TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ERGENLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ DİSOSİASYON VE KİMLİK KARMAŞASI İLE İLİŞKİSİNDE ZİHİNSELLEŞTİRME BECERİLERİNİN ARACI ROLÜNÜN İNCELENMESİ

ARŞ. GÖR. DR. FATMA BAHAR ACAR

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

2023

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ERGENLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ DİSOSİASYON VE KİMLİK KARMAŞASI İLE İLİŞKİSİNDE ZİHİNSELLEŞTİRME BECERİLERİNİN ARACI ROLÜNÜN İNCELENMESİ

ARŞ. GÖR. DR. FATMA BAHAR ACAR

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

PROF. DR. ÖZLEM YILDIZ GÜNDOĞDU

ETİK KURUL ONAYI: 23.09.2021 KÜGOKAEK 2021/267

2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **IV**

KISALTMALAR DİZELGESİ ..... **V**

TABLOLAR DİZELGESİ ..... **VI**

ŞEKİLLER DİZELGESİ ..... **VII**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2. GENEL BİLGİLER **3**

2.1. Çocukluk Çağı Travmaları 3
2.1.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Tanımı 3
2.1.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi 5
2.1.3. Çocukluk Çağı Travmaları Risk Faktörleri 7
2.1.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri 9
2.1.4.1. Fiziksel İstismar 9
2.1.4.2. Cinsel İstismar 10
2.1.4.3. Duygusal İstismar 13
2.1.4.4. İhmal 14
2.1.5. Çocukluk Çağı Travmalarının Sonuçları 15
2.1.5.1. ÇÇT'nin Gelişim Aşamalarına Etkisi 16
2.1.5.2. Nörobiyolojik Sonuçlar 16
2.1.5.3. Duygudurum Bozuklukları 17
2.1.5.4. Anksiyete Bozuklukları 18
2.1.5.5. Davranış Bozuklukları 18
2.1.5.6. Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı 19
2.1.5.7. Yeme Bozuklukları 19
2.1.5.8. Psikotik Bozukluklar 19
2.1.5.9. Fiziksel Sağlık ile İlgili Sonuçlar 20

2.2. Zihinselleştirme 20
2.2.1. Zihinselleştirme Kavramı ve Önemi 20
2.2.2. Zihinselleştirmenin Gelişimi 23
2.2.2.1. Zihinselleştirme Öncesi Modlar 28
2.2.3. Zihinselleştirme ve Benzer Kavramlarla İlişkisi 29
2.2.4. Zihinselleştirme Boyutları 33
2.2.4.1. Otomatik ve Kontrollü Zihinselleştirme 34
2.2.4.2. Dışsal veya İçsel Özelliklere Dayalı Zihinselleştirme 35
2.2.4.3. Kendini ve Diğerlerini Zihinselleştirme 36
2.2.4.4. Bilişsel ve Duygusal Zihinselleştirme 36
2.2.5. Zihinselleştirmeye İlişkin Sorunlar 37
2.2.6. Zihinselleştirme ve Psikopatoloji 38

2.2.7 Zihinselleştirme ve Çocukluk Çağı Travması 40
2.3. Kimlilk Duygusu 42
2.3.1. Kimliğin Tanımı ve Özellikleri 42
2.3.2. Kimlik Karmaşası 43
2.3.3. Kimlik Karmaşası ve Çocukluk Çağı Travmaları 45
2.3.4. Kimlik Karmaşası ve Zihinselleştirme 46
2.4. Disosiasyon Ve Zihinselleştirme 47
3.GEREÇ VE YÖNTEM 49
3.1. Örneklem 49
3.2. Yöntem 50
3.3. Veri Toplama Araçları 51
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu 51
3.3.2.Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) 51
3.3.3.Kimlik Durumu Değerlendirme Aracı (KDDA) 52
3.3.4. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (E-DYÖ) 52
3.3.5. Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği- Ergen (YİÖ-E) 52
3.4.İstatistiksel Analiz 53
4.BULGULAR 54
4.1. Araştırmaya Katılanların Genel Özellikleri 54
4.2. Katılımcıların Sosyodemografik Veri Formu Özellikleri 54
4.3. Katılımcıların Aile Yapısı Özellikleri 56
4.4. Katılımcıların Ebeveynlerine Ait Özellikleri 58
4.5. Katılımcılara Ait Tanısal Özellikler 59
4.6. Olgu Grubunun Travma Yaşantısına Ait Özellikler 60
4.7. Katılımcılara Ait Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 61
4.8. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi 63
4.9. Olgu Grubunda Mevcut Psikiyatrik Tanılara Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi 63
4.10. Olgu Grubunda Cinsel İstismarın Aile İçi (Ensest)/Dışı Ve Nitelikli/Niteliksiz Olmasına Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi 65
4.11. Travmatik Olayı Yaşama Yaşına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 66
4.12. Katılımcılara Ait Ölçek Ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi . 67
4.13. ÇÇTÖ Puanının Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanına Etkisinde Yansıtıcı İşleyişin Aracı Rolünün İncelenmesi 68
5.TARTIŞMA 70

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 90

7. ÖZET 93

8. ABSTRACT 95

9. EKLER 97

10. KAYNAKLAR 118

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca her türlü kolaylığı ve anlayışı gösteren, ilgisini ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimleriyle her zaman yanımda olan, eğitimim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim değerli hocam tez danışmanım Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu'ya,

Asistanlık eğitimim sırasında yetişmemde emekleri olan, bana bilgi ve tecrübelerini aktaran Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri, değerli hocalarım; Prof. Dr. Ayşen Coşkun, Prof. Dr. Nursu Çakın Memik, Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar, Dr. Öğr. Üyesi İrem Damla Çimen, Dr. Öğr. Üyesi Burcu Kardaş ve Dr. Öğr. Üyesi Ömer Kardaş'a,

Çocuk nörolojisi rotasyonu sürecinde bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, kendisiyle birlikte çalışma fırsatı bulduğum için şanslı hissettiğim Prof. Dr. Bülent Kara'ya,

Erişkin psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, Prof. Dr. Mustafa Yıldız, Prof. Dr. Aslıhan Polat, Prof. Dr. Cem Cerit, Prof. Dr. Elif Tatlıdil Yaylacı ve Dr. Öğr. Üyesi Bahadır Geniş'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca birçok anıyı paylaştığım ve beraber çalışmaktan hem keyif aldığım hem de çok şey öğrendiğim tüm asistan arkadaşlarıma ve bölümümüzdeki diğer çalışma arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemi sağlayan, eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi olarak beni destekleyen, her zaman bana inanan ve güvenen sevgili annem, babam ile canım abim ve kız kardeşime,

Hayatımın tüm zorlu anlarında olduğu gibi bu yorucu süreçte desteği ve özverisi ile ihtiyacım olan her an yanımda olan, sabrını ve desteğini hiç esirgemeyen, varlığıyla hayatıma anlam ve mutluluk katan yol arkadaşım, sevgili eşim İlyas Acar'a,

Tez yazım sürecinde dünyamıza dahil olan, yaşamıma eşsiz bir güzellik ve ölçülemez derinlikte anlam katan oğlum Asal'a sevgisi ve bana kattıkları için tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Fatma Bahar Acar
Ekim 2023, Kocaeli

KISALTMALAR DİZELGESİ

AB	Anksiyete Bozukluğu
Cİ	Cinsel İstismar
ÇÇT	Çocukluk Çağı Travmaları
ÇÇTÖ	Çocukluk Çağı Travma Ölçeği
DB	Davranım Bozukluğu
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
BKB	Borderline Kişilik Bozukluğu
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM- IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4
DSM- V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
EDYÖ	Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği
KDDA	Kimlik Durumunu Değerlendirme Aracı
KOKGB	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
MDB	Major Depresif Bozukluk
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
ÖÖG	Özgül Öğrenme Güçlüğü
SPSS	Statistical Package For The Social Sciences
UNİCEF	United Natıons International Children's Emergency Found
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YB	Yeme Bozukluğu
Yİ	Yansıtıcı İşleyiş
YİÖ-E	Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği- Ergen

TABLOLAR DİZELGESİ

Tablo 1. Katılımcılara Ait Yaş Ve Cinsiyet Özellikleri

Tablo 2. Olgu Ve Kontrol Grubundaki Ergenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 3. Katılımcıların Aile Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4. Katılımcıların Ebeveynlerine ait Özellikleri

Tablo 5. Katılımcıların Mevcut Psikiyatrik Tanıları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 6. Olgu Grubundaki Hastaların Travmatik Olay Türleri

Tablo 7. Olgu Grubundaki Hastaların Yaşadıkları Travmatik Olaya İlişkin Özellikler

Tablo 8. Olgu Grubundaki Hastaların Yaşadıkları Cinsel İstismara İlişkin Özellikler

Tablo 9. Olgu Ve Kontrol Grubuna Ait Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 10. Olgu Grubunda Cinsiyete Göre Hastaların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 11. Olgu Grubunda Mevcut DEHB Tanısı İle Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 12. Olgu Grubunda Mevcut TSSB Tanıları İle Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 13. Olgu Grubunda Mevcut MDB Tanıları İle Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 14. Olgu Grubunda Cinsel İstismarın Aile İçi (Ensest) Ya Da Aile Dışı Olması İle Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 15. Olgu Grubunda Cinsel İstismarın Nitelik Durumu İle Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 16. Travmatik Olayı Yaşama Yaşı İle Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 17. Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon

Tablo 18. ÇÇTÖ Toplam Puanının Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanına Etkisinde Yansıtıcı İşleyişin Aracı Rolü

ŞEKİLLER DİZELGESİ

Şekil 1. Zihinselleştirme Haritası

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Zihinselleştirme "kişinin kendisindeki ve başkalarındaki inançlar, niyetler, duygular, motivasyonlar gibi duygusal ve düşünsel süreçleri kavrayabilme, bunları birbiriyle ilişkilendirebilme ve buna göre davranabilme becerisi" olarak tanımlanmaktadır.[1] Zihinselleştirmenin temeli, çocukların zihinsel süreçlere dayanarak kendilerinin ve başkalarının davranışlarını anlamlandırma kapasitelerine dayanmaktadır.[2] Zihinselleştirme kapasitesini anlamak için ampirik temelli bir çerçeve sağlayan zihinsel süreçlerin işlevselleştirilmesi olan ve sıklıkla zihinselleştirme yerine kullanılan yansıtıcı işlevselliğin, ebeveynin çocuğunun zihinsel durumlarını yeterince tanıması ve yansıtması yoluyla geliştiği ve bu yansıtmanın çocuğun bir benlik ve kimlik duygusu kazanmasını sağladığı belirtilmektedir.[3,4]

Çocukluk çağı travması çocuğun sağlığına, hayatta kalmasına, gelişimine veya onuruna gerçek veya olası zararla sonuçlanan her türlü fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, ihmal veya ihmalkar muamele veya savaş, göç, doğal afetler ve motorlu taşıt kazalarını içermektedir.[5] Zihinselleştirmedeki bozulmanın en önemli nedeninin, erken veya geç çocukluk döneminde, zihinsel durumlar hakkında düşünme kapasitesini baltalayan psikolojik travma olduğu ortaya koyulmuştur.[6] Kötü muamele geçmişi olan çocukların, kötü muamele görmemiş çocuklara göre daha zayıf zihin kuramı veya zihinselleştirme becerileri sergilediğini bulan çalışmalar, bu ilişkiyi desteklemektedir.[7,8] Travmaya maruz kalma, çocukların başkalarının tehdit edici kötücül düşünceler içeren zihinlerini düşünmekten kaçınmalarına neden olduğu gösterilmiştir.[9,10] Travma maruziyeti durumunda başkalarının zihinlerini anlamanın savunma amaçlı engellenmesi disosiasyonun yoğun duygulanım ve sıkıntıyla başa çıkmak için tek işlevsiz uyum yöntemi olarak kullanılmasına neden olabilmektedir.[11] Bununla ilgili olarak zihinselleştirme becerileri ile disosiasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların birinde çocukluktaki cinsel istismarın daha düşük zihinselleştirme aracılığıyla daha yüksek disosiyatif belirtilere neden olduğu gösterilmiştir.[12]

Çocukluk çağı travmalarının diğer bir sonucu olarak kimlik ile ilgili patolojilerin varlığı gösterilmektedir.[13] Çocukluk çağı travmalarına maruz kalan çocuklarda meydana gelen zihinselleştirmedeki bozuklukların, çocuğun kendi ve başkalarının zihinsel durumunu algılama ve kendi zihniyle diğerleri arasındaki sınırları ayırt etme kapasitesini

engellediği, bunun sonucunda da sağlıklı bir kimlik geliştirmede sorunlar ortaya çıktığı belirtilmektedir.[14]

Alanyazında yetişkinler ile geriye dönük çocukluk çağı travmaları ve travma sonrası patolojiler ile zihinselleştirme ilişkisi araştırılmış olup ergenlerle yapılan çalışma çok az sayıdadır, bilindiği kadarıyla ülkemizde ise böyle bir çalışmaya rastlanmamıştır. Travma öyküsü olan ergenlerde erken dönemde zihinselleştirme becerilerinin değerlendirilmesi, gencin işlevselliğini büyük oranda olumsuz etkileyen travma sonrası psikopatolojilerin ortaya çıkmasını önleyeceğinden zihinselleştirme becerilerini artırmaya odaklanan uygun müdahalelerin geliştirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Tüm bu bilgiler ışığında çalışmamızda çocukluk çağı travması ile kimlik karmaşası ve disosiasyon arasındaki ilişkiye zihinselleştirmenin etkisinin incelenmesi amaçlamıştır. Çocukluk ve ergenlik döneminde görülen ÇÇT'nin zihinselleştirmeye etkisinin belirlenmesi halinde, yetişkinlikteki uzun dönem olumsuz sonuçları önlemek için çeşitli yaklaşımlar geliştirilebilir. Ayrıca çalışmamızda çocukluk çağı travmalarının sosyodemografik değişkenler ile ilişkisi incelenecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocukluk Çağı Travmaları

2.1.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Tanımı

Ruhsal travma, tek bir deneyim veya birden fazla olay içerebilen travmatik bir durumun insan ruhuna verdiği bir tür hasardır.[15] Travmatik olaylar, gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidinin bulunması, fiziksel veya yaşamsal bütünlüğe yönelik bir şiddet veya tehdidin ortaya çıkması gibi özellikleri yönünden sıradan olumsuz deneyimlerden ayrılmaktadır. Bir kötü yaşam olayının travmatik olabilmesi için şu üç özelliği içermesi gerektiği vurgulanmaktadır; anilik, kontrol edilemezlik, yaşanan olayın 'olumsuz' olarak algılanması.[16] Travmatik olay, beklenmedik ve aniden ortaya çıkması bakımından bireyin anlamlandırma, bütünleştirme ve denetleme yetilerini bozmakta ve uyum sağlayan baş etme yollarını felç ederek kişi üzerinde başta birçok psikopatoloji için risk oluşturarak ciddi sonuçlara sebep olmaktadır.[17]

Travma kavramının Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) üzerinde seyrini gözden geçirdiğimizde; 1970 öncesi dönemde travmatik olaydan sonra oluşan psikiyatrik tabloların kişinin psikolojik ve biyolojik yapısına bağlandığı, savaş ve sivil felaketler gibi sadece büyük ölçekli olayları travma kabul ederek kişiler arası şiddet ve cinsel saldırı gibi olayları yok saydığı görülmektedir.[18] DSM-III'te Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanı kategorisinin tanımlanması ile birincil etyolojik sebep kişi merkezli olmaktan çıkarak travma merkezli hale gelmiştir.[19] Travma için "Hemen herkeste belirgin düzeyde sıkıntı yaratan olay" tarifi ile ilk kez anormal bir yaşam olayına verilen normal bir tepki olduğu dile getirilmiştir.[20] DSM-IV'te travmatik olay tanımı özelleştirilerek travma gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin veya başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı olarak belirlenmiş ayrıca bireyin olaya vereceği öznel yanıtlar da kriter olarak eklenmiştir.[21] En son yayınlanan DSM-V'te ise travmatik olay tanımı netleştirilerek olaylar ile karşılaşmanın yolları sıralanmıştır. Travma ölüm tehdidiyle karşı karşıya kalma, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete doğrudan maruz kalma ile tanık olma veya yakın bir arkadaş veya akrabanın başına gelen olayı öğrenme durumlarını içerir.[22]

Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) ise bireylerin 18 yaşından önce maruz kaldığı cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmal ile ebeveynin kaybı, ebeveynden ayrı kalma, boşanma, göç, zorbalık, şiddete ve savaşa tanık olma, motorlu taşıt kazaları ve doğal afetler şeklinde tanımlanabilir.[5,23] Travmaya maruz kalmak her yaşta psikiyatrik problemlere neden olabilirken bu risk travma ile baş edebilecek gücün olmadığı çocukluk çağında daha yüksektir.[17] Travmanın türü, şiddeti ve maruz kalınan dönem göz önünde bulundurulduğunda çocuk ve ergenler için sadece bir olay söz konusu olsa bile beklenenden daha kronik ve karmaşık sonuçlara yol açabilmektedir.[24] Olumsuz yaşam olaylarına özellikle erken çocukluk çağı ve ergenlik dönemi gibi hassas bir dönemde maruz kalınması düzenleyici biyolojik süreçler üzerinde kalıcı ve uzun vadeli etkilere yol açması nedeniyle önemli bir sorundur.[25] Diğer bir ifadeyle ÇÇT yinelenebilirliği, genellikle çocuğun en yakını olan kişiler tarafından gerçekleştirilmesi ve çocuk üzerinde yaşamının ilerleyen yıllarını dahi kapsayacak şekilde etkilerinin olması sebebiyle tanımlanması ve tedavi edilmesi en zor travma türüdür.[26]

ÇÇT altında yer alan çocuk istismarı ve ihmali, çocuğa ana-baba ya da bakıcı gibi bir yetişkin tarafından yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişiler tarafından uygunsuz veya zarar verici olarak değerlendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Çocukluk çağı ihmalleri mümkün olduğu hâlde çocuğun beslenme, barınma, giyinme, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının bakım veren tarafından karşılanmamasını ifade etmektedir.[27] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuğa yönelik istismar ve ihmali, çocuğun sağ-kalımına, gelişimine ya da onuruna fiilî ya da potansiyel olarak zarar verebilecek veya zarar verme tehdidine neden olabilecek her türlü sözel ifadeler veya açık eylemler olarak tanımlamaktadır. Fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal olmak üzere dört ana başlık altında sınıflansa da çoğu zaman birden fazla klinik tablo bir arada görülmektedir.[28] Literatürde istismar ve ihmal kavramlarını da içerecek şekilde kullanılan çocuklara kötü muamele; sorumluluk, güven veya güç ilişkisi bağlamında çocuğun sağlığına, hayatta kalmasına, gelişimine veya onuruna fiili veya potansiyel zarar veren her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkar muamele veya ticari veya diğer her türlü sömürü biçimleri olarak tanımlanmaktadır.[28]

2.1.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi

DSÖ; çocuk ihmal ve istismarı konusunda, tüm dünyada yapılan araştırmalarda farklı tanımlar ve yöntemler kullanılması nedeniyle veri karşılaştırması yapılamadığını bildirmektedir. Bu alanda yapılan farklı çalışmalarda istismar ve ihmal tanımlarının farklı yapılması, bu kavramların kültürel ve bölgesel özelliklerden etkilenmesi ve örneklem gruplarının benzer olmaması gibi sebeplerin varlığı ÇÇT'nin yaygınlık oranına dair tutarlı ve doğru bir veri ortaya konulmasına engel oluşturmaktadır.[29] Buna ek olarak şiddet ebeveynler tarafından gerçekleştirildiğinde travma mağduru çocukların yetişkinlerden yardım isteme ve travmayı bildirme olasılıkları daha düşük olabilmektedir. Bu sebeplerle ihmal ve duygusal istismar başta olmak üzere istismarların büyük çoğunluğunun gizli kaldığı vurgulanmaktadır.[30] Bu sınırlamalara rağmen, çok sayıda çalışma, çocukların travmaya maruziyetinin epidemiyolojisini araştırmış ve bu durumun dünyadaki yaygınlığına ilişkin veriler sağlamıştır.

