Wiesel 2008).

Bağlanma

Bağlanma teorisi, erken dönem bebek-bakıcı ilişkilerinin, sonraki kişilerarası ilişkiler için şablonlar oluşturan zihinsel temsillerin oluşumuna ve içselleştirilmesine yol açtığını ileri sürer (Kesebir ve ark. 2011, Yıldızhan 2016). Bağlanma, kişinin benliğinin temsillerini içerir ve aynı zamanda sosyal ilişkiler üzerinde etkisi olan bir kavramdır. Bowlby (1982) semptom oluşumu ve gelecekteki sorunların ana kaynağı olarak bağlanma sorunlarına işaret eder.

Güvenli bağlanma, bakım verenlerin çocuğun duygusal durumuna ve ihtiyaçlarına uyum sağlamasını gerektirir. Güvenli bir bağlanma, çocuğun dünyayı keşfedebileceği güvenliği sağlar. Güvenli bir şekilde bağlanmış çocukların kendi duygularını kabul etmeleri ve duygularına değer atfetmeleri muhtemeldir. Güvenli bir şekilde bağlanan çocuklar, kendilerini yatıştırma yeteneğini içselleştirir. Öte yandan, güvensiz bir şekilde bağlanan çocuklar, gelişimsel ihtiyaçlarını sağlıklı bir şekilde karşılama yeteneğini geliştiremezler. Bu çocuklar arasında düşük benlik saygısı, empati eksikliği, zayıf sosyal beceriler, öz düzenleme becerilerinde eksiklik sıklıkla görülmektedir (Bowlby 1982). Öz düzenleme eksikliği, zayıf dürtü kontrolü ile ilişkilidir ve agresif davranışların görülme sıklığını artırır. Ayrıca, güvensiz bağlanan çocuklar duygusal aşırı yüklenmeden kaçınmak için aşırı mastürbasyon gibi kendi kendini uyarıcı davranışlarda bulunabilirler (Shavega, 2020). Bu tartışma için özellikle önemli olan, bağlanma davranışlarında tutarlı bir stratejinin bulunmamasına atıfta bulunan dağınık bağlanma tarzıdır. Araştırmalar, dağınık bağlanmayı, çocuklarda ayrışmanın (dissosiyasyon) yanı sıra düşmanca ve saldırgan davranışlarla ilişkilendirmiştir (Keskin ve Çam 2007, Kesebir ve ark. 2011).

Güven, saygı, değer, kimlik, ilişkiler ve samimiyet dahil olmak üzere bir kişinin duygusal refahının temel yönlerinin çoğu, duyarlı bir bakıcıya bağlanma temeline dayanır. Bu nedenle terapist çocuğun yaşamında ilişki kurabileceği tutarlı bir figür bulunduğundan emin olmalıdır. Zamanla inşa edilen, sürekli ve tutarlı bir ilişki, bağlanmayı kolaylaştıran güvenin geliştirilmesinde en yararlı olanıdır. Duyarlı bir yetişkinle bağlanan ve ilişki kuran bir çocuk, gelişim görevlerini yerine getirme yeteneğinin bir kısmını geri kazanabilir. Bu duyarlı yetişkin,

terapist, bakım veren, öğretmen veya çocuğun düzenli olarak etkileşimde bulunabileceği uygun diğer uygun yetişkinler olabilir. Bunlara ek olarak terapist, sıkıntılı deneyimlere karşı yatıştırıcı tepkileri modelleyebilir (Gerber 2008). Çocuğun terapötik ilişkisi kaliteli etkileşim için bir model olarak keşfetmesine yardımcı olmak önemlidir. Terapist, çocuğu karşılıklı ilişkiler ve başkalarına karşı sosyal tepkiler de dahil olmak üzere sosyal davranış konusunda eğitebilir. Bu tür bir eğitim, çocuğun toplumdaki akranları ve yetişkinler tarafından kabul edilmesini kolaylaştırır ve çocuğun terapistle bağlanma figürü olarak bağımlılığını giderek azaltır (Urquiza ve Winn 1992).

Yukarıda sunulan bilgilere ek olarak, bağlanma sorunlarını aile terapisi yoluyla ele almak ve olası faydasını belirlemek de önemlidir. Çocuğun/ergenin sağlıklı ve tatmin edici ilişkiler geliştirmesine yardımcı olmak için kişilerarası etkinlik konusunda beceri eğitimi de gereklidir. Bu eğitim, iletişim ve atılganlık becerileri üzerinde çalışmayı içerebilir. Bu eğitimin bilişsel yönü gerekli olsa da tedavinin deneyimsel bir bileşeni içermesi de çok önemlidir. Başka bir deyişle, bu becerileri uygulama, çocuğun/ergenin aşinalık duygusu geliştirmesine izin verir (Gerber 2008).