DSÖ'nün 21 ülkede çocukluk çağı travmasının yaşam boyu yaygınlığını araştıran çalışmasında katılımcıların üçte birinden fazlasının çocukluk çağı travması yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca çocuklukta herhangi bir kötü muamele yaşayan katılımcılar arasında çoklu travmaya maruz kaldığını bildirenlerin %59,3-66,2 gibi yüksek oranda olduğu görülmektedir.[31] Çocukluk çağı travması yaşamış okul çağındaki 2.200'den fazla 5-13 yaş arası çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada yalnızca cinsel istismara uğramış çocukların %1'i, fiziksel istismara uğramış çocukların %4'ü, duygusal istismara uğramış çocukların %10'u ve ihmal edilen çocukların %25'i tek bir istismar türü yaşadığını belirtmiştir [32]. Yaşları 14-94 arasında 2510 katılımcı ile geriye dönük olarak inceleme yapan bir çalışmada çocuk istismarı için %2,3 ve çocuk ihmali için %9 yaşam boyu yaygınlık oranları saptanmıştır.[33] ABD'nin 2020 yılı ulusal verilerine göre çocukluk çağı travması yaşamış mağdurların dörtte üçünün (%76) ihmal edildiği, %17'sinin fiziksel istismara, %9'unun cinsel istismara uğradığı ve %0,2'sinin seks ticareti yapmaya zorlandığı görülmektedir. Katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde hem erkek (%48) hem de kız çocukları (%52) için benzer oranlar bulunmuştur.[34]

Çocuklara yönelik istismar ve ihmalin yaygınlığına ilişkin 244 çalışmayı inceleyen bir meta-analizde, prevalans oranları cinsel istismar için %13 (erkeklerde %8, kızlarda %18), fiziksel istismar için %23, duygusal istismar için %36 ve ihmal için %35 olarak

saptanmıştır.[35] 171 ülkeden 0-19 yaş arası 13.830 kişinin dahil edildiği literatür taramasında fiziksel ve duygusal istismarın en yaygın failleri olarak ev halkı üyelerinin olduğu bildirilmiştir.[36] Amerika Birleşik Devletleri'nde 0-17 yaş arasındaki çocukların %6'sı 1 yıl içinde en az bir cinsel mağduriyet yaşamaktadır. Kızların cinsel istismar kurbanı olma olasılığı erkeklere göre yaklaşık 1,5 kat daha fazladır. Ayrıca 14-17 yaş arasındaki ergenler, 18 yaş altı tüm çocuk örneklemi içinde son 1 yıl (%16) ve yaşam boyu (%28) daha yüksek oranda cinsel mağduriyet yaygınlık oranlarına sahiptir.[37]

Dünya çapında ihmal ile ilgili epidemiyolojik verilerin saptanması ise zordur. Gelişmekte olan ülkelerde, pek çok çocuk, halk sağlığı imkanlarının zayıf olduğu ve ciddi kaynak eksikliği olan topluluklarda bulunduğundan çocuklara yeterli bakımı sağlayamama ile kasıtlı ihmali ayırt etmek zor olabilmektedir.[38] Son 20 yılda çocuklara yönelik kötü muamele üzerine yapılan 22 çalışmanın gözden geçirilmesinde, ihmal olgularının sadece üç çalışmada değerlendirildiği ve sonuçların yoksulluk düzeyiyle önemli ölçüde örtüştüğü dikkati çekmektedir.[39]

Ülkemizde yapılan çalışmalar ve elde edilen verilere bakıldığında Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2021 yılı "Güvenlik birimlerine gelen veya getirilen suç mağduru çocuk" istatistiklerinde 186 bin çocuğun %13'ünün cinsel suçlardan dolayı mağdur olduğu ve bu sayının 2020 verilerine göre artış gösterdiği görülmektedir.[40] Türkiye'de 0-8 Yaş Arası Çocuğa Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'na göre, çocuklarının kendilerini kızdıran davranışlarına karşı ebeveynlerin %74'ünün duygusal şiddet yöntemlerine (çocuğun sevdiği bir şeyin yasaklanması, temel ihtiyaçların kesilmesi, bir odaya kilitlemek, bağırmak, tehdit etmek vb.); %23'ünün ise fiziksel şiddet yöntemlerine (tokat atmak, itmek, sarsmak, saç/kulak çekmek vb.) başvurduğu bildirilmektedir. Yöntemsel zorluklara rağmen bu araştırmada toplam 17 çocuğun (%0,4) son 1 yıl içinde cinsel istismara uğradığı belirtilmiştir. Araştırma evde duygusal veya fiziksel şiddet varlığında, o evde bulunan 0-8 yaş arası çocukların %70'inin şiddete tanıklık ettiğine de dikkati çekmektedir.[41]

2010 yılında Avrupa Birliği ve UNICEF'in desteğiyle 7-18 yaş arası 2216 çocuk ile yürütülen "Türkiye'de çocuk istismari ve aile içi şiddet" araştırmasında Türkiye'deki 7-18 yaş grubu çocukların, son bir yıl içinde deneyimledikleri ihmal ve istismar irdelenmiştir. Çocukların %25'inin ihmale maruz kaldığı ve en çok yaşanan ihmal türünün yalnız bırakılmak olduğu tespit edilmiştir. Duygusal istismar alanında istenmeyen davranışlara

maruz kalma her iki çocuktan biri için geçerliyken (%51), fiziksel istismar ise %43 oranında bildirilmiştir. Araştırma kapsamında, cinsel istismara rastlanma oranı diğer istismar türlerine göre daha düşüktür (%3). Bu noktada cinsel istismarın son derece hassas bir konu olduğu, çocuk dostu ortamlarda, uzman kişilerce ve özel tekniklerle çalışılması gerektiği vurgulanmaktadır. Aynı çalışmada dikkat çeken başka bir nokta çocukların %56'sının fiziksel istismara, %49'unun duygusal istismara ve %10'unun cinsel istismara tanık olduğunun bildirilmesidir.[42]

2.1.3. Çocukluk Çağı Travmaları Risk Faktörleri

Çocukluk çağı travmaları her yaştan, etnik kökenden ve farklı sosyodemografik özelliklerden çocuğu etkilese de, belirli faktörlerin kötü muamele riskini artırdığı bilinmektedir.[43] Çocuk istismarı ve ihmali, çocuk, bakıcı ve çevresel faktörlerin karmaşık etkileşiminden kaynaklanır. Çoğu zaman birden fazla faktör bir arada bulunur ve birbiriyle ilişkilidir, bu da çocuğa kötü muamele riskini artırır.[44] Çocukluk çağı travmalarına zemin hazırlayan risk faktörleri kişisel, ailesel ve toplumsal olmak üzere üç eksende incelenmektedir.[45] Bu faktörlerin hepsi birden çocuk istismarının oluşumuna katkı sağlamakta ve kolaylaştırıcı etmenler olarak rol oynamaktadır.

Kişisel Faktörler

Bir çocuğu kötü muameleye yatkın hale getirebilecek kişisel özellikler, çocuğun bakımını zorlaştıran veya çocuğun bakım verenin beklentilerini karşılayamamasına neden olan faktörleri içerir. Çocuğun fiziksel, gelişimsel ve davranışsal engelliliğe sahip olması aileye ek duygusal veya finansal yük getireceğinden kötü muameleye karşı daha savunmasız kılabilir.[46] Engelli çocukların, engelli olmayan çocuklara göre yaklaşık 3 kat daha fazla istismara uğradığı görülmektedir.[47] Ek olarak davranım bozukluğu veya dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi davranış problemlerinin varlığı ailelerin çocukla iletişim kurmakta zorlanmasına, fiziksel cezalandırma uygulamalarına ve artmış aile içi strese neden olabileceğinden bu çocukların istismara uğrama riski artmaktadır.[48,49] Erken doğan bebeklerin ebeveynlerinden uzun süre ayrı kalmalarına bağlı anne-bebek bağlanmasının yeterince oluşturulamaması, özel bakıma ve eşlik eden komplikasyonların tedavisine ihtiyaç duymaları, bebeğin aile tarafından daha az ilgi çekici bulunması gibi nedenlerle istismar ve ihmale uğrama riski altında olduğu bilinmektedir.[50] Ayrıca çocuğun

cinsiyetinin kız olması cinsel istismar riskini, erkek olması ise fiziksel istismar riskini artırmaktadır.[51] On altı çalışmanın dahil edildiği sistematik bir incelemede daha önce kötü muamele görmüş çocukların deneyimlememiş çocuklara göre tekrarlayan kötü muameleye maruz kalma olasılıkları yaklaşık altı kat daha fazla olarak tespit edilmiştir. Ek olarak tekrarlama riski travma maruziyetinden hemen sonraki 30 gün içinde en yüksektir.[52]

Ailesel Faktörler

Ailesel risk faktorleri, ebeveyn ve çocukları arasındaki veya ebeveynlerin kendi arasındaki ilişki sorunlarından kaynaklanan risk faktörlerini ve özellikleri tanımlamaktadır. Ebeveynlerin kaygı düzeyi ile istismar riski arasında sosyal desteğin etkisini inceleyen bir çalışma, yüksek düzeyde stresli ve düşük sosyal desteğe sahip ebeveynlerin en yüksek istismar risk puanı aldıklarını bulmuştur.[53] Evlilik içi çatışmalar ve zayıf çocuk-ebeveyn ilişkisi de çocuk istismar ve ihmalini artıran bir faktör olarak rol oynamaktadır.[54] Kaygılı ve kaçıngan bağlanma varlığının yüksek duygusal ve fiziksel istismar riski ile önemli ölçüde ilişkili olduğu gösterilmiştir.[55]

Ebeveyn ile ilgili kişisel ve ailesel risk faktörleri gözden geçirildiğinde aile gelirinin düşük olmasının çocukluk çağı travmaları için en önemli risk faktörü olduğu görülmektedir.[44] Ebeveynin bakım gücünü aşan birden fazla çocuk sahibi olması ya da yakın yaşlarda bir kardeşin varlığı gibi çeşitli risk faktörleri de belirlenmiştir.[56] Benzer olarak annenin kaygı düzeyi ve etki eden faktörler ile çocuk istismarının ilişkisini inceleyen bir çalışmada beşten fazla çocuğu olan geniş ailelerin, çocuklara yönelik daha yüksek oranda fiziksel istismar uyguladığını ortaya koymuştur.[57] Ruhsal bozukluklar, özellikle ebeveynin yargılama ve düşünce süreçlerinde bir bozukluk varsa, çocuk istismarı ve ihmalinde rol oynayabilmektedir. Kişilik bozuklukları, kaygı bozuklukları gibi ruh sağlığı sorunları yaşayan ebeveynin çocuklarını istismar etme olasılığı daha yüksektir.[58] Ayrıca alkol bağımlılığı olan ebeveyn alkolik olmayan ebeveyne kıyasla daha fazla fiziksel olarak istismar edici ebeveynlik tutumları sergilemektedir.[59] Birçok çalışma çocuklukta istismara uğrama öyküsü olan ebeveynin çocuklarını istismar etme eğiliminde olduğunu tespit etmiştir.[60–62] Güney Afrikalı 13-19 yaş arası çocuklarla yapılan araştırmada aile içi çatışma, tutarsız disiplin uygulamaları, bakıcı değişikliği sayısı, üvey ebeveynle yaşama, okula devamın olmaması gibi durumlar fiziksel ve duygusal istismar ile ilişkili faktörler olarak bulunmuştur.[63] Ayrıca babanın çalışma saatlerinin fazla olması, çocuk

yetiştirme ile ilgili deneyim ve bilgisinin olmaması, anne-baba rollerinde yetersizlik hissetmeleri, boşanma ve işsizlik gibi kriz durumlarıyla baş etme konusundaki yetersizlik gibi etkenler de çocukluk çağı travmaları için risk faktörü olarak sayılabilmektedir.[64,65] Otuz altı çalışmanın incelendiği bir metaanalizde çocuk ihmali için; antisosyal davranış/suç işleme geçmişi, ruhsal bozukluk, zihinsel/fiziksel sorunlar ve kendi çocukluğunda istismar deneyimi varlığı ebeveyn açısından risk faktörü olarak saptanmıştır. Çocuk ihmalini birden fazla risk alanının etkilediği ve özellikle ebeveyn ile ilgili risk faktörlerinin çocuk ihmalinin önlenmesinde ve azaltılmasında önemli olduğu vurgulanmaktadır.[66]

Toplumsal Faktörler

Toplumsal risk faktorleri ise çocuk istismarı faillerinin istismarcı olmalarını etkileyen dış faktörleri veya özelliklerini tanımlamaktadır. Ekonomik olarak kötü, eğitim düzeyi düşük, şiddet faaliyeti yüksek ve göçmen yoğunluğu fazla olan mahallelerde çocuklara kötü muamele riskinin daha yüksek düzeyde olduğu gösterilmiştir.[67] Kötü yaşam koşulları ve kronik stres etkenlerinin var olduğu bir çevre, ebeveynlerin kendilerini zorlanmış hissederek gerginliklerini çocuklarına doğru yöneltmelerine neden olabilmektedir.[68] Küçük bir yerleşim yerinde evde altı veya daha fazla kişiyle kalan ebeveynlerin çocuğunu istismar etme riski önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur.[69]

2.1.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri

2.1.4.1. Fiziksel İstismar

Bir çocuğun fiziksel istismarı; çocuğa karşı kasıtlı olarak kullanılan fiziksel güç sonucunda, çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi veya onuru açısından zararlı durumların ortaya çıkması veya çıkabilecek olması şeklinde tanımlanır.[70] Bu tanıma elle ve/veya herhangi bir aletle vurma, itme, tekmeleme, sallama, sarsma, ısırma, boğma, yakma, zehirleme ve benzeri şiddet içeren eylemler ile çocuğun vücuduna iz bırakacak ya da bırakmayacak şekilde zarar verilmesi dahil edilmektedir.[71] Çocuğun ağzına biber sürmek, sarsmak, kulağını ve saçını çekmek, çocuğun vücudunun herhangi bir yerine hafif şiddette veya parmakla vurmak gibi fiziksel cezalandırmalar orta derecede; sert bir şekilde elle veya ayakla vurmak, yakmak, boğmak gibi fiziksel cezalandırmalar ise şiddetli fiziksel istismar olarak kabul edilmektedir.[72]

Fiziksel istismara uğramış çocuklar spesifik olmayan semptomlarla başvurabilmektedir. Üçüncü basamak bir tıp merkezine kabul edilen 243 bebeğin dahil edildiği prospektif bir çalışmada, %2,5'ine fiziksel istismar bulgusu olarak kafa travması teşhisi konulmuştur.[73] Fiziksel istismar bulgusu olarak kafa travması olan çocuklarda epilepsi, serebral palsi ve bilişsel gecikme dahil olmak üzere yüksek nörolojik sakatlık riski ortaya çıkmaktadır. Çocukların birinci basamak ve acil servis ortamlarında değerlendirilmesi ve varsa istismarın belirlenmesinin pediatrik morbidite ve mortalitenin azaltılması açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır.[74] Bu amaçla ebeveynlerden veya diğer tanıklardan şüpheli bir yaralanmayı çevreleyen koşulların ayrıntılı bir tanımını istemenin yanı sıra, çocuğun genel tıbbi, sosyal ve gelişimsel geçmişinin değerlendirilmesi önerilmektedir.[75]

Fiziksel istismar en yaygın rastlanılan ve belirlenmesi en kolay olan istismar tipi olmasına rağmen, bazı toplum ve kültürlerde istismar olarak tanımlanmaması ve çocuğun disipline edilmesi için gerekli davranışlar olarak kabul edilmesi nedeniyle tespiti zorlaşmaktadır.[76] Fiziksel disiplin ve fiziksel istismar arasında ayrım uzun süredir devam eden tartışmalardan biri olmuştur. Fiziksel disiplin, çocukların uygunsuz davranışlarından caydırmak amacıyla yaralamayı değil acıyı uyandırmayı amaçlayan fiziksel güç kullanımı olarak tanımlanır. Fiziksel istismar fiziksel disiplinin taciz edici hale geldiği nokta olarak yorumlanmaktadır.[77] Diğer yandan Tayland'da olduğu gibi dünyanın pek çok bölgesinde de fiziksel cezalandırma çocukların disiplini için geleneksel bir yöntem olarak kabul edilmektedir.[78,79] Bazı fiziksel istismarlar, itaati sağlama ya da öfke boşaltma amacının sonucu da olabilmektedir.[23]

2.1.4.2. Cinsel İstismar

Cinsel istismar; DSÖ tarafından çocuğun, kendisinin tam olarak kavrayamadığı, onay vermesinin mümkün olmadığı, gelişim düzeyi açısından hazır olmadığı, yasalara aykırı veya toplumsal tabuları ihlal eden bir cinsel etkinliğe dâhil edilmesi olarak tanımlanmaktadır.[70] DSÖ bu açıklama ile fail tanımına ebeveyn ya da bakıcı olmayı katmamış, failin mağdur ile arasındaki yaş farkına değinmemiş, özellikle girişimde bulunan kişinin cinsel uyarımı veya doyumuna hizmet eden bir eylem olması kriterini öne çıkarmıştır. Çocuk cinsel istismarı bilinenin aksine erkek, kadın, yabancı, aile üyeleri, tüm cinsel yönelimde, farklı sosyoekonomik ve kültürel düzeyde suçlu tarafından

işlenmektedir.[80] ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi cinsel eylemleri; penetrasyon içerme, penetrasyon olmadan kasıtlı dokunma ve bir çocuğun cinsel fotoğraflarını, videolarını çekme ve fuhuş veya insan ticareti yoluyla cinsel aktiviteye maruz bırakma gibi temassız eylemlerde bulunma olarak ayırmaktadır.[27] Tecavüz, ensest, çocuk pornografisi, teşhircilik, cinselliği kışkırtan konuşmalar, pornografik film seyrettirme, cinsel organları okşama, oral sekse kadar değişen eylemler cinsel istismar başlığı altında değerlendirilmektedir.[23]

Tüm çocukluk çağı istismarları içinde en travmatik ve acı vereni olmasına rağmen en çok gizlenen ve en az istatistiksel verilere sahip cinsel istismarlardır.[81] Çocukluk çağı cinsel istismarının prevalansının doğru ölçümü, tanım olarak fail ile yaş farkının belirtilmiş olup olmadığı veya akran istismarının dahil edilip edilmediği, cinsel istismar olarak kabul edilen eylem türlerinin çeşitliliği (temassız olması gibi), yüz yüze görüşme veya özbildirim ölçeklerinin kullanılması gibi çeşitli metodolojik farklılıklar nedeniyle zorlaşmaktadır.[82] Yaygınlık çalışmalarının çoğu yetişkinlere yönelik geriye dönük olarak yürütüldüğünden hatırlama yanlılığı ve eksik raporlama olası görülmektedir. DSÖ 2002 Şiddet Raporu, tedavi gerektiren yaralanmalarla birlikte olan vakaların kolay gizlenemediğinden yetkililere daha fazla bildirildiğini belirtmektedir.[28] Cinsel istismara uğramış çocukların çoğunda genital veya anal yaralanma belirtilerinin görülmemesi de bir sorun olarak ifade edilmektedir. 0-17 yaş arası kız çocuklarıyla yapılan çalışma akut olmayan şekilde muayene edilen cinsel istismara uğramış kızların sadece %2,2'sinin tanısal fiziksel bulgulara sahip olduğunu, oysa akut olarak incelenenler arasında yaralanma prevalansının %21,4 olduğunu bildirmiştir.[83] Çocuk cinsel istismarının eksik bildirilmesi, araştırmacıların ve klinisyenlerin yaygınlığını tahmin etme ve dolayısıyla etkilerini tespit ederek müdahale etme yetkinliklerini engellemektedir.[84]

Çocukluk çağı cinsel istismarının tanınmasını ve ifşa edilmesini engelleyen birçok faktör olduğu belirtilmektedir.[85] Çocuklar, açıklamanın inanılmayacağından veya bunun kendilerinin ve ailelerinin huzurunu olumsuz etkileyeceğinden korkabilmektedir. Diğer yandan istismarın getirdiği özdeğer kaybı, suçluluk ve utanç duyguları maruziyeti açıklamayı zorlaştırmaktadır.[86] Ayrıca, failler genellikle çocukla karmaşık, kafa karıştırıcı ve ikircikli ilişkiler kuran tanıdık kişiler olduğundan çocuklar fail için oluşabilecek sonuçlardan da endişe duyabilmektedir. Bununla birlikte bunu başarabilmiş çocuklar failin baskısıyla veya aile ve çocuk üzerindeki etkileriyle baş edemeyerek suçlamalarını geri

alabilmektedir.[87] Ek olarak istismarın eksik bildirimi her iki cinsiyette de meydana gelmektedir.[88] Kız cinsiyette cinsel istismarın daha geniş çapta tanınması ve dolayısıyla taranması mümkünken erkek çocuklar için özgüveni vurgulayan toplumsal cinsiyet normları nedeniyle destek arama konusunda daha isteksiz olmaları erkeklerin bu deneyimlerini kızlara göre daha az rapor etmelerinin nedeni olabilmektedir.[89]

Ergenlik döneminin başkaları tarafından kabul edilme ve başkalarıyla yeni ilişkiler ve etkileşim yolları deneme ihtiyacı, davranışlarının sonuçlarını hesaba katmadan kendilerini cinsel olarak sömürülme riskiyle karşı karşıya bırakabilmelerine yol açmaktadır. Bu yüzden ergenlik dönemi ile birlikte cinsel istismar riski de artmaktadır.[90] Anne/babanın eğitim durumu riske özellikle katkıda bulunmakta olup anneleri 12 yıldan fazla eğitim almış çocuklar için riskin azaldığı saptanmıştır. Cinsiyet de cinsel istismar için bir risk faktörü olarak görülmektedir. Kızların cinsel saldırı kurbanı olma olasılığı erkeklere göre yaklaşık 1,5 kat daha fazladır.[37]

Birbiriyle evli olanlar dışındaki aile üyeleri arasında sözlü- sözsüz, fiziksel, görsel her türlü cinsellik içeren davranış olarak tanımlanan ensest olgularının belirgin şekilde farklı bir grubu temsil ettiği belirtilmektedir. Sıklığı ile ilgili yapılan bir çalışmada dünya genelinde çocukluk döneminde cinsel istismara uğrayanların yaklaşık %20-25'inin aile içi cinsel istismar olduğu saptanmıştır.[91] Ülkemizde okul temelli kız öğrenciler ile yapılan bir çalışmada ensest oranı %1,8 olarak bulunmuştur.[92] Yine Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada tüm çocuk cinsel istismar olguları içinde %14,4 oranında ensest görüldüğü tespit edilmiştir.[93] Baba-kız ensestinin en sık olarak saptandığı bir çalışmada bu oranın %34.9 olduğu bulunmuştur.[94] Üvey baba ile yaşamanın biyolojik baba ile yaşayana göre altı kat daha fazla cinsel istismar açısından risk taşıdığı ve cinsel istismarın daha ciddi gerçekleştiği bildirilmektedir.[95] Ayrıca ebeveynde alkol ve madde kullanımı, fiziksel yakınlığın artmasına neden olacak kalabalık aile ortamı, annenin hasta olması, annenin gece çalışmak zorunda olması veya evi terk etmesi, ebeveynlerin sorunlu cinsel yaşantıları ve psikopatoloji varlığı ensest davranışının gözlenme riskini artıran faktörler olarak sayılabilmektedir.[96–98] Çocuğun faille ilişkisi açısından istismarcıya daha yakın olan çocuklar daha fazla semptomatoloji ve psikolojik sıkıntı bildirme eğilimindedir.[99] Ensest vakalarının büyük bir kısmında istismarın birden fazla tekrar edildiği ve daha uzun süre devam ettiği de bilinmektedir.[100] Bu çocukların açıklama konusunda daha fazla suçluluk ve isteksizlik yaşadığı ve suçlamaları geri çekme olasılıklarının daha yüksek olduğu

bulunmuştur.[101] Ayrıca aile içi istismara maruz kalmış çocukların terapiden sonra daha az oranda iyileşme gösterdiğini ve hem cinsel hem de duygusal istismar yaşamaları nedeniyle çoklu mağduriyetin kümülatif etkisine daha açık olduklarını gösteren kanıtlar bulunmaktadır.[102]

2.1.4.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar ilk olarak 1983 yılında yapılan 'Uluslararası Duygusal İstismar' toplantısında çocuk ve gençlerin psikolojik olarak kötüye kullanılması, yapılan ya da yapılması gerekli olduğu halde ihmal edilen, toplumsal ve bilimsel standartlara göre psikolojik açıdan zarar verdiği saptanan davranışlar şeklinde tanımlanmıştır.[71] Duygusal istismarda bulunan ebeveyn davranışları sözlü veya sözsüz, aktif veya pasif, zarar verme niyeti olsun veya olmasın; çocuğun bilişsel, sosyal, duygusal veya fiziksel gelişimini olumsuz etkilemektedir.[103] Çocuğa bağırma, küfretme, değer vermeme, azarlama, başkaları ile kıyaslama, sürekli alay etme, aşağılama, yok sayma, küçük düşürme, lakap takma, bağımlı kılma ve aşırı koruma, gereksinimleri ile ilgilenmeme, iletişim çabasına tepkisiz kalma, çocuktan yaşının üzerinde sorumluluklar bekleme ve kardeş ayrımı yapma gibi davranışlar duygusal istismar örnekleri olarak bildirilmektedir.[104]

ABD ulusal verilerine göre duygusal istismar ve ihmal en az çalışılan olmasına rağmen en yaygın (%24) kötü muamele biçimi olduğu saptanmıştır.[105] Duygusal istismar ve ihmal oldukça sık görülmekle birlikte, fark edilmesi, tanımlanması, anlaşılması ve yasal olarak kanıtlanması güçtür.[76] Bu tür bir kötü muamelenin neleri kapsadığını açıkça tanımlamanın zorluklarından biri, duygusal istismar ile yetersiz ebeveynlik arasındaki ayrım konusunda fikir birliğinin olmamasıdır.[106] Ayrıca tanımı gereği doğrudan ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişkiyi kapsamaktadır.[107] Fiziksel şiddetin aksine mağdurlar üzerinde daha kolay gözlemlenebilir etkileri olmaması, çocuktaki zararın belirgin bir eylemden kaynakladığını belirlemenin zorluğu duygusal şiddetin kapsamlı bir şekilde incelenmesini engellemektedir.[108]

Duygusal kötü muamele, mağdurun yaşadığı tek kötü muamele biçimi olarak var olabileceği gibi diğer çocuk istismarı veya ihmali biçimleriyle bir arada bulunabilir.[109] Kötü muamelenin farklı biçimleri bir arada var olduğunda duygusal istismar genellikle fark edilmeyebilir. Trickett ve meslektaşları tarafından herhangi bir tür kötü muamelenin

kurbanı olduğu bilinen 303 çocuk ile yapılan yüzyüze görüşmeler ve raporların detaylı incelendiği çalışmada yaklaşık yarısının duygusal istismar kurbanı olduğu saptanmıştır, fakat bu çocukların yalnızca %9'unun ilk değerlendirme sırasında duygusal istismarının tespit edildiği belirtilmiştir.[110] Çocukların fiziksel veya cinsel istismara uğradığı vakaların %90'ında duygusal istismarın meydana geldiği ve farklı travma biçimleri bir arada olduğunda kalıcı psikolojik etkilerinin daha fazla olduğu vurgulanmaktadır.[111] Çocuk istismarının çeşitli türlerinin örtüşen doğası, herhangi birinden şüphelenildiğinde diğer tüm biçimlerin dikkate alınmasını zorunlu kılmakta, aksi takdirde yetersiz bir müdahale planına yol açabilmektedir.

2.1.4.4. İhmal

İhmal çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin aslında mümkünken sağlık, eğitim, duygusal gelişim, beslenme, giyinme, tıbbi bakım, barınma ve güvenli yaşam koşulları gibi çocuğun temel ihtiyaçlarını yerine getirmemesi durumudur.[70] Aynı zamanda çocuğun denetiminde yetersiz kalınmasını veya zararlı bir çevreye maruziyetinin önlenmemesini de kapsamaktadır.[27] Çocukların ihtiyaçlarının karşılanma derecesi, idealden tamamen yetersize uzanan bir yelpazede yer almaktadır, bu durumda aşırı durumlar kolayca tanınabilirken çoğu vaka karmaşık ve kesinlikten uzak olabilmektedir.[43] Genel olarak ihmal, çocuğun sağlıklı gelişimi için gerekli olan bakıcılık davranışının ihmal edilmesi anlamına gelirken, diğer istismar biçimleri çoğunlukla çocuğa karşı işlenen zararlı eylemlerle ilgilidir.[112]

İhmal, kötü muamelenin en yaygın biçimidir ve çocukların sağlığı ve gelişimi üzerindeki etkisi, en az diğer kötü muamele türlerinin etkisi kadar olumsuzdur.[113] Bununla birlikte, çocuklara yönelik istismarın diğer biçimlerine kıyasla, çocuk ihmalinin bilimsel alanda ve kamuoyunda en az dikkat çeken konu olması araştırmacılar tarafından "ihmalin ihmali" olarak adlandırılmasına neden olmuştur.[114] Uluslararası literatür; ihmalin göstergeleri ve şüphe için makul gerekçelerin ne olduğu hakkında bilgi eksikliği, diğer kötü muamele türlerine göre daha düşük düzeyde endişe oluşturması gibi nedenlerle dünya çapında öğretmenlerin şüphelenilen durumlarda çocuk koruma makamlarına ihmali bildirme oranlarının düşük olduğunu ortaya koymaktadır.[115] Sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalar içinde Türkiye'nin de aralarında olduğu 9 Balkan ülkesinde yapılan BECAN araştırması sonuçlarına göre bildirilen ihmalin yaşam boyu yaygınlığı %20.3 olarak

bulunmuştur.[116] Ülkemizde üniversite öğrencileri ile geriye dönük yapılan bir çalışmada fiziksel ihmal oranı %5,7, duygusal ihmal oranı ise %8,8 olarak saptanmıştır.[117]

2.1.5. Çocukluk Çağı Travmalarının Sonuçları

Pek çok araştırma bulgusu, çocuk istismarı ve ihmali şeklindeki erken dönem travmaya maruz kalmanın, major psikiyatrik ve tıbbi bozukluklara karşı hassasiyet artışı ile ilişkili olduğu hipotezini desteklemektedir.[118–120] ÇÇT bilişsel, dil, sosyal, duyusal ve nörobiyolojik gelişim dahil olmak üzere hemen hemen her alanda olumsuzluklarla ilişkilidir.[121] Burns ve ark.[122] yaptığı çalışmada travma öyküsü olan 2-14 yaş arası çocukların yaklaşık yarısının (%48) klinik olarak önemli duygusal veya davranışsal sorunları olduğunu saptamıştır.

ÇÇT'nin, çocukluk ve ergenlikte yaygın olan pek çok psikiyatrik bozukluğun (içselleştirme bozuklukları, dışa yönelim bozuklukları, travma ve stresle ilişkili bozukluklar, nörogelişimsel bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları gibi) hem etiyolojisinde rol oynadığı hem de bozukluğun seyrini kötüleştirdiği belirtilmektedir.[123] Psikopatolojinin ortaya çıkmasına aracı olan bu yüksek risk sadece çocuklukta değil, ergenlik ve yetişkinlik boyunca da devam etmektedir.[124] Bu alandaki çok sayıda çalışma çocukluk çağı travmasının psikopatoloji açısından tanılar üstü bir risk faktörü olduğunu açıkça göstermektedir.[125] Toplum temelli örneklerde farklı travma türlerinin birlikte ortaya çıkışının daha fazla olumsuz ruh sağlığı sonuçlarına neden olduğu da gösterilmiştir.[126] Aile içi şiddete tanık olma, evde madde kullanımı, ebeveyn kaybı dahil olmak üzere sekiz farklı çocukluk çağı olumsuz olayının yetişkin patolojisi ile ilişkisini değerlendiren bir çalışmada dört ve daha fazla travmatik olay yaşayanlarda depresyon, anksiyete, panik atak, intihar girişimi, madde ve alkol kötüye kullanımı, uyku bozuklukları, obezite, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kalp hastalığı riskinde önemli bir artış saptanmıştır.[127] Diğer yandan, bu fiziksel ve zihinsel olumsuz sağlık sonuçları küresel olarak çoğu ülkenin çocuklara kötü muamelenin sonuçları için önemli kaynaklar harcadığını göstermektedir. Yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde, çocuklara kötü muamelenin fiziksel ve zihinsel sağlık etkilerine atfedilebilen maliyetinin yıllık 124 milyar dolar olduğu, dünya çapında ise ÇÇT'nin ekonomik yükünün 7 trilyon doları bulduğu tahmin edilmektedir.[128,129]

2.1.5.1. ÇÇT'nin Gelişim Aşamalarına Etkisi

Travmaya maruz kalınan gelişimsel dönem ve bu döneme özgü tepkiler gözden geçirildiğinde; bebeklik döneminde fiziksel istismarın bir sonucu olan sarsılmış bebek sendromunun beyin yapısına zarar verdiği ve zeka geriliği, işitme ve görme sorunları, öğrenme güçlüğü gibi sonuçlara neden olduğu gösterilmiştir.[130] Sarsılmış bebek sendromu nedeniyle hastaneye yatırılan çocuklara ilişkin bir çalışmada %19'unun öldüğü, %59'unda nörolojik kusurlar, görme bozukluğu gibi sağlık sorunlarının ortaya çıktığı ifade edilmiştir.[131] Travma yaşantısı bebeklerde uyku bozuklukları, gece terörü ve kabus görme gibi davranışsal değişikliklere de neden olabilmektedir.[132]

Okul öncesi dönemde öfkeli tutumlar ve saldırganlık yoluyla dışa vuran davranışlar sergilenebileceği gibi, sosyal olarak içe kapanma, baş ve karın ağrısı şeklinde somatik yakınmalar da görülebilmektedir.[133] Özellikle duygusal istismara uğramış çocuklar yaşlarına uygun olmayan alışkanlıklar gösterebilmekte, sallanma ve parmak emme gibi tekrarlayan davranışlarda ısrar edebilmektedir.[134] İhmal ve duygusal istismar öyküsü olan 0-6 yaş çocukların yer aldığı sistematik bir incelemede bu çocuklarda; davranış sorunları, karşıt olma ve saldırganlık tutumları, olumsuz benlik saygısı, kaygı, başkalarındaki duygusal ifadeleri yorumlamada eksiklik, gelişimsel gecikme, zayıf akran etkileşimi, güvensiz bağlanma gibi farklı alanda zorluklar bulunduğu saptanmıştır.[135]

Okul döneminde istismara uğrayan çocukların düşük akademik performans, okula devamsızlık, dikkat eksikliği ve akranları ile sınırlı ilişkiler gibi sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir.[136]

Ergenlik döneminde travma öyküsü olan gençlerin sigara içmek, alkol almak, erken yaşta cinsel ilişkide bulunmak, madde kullanmak, suça karışmak ve silah taşımak gibi riskli davranışlarda bulunması sıkça görülmektedir.[137] Çocukluğunda travmaya maruz kalan genç yetişkinler ile yapılan bir çalışmada %80'inin 21 yaşına kadar en az bir psikiyatrik bozukluk için tanı kriterlerini karşıladığı gösterilmiştir.[138]

2.1.5.2. Nörobiyolojik Sonuçlar

Çeşitli beyin görüntüleme ve nörofizyoloji çalışmaları, erken dönemde kötü muameleye maruz kalmanın beyin yapılarını ve işleyişini bozarak fizyolojik, hormonal ve nörokimyasal değişimlere neden olduğunu göstermektedir.[139,140] ÇÇT'ye maruz kalmak

nöroendokrin ve immün sistemin kronik düzensizliği ile karakterize olan toksik stres tepkisine yol açarak vücudun metabolik ve epigenetik işleyişinde değişikliklere ve çeşitli fiziksel ve davranışsal bozukluklara neden olmaktadır.[141]

Çocuklukta cinsel istismar ile uzun vadeli sonuçları arasındaki ilişkinin altında yatan mekanizmaları araştıran mevcut bazı çalışmalar, hipotalamus-hipofiz-adrenal akstaki (HPA) değişikliklerin hem psikopatoloji hem de fiziksel hastalık riskini artırdığına işaret etmektedir.[142] Bu değişikliklerin izlendiği ÇÇT'si olan çocuklar ve ergenlerin kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bazı çalışmalarda yüksek kortizol seviyesi bazı çalışmalarda ise düşük kortizol seviyesi tespit edilmiştir.[143,144]

Çocuklukta her türlü istismar ve kötü muamelenin özellikle işitsel, görsel ve somatosensoriyel korteks bölgelerinin hoşa gitmeyen deneyimi işleyen ve ileten yolları hedef aldığı bilinmektedir. Alanda yapılan derlemede kötü muamele, anterior singulat, dorsal lateral prefrontal ve orbitofrontal korteks, korpus kallozum ve yetişkin hipokampüsünde morfolojik değişiklikler ve duygusal ifadelere artan amigdala ve azalmış striatal tepki ile ilişkili bulunmuştur.[145] Erken dönem ihmale maruz kalan ve kurum bakımına alınan çocuklarda kortikal gri ve beyaz cevher hacminde sırasıyla %6,5 ve %6,4'lük genel bir azalma olduğu saptanmıştır.[146]

2.1.5.3. Duygudurum Bozuklukları

Çocukluk istismarı ve ihmali pek çok çalışmada yetişkinlikteki depresif bozukluklarla tutarlı bir şekilde ilişkilendirilmiştir.[147] Yakın zamanlı yapılan bir çalışma, istismar veya ihmal öyküsünün depresyon riskini üç ila dört kat artırabileceğini ve yüksek travma ölçek puanlarının daha yüksek depresyon belirti skorları ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmada depresyon şiddeti ile ÇÇT türleri arasında duygusal istismar ve ihmalin en güçlü ilişkiyi gösterdiği rapor edilmiştir.[148] Çocuklukta duygusal travma öyküsü olan kişilerde depresyonun daha erken başlaması, kronikleşmesi ve eşlik eden hastalıkların artması olasılığı daha yüksektir.[149] Fiziksel ve cinsel istismar öyküsü olan 676 çocuk ile eşleştirilmiş kontrol grubundan oluşan bir kohort çalışması; olgu grubunun major depresif bozukluk tanısını daha fazla aldığı ve depresyon geliştirenlerin TSSB ve madde/alkol kötüye kullanımı gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla yüksek komorbidite sergiledikleri sonucuna ulaşmıştır.[150] ÇÇT olan bireylerin dahil edildiği 184 çalışmanın

metaanalizinde, yetişkinlikte depresyon gelişme olasılığının 2,66-3,73 kat daha fazla olduğu, daha erken depresyonun başladığı ve iki kat daha fazla kronik veya tedaviye dirençli depresyonun ortaya çıktığı gösterilmiştir.[151] Bu bireyler aynı zamanda duygularını düzenlemekte, hoş olmayan duygulara dayanmakta ve olumlu duygular hissetmekte güçlük çekmektedir.[152] Fiziksel veya cinsel istismar deneyimlerinin diğer bir sonucu intihar düşünce ve girişiminde artış olarak saptanmaktadır. 2019 yılında yapılan metanaliz araştırması tüm çocukluk çağı istismar türlerinin yetişkinlikte intihar girişimi riskinde iki ila üç kat artışa neden olduğunu saptamıştır.[153] Fransa ve İtalya'da yapılan bir çalışma, intihar girişiminde bulunan farklı tanıları olan bir grup psikiyatrik hasta arasında anlamlı oranda daha fazla çocukluk çağı travması bildirmiştir.[154]