Cinselleştirilmiş Davranışlar

Cinsel istismardan sonra çocuklarda görülen ciddi sorunlardan biri cinselleştirilmiş davranıştır (Paslı 2019). Bu, cinsel istismara uğrayan çocuklarda görülen en çarpıcı ve dramatik belirtiler arasındadır. Bu tür eylemler özellikle travmatik cinsel deneyimle bağlantılı görünmektedir (Dillard ve ark. 2019). Literatüre göre, istismar mağdurları cinselliği yalnızca gelişimsel olarak yetersiz ve kişilerarası işlevsiz bir şekilde deneyimlemekle kalmaz, aynı zamanda öz değerleri, cinsel ahlakları ve yaşamlarını kontrol etme güçleri hakkında yanlış kanılar benimserler. Bu çarpıtmalar yetişkinliğe kadar devam edebilir ve kurbanların cinsel ve ilişki işlevlerini olumsuz etkileyebilir (Fortier ve ark. 2009). Sonuç olarak, cinsel olarak mağdur olan çocuklar aşırı ve açık mastürbasyon yapabilir veya diğer insanlarla cinsel olarak etkileşime girebilir (İşeri 2009). Her cinselleştirilmiş davranış eylemi, gelecekteki eylemlerin meydana gelme olasılığını da arttırma potansiyeline sahiptir. Bu tür eylemler çocuğun damgalanmasına neden olabilir ve bu da çocuğun benlik duygusu üzerinde olumsuz bir etki yaratabilir (Mallants ve Casteels 2008, Dillard ve ark. 2019). Cinsel istismarın mağdurlar üzerindeki geniş kapsamlı psikolojik sonuçları ve buna bağlı olarak ilişkinin işleyişindeki bozulmalarla ilgili olarak, travma geçirmiş cinsel istismar mağdurları için psikolojik tedavinin acilen gerekli olduğu görülmektedir.

Cinselleştirilmiş davranışların tedavisi, cinsel istismarın “mağdurdan suçlu (istismarcı) döngüsü” yaratması nedeniyle de oldukça önemlidir. Literatürde, çocuk cinsel istismarının mağdurdan suçluya geçiş için hazırlayıcı bir faktör olduğu bildirilmektedir (Plummer ve Cossins, 2018). Fiziksel istismara uğrayan bir çocuğun başa çıkma ve etkileşim tarzı olarak sıklıkla fiziksel saldırgan davranışlar sergilediği gibi, cinsel istismara uğrayan çocuk da kaygı veya sosyalleşme sorunlarını ifade etmek için cinselleştirilmiş davranışlar gösterebilir (Senn ve Carey 2010). Rasmussen (2012), çocuk cinsel istismarcıları sıklıkla bir cinsel mağduriyet öyküsü bildirdiğinden, mağdurdan mağdur edene doğru bir ilerleme olduğu inancına işaret etmektedirler. Buna göre, hasta popülasyonu ne kadar sapkınsa, geçmişteki mağduriyet oranları da o kadar yüksektir ve suçluların genellikle mağduru kendi istismar deneyimini kopyalayacak şekilde istismar etme eğilimi vardır. Bu nedenle cinselleştirilmiş davranışların tedavi edilmemesi potansiyel bir tehlike olarak kabul edilmelidir. Bu tür eylemler ile çocuk sadece kendisine zarar vermekle kalmaz, zaman içinde diğer birçok çocuğa da ciddi zararlar verebilir (Thomas ve Fremouw 2009).

Klinisyenler, davranış kontrollerini öğreterek cinselleştirilmiş davranışları azaltmak ve/veya ortadan kaldırmak için çalışmalıdır. Birçok ebeveyn de bu tür davranışları sona erdirmeye girişimlerinde çok cezalandırıcı olabilir. Bazıları çocuğu reddedebilir veya kaos duygusunun olduğu bazı ailelerde çocuğun ihtiyaçlarına odaklanma kapasitesinde eksiklikler olabilir. Ancak bu yaklaşımlar sorunu daha da kötüleştirir ve çocuğu yabancılaştırabilir. Bu nedenle ebeveynlerin/bakım verenlerin uygunsuz cinselleştirilmiş davranışlara müdahale etmelerine, bu tür etkileşimlere sınırlar koymalarına ve çocuğun yeni davranışlarını güçlendirmelerine yardımcı olmak önemlidir. Ancak terapistin ebeveynlerle çalışırken duyarlı olması, ebeveynlere nasıl yaklaştığı, ses tonu ve beden dilinin farkında olması önemli bir diğer noktadır. Ebeveynler bu konudaki herhangi bir suçlamaya veya ses tonuna karşı çok hassas olabilirler. Terapist, rolü ve amacı konusunda net olmalı ve empatiyi sürdürmelidir. Destekleyici bir ses tonu genellikle ebeveynlerin rahatlamasını, savunmalarını azaltmasını ve daha ayrıntılı bilgiler vermesini sağlar (Miller 2009). Tüm aile üyeleriyle güvene dayalı bir ilişki kurmak önemlidir. Öncelikle ebeveynlerin/bakım verenlerin bu tür davranışların cinsel istismara karşı nadir görülen bir tepki olmadığını ve çocuğun kalıcı olarak zarar görmediğini anlamaları sağlanabilir. Ayrıca ebeveynlere cinselleştirilmiş eylemlerin olmadığı günleri ödüllendirmeyi ve cinsel davranış için “zaman aşımı” kullanmayı içeren davranış değiştirme teknikleri öğretilebilir. Zaman aşımı, uygunsuz sosyal davranışları azaltmada etkili bir davranış azaltma tekniği olup, davranışa bağlı hale getirilen daha az pekiştirici bir ortamda geçen süre olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda zaman aşımı, yapıcı problem çözmenin gerçekleşebilmesi için yıkıcı bir davranış modelini kesintiye uğratan

herhangi bir etkinlik olarak görülebilir (Morawska ve Sanders 2011). Buna ek olarak, çocuğun cinselleştirilmiş davranışları; ebeveynlerin çocuğu izlemesi, herhangi bir cinsel eylemi kesintiye uğratması ve olumlu alternatif davranışlar için fırsatlar sağlaması ile yaşa daha uygun faaliyetlere yönlendirilebilir. Bu müdahalelerle ilgili çocuk ve bakıcıyla ikili çalışmalar da yapılabilir. Cinsel organlar, cinsel organların işleyişi ve normal cinsel davranışlar için yaşa uygun terminolojiyi tartışarak, çocuğa cinsel eğitim vermek de yararlı olabilir. Cinsel eğitim, çocuğun cinsellikle ilgili bilgi veya inanç sistemindeki çarpıklıkların düzeltilmesine yardımcı olabilir. Ayrıca çocuk cinselleştirilmiş davranışlarının farkına vardığında ve daha uygun alternatif davranışlar geliştirdiğinde, sosyal yaşamını ve diğer insanlarla olan etkileşimlerini de olumlu yönde şekillendirebilir (Silovsky 2007, Allen ve Berliner 2015, MNCASA 2017, Lucier-Greer ve ark. 2018).

Cinsel istismara uğrayan bir çocuk erken cinsel davranışa maruz kalmış ve sıklıkla cinsel bir şekilde davranması için eğitilmiş, pekiştirilmiş veya ödüllendirilmiş olabilir. Çocuk, davranışlarının diğer insanlara nasıl görüldüğünün farkında olmayabilir. Çoğu mağdur, davranışlarının baştan çıkarıcı olduğuna dair çok az farkındalığa sahiptir. Ayrıca bazı çocuklar da bir yetişkinle olan herhangi bir ilişkinin cinsel teması içereceğini varsayabilir. Terapist bu olasılıkların farkında olmalı, sınırlar belirlemeli ve çocuğa cinsel ilişkinin terapötik ilişkinin bir parçası olmadığını açıklayarak cevap vermelidir. Cinsel duygular ve dürtüler, çocuk ve terapist arasında gelişen güven ilişkisi bağlamında ele alınır. Cinsel ve sevecen dokunuş arasındaki ayrım, bireysel ve aile oturumlarında da ortaya çıkarılabilir. Terapist, seanslar sırasında sevecen dokunuşunun çocuk tarafından yanlış yorumlanabileceğini bilmelidir (Jones 1986).

Gelecekteki Mağduriyet Riski

Cinsel istismara uğrayan çocuklarda sık görülen bir belirti cinsel açıdan uygunsuz davranışlarda bulunmaktır. Bu davranışlar arasında mastürbasyonun artması, kendisini teşhir etme, akranlarıyla cinsel oyunlar oynama ve yetişkinlerle baştan çıkarıcı iletişimde bulunma sayılabilir. Çocuğun başkalarıyla uygun etkileşimlere ilişkin çarpık algılarından kaynaklanan bu tür davranışları, yeniden mağdur olma riskini ortaya çıkarabilir (Wilson ve Widom 2008). Bu nedenle mağdur çocukların tedavisi gelecekteki mağduriyeti önlemeye yönelik stratejiler içermelidir. Çocuğa verilen diğer zarar biçimlerinde olduğu gibi, cinselliği, cinsel güvenliği ve uygun cinsel sınırları ele almak için özel bir program geliştirilmelidir. Örneğin, çocuklara hayır demeyi ve maruz kaldıkları istismarı güvenilir bir yetişkine söylemeyi öğretmek, özellikle bu tür bir eğitim bir grup ortamında sunuluyorsa ve rol oynama fırsatları varsa, yararlı olabilir. Aile içi cinsel istismar durumlarında aile üyelerini de içeren özel koruyucu stratejilerin geliştirilmesi önemlidir (Rudolph ve Zimmer-Gembeck 2018). Ayrıca fail tarafından tehdit, gözdağı, güç veya silah kullanılan bir çocuğun, fiziksel veya cinsel istismarla ilgili çözülmemiş sorunlar açısından değerlendirilmesi gerekir. Nitekim, bu çocukların aynı zamanda agresif davranışlar, antisosyal davranışlar ve dürtü kontrolü gibi sorunlar açısından risk altında olduğu bildirilmektedir (Zeanah ve ark. 2009, Thornberry ve ark. 2010). Empati geliştirmek, kendi mağduriyetine bakış açısını olumlu yönde değiştirmek, davranış yönetimi, nüks ve önleme teknikleri bu davranışları yönetmeyi kolaylaştırır. Aile terapisi, bu becerilerin geliştirileceği ve uygulanacağı bir yapı sağlayabilir (Urquiza ve Winn 1992).