Bipolar bozukluk tanısıyla takipli hastalar ile yapılan çalışmada olguların %50'si çocukluk çağı istismarı ve ihmali bildirmiştir.[155] ÇÇT'nin bipolar bozukluk riskini artırdığına ve ayrıca klinik seyrini kötüleştirdiğine dair artan kanıtlar vardır. Çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarı, başlangıçta ortaya çıkan ve tekrarlayan manik atak ile ilişkilendirilmiştir.[156] Ülkemizde 116 bipolar bozukluk tanısı olan hasta üzerinde yapılan bir çalışmada %61 oranında çocukluk çağı travması rapor edildiği ve istismar öyküsü olanlarda daha fazla sayıda depresif dönem, toplam atak ve intihar girişimi olduğu saptanmıştır.[157]

2.1.5.4. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozukluklarının, cinsel istismar geçmişi olanlarda, olmayanlara göre daha sık ortaya çıktığı gösterilmiştir.[158] Benzer şekilde çocukluklarında cinsel istismar kurbanı olan kız üniversite öğrencilerinin sosyal durumlarda yüksek düzeyde kaygı yaşadıkları bulunmuştur.[159] Doksan altı çalışmanın dahil edildiği bir metaanalizde ÇÇT'nin tüm türlerinin kaygı bozuklukları ile önemli ölçüde ilişkili olduğu gösterilmiştir.[160]

2.1.5.5. Davranış Bozuklukları

Çocuklara kötü muamele aynı zamanda suçlu olma ve şiddet içeren davranışlarla da ilişkilidir ve suçlu örneklemlerinde çocuklukta kötü muamelenin yüksek yaygınlık oranları tespit edilmiştir.[161] Çocuklukta kötü muamelenin 18 yaşından önce ölçüldüğü gözden geçirme çalışmasının sonucuna göre bu bireylerde daha sonra şiddete başvurma riski orta

derecede artmıştır.[162] Ayrıca 33 çalışmanın dahil edildiği metanalizde özellikle ihmale maruz kalanlarda antisosyal davranışların daha sık gözlendiği belirtilmektedir.[163]

2.1.5.6. Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı

ÇÇT ile madde ve alkol kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar çocuklukta cinsel istismar öyküsünün özellikle sigara ve esrar kullanımı için belirgin bir risk faktörü ve ilk alkol alma yaşının güçlü bir göstergesi olduğunu belirtmektedir.[164] Başka bir çalışmada da çocuklukta cinsel istismarın yetişkinlikte madde bağımlılığını önemli ölçüde öngördüğü gösterilmiştir.[165] Benzer şekilde bir metaanaliz çalışmasında çocukluk döneminde fiziksel istismar öyküsü olan kişilerde, daha sonraki yaşamlarında madde kullanımı riskinin %74 arttığı saptanmıştır.[166] Ek olarak ÇÇT, alkol kullanım bozukluğu tanısının daha genç yaşta alınmasıyla da açıkça ilişkilendirilmiştir.[167]

2.1.5.7. Yeme Bozuklukları

Çocuklukta istismar ve ihmali içeren her türlü kötü muamele, yeme bozuklukları için spesifik olmayan bir risk faktörü olarak giderek daha fazla tanınmaktadır.[168] Çocuklara kötü muamelenin, çeşitli sosyal ve psikolojik süreçler yoluyla yeme ile ilgili patolojinin gelişimine duyarlılık oluşturduğu savunulmaktadır. Michopoulos ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma, depresif semptomların ve duygu düzenleme güçlüklerinin çocuklukta duygusal istismar yaşama ile yeme bozukluğu davranışı (yalnızken yemek yemek, kilo almaktan kaçınmak için daha az yemek yemek, çökkünken yemek yemek gibi) arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermiştir.[169]

2.1.5.8. Psikotik Bozukluklar

Psikotik bozukluklar ile ÇÇT arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında 2012'de tamamlanan bir metaanaliz**,** ÇÇT'nin şizofreni etyolojisinin %33'ünü açıkladığını öne sürmektedir. Ayrıca bu analiz, şizofreni olasılığının cinsel istismar için 2,38, fiziksel istismar için 2,95, duygusal istismar için 3,40 oranında arttığını göstermiştir.[170] Diğer taraftan şizofreni hastaları arasında çocukluk deneyimlerine ilişkin kendi beyanlarını değerlendiren bir gözden geçirme, çocuklukta cinsel istismarın %26, fiziksel istismarın %39 ve duygusal istismarın %34 oranında olduğunu ortaya koymuştur.[171]

2.1.5.9. Fiziksel Sağlık ile İlgili Sonuçlar

Çocuk istismarı ve ihmalinden kaynaklanan tıbbi sorunlar doğrudan etkilenim şeklinde görülebileceği gibi uzun vadeli olumsuz sonuçlar olarak da ortaya çıkabilmektedir.[172] Örneğin, yaşamın ilk yılındaki kemik kırıklarının yaklaşık dörtte birinin çocuk istismarı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.[173] Ayrıca yapılan metaanalizde çocuklara kötü muamele deneyimleri ile yüksek riskli cinsel davranışlar gibi fiziksel sağlığı etkileyebilecek bazı davranış değişiklikleri arasında nedensel bir ilişki saptanmıştır.[174] ÇÇT'nin yetişkinlerde kardiyovasküler hastalık, kronik akciğer hastalığı, kanser, diyabet, baş ağrısı, otoimmün hastalık, uyku bozuklukları, erken ölüm, obezite gibi genel kötü sağlık belirteçleri ile güçlü bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur.[175] Ek olarak yüksek enflamasyon, metabolik sendrom, artrit, iskemik kalp hastalığı, kısalmış telomer oranları ve azalan yaşam süresi ile ilişkili görülmektedir.[176] Çocuk ve ergenlerde ise çok sayıda çalışma travmaya maruz kalma ile astım, tekrarlayan enfeksiyonlar, bilişsel ve gelişimsel gecikmeler, obezite, gelişme geriliği ve uyku bozukluğu arasında bağlantı olduğunu göstermiştir.[177] Kırk bir çalışmanın meta-analizi çocuklukta kötü muamelenin, sosyoekonomik durum, sigara, alkol kullanımı ve fiziksel aktivite durumundan etkilenmeden yaşam boyu obezite gelişme riskiyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.[178]

2.2. Zihinselleştirme

2.2.1. Zihinselleştirme Kavramı ve Önemi

Hem kendimizi hem de birbirimizi anlamaya çalışma çabamız, insan işleyişinin en doğal ve en önemli yönlerinden biridir.[3] Kendinin ve başkalarının zihinsel durumlarını anlama ve bunları insanların düşünce ve eylemlerini tahmin etmek için kullanma kapasitesi, hayatta kalmanın anahtarı olan sosyal ilişkilerin temelini oluşturmaktadır.[179] Fonagy ve ark.[180-181], ilk olarak 1989'da zihin kuramından esinlenerek bireylerin bu kapasitesi için psikanaliz, nesne ilişkileri ve gelişim psikolojisi çerçevesinde bütünleştirdikleri zihinselleştirme terimini önermiş ve o zamandan beri başta borderline kişilik bozukluğu (BKB) olmak üzere bir takım ruhsal bozuklukların anlaşılmasıyla ilgili olarak geliştirmişlerdir. Zihinselleştirme kapasitesi farklı şekillerde tanımlanmakla birlikte Fonagy ve meslektaşları tarafından kavramsallaştırıldığı şekliyle; kişisel arzular, ihtiyaçlar,

niyetler, duygular, inançlar ve sebepler gibi kasıtlı zihinsel durumlara dayalı olarak, bireyin kendisinin ve başkalarının eylemlerini örtülü ve açık bir şekilde anlamlı olarak yorumladığı zihinsel süreçtir.[182] Bu tanım içinde, zihinselleştirmenin üç farklı boyutundan birincisi işleyiş modu (örtülü ve açık), ikincisi nesne (benlik ve diğerleri) ve üçüncüsü hem içerik hem de süreç (bilişsel ve duygusal) olarak yer almaktadır. Zihinselleştirme aynı zamanda psikanalitik ve psikodinamik psikoterapi geleneğinden gelişmiş şemsiye bir terim olarak görülmektedir.[183] Zihinselleştirme terimi daha sonra insan gelişimi, nörobilim ve psikoloji çalışmalarında bir üst biliş biçimi veya "düşünme hakkında düşünme" olarak da işlevselleştirilmiştir.[184]

Zihinselleştirme kavramının gözden geçirilmesi, içsel deneyimi anlamaya odaklanan psikanalitik alandan, kişilerarası etkileşimlerde başkalarının zihinsel durumlarını hayal etmeye yönelik sosyal, bilişsel ve gelişimsel araştırma alanlarına kadar uzanan geniş bir spektrum içinde olduğunu ortaya koymaktadır.[180] İngiliz psikiyatr ve psikanalitik terapist Jeremy Holmes zihinselleştirmenin fenomenolojisini şöyle özetlemektedir: (a) empati kurma kapasitesini, yani kendini başkasının yerine koyabilmeyi içerir, (b) kişinin kendisini ve duygularını dışarıdan görme ve değerlendirme yeteneğini kapsar, (c) gerçeklikle ilgili duyguları gerçeğin kendisinden ayırt etme kapasitesini ifade eder, (d) ya hep ya hiç bir durumdan ziyade kademeli olarak artar, (e) uyarılma ile ilgilidir ve (f) güvenli bir yatıştırıcı bakımveren varlığında gelişir.[185] Zihinselleştirmenin, duraklama ve düşünme yeteneğini destekleyerek, düşünmeden hızlı hareket etme dürtüleri üzerinde daha iyi bir öz kontrol geliştirilmesine yardımcı olduğu belirtilmektedir.[186] Yakın tarihli bir çalışma, zihinselleştirme yeteneğinin, empati, sosyal işbirliği kapasitesi, benlik saygısı ve duyguları düzenleme yeteneği de dahil olmak üzere bir dizi üst düzey gelişimsel başarı için psikolojik temel görevi gördüğünü aktarmaktadır.[187]

İnsanlar kendilerinde veya başkalarında zihinsel durumları ne kadar çok tasavvur edebilirse, üretken, yakın ve sürdürülebilir ilişkilere girme, diğerleriyle öznel düzeyde bağlantılı ve aynı zamanda özerk ve ayrı zihinlere sahip hissetme olasılıkları o kadar artmaktadır.[3] Zihinselleştirme olmadan güçlü bir benlik duygusu, yapıcı sosyal etkileşim, ilişkilerde karşılıklılık ve kişisel güvenlik duygusu gelişememektedir.[188] Aynı zamanda zihinsel durumlar hakkında düşünme veya geçmiş ilişkilerin tutarlı bir anlatımını sağlama kapasitesinde de azalma yaşanmaktadır.[189] Zihinselleştirme yeteneği olmadan insanın, farklı durumlarda diğer kişilerin tepkilerini önceden tahmin edemeyeceği ve kendi

duygusal durumunu kontrol edemeyeceği bilinmektedir. Başka bir ifadeyle zihinselleştirme, duygusal düzenleme ve ödüllendirici kişilerarası ilişkilerin yaratılmasına ilişkin sosyal biliş biçimi ve türe özgü bir kapasitedir.[190] Ayrıca zihinselleştirme, çoğunlukla bilinç öncesi yaratıcı zihinsel aktivitenin bir biçimi olarak görülmektedir, çünkü diğer insanların ne düşünüyor veya hissediyor olabileceğini hayal etmek gerekir; yüksek zihinselleştirme kalitesinin önemli bir göstergesi, bir başkasının zihninde ne olduğunun tam olarak bilinemeyeceğinin de farkındalığıdır.[191] Yani yüksek yansıtıcı işlevsellik kapasitesine sahip bireyler başkalarının veya kendilerinin zihinsel durumlarına karşı bir miktar kesinlik gösterse de yanılma olasılıklarının olduğunun ve zihnin opaklığının bilincindedirler.[192]

Zihinselleştirmenin aslında kişinin kendisinde ve başkalarında olup bitenler hakkında bir "hikaye" yaratma kapasitesi olduğu ve bu hikayenin hem meraka hem de makul sosyal bilgiye dayandığı ileri sürülmektedir. Örneğin, bir sandalyede oturan, elleri ile yüzünü kapatmış, ağlayan ve sallanan birini gördüğümüzde ne olduğunu merak ederek bir şeye üzülüp üzülmediği, birisinin ona bir şey mi söylemiş ya da yapmış olduğu ya da kaza gibi kötü bir haber mi aldığı konusunda davranışlarını ve duygularını açıklayan bir 'hikaye' oluşturmaya çalışırız.[186] Böylece neler olup bittiğini anlama ve dışsal davranışların anlamlı hale gelmesi söz konusu olmaktadır. Yeterince iyi zihinselleştirmenin önemli bir yönünün, başkasının ne düşündüğüne dair inançlara bağlı kalmak yerine, başka birinin zihni hakkında daha fazla şey öğrenmeye açık olmayı sağlayan meraklı sorgulayıcı duruş olduğu belirtilmektedir [193].

Geçtiğimiz on yılda, zihinselleştirme üzerine gerçek bir araştırma patlamasına tanık olunduğu, bu alandaki çalışmaların sayısının katlanarak arttığı görülmektedir.[194] Zihinselleştirme yaklaşımının artan popüleritesi, yalnızca bu kapasitenin insanın normatif gelişiminde temel faktör olduğunun artan farkındalığıyla değil aynı zamanda, bu kapasitedeki eksikliklerin otizm ve psikozdan major depresyon, yeme bozuklukları ve kişilik bozukluklarına kadar değişen hemen hemen tüm psikopatoloji biçimlerinin bir özelliği olduğunun kabul edilmesiyle açıklanmaktadır.[195–197] Zihinselleştirmenin gelişimdeki rolüne yönelik bu ilgi artışı, sosyal ve bilişsel nörobilim alanında zihinselleştirmenin nöral temellerine yönelik sürekli artan ilgiyle paraleldir.[198] Bilişsel ve duygulanımsal nörobilimdeki birçok katkı arasında iki önemli bulgu göze çarpmaktadır. Bunlardan ilki, zihinselleştirmenin üniter bir yapı olmanın aksine birkaç boyuttan oluştuğu

ve bu durumun çeşitli psikiyatrik bozukluklarda tanımlanan zihinselleştirmedeki belirli dengesizlikleri açıklayabileceği gerçeğidir. İkinci önemli bulgu ise stres veya uyarılma ile bireyin bağlanma geçmişi arasındaki iki etkileşimli faktörün zihinselleştirmenin kalitesini büyük ölçüde belirlediğini öne süren nörobilim çalışmalarıdır. Bu bulgular, zihinselleştirmenin normatif gelişimi ve çeşitli psikopatoloji türlerinde görülen zihinselleştirme bozukluklarına ilişkin literatüre ve ayrıca zihinselleştirmeyi teşvik etmeyi amaçlayan müdahalelerin doğasında önemli değişikliklere yol açmıştır.[199] Ayrıca zihinselleştirme, çok çeşitli psikolojik bozukluklarla ilgili olan transdiagnostik ve transteorik bir kavramdır. Başlangıçta, bu alandaki araştırmalar, şiddetli psikopatolojisi olan özellikle BKB tanısına sahip hastalarda zihinselleştirmedeki dengesizliklerin araştırılmasına odaklanmışken bu yaklaşımının genişleyen kapsamıyla birlikte psikopatolojilerin çoğunun zihinselleştirme kapasitesindeki geçici veya kronik bozukluklar ile karakterize olduğu sonucuna varmıştır.[11]

Yansıtıcı İşlev (Yİ), zihinselleştirme kapasitesini destekleyen ve bu karmaşık insan yeteneğini anlamak için ampirik temelli bir çerçeve sağlayan zihinsel süreçlerin işlevselleştirilmesidir. Alanyazın incelendiğinde yansıtıcı işleyiş ve zihinselleştirme kavramlarının sıklıkla birbirlerinin yerine kullanıldığı görülmektedir ve zihinselleştirme yetisi yansıtıcı işleyiş üzerinden ölçülebilmektedir.[180]

2.2.2. Zihinselleştirmenin Gelişimi

Zihinselleştirme becerisi ilk olarak bebeklikte ortaya çıkan ve sosyal alanda bir dizi yetenekle birlikte ilerleyen çok aşamalı gelişimsel bir başarıdır.[197] Zihinselleştirme, gelişim süreci boyunca çocuğun bağlanma ilişkilerinin kalitesinden önemli ölçüde etkilenen dinamik, çok yönlü, nörobiyolojik temelli bir kapasitedir.[194] Zihinselleştirmenin temellerini, Winnicott'ın duygusal gelişimin öncüsü olarak gördüğü bakımverenin aynalama rolü ile, Bowlby'nin bakımveren ile ilk kurulan ilişkinin önemine vurgu yapan bağlanma kuramı oluşturmaktadır.[200,201] Bağlanma, zihin kuramı, sosyal biliş üzerine yapılan araştırmalardan elde edilen bulguların bütünleşmesine dayanan zihinselleştirme modelinde, çocuğun öznel deneyimine ilgi duyan ebeveynlerle zihnini yansıtan etkileşimler yoluyla tutarlı bir benlik ve kimlik duygusu gelişmektedir.[202] Araştırma bulguları, erken ve sonraki çevrenin çocuğun içsel zihinsel durumlara odaklanmayı ne ölçüde teşvik ettiğinin, zihinselleştirme kapasitesinin gelişimi için çok önemli olduğunu

göstermektedir.[188] Çocuklar, çevrelerindeki kişilerin davranışlarının onlara ima ettiği ölçüde, zihinsel durumlarını algılayabilir ve kavrayabilirler. Bu, çocukla paylaşılan hayali oyun ve birçok sıradan etkileşim (konuşmalar ve akran etkileşimi gibi) aracılığıyla gerçekleşebilmektedir.[191] Zihinselleştirme, başkalarıyla karşılıklılık içinde geliştiğinden iyi zihinselleştirme, iyi zihinselleştirmeyi teşvik ederken, zayıf zihinselleştirme, zayıf zihinselleştirmeyi çekmektedir.[203] Bu bağlamda daha önceki yıllarda zihinselleştirmenin gelişimini sağlamada yalnızca ikili etkileşimin benzersiz rolü vurgulanırken mevcut güncel çalışmalar, ailenin, akranların ve daha geniş sosyokültürel faktörlerin etkisinin önemini tespit etmiştir.[204] Hayatın ilerleyen dönemlerinde içsel zihinsel durumlara odaklanmayı teşvik eden daha geniş bir çevreye (akranlar, öğretmenler ve arkadaşlar gibi) maruz kalmanın, zihinselleştirmenin gelişimini genişlettiği ve güçlendirdiği düşünülmektedir.[197]

Zihinselleştirme kapasitesinin ilk olarak bağlanma ilişkileri bağlamında kazanıldığı fikri, başlangıcından bu yana hem normal hem de bozulmuş gelişimine yönelik zihinselleştirme yaklaşımının temel bir özelliği olmuştur.[205] Bu bakış açısına göre, birincil bakıcının çocuğu, duyguları, inançları, arzuları gibi kendi zihinsel durumlarıyla ayrı bir zihne sahip biri olarak algılama kapasitesine sahip olması gerektiği belirtilmektedir.[206] Bakıcının bu kapasitesinin bir sonucu olarak, çocuk kendi zihinsel durumlarını da tanıyabilecektir.[3] Çocuk, iç ve dış dünyanın doğası hakkında ondan bir şeyler öğrenmek için doğal olarak bakıcıya döner. Bakıcı bilinçdışı bir şekilde davranışıyla çocuğa zihinsel bir durum atfeder ve çocuğa zihinsel bir olgu gibi davranır.[191] Bir bakıcının, çocuğunun duyguları, arzuları ve niyetleri olan bir temsilini zihninde tutma kapasitesi, çocuğun bakıcısının temsili aracılığıyla kendi içsel deneyimini keşfetmesine olanak tanır; bu temsil, çocuğun gelişiminin ve anne-bebek etkileşiminin farklı aşamalarında farklı şekillerde gerçekleşir. Bu sırada bakıcının çocuğun zihinsel durumundaki an be an değişiklikleri gözlemlemesi ve bunları önce jest ve eylemle, sonra söz ve oyunla temsil etmesi, hassas bakım vermenin merkezinde yer alır ve çocuğun nihai olarak kendi zihinselleştirme kapasitesini geliştirmesi için çok önemli bulunmaktadır. Sonuç olarak bu, çocuğun zihinsel nedensellik modellerini detaylandırmasını sağlar ve bir çizgi boyunca organize edilmiş temel bir benlik duygusunun gelişimini kolaylaştırır.[4]