Şiddet İçeren ve Saldırgan Davranışlar

Cinsel istismarın şiddet içeren yönleri ve failin çocuğa yönelik tehditleri, çocuğun kendi deneyimlerini ifşa etmesini ve anlamlandırmasını zorlaştırabilir (Türkkan ve Odacı 2022). Çocuğun bu ezici eylemi yeniden anlamlandırmasına yardımcı olmak için terapistin doğrudan açıklamalarda bulunması yararlı olabilir. Çocuklar istismarcılarıyla özdeşleşme eğilimi de gösterebilir ve zaman zaman öfkeleri bunaltıcı olabilir. Şiddet içeren duygu, düşünce ve eylemlerin terapist tarafından kabulü ile, çocuğun bu duyguların kökenini anlamasına yardımcı olmak önemlidir. Bununla birlikte terapist, çocuğa olabildiğince sakin ve sabırlı tavırlarla yaklaşması gerektiğinin farkında olmalıdır (Adli Destek ve Mağdur Hizmetleri Dairesi Başkanlığı 2021). Terapist çocukla, uygun yanıtları modelleyen güven ilişkisi geliştirmelidir. Ayrıca saldırgan davranışı ifade etmesi için metaforik anlatım biçimleriyle çocuğun istismarcı ile deneyimlerini ifade etmesine ve bir dereceye kadar yüzleşmesine izin vermek güven algısının desteklenmesi açısından yararlı olabilir (Barut 2021).

Ağır saldırgan çocukların büyük bir kısmının şüpheli çocuk kötü muamelesi öyküsü vardır. Bu çocuklar saldırganla özdeşleşiyor olabilir, bastırılmış öfkeye sahip olabilir veya davranışlarını kontrol etmelerini zorlaştıran dürtü kontrolü ile ilgili sorunlar yaşayabilirler. Saldırgan bir çocuk, bu davranışının sonuçları için sorumluluk almayı öğrenmelidir (Erben Keçici 2018). Saldırganlık sergileyen bir çocuk genellikle sert ve tutarsız disiplin, çocukla çok az olumlu ebeveyn katılımı ve çocuğun faaliyetlerinin zayıf denetimi ile karakterize ailelerde yetiştirilmiştir (Özbey 2010). Bu nedenle ebeveynleri de müdahalelere dahil etmek, evdeki savunmasız çocukları korumak için çok önemlidir. Saldırgan çocuğun da korunması gerekir. Davranışları nasıl olursa olsun, çocuk

tehlikeli veya uygunsuz yetişkin davranışlarından korunmayı hak eder. Saldırgan çocuklarla çalışırken yapı, planlama, süreklilik, tutarlılık ve besleyici bir ortam önemli faktörlerdir (Patterson ve ark. 1998).

Saldırgan davranışlar sergileyen çocuklarla çalışırken, çocuğun geçmiş duygu ve deneyimlerini yeniden canlandırması için fırsatlar sağlamak yararlı olabilir. Bu, saldırgan çocuğun altta yatan duyguların ve acıların farkına varmasına ve tepkilerini yönetmek için bir plan geliştirmesine yardımcı olabilir. Çocuğa hazzı geciktirmesini, dürtüsel davranışlarını yönetmesini ve davranışlarının başkalarını nasıl etkilediğinin farkına varmasını öğretmek de yararlıdır. Bu girişimler, çocuğun akranları ve yetişkinlerle daha uygun ve kabul edilebilir yollarla ilişki kurmasını sağlayacaktır. Terapist, çocuğun kendisi veya başkaları için tehlike oluşturup oluşturmadığını da değerlendirmelidir. Risk alma, şiddetli çatışmalar yaratma veya başkalarına saldırma gibi davranışlar kısıtlanmalıdır. Ek olarak, klinisyen cinsel saldırgan davranışları da ele almalı ve gerekiyorsa bu davranış ilgili makamlara bildirimde bulunmalıdır (Urquiza ve Winn 1992).

Sonuç

Çocuk cinsel istismarı, yıkıcı sonuçları olan travmatik bir yaşam deneyimidir. İstismara uğrayan çocuklar yaşamları boyunca davranışsal, duygusal, bilişsel ve fiziksel sağlık sorunları geliştirme riski altındadırlar. Bu nedenle mağdurlara uygulanacak tedavi girişimleri oldukça önemlidir. Çocukların gelişim düzeyine göre uyarlanmış etkili müdahaleler, istismarın bazı ciddi ve kalıcı etkilerini hafifletmeye ve önlemeye yardımcı olabilir. Tüm klinik çalışmalarda olduğu gibi, terapist ile çocuk arasındaki terapötik ilişkilerin kalitesi travma tedavisinin temelidir. Müdahaleler, güçlü ve destekleyici bir terapötik ilişki bağlamında sunulmalı ve çocuğun/gencin başa çıkma becerilerini ve güvenlik planlamasını içeren psikoeğitimler içermelidir. Her çocuk travmatik olaya farklı biçimde tepki göstereceğinden, onları dinlemek ve bakış açılarını ve endişelerini anlamaya çalışmak önemlidir. Bununla birlikte, tedavi tek başına çocuk istismarını ortadan kaldırmaz. Klinisyenler, çocuklara yardım etmek için mevcut tüm kaynakları organize etmeli ve kullanılmalıdır. Çocukları cinsel istismardan korumak için ebeveynler, aile üyeleri, okul ve kolluk kuvvetleri birlikte çalışmalıdır. Ek olarak, travmatik deneyimler için geçerli klinik hizmetlerin geliştirilmesini ve yaygınlaştırılmasını sağlamak üzere daha fazla araştırmanın yapılması gerektiği düşünülmektedir. Ancak cinsel istismarın ve bunun nasıl ele alınacağına daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacak araştırma fonu sınırlıdır. Bu bağlamda hükümetler, araştırmalara fon sağlamalı, ayrıca potansiyel riskleri azaltmak için kurumlar arası iş birliği kurarak çocuk koruma programlarını desteklemelidir. Bu çalışmada istismar mağduru çocuklarla çalışan uzmanların tedavi konuları hakkında yararlanabileceği bir yol haritası oluşturulmaya çalışılmıştır. Özellikle alanda çalışan meslek elemanlarının bu amaçla gerçekleştirdikleri müdahale ve görüşmelerde yaşadıkları problemleri temel alan ve uygulama örnekleri içeren yeni çalışmaların yapılması, literatürde yer alan boşluğun doldurulmasına katkı sağlayabilir.

Kaynaklar

- Adli Destek ve Mağdur Hizmetleri Dairesi Başkanlığı (2021) Mağdura Yaklaşım Kılavuzu. Ankara, Adli Destek ve Mağdur Hizmetleri Dairesi Başkanlığı.
- Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Taillieu T, Cheung K, Sareen J (2014) Child abuse and mental disorders in Canada. *Can Med Assoc J*, 186:E324–E332.
- Alix S, Cossette L, Cyr M, Frappier JY, Caron PO, Hébert M (2020) Self-blame, shame, avoidance, and suicidal ideation in sexually abused adolescent girls: A longitudinal study. *J Child Sex Abus*, 29:432–447.
- Allen B, Berliner L (2015) Evidence-informed, individual treatment of a child with sexual behavior problems: A case study. *Arch Sex Behav*, 44:2323–2331.
- Alley D, Chae Y, Cordon I, Kalomiris A, Goodman GS (2015) Child maltreatment and autobiographical memory development: Emotion regulation and trauma-related psychopathology. In *Clinical Perspectives On Autobiographical Memory* (Eds LA Watson, D Bernsten):85–106). New York, NY, Cambridge University Press.
- Altan-Aytun Ö (2019) Kendine zarar verme davranışı: Özellikleri, işlevleri ve travmatik yaşantılar, çocukluk örselenmeleri, kişilik özellikleri ve baş etme tutumlarının rolü. Doktora tezi. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- Anda R, Tietjen G, Schulman E, Felittei V, Croft J (2010) Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults. *Headache*, 50:1473–1481.
- APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Aytan-Erdoğan Ş (2010) Travma yaşantısı olan üniversite öğrencilerinin baş etme becerilerini geliştirmede psikodramanın etkisi (Yüksek lisans tezi). İstanbul, Marmara Üniversitesi.
- Barlow DH, Raffa SD, Cohen EM (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. In *A Guide To Treatments That Work* (Eds PE Nathan, JM Gorman):301–335. New York, Oxford University Press.