Ebeveyn zihinselleştirme kapasitesinin veya ebeveyn yansıtıcı işlevinin, yani bakıcının çocuğun olduğu kadar kendi içsel zihinsel deneyimleri üzerine de düşünme becerisinin çocukta zihinselleştirme gelişimi sürecinde kilit bir rol oynadığı

belirtilmektedir.[14] Fonagy ve meslektaşlarının aktardığı gibi annenin kendi zihinsel durumlarını anlama yeteneği, çocukta da aynı kapasitenin gelişmesine olanak sağlamak için önemli olmaktadır.[207] Diğer bir deyişle, çocuk zihnini önemseyen bakıcıyla etkileşim içinde benliğini keşfetmektedir.[208] Ebeveyn yansıtıcı işlevinin, çocukların zihinselleştirme kapasitesinin gelişiminde merkezi rolünü destekleyen doğrudan ve dolaylı kanıtların giderek arttığı görülmektedir.[4] Ebeveyn yansıtıcı işlevinin; çocukların zihinselleştirmelerini yordadığı, çocukların zihinsel durum konuşmalarıyla korelasyon gösterdiği görülmüştür.[209] Ayrıca Benbassat ve Priel[210], 14-18 yaş arasındaki ergenlerden oluşan bir topluluk örneğinde, hem annenin hem de babanın Yİ'sinin çocukların yansıtma işlevi ile doğru orantılı olduğunu saptamıştır. Daha yüksek yansıtıcı işleve sahip annelerin, çocuklarıyla etkileşime girerken çocuğun zihin durumuna atıfta bulunan daha fazla akılcı yorumlarda bulundukları gösterilmiştir.[211] Bununla birlikte, resimli kitap okumadan akşam yemeği vakti aile içi konuşmalarına kadar çeşitli durumlarda zihinsel durum konuşması yapmanın, çocukların zihinselleştirme gelişimi için çok önemli olduğu bulunmuştur.[212] Özetle bakımverenin zihinselleştirme becerisinin, onun bebeğe uyumlu şekilde aynalama yapmasını ve bebekte duygu temsilleri oluşmasını mümkün kıldığı pek çok araştırmacı tarafından ortaya koyulmuştur.[213,214] Diğer yandan düşük yansıtma işlevine sahip annelerin, çocuklarının acı verici duygusal deneyimlerine tahammül edemedikleri ve anlamlandıramadıkları, bu nedenle çocuklarının sıkıntılarını düzenlemelerine yardımcı olamadıkları bildirilmiştir.[215]

Kendilik durumlarına karşı duyarlı hale gelme ve onları anlama, ilk olarak bakıcının duyguları aynalaması ile sağlanmaktadır.[216] Bu, annelerin çok küçük bebeklerinin duygulanım gösterilerini işaretlediği, gerçekçi duygu ifadelerinin abartılı bir versiyonunu ürettiği ve bebeğin durumunu bir "temsil" olarak onlara geri yansıttığı bir süreçle gerçekleşir. Zamanla, aynalama süreci, bir çocuğun içsel deneyimlerinin temsillerini içselleştirmesine izin verir, böylece içsel zihinsel durumların temsili bir sistemini oluşturur.[217] Bir çocuğun zihinselleştirme yeteneğinin bu temsil sisteminin oluşumu yoluyla gerçekleştiği düşünülmektedir.[3] Güvenli bağlanma ilişkileri ortamında zihinselleştirme oluşumunu açıklayan gelişimsel bir model sunan Fonagy[218], bakıcının çocuğun içsel durumlarını belirgin (bakıcının onu temsil etmesi) ve koşullu (doğru ve duyarlı) olarak yansıtmasının, çocuğun zihinselleştirme kapasitesinin gelişmesini kolaylaştırdığını savunmaktadır. Bu aynı zamanda bebeğin zihnine aynalanan duygunun

kendi duygusunun ikincil düzey temsili olarak işlenmesini sağlamaktadır. Bebeğinin korkusunu temsil etmek yerine bebeğinin korkusuna kendi korkusuyla tepki veren anne örneğinde olduğu gibi bazı durumlarda yansıtma belirgin olamamaktadır. Dolayısıyla kendi duygusunu bakımvereninkinden ayırt edebilmeyi deneyimleyemeyen bebekte ikinci düzey temsiller oluşturulamaz ve kendiliğine dair algısı, kendi duygusunu tanıma ve düzenleme becerisi, kendini kontrol süreci olumsuz etkilenir. İkinci tür bozulmuş duygulanım yansıtmasında, bakıcılar bebeğin duygulanımını uygun olmayan bir şekilde yanlış temsil eder. Örneğin bir anne, bebeğinin ağlamalarını manipülasyon olarak algılarsa onu görmezden gelerek yanıt verecektir. Bu gibi durumlarda duygulanımın ikincil temsilleri, yapısal benlik içinde karşılık gelen bağlantılardan yoksun kalacağı için benlik boş hissedecek ve bebek birincil yapısal duygusal durumu yanlış etiketleyecektir.[3] Winnicott'ın sahte benlik olarak adlandırdığı, benliği boş ve gerçek dışı hissettiren ve içselleştirilmiş ötekini gerçek kendilik deneyiminden kopuk bırakan böyle bir yapının sonucu olarak görülmektedir.[4]

Zihinselleştirme becerilerinin gelişiminin eylemlilikle bağıntılı olduğu ve kişinin duygusal gelişimi ile ilişkilendirildiği gösterilmiştir. Buna göre bebek fiziksel, sosyal, teleolojik ve temsili olmak üzere benlik gelişiminin bazı aşamalarından geçmektedir.[219] Fiziksel kendilikte bebekler öncelikle 'kendim' ve başkaları ayrımını yapmaya başlar ve kendisini etrafında değişim meydana getirebilen bir hareket kaynağı (fiziksel aracı) olarak algılarlar. İlk üç ay boyunca bebek kendisinin fiziksel davranışlarının çevre üzerinde yarattığı değişimleri algılar ve böylelikle kendisini fiziksel olarak ayrı bir varlık olarak deneyimlemeye başlar. Daha sonra, bakımverenle etkileşiminde bebek fiziksel eylemlerinin bakımverenin davranışlarını değiştirebildiğini anlamaya başladığında sosyal kendilik deneyimi ortaya çıkmaktadır.[220] Sosyal kendilikte bebekler kendi gülümsemesinin annenin de gülümsemesini sağladığını görerek sosyal araçlar olarak kendi ve başkalarının duygusunu anlamaya ve çevreye etkisini fark etmeye başlarlar.[10] İkinci 6 aylık dönemde bebekler eylemleri amaçlı ve hedef odaklı olan teleolojik aracılar olarak görürler. Diğer bir deyişle bebek kendini ve başkalarını fiziksel dünyadaki gözle görünür somut hedefleri gerçekleştirebilen bir araç olarak algılamaktadır.[221] Aynı zamanda yaklaşık dokuzuncu ayda gerçekleşen teleolojik benlik aşamasında bakımverenle etkileşimin daha önceki deneyimlerinden yola çıkarak davranışlar öngörülebilir hale gelmektedir.[3] Dikkat hem zihinselleştirme etkinliğinin gelişimine hem de devam etmesine katkıda bulunur. Bu

dönemdeki bebekler çoğu zaman bir şeye olan ilgilerini paylaşmak için ortak dikkati aktif olarak kullanmaya çalışmaktadır. Konuyla ilgili yapılan bir araştırma, yetişkinlerin 12 aylık çocukların işaret etme davranışına verdikleri tepkinin etkisini gözlemlemiştir. Yetişkinler sadece bebeğin işaretini takip ettiğinde ve nesneye baktığında veya bebeğe olumlu bir duyguyla baktığında bebeğin mutlu olmadığını fark etmişlerdir. Ama yetişkin bebeğe nesneden ileri geri bakarak yanıt verdiğinde ve bu dikkat ve ilgi paylaşımının aslında onların amacı olduğunu ima ederek olumlu yorum yaptığında bebekler tatmin olmuşlardır.[222]

İki yaş döneminde bebekler akılcı ve hedef odaklı eylemler ışığında teleolojik bakış açısını amaçsal zihinsel durumlar olarak zihinselleştirmeye başlamaktadır. Böylece, iki yaş civarında çocuk herhangi bir eylemin arkasında arzular, duygular gibi bazı zihinsel durumların olduğunu anlamaktadır.[223] Diğerinin eylemlerini niyetleri açısından yorumlamasının sonucu olarak çocuk diğerlerinin zihinsel durumları olduğunu farketmektedir. Ayrıca eylemleri yöneten zihinsel durumların gerçeklikle uyuşmama ihtimalini de göz önünde bulundururlar. Bu aşamanın zihinselleştirmenin ilk adımları olduğu düşünülmektedir.[3] Bununla birlikte, bu düzeyde bebeğin zihinsel durumlara ilişkin anlayışı hala fiziksel gerçeklikle ilişkili olduğu için içsel ile dışsal olanı ayrıştıramaz.[224] Küçük çocuk, bildiklerinin başkaları tarafından bilindiğini ve dünyanın da herkes arasında paylaşıldığını düşünmektedir. Yeni yürümeye başlayan çocukların sık öfke ve hayal kırıklığı yaşamalarının bir nedeninin, dünya ve bireysel zihinler henüz net bir şekilde ayrılmadığından, diğer insanların ne düşündüklerini ve hissettiklerini bilmelerini ve durumları aynı şekilde görmelerini beklemeleri olduğu belirtilmektedir. Kendi bakış açısının benzersizliği ancak yavaş yavaş farklılaşarak zihinsel benlik duygusu gelişebilecektir.[191] Yaklaşık üç dört yaşta gelişen temsili benlikte çocuk zihinsel durumlara ilişkin algısını somut ve fiziksel den soyut ve kavramsal bir anlayışa genişleterek zihnin gerçekle eşit olmadığını farketmeye başlar Böylece, temsili düşünme çocuğun belirli bir eylemle ilgili farklı varsayımlar yapabilmesine izin verir.[224] Bu dönemde çocuk başkalarının davranışlarına zihinsel niyetler atamanın yanı sıra bunlara dair zihinsel temsiller oluşturabilmeye dolayısıyla giderek daha fazla dili kullanmaya başlamaktadır. Altı yaş döneminde ise çocuklar eylem ve deneyimleri ile ilgili anılarını nedensel bir çerçeve içerisinde düzenlemeye başlarlar, bu durum da otobiyografik kişiliğin gelişimine

kişinin tutarlı otobiyografik hikâyeler yoluyla kendini ve başkalarını anlatmasına imkân tanımaktadır.[10]

2.2.2.1. Zihinselleştirme Öncesi Modlar

Zihinselleştirme kapasitesi gelişmeden önce bebek bir dizi zihinselleştirme öncesi işleyiş aşamasından geçmektedir.[193] Bir birey zihinselleştiremediğinde, Fonagy'nin psişik eşdeğerlik modu, rol yapma modu ve teleolojik mod olarak adlandırdığı üç işlevsel olmayan ve zihinselleştirme kapasitesini sınırlandıran düşünme modu belirginleşmektedir.[11]

Psişik eşdeğerlik modunda, küçük yaştaki bebek kendi iç dünyasıyla dış dünyayı bir tutar, dünyanın zihninde canlandırdığı gibi olduğunu düşünür. Kaya şekli verilmiş bir süngerin gerçekte kaya değil de bir sünger olduğunu ayırt edemeyen dört yaşın altındaki çocuklar görünen ile gerçeği bir tutmaktadır.[225] Zihinde var olan dışarıda da var olmalı ve dışarıda var olan zihinde de var olmalı diye düşünmektedir.[226] Yürümeye başlayan çocuğun "yatağın altında bir kaplan var" ısrarının, ebeveyn güvencesi ile yatıştırılamamasında olduğu gibi bu dönemde henüz alternatif bakış açılarına yer yoktur. İç dünyayı deneyimlemenin bir modu olarak bu "psişik eşdeğerlik" yoğun sıkıntıya neden olabilir, çünkü potansiyel olarak gerçek bir fantazinin deneyimi dehşet verici olabilmektedir.[191]

Psişik eşdeğerlik modunun klinik yansımasında kişi zihnindekilerin gerçeği doğru bir şekilde yansıttığını varsayar ve davranış için alternatif açıklamalar düşünemez. Örneğin, kendisini terk edilmiş hissederse, ilgili kişinin onları kasıtlı olarak reddettiğini varsayar ve bu durumda, aşırı uyarılma riski altındadırlar.[189] TSSB'nin geri dönüşleri ve geçici paranoid düşüncelerde olduğu gibi bireyler zihinlerindekini dünyadakilerle eşitler [180]. Kendisi ile ilgili olumsuz düşünceleri oldukça gerçektir. Bu mod, benliğin diğerine, dışsallığın içselliğe ve duygunun bilişe üstünlüğünü yansıtmaktadır.[11]

Teleolojik modda düşüncenin ve duygunun yerine eylem geçer, zihinsel durumu yaşantılamanın ve ifade etmenin yerini amaca yönelik davranışlar alır.[227] Birey, zihinsel durumların varlığını yalnızca somut ve fiziksel olarak belirgin şekillerde gözlemlendiğinde kabul eder. İçsel zihinsel durumların iletişimi yalnızca eylem yoluyla gerçekleşir, fikirler ve hatta kelimeler çok az şey ifade eder.[180] Bu modda, yalnızca gerçek, gözlemlenebilir

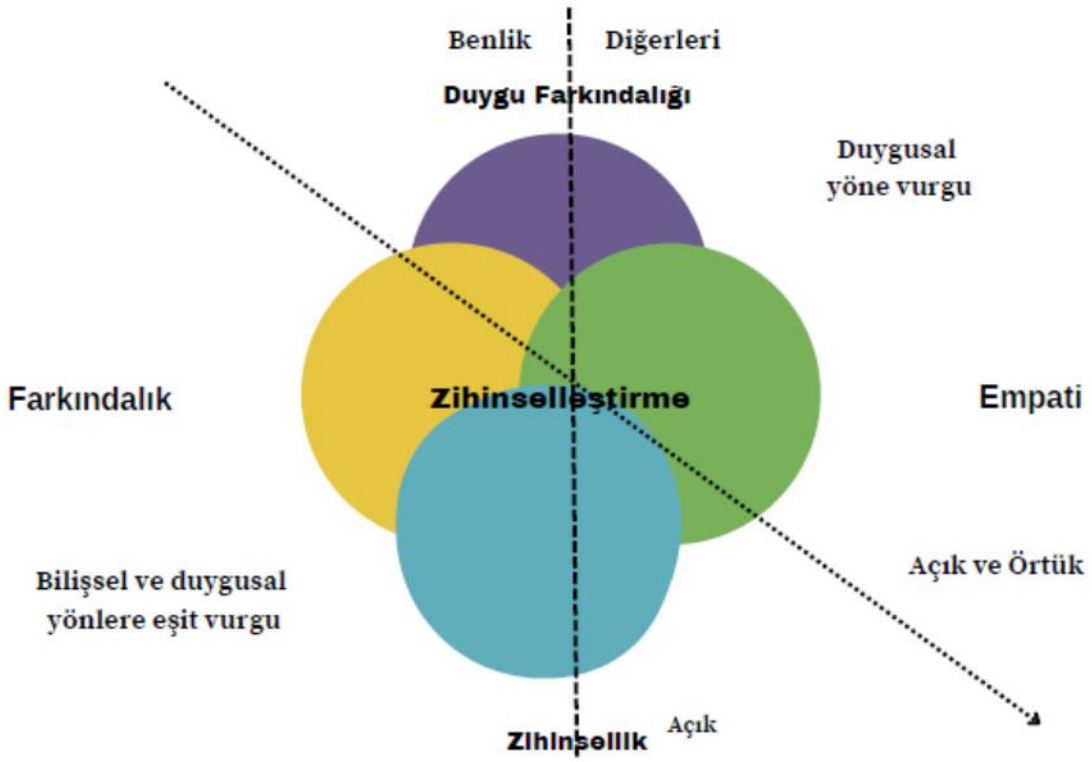
amaca yönelik davranış ve bu hedefleri potansiyel olarak sınırlayabilecek nesnel olarak fark edilebilir olaylar tanınır. Aşırı duygusal sıkıntı zihinselleştirilemez ve onun yerine madde kullanımı, kendine zarar verme davranışı, aşırı alkol alma ya da aşırı temizlenme, gelişigüzel cinsel ilişkiler, suisid girişimleri doğrudan davranış olarak ifade edilmektedir.[228]

Rol yapma modunda, psişik eşdeğerliğin tam tersi olarak zihinsel durumların gerçeklikle bağlantısı fazlasıyla kopuktur. Yaygın olarak duygularla düşünceler arasındaki bağlantının kopması da belirgindir.[228] Kısaca iç ve dış gerçeklik arasında hiçbir köprü olmadığı ifade edilmektedir.[229] Özellikle travma sonrası belirginleşen bu modda zihinsel dünya, travmanın ardından dış gerçeklikten kopmuştur ve boşluk, anlamsızlık duyguları ve disosiasyon belirtileri ortaya çıkabilmektedir.[11]

Normal gelişimde çocuk zihinselleştirirken bu modları bütünleştirir: eylemler zihinsel durumlara bağlı olarak algılanır (teleolojik modun aksine), zihinsel durumlar gerçeği temsil eder (rol yapmanın aksine) ancak gerçekle eşit değildir (psişik eşdeğerliğin aksine).[10] Tamamlanmış zihinselleştirmenin temelinde aynı kişilerarası durum üzerine 'çoklu bakış açıları' benimseyebilme vardır, bunu yaparken de zihinle gerçeği ilişkilendirir ama bir tutmaz. Diğer bir deyişle gelişimsel olarak, çocuklar bu iki modu bütünleştirdiklerinde ve içsel deneyim ile dış gerçekliği bağlantılı ama ayrı olarak anladıklarında zihinselleştirme becerisi kazanılmış sayılmaktadır.[182] Sağlam zihinselleştirmede psişik eşdeğerlik ile rol yapma modları bütünleştirilse de yetişkinler bu iki aşamaya geri dönme becerisine sahiptir. Özellikle hayal kurma zamanlarında psişik eşdeğerlik (dünya=zihin) modu aktif olabilmektedir, ancak istek ve duygular gibi zihinsel durumların eylemlerle ifade edildiği teleolojik mod daima zihinselleştirme öncesi mod olarak kalmaktadır.[230]

2.2.3. Zihinselleştirme ve Benzer Kavramlarla İlişkisi

Fonagy'nin zihinselleştirme kavramının geniş doğası, hem ilgi çekici hem de kafa karıştırıcı yönlerine katkıda bulunmaktadır. Zihinselleştirme, empati, farkındalık, zihin kuramı, psikolojik zihinsellik, aleksitimi ve içgörü dahil olmak üzere sosyal bilişin çeşitli yönlerine odaklanan çok çeşitli ilgili kavramları kapsamaktadır. Bu nedenle zihinselleştirme kavramının şemsiye bir tanım olduğu düşünülmektedir.[180]



Şekil 1: Zihinselleştirme Haritası[180]

Bu Venn şeması, zihinselleştirme ile dört daire tarafından temsil edilen farkındalık, psikolojik zihinsellik, empati ve duygu farkındalığı dahil olmak üzere ilgili dört kavram arasındaki kavramsal örtüşmeleri haritalandırmaktadır. Diyagramı üç boyutuna (kendine/başkasına yönelik, örtük/açık ve bilişsel/duygusal) göre ikiye ayıran çizgiler, bu bölümlerin geçirgen ve mutlak olmayan doğasını göstermek için kesik çizgilerle gösterilmiştir. Kendilik/öteki boyutunda farkındalık daha çok kendi içindeki zihinsel durumlara odaklanırken, empati öncelikle kişinin başkalarındaki zihinsel durumları hayal etmesi olarak anlaşılmaktadır. Hem duygu farkındalığı hem de psikolojik zihinlilik, benlik ve diğer ayrımının her iki tarafını da ilgilendirir. Farkındalık ve psikolojik zihinlilik zihinsel durumların hem bilişsel hem de duygusal yönlerini vurgular ve açık işlev görürken, duygu farkındalığı ve empati daha çok duygusal zihinsel içeriklerle ilgilidir ve hem açık hem de örtük olarak işlev görür. Zihinselleştirme bu kavramların kesişme noktasında yer alır ancak aralarındaki sınırlar net olarak çizilmemiştir.