- Barut B (2021) Cinsel istismar mağdurlarına yaklaşım ve terapötik süreç. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14:602-615.
- Bernier MJ, Hebert M, Collin-Vezina D (2013) Dissociative symptoms over a year in a sample of sexually abused children. *J Trauma Dissociation*, 14:455-472.
- Bowlby J (1982) Attachment and loss: Retrospect and prospect, *Am J Orthopsychiatry*, 52:578-751.
- Brand BL, Lanius R, Vermetten E, Loewenstein RJ, Spiegel D (2012) Where are we going? An update on assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative disorders as we move toward the DSM-5. *J Trauma Dissociation*, 13:9-31.
- Brett EA, Ostroff R (1985) Imagery and post-traumatic stress disorder: An overview. *Am J Psychiatry*, 142:417-424.
- Bülbül K, Çakıcı AB, Türkkân T (2019) Sınıf öğretmenlerinin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi ve risk tanıma düzeylerinin incelenmesi. *Türkiye Eğitim Dergisi*, 4:127-144.
- Bulut S, Karaman HB (2018) Engelli bireylerin cinsel, fiziksel ve duygusal istismarı. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 19:277-301.
- Butler AC (2013) Child sexual assault: Risk factors for girls. *Child Abuse Negl*, 37:643-652.
- Capella C, Lama X, Rodriguez L, Águila D, Beiza G, Dussert D et al. (2016) Winning a race: Narratives of healing and psychotherapy in children and adolescents who have been sexually abused. *J Child Sex Abuse*, 25:73-92.
- Cardena E, Carlson E (2011) Acute stress disorder revisited. *Annu Rev Clin Psychol*, 7:245-267.
- Carr A (2018) Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *J Fam Ther*, 41:153-213.
- Champion KM (2022) Coercion in families and child resistance to contact with a parent after family separation. *J Fam Trauma Child Custody Child Dev*, 19:230-243.
- Chang C, Kaczurkin AN, McLean CP, Foa EB (2018). Emotion regulation is associated with PTSD and depression among female adolescent survivors of childhood sexual abuse. *Psychol Trauma*, 10:319-326.
- Coles J, Lee A, Taft A, Mazza D, Loxton D (2015) Childhood sexual abuse and its association with adult physical and mental health. *J Interpers Violence*, 30:1929-1944.
- Collin-Vézina D, Daigneault I, Hébert M (2013) Lessons learned from child sexual abuse research: prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 7:22.
- Committee on the Rights of the Child (2011) General comment No. 13 on the right of the child to freedom from all forms of violence. <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRC/Pages/CRCIndex.aspx> (Accessed 12.01.2023).
- Cowan A, Ashai A, Gentile JP (2020) Psychotherapy with survivors of sexual abuse and assault. *Innov Clin Neurosci*, 17:22-26.
- Cry C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH (2010) Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of metaanalyses. *Dev Psychopathol*, 22:87-108.
- Dillard R, Maguire-Jack K, Showalter K, Wolf KG, Letson MM (2019). Abuse disclosures of youth with problem sexualized behaviors and trauma symptomology. *Child Abuse Negl*, 88:201-211.
- Dönmez YE, Soylu N, Özcan ÖÖ, Yüksel T, Demir AÇ, Bayhan PÇ, Miniksar DY (2014) Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergen olgularımızın sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 21:44-48.
- Easton SD, Kong J, Gregas M, Shen C, Shafer K (2018) Child sexual abuse and depressive symptoms in late life for men: A population-based, longitudinal analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 74:842-852.
- Erben Keçici S (2018) Okullarda saldırganlık ve yıkıcı davranışları önleme önerisi: Yüzleştirme eğitimi. *Milli Eğitim Dergisi*, 47:77-90.
- Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ (2013) Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl*, 37:664-674.
- Finkelhor D, Korbin J (1988) Child abuse as an international issue. *Child Abuse Negl*, 12:3-23.
- Fitzgerald MM, Cohen A (2012) Trauma-focused cognitive behavior therapy for school psychologists. *J Appl Sch Psychol*, 28:294-315.
- Fortier MA, DiLillo D, Messman-Moore TL, Peugh J, DeNardi KA, Gafey KJ (2009) Severity of child sexual abuse and revictimization: The mediating role of coping and trauma symptoms. *Psychol Women Q*, 33:308-320.
- Foster JM, Hagedorn WB (2014). A qualitative exploration of fear and safety with child victims of sexual abuse. *J Ment Health Couns*, 36:243-262.
- Furniss T (2013) *The Multiprofessional Handbook of Child Sexual Abuse: Integrated Management, Therapy, and Legal Intervention*. London, Routledge.
- Gerber J (2008) Treatment of sexually compulsive adolescents. *Psychiatr Clin North Am*, 31:657-669.
- Giovannoni J, Becerra R (1979) *Defining Child Abuse*. New York, NY, Free Press
- Gómez JM, Lewis JK, Noll LK, Smidt AM, Birrell PJ (2016) Shifting the focus: Nonpathologizing approaches to healing from betrayal trauma through an emphasis on relational care. *J Trauma Dissociation*, 17:165-185.
- Green AH (1993) Child sexual abuse: Immediate and long-term effects and intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32:890-902.

- Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S (2019) Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review. *Lancet Psychiatry*, 6:830-839.
- Haley J (1976) *Problem-Solving Therapy*. New York, Harper.
- Hall M, Hall J (2011) The long-term effects of childhood sexual abuse: Counselling implications. *Vistas Online*, 19.
- Hébert M, Langevin R, Oussaid E (2018). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *J Affect Disord*, 225:306-312.
- Heim C, Mayberg HS, Mletzko T, Nemeroff CB, Pruessner GC (2013) Decreased cortical representation of genital somatosensory field after childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry*, 170:616-623.
- Herman JL (2015) *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse To Political Terror*. New York, NY, Basic Books.
- Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H (2016) Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*, 137:e20154079.
- İşeri E (2009) Çocuk psikiyatrisi uygulamalarında istismar olgularının tanınması. Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Kongresi, 27-30 Eylül 2009, Ankara.
- Jackson AM, Deye K (2015) Aspects of abuse: Consequences of childhood victimization. current problems in pediatric and adolescent. *Health Care*, 45:86-93.
- Jones DPH (1986) Individual psychotherapy for the sexually abused child. *Child Abuse Negl*, 10:377-385.
- Kenny MC, Wurtele SK (2012) Preventing childhood sexual abuse: An ecological approach. *J Child Sex Abus*, 21:361-367.
- Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF (2011) Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3:321-342.
- Keskin G, Çam O (2007) Bağlanma süreci: Ruh sağlığı açısından literatürün gözden geçirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 23:145-158.
- Kluft RP (1984) Multiple personality in childhood. *Psychiatr Clin North Am*, 7:121-134.
- Lahav Y, Bellin E, Solomon, Z (2016) Posttraumatic growth and shattered world assumptions among ex-POWs: The role of dissociation. *Psychiatry*, 79:418-432.
- Lev-Wiesel R (2008) Child sexual abuse: A critical review of intervention and treatment modalities. *Child Youth Serv Rev*, 30:665-673.
- Lucier-Greer M, Nichols LR, Peterson C, Burke B, Quichocho D, O'Neal CW (2018) *Problematic Sexual Behavior Among Children and Youth: Considerations for Reporting, Assessment, and Treatment*. Auburn, AL, Military REACH.
- Mallants C, Casteels K (2008) Practical approach to childhood masturbation-A review. *Eur J Paediatr*, 167:1111-1117.
- Maniglio R (2010) Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *J Depress Anxiety*, 27:631-642.
- Marquez YI, Deblinger E, Dovi AT (2020) The value of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) in addressing the therapeutic needs of trafficked youth: A case study. *Cogn Behav Pract*, 27:253-269.
- Martins CM, Von Werne Baes C, Tofoli SM, Juruena MF (2014) Emotional abuse in childhood is a differential factor for the development of depression in adults. *J Nerv Ment Dis*, 202:774-782.
- Mathews B, Collin-Vézina D. (2019) Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma Violence Abuse*, 20:131-148.
- McTeague LM, Lang PJ, Laplante MC, Cuthbert BN, Shumen JR, Bradley MM (2010) Aversive imagery in posttraumatic stress disorder: Trauma recurrence, comorbidity, and physiological reactivity. *Biol Psychiatry*, 67:346-356.
- MNCASA (2017) *Children with sexual behavior problems: Improving Minnesota's ability to provide early identification and intervention services through policy and practice recommendations*. Minnesota, Minnesota Coalition Against Sexual Assault (MNCASA).
- Morrill M (2014) Sibling sexual abuse: An exploratory study of long-term consequences for self-esteem and counseling considerations. *J Fam Violence*, 29:205-213.
- Nasıroğlu S (2014) Çocuk istismarında rehabilitasyon ve tedavi merkezleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6:67-78.
- Negriff S, Schneiderman J, Smith C, Schreyer J, Trickett P (2014) Characterizing the sexual abuse experiences of young adolescents. *Child Abuse Negl*, 38:261-270.
- Odacı H, Bülbül K, Türkkân T (2021) The mediating role of cognitive flexibility in the relationship between traumatic experiences in the childhood period and substance abuse proclivity. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*, 39:538-554.
- Odhayani AA, Watson WJ, Watson L (2013) Behavioural consequences of child abuse. *Can Fam Physician*, 59:831-836.
- Özbey S (2010) Okul öncesi çocuklarda uyum ve davranış problemleriyle başa çıkmada ailenin rolü. *Aile ve Toplum Dergisi*, 21:9-18.
- Özen Y (2017) Psikolojik travmanın insanlık kadar eski tarihi. *The Journal of Social Science*, 1:104-117.
- Öztürk M, Uzel-Tanrıverdi B, Yalın-Sapmaz Ş (2017) Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi, psikopatoloji ve ilişkili risk etkenleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 24:155-163.
- Pahlı F (2019) Çocuğa yönelik cinsel istismar deneyiminin mikro ve mezo sistemler açısından incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30:463-492.
- Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ (1998) Antisocial boys. In *Human Emotions: A Reader* (Eds JM Jenkins, K Oatley, NL Stein): 330-336. Malden, MA, Blackwell Publishing..