Farkındalık, "Kişinin bilincini mevcut gerçekliğe göre canlı tutma" olarak tanımlanan ve orijinal olarak Budist literatüründe yer alan ve daha sonra Diyalektik Davranışçı Terapi dahil olmak üzere bir dizi tedavi yönteminde de kullanılan bir kavramdır.[231] Çalışmalarda, gözlemleme, tanımlama, bilinçle hareket etme ve yargılamadan kabul etme olmak üzere farkındalık temelini oluşturan dört beceri tanımlanmıştır.[232]

Farkındalık, gözlemleme ve tanımlama alt bileşenlerinde zihinselleştirme ile örtüşmektedir. Hem farkındalık hem de zihinselleştirme, dürtüsellik ve tepkiselliğe yönelik eğilimleri hafifletmenin bir yolu olarak kişinin dikkatini kendi deneyimine yönlendirmeyi kapsadığı varsayılmaktadır. Zihinselleştirme kısaca 'zihnin doğru farkındalığı' olarak tanımlanabilmektedir.[233] Diyagramda da görüldüğü üzere farkındalık, zihinselleştirme kavramı içinde yalnızca iki moddan biri (açık) ve iki nesneden biri (benlik) ile örtüşür. İki kavram arasındaki diğer farklardan birincisi, sadece diğer insanlarla değil, cansız nesnelerle- mesela bir çiçeğin ya da nefes alıp vermenin farkında olma- de etkileşimde farkındalık söz konusudur. İkincisi, farkındalık şimdiki deneyime yönelikken, zihinselleştirme süreci geçmiş, şimdiki zaman ve gelecekle ilgili deneyimleri kapsamaktadır. Son olarak, farkındalık içsel deneyimin kabulünü amaçlarken, zihinselleştirme bu deneyimlerle ilgili temsil ve anlam oluşturmayı vurgulamaktadır.[180]

Psikolojik zihinsellik, Appelbaum tarafından "bir kişinin kendi deneyim ve davranışlarının anlamlarını ve nedenlerini öğrenme amacıyla düşünceler, duygular ve eylemler arasındaki ilişkileri görme yeteneği" olarak tanımlamıştır.[234] Psikolojik zihinsellik, başlangıçta psikodinamik psikoterapide yer almak için gerekli açık zihinselleştirme kapasitesi olarak kullanılmıştır. Bu anlamda kişinin kendisiyle ilgili olduğu vurgulamaktadır. Daha sonra Farber[235] tarafından "kendisinin ve başkalarının davranışlarının, düşüncelerinin ve duygularının anlamı ve motivasyonu üzerinde düşünme eğilimi" olarak kişilerarası boyutu da eklenerek tanım genişletilmiştir.

Psikolojik zihinsellik ve zihinselleştirme arasında çeşitli örtüşme alanları vardır. Her iki terimin tanımları, özellikle Farber'in psikolojik zihinlilik tanımı ve Fonagy'nin zihinselleştirme tanımı önemli ölçüde bağlantılı olmakla birlikte bazı noktalarda da farklılaşmaktadır. Zihinselleştirme hem örtülü hem de açık bir şekilde yapılırken, psikolojik zihinsellik öncelikle zihinsel durumların açık veya bilinçli olarak dikkate

alınmasıyla ilgilidir. Psikolojik zihinsellik aynı zamanda, diğerlerinin zihinsel durumlarını dikkate aldığından daha çok benliği ve kişinin kendi zihinsel durumlarına odaklanır. Ayrıca psikolojik zihinlilik kişinin kendisinin ve başkalarının içsel deneyimleri hakkında düşünmesinin bilinçli ve kasıtlı yönlerine yönelik ilgi ve eğilimi kastederken, zihinselleştirme psikolojik bir eylem, zihinsel bir faaliyettir.[180]

Empati kavramının kapsamlı bir incelemesini yayınlayan Decety ve Jackson[236], terimin sayısız tanımına dikkat çekerek "başkalarının düşünce ve duygularına ilişkin içgörü sağlamak için gözlem, hafıza, bilgi ve muhakemenin birleştirildiği karmaşık bir psikolojik çıkarım biçimidir" tanımını ortaya koymuşlardır. Ayrıca Baron-Cohen[237] empatinin yalnızca başkalarının duygusal durumlarının farkında olmayı değil aynı zamanda bu durumlarda verilecek duygusal tepkileri de kapsadığını ifade ederek tanıma katkıda bulunmuştur. Empati teriminin birçok tanım içinde; a) başka bir kişinin duygusal durumunu paylaşmayı içeren duygusal bir tepki, b) diğer insanların bakış açısını hayal etmeye yönelik bilişsel bir kapasite (perspektif alma) ve c) kendi ile diğeri ayrımını sürdürmek için istikrarlı bir yetenek olmak üzere üç ortak noktası olduğu belirtilmiştir.[236] Empatinin işleyişini açıklamaya aracılık eden nörobiyoloji çalışmaları, bir kişinin hem kendisinin belli bir eylemde bulunması hem de bir başkasının benzer bir eylemde bulunduğunu gözlemlemesi durumunda aynı sinir hücrelerinin etkinleştiğini kanıtlamıştır.[238]

Empati kavramı zihinselleştirme ile önemli ölçüde örtüşmekte fakat bazı hususlarda ayrılmaktadır. Empati daha çok başkalarına yönelikken, zihinselleştirme eşit derecede kendine ve diğerlerine yöneliktir. Empati hem örtülü hem de açık biçimlerde bulunabilmesine rağmen genellikle daha örtük olarak var olur. Empati süreci, bilişsel beceri ve duygulanım deneyimini içermekle birlikte içeriği öncelikle duygulanım odaklıdır.[180]

Duygu farkındalığı, dokuz temel duygunun ortaya çıkması ile bireyin bu duygulanım deneyimlerini bilinçli olarak algılama, yansıtma ve ifade etme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır.[239] Duygu farkındalığının yokluğu ise ‘ruh hali için kelime olmaması’ olarak ifade edilen aleksitimiye karşılık gelmektedir.[240] Duygu farkındalığı ve zihinselleştirme arasındaki kısmi bir örtüşme vardır.[241] Zihinselleştirilmiş duygulanım ile duygu farkındalığı duyguları belirleme, düzenleme ve ifade etme olarak sıralanan aynı

bileşenleri içermektedir.[3] Duygu farkındalığı kavramı, hem benliğin hem de ötekinin duygu durumlarıyla ilgilidir. Bununla birlikte, duygu farkındalığı ve zihinselleştirme arasında ayrımlar mevcuttur. Duygu farkındalığı, duygulanım durumlarının bilinçli farkındalığına ve ifadesine odaklanması anlamında daha çok açık zihinselleştirme ile ilgilidir. Ayrıca duygu farkındalığında yer alan zihinsel durumların kapsamı, duygusal yönelimli zihinsel içeriklerle sınırlıdır, oysa zihinselleştirmedeki zihinsel durumların kapsamı çok daha geniştir.[180]

Başkalarının görünen davranışlarını zihinsel durumlarına atıfla açıklayabilme yetisi olarak tanımlanan ***zihin kuramı*** ile zihinselleştirme arasındaki farklara baktığımızda; birincisi zihin kuramının bilişsel gelişimi ele alması ve bebeklikte başlayarak erken çocuklukta olgunlaşan davranışları yorumlama kapasitesi olarak ifade edilmesidir. İkincisi zihin kuramının kişinin kendisine değil başkalarının durumlarını yorumlamaya odaklanması olarak sayılmaktadır. Üçüncü olarak kazanılmış olmasına rağmen zihin kuramı becerilerinin zihinselleştirme eyleminin sürekli gelişen bir ürünü olduğu belirtilmektedir. İki tanım arasındaki ilişki ile ilgili, davranışları zihinsel durumlarla açıklamak üzere zihin kuramının kavramsal bir çerçeve sağladığı ve zihinselleştirmenin hem bu kavramsal çerçeveden yararlanıp hem de gelişimine katkıda bulunduğu aktarılmaktadır.[10]

Sonuç olarak zihinselleştirme hem kendine hem de diğerine ve hem bilişe hem de duygulanıma odaklanması açısından, bu kavramların herhangi birinden daha geniştir. Ayrıca zihinselleştirme, kişinin kendi zihnini ve diğerlerinin zihnini dışsal özelliklere (yüz ifadeleri, duruş ve prozodi gibi) dayalı olarak yorumlamayı ve bu duyarlılığı hem kendisinin hem de başkalarının zihinsel süreçleri hakkındaki bilgi ile dengelemeyi de kapsar. İyi zihinselleştirme böylece kişinin kendini nasıl hissettiğinin, ne düşündüğünün ve başkalarının ne hissettiğinin ve düşündüğünün farkında olmasından sorumlu olan çeşitli sistemleri dengede tutmaktadır.[194]

2.2.4. Zihinselleştirme Boyutları

Zihinselleştirme üniter, tek boyutlu bir kapasite değildir. Araştırmalar, zihinselleştirmenin dört boyut etrafında düzenlenebileceğini ve her bir kutbun altta yatan görece farklı nöral devrelere sahip olduğunu öne sürmektedir.[205] Bu dört kutup a) otomatik

ve kontrollü zihinselleştirme, b) kendi ve başkaları hakkında zihinselleştirme, c) kişinin ve başkalarının dışsal veya içsel özelliklerine dayalı zihinselleştirme ve d) bilişsel ve duygusal zihinselleştirme olarak adlandırılmakta ve her biri zihinselleştirmenin belirli bir özelliğini göstermektedir.[242] Zihinselleştirmenin bu çok boyutlu kavramsallaşması, klinik bilgi ve nörogörüntüleme çalışmalarına dayanmaktadır.[243] Farklı psikopatoloji türlerinin bu boyutlardaki farklı dengesizlikleri yansıttığı ve her bir bozukluğun farklı zihinselleştirme profilleriyle ilişkilendirildiği öne sürülmektedir.[199]

2.2.4.1. Otomatik ve Kontrollü Zihinselleştirme

Otomatik/kontrollü boyut, zihinselleştirme sürecinin hızına atıfta bulunur. Kontrollü zihinselleştirme, genellikle sözlü olarak ifade edilen ve derinlemesine düşünmeyi gerektiren seri ve nispeten yavaş bir süreçtir.[193] Buna karşılık otomatik zihinselleştirme, fazla çaba veya dikkat gerektirmeden hızla gerçekleşen sözel olmayan bir süreçtir.[244] Otomatik/örtük zihinselleştirme, bir bireyin kendisinin ve başkalarının zihinsel durumlarını hayal etme yeteneğinin bilinçsiz, otomatik veya prosedürel işlemlerini ifade eder.[233] Öncelikle duyusal bilgilere dayanan filogenetik olarak daha eski nöral devreler tarafından işlenmektedir. Zahmetsiz bir aktivite olduğu için, otomatik zihinselleştirme önyargılı olmaya yatkındır.[194] Özellikle güvenli bir ortamda, günlük etkileşimlerde kullanılan mod olduğu bilinmektedir.[193] Daha karmaşık durumlar (örneğin, yüksek düzeyde duygusal bağlam veya kişilerarası çatışmalar) daha çok kontrollü olmayı gerektirir. Dilbilimsel/sembolik işlemeye dayanan filogenetik olarak daha yeni beyin devreleri, kontrollü zihinselleştirmenin insanların karşılıklılık ve işbirliği kapasitesinin gelişmesine temel sağlamaktadır.[11] Diğer yandan örtük ve açık boyutlar, zihinselleştirme sürecinin iki kutbunu tanımlarken, birbirini dışlamaz ve tamamen ayrık değildir.[233] Bireyler bu iki mod arasında geçiş yapabilir ve bunları aynı anda kullanabilir. Gelişimsel araştırmalar, örtük zihinselleştirmenin, yaşamın ikinci yılının başlarında hatta bir çalışmanın gösterdiği gibi 7 aylıktan küçük bebeklerde bile otomatik olarak kodlandığını göstermektedir.[245] Bir başkasının bakış açısının sözlü olarak tanınması ise, aksine, yaşamın dördüncü yılında başlamakla beraber gelişimi dil edinimi ve çabalı kontrol ile birlikte 8 yaşından sonra belirgin olmaktadır.[246] Otomatik ve kontrollü zihinselleştirme, farklı iki nöral devre tarafından yönetilmektedir. Otomatik zihinselleştirme amigdala, bazal ganglionlar, ventromedial prefrontal korteks, lateral temporal korteks ve dorsal anterior

singulat korteks tarafından yürütülmektedir.[244] Bu beyin bölgeleri öncelikle tehdidin hızlı bir şekilde algılanması ve sosyal bilginin hızlı ve otomatik modülasyonu ve işlenmesi ile ilgilidir.[194]

Otomatik ve kontrollü zihinselleştirme, stres ve duygu düzenlemede önemli bir rol oynamaktadır. Artan stres veya uyarılma durumunda kontrollü zihinselleştirme ile ilişkili sinir sisteminden otomatik zihinselleştirme ile ilişkili olanlara bir geçiş olmaktadır.[247] Bu geçişin evrimsel anlamı, tehditle karşı karşıya kalındığında ortaya çıkan savaş/kaç tepkisinin, tehdit edici bilgilerin hızlı ve dolayısıyla otomatik olarak işlenmesine dayanır. Zihinselleştirmenin "biyodavranışsal geçiş modeli", yoğun ilişkisel stres ile benzer bir tepkinin meydana geldiğini öne sürmektedir. Sevilen biriyle çatışma gibi önemli bir ilişkiye yönelik tehdidin varlığında bağlanma sistemi etkinleştirildiğinde, zihinselleştirmeye geçici olarak erişilemez. Tam olarak, otomatik zihinselleştirme, kontrollü zihinselleştirmeyi devralır.[193] Oysa karmaşık kişilerarası sosyal dünyada var olan pek çok zorluk, başkalarının ve benliğin zihin modellerini geliştirmek için "hesaplama gücü" gerektirir.[248] Otomatik zihinselleştirmeyi aşırı kullanma, kendisi ve diğerleri hakkında derinlemesine düşünmeden genellikle basit ve önyargılı davranmaya neden olur. Bununla ilgili araştırmalar, başka bir etnik kökene sahip insanlara karşı önyargılı görüşlerin hızla harekete geçtiğini göstermiştir.[249] Kişilerarası dünyaya özgü karmaşık iletişim kurma ve sürdürme, stres veya duygusal uyarılma altında otomatik zihinselleştirmeden kontrollü zihinselleştirmeye geçiş noktası düşük olan bireyler için daha zorlayıcı olabilmektedir. Hem biyolojik (düşük düzeyde kontrol) hem de çevresel (bağlanma geçmişi) faktörlerin ve bunların etkileşimlerinin, kontrollü zihinselleştirme kapasitesindeki bireyler arası farklılıkları belirlediği bilinmektedir.[250] Başarılı zihinselleştirme, başkalarının duyguları, düşünceleri ve niyetlerini bilinçli ve kasıtlı olarak yansıtma ve bunlar hakkında doğru atıflar yapma ve sosyal bir durumu doğru ve dengeli bir şekilde değerlendirme kapasitesini gerektirmektedir.[194]

2.2.4.2. Dışsal veya İçsel Özelliklere Dayalı Zihinselleştirme

Zihinselleştirme içsel veya dışsal bilgiler aracılığıyla yapılabilir. Düşünceler ve duygular gibi öznel deneyimler yansıtılırken içsel zihinselleştirme söz konusuyken; davranış, duruş, yüz ifadesi ve ses tonu gibi dışsal ve görünür göstergeler dikkate alındığında zihinselleştirme daha çok dışa odaklıdır.[11] Nörogörüntüleme çalışmaları içe ve

dışa odaklı sosyal biliş kapasitelerinin altında yatan nispeten farklı iki nöral ağ tanımlamıştır. Dışa dayalı zihinselleştirme, daha az yansıtıcı süreçleri içeren frontotemporoparietal ağ ile ilgiliyken, içe dayalı zihinselleştirmede, daha aktif ve kontrollü yansıtıcı süreçleri içeren medial frontoparietal ağ daha çok etkindir.[247] Medial frontoparietal kortekste hasar bulunan hastalar üzerinde yapılan bir çalışma, uygunsuz davrandıklarında düşük düzeyde farkındalık sergilediklerini, bununla birlikte, bu hastalara davranışlarının bir video kaydı gösterildiğinde, aynı davranışların uygunsuzluğunu fark ettiklerini göstermektedir.[251]

2.2.4.3. Kendini ve Diğerlerini Zihinselleştirme

Kişinin davranışının altında yatan kendi zihinsel durumları hakkında düşünmesi, kendisiyle ilgili zihinselleştirme biçimidir. Öte yandan, davranışlarını anlamak için başkalarının duygu ve düşüncelerinin dikkate alınması, diğerleriyle ilgili zihinselleştirmedir. Bu kutuplar farklı ve oldukça karmaşık yapılardır ve kişinin kendi zihnini diğerlerinin zihninden ayırt etme kapasitesi, psikolojik ve sosyal işlevsellikte çok önemli görülmektedir.[252] Daha çok psikopatoloji ile ilişkilendirilerek ele alınan bu boyutta ciddi kendilik patolojisi olan hastaların bu iki sistem arasında belirgin bir dengesizlik gösterebileceği öne sürülmektedir.[253]

2.2.4.4. Bilişsel ve Duygusal Zihinselleştirme

Bilişsel zihinselleştirme, inançlar ve düşünceler gibi zihinsel durumları adlandırma, algılama ve nedenlerini bulma becerisini içerirken, duygusal zihinselleştirme, davranışların altında yatan duygusal durumlara odaklanır.[193] Tam zihinselleştirme, biliş ve duygulanımın bütünleşmesini içermekle birlikte her iki boyut da bazı noktalarda ayrışmaktadır. Bilişsel zihinselleştirme öncelikli olarak zihin kuramı araştırmalarında vurgulanmakta ve daha kontrollü zihinselleştirme ile büyük ölçüde örtüşürken, duygusal zihinselleştirme empati ile ilişkilendirilmekte ve daha çok otomatik olarak işlediği belirtilmektedir.[254] Ek olarak bu iki kapasitenin farklı, ancak örtüşen nörobilişsel sistem içinde yer aldığına dair artan kanıtlar vardır. Bilişsel zihinselleştirme, prefrontal korteksteki çeşitli alanlara bağlıyken, duygusal zihinselleştirme, özellikle ventromedial prefrontal korteks ile ilişkili görünmektedir.[255] Zihinselleştirme kapasitesi, bireylerin zihinsel durumları akla yatkın, esnek ve karmaşık bir şekilde hayal etmelerini sağlayan bir dizi bilişsel beceri gerektirir

ayrıca içgörü ve duygu ile bu bilişsel alanı en iyi şekilde bütünleştirir. Zihinsel durumları anlama süreci ve içeriğinin bilişsel ve duygusal yönlerinin entegrasyonu, bireylerin "açıkça hissetmelerini" sağlar ve "duygusal bilmeyi" geliştirir.[233]