- Plummer M, Cossins A (2018) The cycle of abuse: When victims become offenders. *Trauma Violence Abuse*, 19:286–304.
- Porter FS, Blick LC, Sgroi SM (1982) Treatment of the sexually abused child. In *Handbook of Clinical Intervention In Child Sexual Abuse* (Ed SM Sgroi): 109-145. Lexington, MA, DC. Heath.
- Pulverman CS, Kilimnik CD, Meston CM (2018) The impact of childhood sexual abuse on women's sexual health: a comprehensive review. *Sex Med Rev*, 6:188-200.
- Rasmussen LA (2012) Victim and victimizer: The role of traumatic experiences as risk factors for sexually abusive behavior. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 49:270–279.
- Rudolph J, Zimmer-Gembeck MJ (2018) Parents as protectors: A qualitative study of parents' views on child sexual abuse prevention. *Child Abuse Negl*, 85:28-38.
- Sachs-Ericsson N, Cromer K, Hernandez A, Kendall-Tackett K (2009) A review of childhood abuse, health, and pain-related problems: The role of psychiatric disorders and current life stress. *J Trauma Dissociation*, 10:170–188.
- SAMHSA (2014). *Understanding the impact of trauma*. In *Trauma-Informed Care in Behavioral Health* (pp. 59–90). Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Scoglio AA, Kraus SW, Saczynski J, Jooma S, Molnar BE (2021) Systematic review of risk and protective factors for revictimization after child sexual abuse. *Trauma Violence Abuse*, 22:41-53.
- Senn TE, Braksmajer A, Urban MA, Coury-Doniger P, Carey MP (2017) Pilot test of an integrated sexual risk reduction intervention for women with a history of childhood sexual abuse. *AIDS Behav*, 21:3247–3259.
- Senn TE, Carey MP, Coury-Doniger P (2012) Mediators of the relation between childhood sexual abuse and women's sexual risk behavior: A comparison of two theoretical frameworks. *Arch Sex Behav*, 41:1363–1377.
- Senn, TE, Carey MP (2010) Child maltreatment and women's adult sexual risk behavior: Childhood sexual abuse as a unique risk factor. *Child Maltreat*, 15:324–335.
- Shavega T (2020) Intervention strategies of excessive masturbation for a 19-years youth: Experience of counseling intervention. *Open Journal of Therapy and Rehabilitation*, 8:98-109.
- Shonkoff JP, Garner AS, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF, Garner AS (2011) The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129:e232–e246.
- Silovsky JF, Niec L, Bard D, Hecht DB (2007) Treatment for preschool children with interpersonal sexual behavior problems: A pilot study. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 36:378-391.
- Şimşek Ş, Fettahoğlu E, Özatalay E (2011). Cinsel istismara yönelik travmalar ve travma sonrası stres bozukluğu. *Dicle Tıp Dergisi*, 38:318-324.
- Sousa C, Mason WA, Herrenkohl TI, Prince D, Herrenkohl RC, Russo MJ (2018) Direct and indirect effects of child abuse and environmental stress: A lifecourse perspective on adversity and depressive symptoms. *Am J Orthopsychiatry*, 88:180-188.
- Stead R, Shanahan MJ, Neufeld RWJ (2010) I'll go to therapy, eventually: Procrastination, stress and mental health. *Pers Individ Dif*, 49:175–180.
- Swenson CC, Schaeffer CMA (2018) Multisystemic approach to the prevention and treatment of child abuse and neglect. *Int J Child Maltreat*, 1:97-120.
- Thomas TA, Fremouw W (2009) Moderating variables of the sexual "victim to offender cycle" in males. *Aggress Violent Behav*, 14:382–387.
- Thornberry TP, Henry KL, Ireland TO, Smith CA (2010) The causal impact of childhood-limited maltreatment and adolescent maltreatment on early adult adjustment. *J Adolesc Health*, 46:359-365.
- Trickett PK, Noll JG, Putnam FW (2011) The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational longitudinal research study. *Dev Psychopathol*, 23:453–476.
- Türkkan T, Odacı H (2022) Söylemek mi gizlemek mi? Çocuk mağdurların cinsel istismarı açıklamalarını etkileyen faktörler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 33:991-1008.
- Urquiza AJ, Winn C (1992) *Treatment for Abused and Neglected Children: Infancy to Age 18*. Washington DC, United States Department of Health and Human Services Administration for Children and Families.
- Van der Kolk BA (2017) Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatr Ann*, 35:401–408.
- Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, Wilson LC (2017) The prevalence of sexual revictimization. *Trauma Violence Abuse*, 20:67-80.
- Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, Wilson LC (2019) The prevalence of sexual revictimization: A meta-analytic review. *Trauma Violence Abuse*, 20:67–80.
- Walker M (2011) What's a feminist therapist to do? Engaging the relational paradox in a post-feminist culture. *Women Ther*, 34:38–58.
- Weihmann R (2022) Symptomatology of reconstitution of trauma in adults with a history of childhood sexual abuse. An approach from the perspective of S-ONapp application. *International Journal of Advanced Studies in Sexology*, 4:31-40.
- WHO (1999) *Report of the Consultation On Child Abuse Prevention*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2016) *Child maltreatment*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/> (Accessed 06.11.2022)
- Widom CS, Czaja SJ, Kozakowski SS, Chauhan P (2018) Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes? *Child Abuse Negl*, 76:533–545.

- Wilson HW, Widom CS (2008) An examination of risky sexual behavior and HIV in victims of child abuse and neglect: A 30-year follow-up. *Health Psychol*, 27:149-158.
- Wolf MR, Nochaiski TH (2013) Child sexual abuse survivors with dissociative amnesia: What's the difference. *J Child Sex Abus*, 22:462-480.
- Yıldızhan E (2016) Bağlanma kuramı ve bağlanma bozukluklarına bir bakış. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 22:66-72.
- Zeanah CH, Egger HL, Smyke AT (2009) Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children. *Am J Psychiatry*, 166:777-785.

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.