Söz konusu tüm boyutların yeterli ve dengeli kullanımı, etkili ve sağlıklı zihinselleştirme için çok önemli görülmektedir.[203] Normalde zihinselleştirmenin bu farklı boyutları birbiri ile dengededir ve belirli bir sosyal bağlamın veya ortamın gerektirdiklerine bağlı olarak esnek bir şekilde kullanılabilir. Boyuttaki bir ucun diğerine kalıcı hakimiyeti, optimal zihinsel durum anlayışında bir başarısızlığa işaret edebilmektedir ve çocukluk ve yetişkinlikteki birçok psikopatolojiyle ilişkilidir.[256] Kişinin her bir boyuta ilişkin güçlü ve zayıf yönlerinin kapsamlı bir değerlendirmesi, belirli psikopatolojilerle ilişkilendirilen "zihinselleştirme profillerini" belirlemeye olanak tanımaktadır.[11] Örneğin, BKB'si olan hastalar için, zihinsel durumların içsel, kontrollü ve bilişsel işlenmesi üzerinde dışsal, otomatik ve duygusal zihinselleştirmenin baskınlığı söz konusudur oysa antisosyal kişiliğe sahip hastaları karakterize eden tam tersi bir profildir.[193,257] Psikopatolojileri karakterize eden zihinselleştirme profillerinin belirlenmesi, belirli klinik gruplar için özelleştirilmiş hedeflenen müdahalelerin belirilenmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

2.2.5. Zihinselleştirmeye İlişkin Sorunlar

Zihinselleştirme ile ilgili sorunlar başlıca iki alana ayrılarak kavramsallaştırılabilir: a) hipomentalizasyon (somut veya psişik eşdeğer düşünme), kişinin kendi zihninin ve/veya başkalarının zihninin karmaşık modellerini dikkate almadaki yetersizliği anlamına gelirken, b) hipermentalizasyon (sözde zihinselleştirme), diğer insanların zihinsel durumları hakkında, gözlemlenebilir verilerin çok ötesine geçen, gerekçesiz varsayımlarda bulunmayı içermektedir.[11]

Hipomentalizasyon, BKB, yeme bozuklukları ve depresyon dahil olmak üzere çok çeşitli psikopatoloji ile ilişkilendirilmiştir.[258] Hipomentalizasyona eğilimli bireyler, kendilerini ve/veya başkalarını anlamadaki sınırlılığın farkında olsalar da bu durum ilgili ölçeklere doğru yanıt vermeyi engelleyebilmektedir.[259] Örnek olarak BKB hastalarının öz-bildirim anketi ile ölçülen empati ölçeklerinde normal puan alırken, bilişsel empatiyi değerlendiren deneysel görevlerde normal kontrollerden daha kötü performans

sergiledikleri gösterilmiştir.[260] Diğer taraftan hipermentalizasyonda kendinin ve başkalarının zihnine ilişkin yanlış modeller geliştirme eğilimi, gerçeklikle çok az ilişkisi olan veya hiç ilişkisi olmayan uzun ve aşırı ayrıntılı açıklamalarla kendini gösterir. Ayrıca, aşırı zihinselleştirmeye eğilimli bireyler, kendilerini özellikle iyi zihinselleştiriciler olarak gördükleri için öz-bildirim ölçümlerine önyargılı cevaplar verebilmektedirler.[259] Buna karşılık, sağlıklı zihinselleştirme, daha önce de belirtildiği gibi zihinsel durumların opaklığının kabul edilmesiyle karakterizedir.[3,261] Bu nedenle, gerçek bir zihinselleştirme duruşu, kişinin hem kendi hem de başkasının zihinsel durumlarını bilme konusundaki alçakgönüllülüğünü temsil etmektedir.[262]

2.2.6. Zihinselleştirme ve Psikopatoloji

Zihinselleştirmedeki normal gelişimden sapmalar birçok alanda zorluğa ve ciddi psikopatolojik sorunlara yol açmaktadır. Zihinselleştirmedeki sınırlılıkların ergenlerde psikolojik sorunlara karşı savunmasızlık yaratabileceğine ilişkin önemli bulgular elde edilmiştir. Çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalar, klinik olmayan örneklerle karşılaştırıldığında klinik örneklerde Yİ puanlarını daha düşük saptamıştır.[263] Farklı metodoloji teknikleri uygulayan çalışmalar, çocuk ve ergenlerde düşük Yİ düzeylerini, madde kötüye kullanımı, depresyon, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ve psikoz ile ilişkilendirmiştir.[264–266]

Yeme bozuklukları zihinselleştirme bozuklukları ile ilişkilendirilen ve çokça araştırılan psikopatolojilerden biridir.[267] Skårderud'a göre[268], bozulmuş zihinselleştirme, zorlanılan duyguları düzenlemenin ve kontrolü ele geçirmenin bir yolu olarak, kısıtlı yeme veya çıkarma gibi bazı anoreksiya nevroza semptomlarını açıklamaktadır. Ergenlerle zihinselleştirme ve bağlanmanın yeme patolojisi ile ilişkisini araştıran bir çalışmada, 76 kız (9-12 yaş) katılımcıya yeme patolojisinin özbildirim ölçekleri ve her biri ile ilgili hikaye oluşturmaları istenen beş resim görevi uygulanmıştır. Yeme patolojisi ölçeğinde yüksek puan alan grubun, düşük puan alan gruba kıyasla zihinsel dil kullanımına bağlı ölçülen zihinselleştirme puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu gösterilmiştir.[269] 15-19 yaş arası obez 100 kız ergenin katıldığı çalışmada obez grubunda yansıtıcı işleyiş ölçeğinde daha düşük kesinlik ve daha yüksek belirsizlik saptanmış ve normal kilolu gruba göre duyguları tanıma, ifade etme ve yansıtma güçlüğü de tespit edilmiştir.[270]

Çocuk ve ergenlerde içselleştirme sorunları ile ilgili bulgular karmaşık görünmektedir Genel olarak içselleştirme sorunlarının düşük zihinselleştirme kapasitesi ile ilişkili olduğu birçok çalışma tarafından ortaya koyulmaktadır.[271,272] Diğer yandan bazı çalışmalar zihinselleştirme güçlükleri ile içselleştirme semptomları arasında anlamlı ilişki bulamazken daha yüksek zihinselleştirme kapasitesine sahip ergenlerin daha yüksek depresyon belirtileri gösterdiğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır.[273,274] 8-10 yaş arası çocuk ve ergenlerin dahil edildiği Kanada'da yapılan bir çalışmada kendine yönelik yüksek Yİ'nin, kişinin kendisi tarafından bildirilen içselleştirme semptomlarının daha yüksek düzeyini öngördüğünü göstermiştir.[253] Bu durumun kaygılı ve depresif duygudurumları hızlı değişikliklerle karakterize olan bu gelişimsel dönemde ergenlerin duygu farkındalıklarının artmasının ve başkalarıyla olan ilişkileri üzerine düşünme kapasitelerinin gelişmesinin bir yan ürünü olabileceği ifade edilmektedir.[274]

Psikozlu bireyler, paranoid sanrılarda olduğu gibi yalnızca fiziksel gözlemlenebilir davranışlara dayalı olarak başkalarının niyetleri hakkında katı inançlar geliştirirken, içsel zihinsel durumlar temelinde alternatif bakış açılarını değerlendirme kapasitelerini kaybederler (teolojik mod).[275] Zihin kuramı çalışmalarından elde edilen meta-analitik veriler, psikotik hastalıkların seyrinde zeka puanı, yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak zihinselleştirme eksikliklerinin varlığını doğrulamıştır.[276] Barragan ve ark.[277] tarafından bildirilen ergenlikte zihinselleştirme eksiklikleri ile pozitif psikotik belirtiler arasındaki ilişkiler yetişkin örnekleri ile yapılan çalışmalarla uyumlu sonuçlanmıştır.

Yİ ve davranım bozukluğu ilişkisi ile ilgili literatüre baktığımızda zihinselleştirme becerilerinin ergenlerde istismar öyküsü ile dışa vurma davranışı arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur.[278] Çocuklarda, dışsallaştırma sorunlarının zihin kuramındaki bozukluklar ve çarpık zihinselleştirme ile ilişkili olduğu da gösterilmiştir.[279]

Somatoform bozukluklar ile zihinselleştirme ilişkisi üzerine yapılan araştırmalar, biyolojik stres sisteminde kronik bir düzensizlik durumu, buna bağlı ağrı ve yanı sıra depresif ruh hali, kaygı ve yorgunluğun ortaya çıktığı bir model sunmaktadır.[280] Bu durumda hasta giderek kendi bedenini, kendiliğini içeriden tehdit eden yabancı bir nesne olarak deneyimlemeye başladıkça, zihinselleştirmede daha fazla bozulma meydana gemektedir.[281]

Otizm spektrum bozukluğunda zihin kuramı ile ilgili eksiklikler olduğuna dair uzun süredir var olan bilginin yanında, bu bireylerin zihinselleştirme kapasitelerinde çok çeşitli bozukluklar olduğunu belgeleyen araştırmaların sayısı da artmaktadır.[282] Çalışmalar aynı zamanda madde bağımlılığı, patolojik kumar oynama, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi diğer bozukluklarda zihinselleştirmenin rolünü ele almışlardır.[283–285] Ayrıca TSSB ile ilgili yakın tarihli bir metaanaliz, travmaya maruz kalmış ve TSSB'si olan bireylerde sağlıklı kontrollere göre zihinselleştirmede önemli eksikliklerin olduğunu bildirmiştir.[286]

2.2.7 Zihinselleştirme ve Çocukluk Çağı Travması

Zihinselleştirmedeki bozulmanın en önemli nedeninin, erken veya geç çocukluk döneminde, kişinin zihinsel durumları hakkında düşünme kapasitesini veya geçmiş ilişkilerine dair anlatısal açıklamalar yapma yeteneğini zayıflatan psikolojik travma olduğu belirtilmektedir.[188] Çocukların kendileri ve başkaları hakkında bilgi edindiği ve zihinselleştirme kapasitelerini geliştirdiği etkileşimler içinde ebeveynin yansıtıcı duruşunun önemi göz önüne alındığında, kötü muameleye maruz kalan çocuklarda zihinselleştirme kapasitelerinde çeşitli eksikliklerin tespit edilmesi şaşırtıcı olmamaktadır.[287] Kötü muamele geçmişi olan çocukların, kötü muamele görmemiş çocuklara kıyasla önemli ölçüde daha zayıf zihin kuramı veya zihinselleştirme becerileri sergilediğini bulan çalışmalar, bu ilişkiyi destekleyen kanıtlar sağlamıştır.[7,8,288,289] Ayrıca farklı türde olumsuz deneyimlerin bir kombinasyonu, tek tür travmaya maruz kalma ile karşılaştırıldığında daha düşük Yİ puanı ile ilişkili bulunmuştur.[13] İstismar ve ihmalin 18-30 ay arasında aynada kendini tanıma, zihin kuramı ve duygusal anlayışta gecikmelerle ilişkili olduğu da gösterilmiştir.[290] Cinsel istismara uğrayan kız katılımcılarla yapılan bir çalışmada, kötü muameleye maruz kalmayan akranlarına kıyasla daha düşük duygusal anlayışa sahip olduğu ve kendi duygusal tepkilerini ve yakın ilişkilerini düşünmede zorluk yaşadıkları bulunmuştur.[291] Çocuk için erken gelişimsel dönemde meydana gelen travma, zihinselleştirme kapasitelerinin gelişimini bozarak daha sonra BKB'de ortaya çıkan duygusal düzenleme ve stres toleransı gibi ilgili sorunlara yatkın hale getirebilmektedir.[292] Başka bir bakış açısıyla zihinselleştirmenin sağlam gelişiminin, çocukluk çağı travması durumunda dayanıklılığa katkıda bulunduğu aktarılmaktadır.[12,278] Yani 'Bir sosyal biliş

biçimi' olan zihinselleştirmenin olumlu sosyal çocukluk deneyimlerine bağlı olduğu düşünülmektedir.[1]

İhmal ve/veya istismarı içeren erken olumsuz yaşam olaylarının; önyargılı zihinselleştirme, başkalarının zihinsel durumlarına aşırı duyarlılık, zihinselleştirmenin savunmacı bir şekilde engellenmesi veya bu özelliklerin bir kombinasyonu ile zihinselleştirmeyi ciddi şekilde bozma potansiyeline sahip olduğu belirtilmektedir.[293,294] Kötü muamelede bulunan ebeveynlerin çocuklarının duygusal ifadelerini anlamakta daha fazla güçlük çektikleri ve onlarla daha az duygu odaklı etkileşime girdikleri gösterilmiştir.[290] İstismar uygulayan ebeveynler, çocuğun içsel deneyimini hayal edememekte veya hayal etme konusunda isteksiz olmakta ve zihinsel durumlar hakkında uygun konuşmaları engelleyebilmektedir. Bazı ebeveynler çocuklarına neden oldukları sıkıntıyla ilgilenmekten kaçınmak için zihinsel durumlarla ilgili düşüncelerin gelişimini aktif olarak ketlemektedir.[205,261] Aynı zamanda istismar ve/veya ihmalin hakim olduğu bir ortamda büyüyen çocuk, duyguları tanıma ve düzenleme becerisini kazanmak için gerekli olan duyarlı bir bakıcıdan da yoksundur.[295] Eşleştirilmiş kontrollerle karşılaştırıldığında, cinsel istismara uğramış çocukların annelerinde zihinselleştirme becerilerinin azaldığını gösteren kanıtlar vardır.[296] Cinsel istismar öyküsü olan 46 çocuk ve anneleri ile yapılan başka bir çalışmada ebeveynlerinin çocuklarına ilişkin daha düşük Yİ'ye sahip oldukları ve çocuğun öznel duygusal deneyimi hakkında daha az düşünebildikleri gösterilmiştir.[287]

Çocuğun bakış açısına göre istismarcı, sert ve reddedici ebeveynlik tutumları başkalarının güvenilmez ve düşmanca algılanmasına yol açmaktadır.[297] Özellikle istismarcı bir bağlanma figürü olduğunda istismar deneyimi ve başkalarının kötü niyetleriyle karşılaşma, bağlanma ilişkilerini sürdürmek ve kaygıyı azaltmak için zihinselleştirmenin savunmacı bir şekilde engellenmesine katkıda bulunmaktadır.[298] Bu kısa vadeli hayatta kalmaya hizmet eden adaptasyon mekanizması bireyin etkili sosyal öğrenmesi ve duygu düzenleme kapasitesinin gelişimi üzerine olumsuz etkilere sahiptir.[299] Ayrıca bu savunma stratejisi travma geçirmiş bireyler tarafından, sosyal desteği etkili bir şekilde kullanmayı engellediği için zayıf travma sonrası uyuma ve zihinselleştirmede daha fazla bozulmalara neden olmaktadır.[300]

ÇÇT zihinselleştirmede bozukluklara yol açtığında klinik tablo; başkalarının zihinsel dünyaları hakkında bariz bir hayal gücü eksikliği, kafa karışıklığı ve kendi zihnine

ilişkin bir içgörü eksikliği olarak ortaya çıkmaktadır.[191] Kronik olarak korkan veya utanan travmatize olmuş bireylerde merak da ciddi şekilde engellenmektedir. Bu durumda dikkatleri, başka bir kişinin ne düşünebileceğine açıklık getirmek yerine, algılanan tehdit ipuçlarıyla sınırlı kalabilmektedir. Dahası, istismarcı çocuğu az önce olanları inkar etmeye zorladığında, mağdur başkalarının düşünce ve duygularına ilişkin değerlendirmesine olan güvenini de kaybeder.[301] Duygusal açıdan istismarcı veya zihinsel durumları tartışmanın mümkün olmadığı çocukluk ortamları, sezgisel (daha derinlemesine düşünmenin aksine) ve duygu odaklı (bilişselin aksine) zihinselleştirmeyi destekleyen başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesine de yol açmaktadır.[205]

2.3. Kimlilk Duygusu

2.3.1. Kimliğin Tanımı ve Özellikleri

Kimlik duygusu birey olarak benzersiz ve kendine özgü bir tarz içinde var olduğunu ve bu tarzın süreklilik gösterdiğinin duyumsayışı olarak ifade edilmektedir.[302] Erikson[303] kimliği, "Bireyin biricikliğinin bilinçli duygusu; deneyimlerin sürekliliği için bilinçsizce çaba ve grubun düşünceleri ile dayanışma" olarak tanımlamaktadır. Marcia'ya göre[304] kimlik, bireyin dürtülerinin, inançlarının ve kişisel geçmişinin dinamik bir sentezinden oluşmaktadır. Waterman[305] kimliğin, yaşam hedeflerini gerçekleştirmede yardımcı olarak kişinin kendini gerçekleştirmeye yönelik en iyi potansiyelini ortaya çıkardığını vurgulamaktadır. Kimlik literatürde en genel anlamıyla, bireyin "Ben kimim?" sorusuna verdiği yanıt olarak bilinmektedir.[306]

Kimlik; ego kimliği, kişisel kimlik, öz kimliği, grup kimliği, kültürel kimlik, ulusal kimlik gibi çok çeşitli bağlamlarda kullanılan bir terim olmakla birlikte Erikson'nun üzerinde durduğu egonun işlevselliği sonucu oluşan ego kimliği olmuştur.[307] Erikson[308], ego kimliğini "Kişinin içsel aynılığı ve sürekliliği sürdürme yeteneğine olan güveni" olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma ve kimliğin sosyal-bilişsel ve psikopatoloji odaklı psikodinamik açıklamalarına dayanarak Goth ve ark[309] kimlik gelişiminin iki anlamlı bileşenini öne sürmüştür: süreklilik ve tutarlılık. Ayrıca bu tanıma, bireyin kendi aynılığı ve sürekliliğine ek olarak başkalarınca da bu aynılığın ve sürekliliğin tanındığı bir sosyal yön de dahil edilmektedir.[310] Böylece kimlik duygusunun oluşmasında sosyal çevreyle olan ilişkilerin önemi vurgulanmaktadır.[311] Aile üyeleri ve arkadaşlarıyla destekleyici ve

duyarlı ilişkiler, ergenlerin kimlik seçeneklerini keşfedebilecekleri güvenli bir temel oluşturmaktadır.[312]

Ergenlik, kimliğin ortaya çıkışında kritik bir aşama olarak kabul edilmekte ve bu dönemdeki ergenlerin temel ve en önemli gelişimsel görevinin kendi benzersiz kimlik duygusunu oluşturmak ve ait hissettiği sosyal çevrede diğer kişilerle anlamlı ilişkiler kurmak olduğu ifade edilmektedir.[313] Erikson[308] kimlik gelişiminin çocukluk yıllarından itibaren başladığını belirtmekle birlikte esas olarak ergenlikte kişinin temel gelişimsel görevi olduğunu ve yaşam boyu sürdüğünü belirtmiştir. Ergenlikte kimlikle ilgili keşif davranışının yoğunlaşmasında, fiziksel görünüşte meydana gelen değişiklikler, gelişen bilişsel kapasite, toplumun beklentileri ile karşı karşıya kalma ve ergenliğin gelecekle ilgili önemli kararlar alma zamanı olması gibi nedenler bulunmaktadır. Bir yandan çocukluk özdeşimlerinin ve kendilik algılamalarının sürdürülmesi diğer yandan toplumsal beklentiler, ergendeki değişimi ve kimliğinde düzenlemeler yapmayı zorunlu kılmaktadır.[314] Başarılı kimlik duygusu geliştirmiş ergenlerin yaşamın birçok alanında daha yüksek düzeyde psikososyal uyum bildirdikleri ve yaşam memnuniyeti, özsaygı, akademik başarı gibi olumlu sonuçlara sahip oldukları bulunmuştur.[315] Ayrıca kimlik duygusu, ergenlerin kendilerini diğerlerinden ayrı, özerk bir kişi olarak farklılaştırmalarına ve kendi sınırlarına saygı duymalarına yardımcı olmaktadır.[316]

2.3.2. Kimlik Karmaşası

Erikson'un psikososyal gelişim kuramına göre ergenlik döneminde kimlik duygusuna karşı kimlik karmaşası çözülmesi gereken temel çatışmayı oluşturmaktadır.[303] Tutarlı bir kimlik duygusuna ulaşmak ergenlikte kritik bir gelişimsel dönüm noktasıdır.[317] Bu dönemde, çocukluktaki içe atmalar ve özdeşimler uyum sağlama işlevlerini kaybederek ergenleri bunları gözden geçirmeye ve daha soyut bir düzeyde ego kimliği ile bütünleştirmeye zorlamaktadır. Ergen, uygun bir kimlik arayışı sürecinde özdeşim kurduğu çeşitli rolleri deneyerek, "Gerçek ben"i bulabilmek için bir rolden diğerine geçer. Ergen kimliğiyle ilgili oldukça zor olan bu keşif sürecinde kendisini sürekli değerlendirir, eleştirir ve kendisi için en uygun benliği kazanmaya çalışır.[318] Bu süreçte ortaya çıkan kimlik bunalımı, her ne kadar olumsuz bir anlam çağrıştırsa da gencin kendisi için uygun kimliği edinme sürecinde kaçınılmaz olarak yaşaması gereken bir durumdur. Bu kriz dönemi, önceden kabul edilen fikirlerin, değerlerin ve inançların sorgulanmasını, farklı inanç

sistemlerinin ve hayat tarzlarının keşfini içerir.[308] Normatif kimlik krizinin kaynağı gelişimin kendisi olarak görülürken buna karşılık, kimlik karmaşası, krizi başarılı bir şekilde çözememek, sürekli ve tutarlı bir kimlik elde etmekte yetersiz kalmak anlamına gelmektedir.[319] Kernberg'e göre[320] kimlik karmaşası, ergenin yeni elde ettiği bağımsızlığın ve ebeveynlere bağlılığın yarattığı belirsizliği çözememesinden, kendisinin ve başkalarının zihinsel temsillerini bütünleştirmedeki yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Akhtar[321] kimlik karmaşasını bölme düzeneğine bağlı olarak ciddi biçimde bozuk nesne ilişkilerinin belirtisi olarak görmekte ve sadece sınır, narsistik, antisosyal, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluğu olan bireylerde görülebileceğini düşünmektedir. Clarkin ve ark.[322] göre ise kimlik karmaşası, mesleki, aile içi ve sosyal etkileşimlerde bulunma, ortak sosyal normlara uyma ve kendi duygusal durumunu ve kendileri hakkındaki kafa karışıklıklarını değerlendirmede zorlukla karakterize edilmektedir.

Kimlik karmaşası içindeki gencin dürtüsel davranabildiği, ani tepkiler ve çıkışlar gösterdiği, agresif, alıngan tavırları olabilceği, bu yüzden ailesi ile sık sık çatışma yaşadığı belirtilmektedir. Ayrıca kişiye ruhsal çökkünlük, aşırı taşkınlık ve sosyal uyumda sorunlar eşlik edebilmektedir.[323] Kimlik karmaşası rollere ve mesleki seçimlere bağlılıkta zorlanma, hayattaki rolünden emin olamama, kendini bulamamışlık hissi, benliğini tutarlı bir bütün olarak görememe ve kendine yabancılaşma gibi çeşitli şekillerde kendisini göstermektedir.[324] Bu bireyler yakın ilişkilerde kendi nitelikleri, duyguları ve arzuları ile karşısındakini bütünleştirerek, ilişki sona erdiğinde kimliğini kaybetme korkusu yaşayabilmektedir. Bu durum bireyin kişiler arası ilişkilerden kendini çekmesi veya bu ilişkileri sınırlı ve yüzeysel olarak sürdürmesi ile sonuçlanmaktadır.[303] Bazı bireyler yaşamında neyi tercih edeceğiyle ilgili kafa karışıklığını daha uç boyutlarda yaşayarak içinde bulunduğu toplum ve ebeveyn değerleri ile uygunsuz veya olağandışı bir rol veya grup kimliği olan "ters kimlik" seçerek bu durumdan kurtulmaya çalışabilmektedir.[307]

Kimlik karmaşası bazı gençlerde ruh sağlığının bozulmasına kadar ciddi sonuçlara varabilmektedir. Araştırmalar, kimlik karmaşasının depresyon, alkol ve madde kötüye kullanımı ve yeme bozuklukları olmak üzere çeşitli psikiyatrik rahatsızlıkların gelişmesinde etken olabildiğini göstermektedir.[325–327] Ayrıca ergenlikte yaşanan kimlik sorunlarının erişkinlik döneminde sadece BKB ile değil tüm kişilik bozukluğu alt tipleri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.[322]

2.3.3. Kimlik Karmaşası ve Çocukluk Çağı Travmaları

Bakımverenin çocukla kurduğu ilişki onun gereksinimlerini doğru algılayan ve uygun tepkiler veren bir tarzda olduğunda çocukta kendilik algısı ve ileri dönemde kimlik gelişimi sağlıklı bir şekilde gerçekleşebilecektir.[311] Bu bakış açısından, travmatik deneyim özellikle aile içinde yaşandığında ÇÇT'nin kimlik gelişimini olumsuz yönde etkilediği öne sürülmektedir.[328] Travmatik bir olayın ardından ergenler kendilerine veya geleceğe ilişkin olumsuz beklentiler, kendini suçlama ve kendinden uzaklaşma duyguları, daha önce zevk alınan etkinliklere olan ilginin azalması veya sosyal bağlamda içe çekilme gibi belirtiler yaşayabilmekte ve bunların tümü kimlik oluşumunu olumsuz yönde etkilemektedir.[329] Ergenlerin kimlik gelişimi, psikososyal stres etkenlerinden önemli ölçüde etkilenebilir ve onları ruh sağlığı sorunları geliştirme riskiyle karşı karşıya bırakabilir.[330] Bu konuda yapılmış araştırmalar travma ve kimlik karmaşası arasındaki teorik bağlantıları doğrulamaktadır. Ergenlerin kimlik sorunları ile aile içi şiddete tanık olma, cinsel istismar, savaşa maruz kalma ve zorunlu göç yaşama gibi travmatik olaylar arasında önemli ilişkiler olduğu ortaya koyulmuştur.[331,332] Bir çalışma fiziksel ihmal öyküsü olan gençlerin, kötü muamele görmemiş çocuklara kıyasla kimlik sorunları ölçeğinde önemli ölçüde daha yüksek puanlara sahip olduğunu göstermektedir.[333]

Kötü muamele deneyiminin, kişinin kendisinde zihinsel durumları hayal etme ve davranışı altta yatan zihinsel durumlarla ilişkilendirme yeteneğinin olumsuz etkilenmesi aracılığıyla kimlik gelişimini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir. Alanyazında iki çalışma, bozulmuş zihinselleştirme becerilerinin çocukluktaki duygusal istismar ile ergenlik döneminde kişilik patolojisi arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermektedir [334,335]. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki bir psikiyatri hastanesinde yatarak tedavi gören çocuklukta kötü muameleye maruz kalmış 107 ergen ile yapılan çalışmada toplam kötü muamelenin yüksek puanları daha yüksek düzeyde kimlik karmaşası ile doğrudan ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada duygusal istismar ve ihmal ile fiziksel ihmal psikiyatrik bozukluğu olan ergenlerden oluşan bu örneklemde kimlik karmaşasıyla en güçlü ilişkilere sahiptir.[336]

2.3.4. Kimlik Karmaşası ve Zihinselleştirme

Zihinselleştirmenin daha güçlü bir kimlik duygusu gelişmesinde önemli olduğu gösterilmiştir.[262] Çünkü güvenli bağlanma ilişkileri içinde zihinselleştirme sayesinde kişi kendi dayanıklılığını, kim olduğunu ve kendisi için neyin önemli olduğunu keşfedebilmekte ve geliştirebilmektedir. Ergenlikte zihinselleştirmenin gelişiminin, kayıp ve değişimlerin sağlıklı işlenmesini sağladığı, kendisinin ve başkalarının zihinsel durumlarını yorumlayarak duyguların düzenlenmesine, dürtü kontrolüne ve kimliğin tutuarlılık duygusunun korunmasına yardımcı olduğu belirtilmektedir.[3]

Kötü muameleye maruz kalan çocuklarda meydana gelen zihinselleştirmedeki bozuklukların, çocuğun kendi ve başkalarının zihinsel durumunu algılama ve kendi zihniyle diğerleri arasındaki sınırları ayırt etme kapasitesini engellediği ifade edilmektedir. Bunun sonucunda da ergenlerde diğerlerinden farklı, bütünleşik bir kimlik geliştirme zorlukları ortaya çıkmaktadır.[14] Zihinselleştirmedeki bozuklukların kimlik karmaşasına yol açtığı düşünülmekte ve bu da BKB'da olduğu gibi bazı karakteristik kişilerarası sorunları açıklamaktadır. Ayrıca başka bir çalışma hem zihinselleştirme güçlükleri hem de kimlik karmaşası arasındaki ilişkiyi doğrulamış ve kimlik karmaşasının, zihinselleştirmede güçlükler ile kişilerarası sorunlar arasındaki ilişkiye tam olarak aracılık ettiğini göstermiştir.[337]

Kimlik duygusu kazanamamış bireylerin sağlıklı akranlarına göre, başkalarını zihinselleştirme ve onlara güvenme konusunda daha fazla zorlandıkları ve bunun sonucunda daha yüksek düzeyde kaygıya ve psikopatolojik belirtilere sahip oldukları görülmüştür. 14-17 yaş arasında 188 lise öğrencisi ile yansıtıcı işlev ve kimlik arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada yansıtıcı işlevin kimliğin süreklilik ve tutarlılık bileşenleriyle doğru orantılı olduğu saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışma klinik semptomları olan ergenlerin, daha düşük düzeyde yansıtıcı işlev ve daha fazla kimlik karmaşası yaşadığını göstermiştir.[263] Ek olarak, zihinselleştirme becerilerinin yetişkinlerde daha fazla kimlik bütünleşmesi ile ilişkili olduğu saptanmış bu nedenle zihinselleştirme temelli tedavilerin ergenlerde kimlik gelişimini teşvik etmek için dikkate alınması gereken bir müdahale yöntemi olduğu vurgulanmıştır.[262]

Zihinselleştirmedeki sorunların başlangıçta kişilik bozuklukları özellikle de borderline kişilik bozukluğunun teorisi ve tedavisi kapsamında incelenmiş olması

literatürde daha çok BKB ile Yİ ilişkisi ile ilgili çalışmalara rastlanmasına neden olmuştur.[338,339] Ampirik çalışmalar, şiddetli kişilik bozukluğu olan hastaların normal insanlardan daha düşük zihinselleştirme kapasitelerine sahip olduğunu göstermiştir.[340] Benzer şekilde borderline özelliklere sahip yatan ergen hastalarda zihinselleştirmenin bozulduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır.[341] BKB olan ergenler ile kontrol grubunun karşılaştırıldığı başka bir çalışmada duygusal istismar başta olmak üzere çocuklukta kötü muamelenin azalmış zihinselleştirme becerisi aracılığıyla borderline özellikleri yordadığı saptanmıştır.[335]

Sharp ve ark.[342] ortaya koyduğu hiperzihinselleştirme modelinde BKB olan bireylerde zihinselleştirmenin dört kutbu arasında esnek bir şekilde hareket etmek yerine yalnızca bir ucun baskın olarak kullanıldığı aktarılmaktadır. BKB'si olan hastalar duygularının etkisinde kalırlar (duygusal kutup), çok hızlı varsayımlarda bulunurlar (örtülü kutup) ve özellikle terk edilme ve reddedilme olarak algıladıkları başkalarının dış ipuçlarına (dışsal kutup) odaklanırlar.[205] Birçok araştırma, BKB olan bireylerin, olmayan kontrol grubuna göre daha yüksek hipermentalizasyon seviyeleri sergilediklerini saptamıştır.[343–345] Benzer şekilde BKB özelliklerine sahip ergenlerin aşırı derecede karmaşık çıkarımlar yapma ve sosyal ipuçlarını, işaretleri ve zihinsel durumları çoğu zaman gerekçesiz olarak aşırı yorumlama eğiliminde oldukları bilinmektedir.[342] Bu nedenle hiperzihinselleştirme ergenlerde kişilik bozukluğu gelişiminde merkezi bir rol oynamaktadır.[346] Son zamanlarda başka çalışmalar da bu bulguları desteklemiş ve hipermentalizasyonun BKB'li ergenlerde semptomları ve kişilerarası işlevselliği etkileyen önemli bir tedavi hedefi olabileceğini öne sürmüştür.[345]

2.4. Disosiasyon Ve Zihinselleştirme

Çocukluk çağı travmasının, travmatize olmuş bireyi dissosiyatif patoloji geliştirmeye yatkın hale getiren ayrışmış zihinsel temsillere yol açtığı öne sürülmüştür.[347] Disosiasyon, bireyin son derece tutarsız veya bunaltıcı düşünceleri, anıları ve duygularını bölerek sıkıntılı olayları tolere etmesine olanak tanıyan zihinsel bir süreçtir.[348] Bu durum, bilinç, hafıza, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranışın bütünleşmesinde bir kopukluğa neden olur. Disosiasyon kişilik işleyişinin ve benliğin bütünleşmesinin tüm alanlarını etkiler.[349] Disosiasyon, karmaşık ve çok yönlüdür, a) bilinç değişikliği veya benlik ve çevreden kopma, b) psikolojik yapıların ayrılması ve biliş,

duygulanım, bellek gibi normalde entegre olan nörobiyolojik sistemlerin ayrılığı ve c) ezici fiziksel veya psikolojik acıdan zihinsel bir kaçış biçimi gibi temel özelliklere sahiptir.[350] Dissosiyatif süreç, beyindeki morfolojik değişikliklerle ilişkili strese verilen birincil tepki olarak anlaşılabilir ve duygusal ipuçlarına ve bilişsel kontrole artan amigdala tepkisi ile bağlantılıdır.[351] Liotti ayrıca benliğin ve bakıcının ayrışmış temsillerinin düzensiz bağlanmanın tipik bir özelliği olduğunu ve travma karşısında düzensiz bağlanma sisteminin aktivasyonunun bir sonucu olarak çözülme belirtilerinin ortaya çıkabileceğini öne sürmüştür.[352] Çocukluktaki istismar veya ihmalin yetişkinlikte disosiasyon belirtilerinin daha erken yaşta başlamasıyla, ayrıca daha uzun süreli istismara maruz kalmanın daha yüksek disosiyasyon puanlarıyla ilişkili olduğu da gösterilmiştir.[353]

Kompleks TSSB veya dissosiyatif bozukluk tanısı olan bireylerin, hafiften şiddetliye farklı derecelerde yansıtıcı işlevsellikte kronik zorluklar yaşama eğiliminde olduğu gösterilmiştir.[294] Cinsel istismarın, çocuğun zihinselleştirme kapasitesinin gelişmesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu ve artan disosiyatif belirtilere yol açtığı pek çok araştırma tarafından saptanmıştır.[12,354] Yakın zamanlı 67 yetişkin birey ile yapılan bir çalışmada çocukluk çağı kötü muamelenin disosiasyon ile ilişkisine zihinselleştirmenin tamamen aracılık ettiği gösterilmiştir.[355] Bu sonuç, benlik ve kimliğe ilişkin biyodavranışsal mekanizmanın bozulmasıyla birlikte travmatik bir ortama işlevsiz bir uyum süreci olarak anlaşılabilmektedir.[11] Başka bir çalışma, çocukluktaki cinsel istismarın kurbanda daha düşük zihinselleştirme yoluyla daha yüksek disosiasyon düzeyleri arasında bağlantıyı saptamıştır, bu da zayıflamış zihinselleştirmenin, istismara uğramış çocuklarda disosiyatif belirtilerin potansiyel bir göstergesi olduğunu göstermektedir.[12] Çocukluk çağı travması ile travma sonrası semptomatoloji ilişkisini inceleyen kesitsel bir çalışma, daha düşük zihinselleştirmenin çocukluk travması ile disosiyatif belirtiler arasındaki bağlantıya aracılık ettiğini ortaya koymuştur.[6]

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez çalışması Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılmadan önce ergenler kendileri için hazırlanmış olan Katılımcılar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu, ebeveynler ise Ebeveynler için Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu okumuş ve onam formunu imzalamışlardır. Etik kurul onayı 23.09.2021 tarihli 2021/267 sayı ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

3.1. Örneklem

Çalışmaya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Travma Polikliniklerine Eylül 2021 – Ağustos 2022 tarihleri arasında başvuran ya da takip ve tedavisi devam eden ya da istismara uğramış olması nedeni ile adli psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden, belirgin fiziksel ya da zihinsel hastalığı bulunmayan 12–18 yaş arasında 53 ergen dahil edilmiştir. Kontrol grubunu ise herhangi bir nedenle Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran, herhangi bir ruhsal bozukluk tanısıyla takip edilen fakat travma öyküsü bulunmayan, çalışmaya gönüllü olan 12-18 yaş arasında 53 ergen oluşturmuştur.

Çalışma Grubunun Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 12-18 yaş aralığında olması.
2. Çocukluk ya da ergenlikte ruhsal travma öyküsü bulunması.
3. Bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmayı onaylamış olması.

Kontrol Grubunun Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 12-18 yaş aralığında olması.
2. Çocukluk ve ergenlikte ruhsal travma öyküsü bulunmaması.
3. Bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmayı onaylamış olması.

Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. Madde kullanım bozukluğu.
2. Mental retardasyon.

3. Otizm Spektrum Bozukluğu.
4. Şizofreni ve Bipolar bozukluk.
5. Konuşma ve anlamayı engelleyecek düzeyde iletişim ve dil sorununun olması.
6. Genel tıbbi durumunu etkileyen kronik bir hastalık varlığı.
7. Araştırma örneklemi için belirtilen yaş aralığında olmama.

Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın ana hipotezi: Ergenlerde çocukluk travması ile disosiasyon ve kimlik karmaşası arasındaki ilişkiye zihinselleştirme becerilerindeki güçlükler aracılık etmektedir.

Hipotez 1: Çocukluk çağı travmaları ile zihinselleştirme becerileri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 2: Çocukluk çağı travmaları ile kimlik karmaşasının yoğunluğu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3: Çocukluk çağı travmaları ile disosiasyon düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 4: Zihinselleştirme güçlükleri ile kimlik karmaşasının yoğunluğu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 5: Zihinselleştirme güçlükleri ile disosiasyon arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

3.2. Yöntem

Polikliniğimize ruhsal travma nedenli başvurusu olan ya da takip edilen çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalara takip görüşmelerine geldiklerinde yüz yüze ulaşılmış ve çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan ve hastaların ebeveynlerinden formları yüzyüze ya da online olarak doldurmaları istenmiştir. Hastalara sosyodemografik veri formu, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ), Kimlik Durumu Değerlendirme Aracı (KDDE), Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği- Ergen (YİÖ-E) Formu verilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmaya alınan ergenlerin sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi toplama amacıyla alanyazın temel alınarak araştırmacı tarafından hazırlanan "Sosyodemografik Bilgi Formu" kullanılmıştır. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, ikametgâh yeri, kardeş sayısı, evde yaşayan kişi sayısı, aile yapısı, gelişim dönemlerinde bakımından sorumlu olan kişiler, anne ve babanın eğitim durumu, aylık gelir durumu, anne ve babanın çalışma durumu ve meslekleri, oturdukları evin kime ait olduğu, çocuğun sorunlarını paylaştığı kişiler, alkol, sigara ve madde kullanımı, okul başarı ve devamsızlık durumu, ailede tıbbı ve psikiyatrik hastalık öyküsü, çocuğa yönelik fiziksel, cinsel ve duygusal istismar olmak üzere travmatik yaşantı öyküsü, travma varsa ne şiddette yaşadığını ve ne kadar etkilendiğini düşündüğü ile ilgili bilgiler araştırmacı tarafından sorularak doldurulmuştur. Ayrıca Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının 5. Baskısına (DSM-5) göre bir çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından en az iki görüşme sonunda netleştirilen ruhsal tanı bilgileri ile cinsel istismarın nitelikli/niteliksiz olması, ensest/aile dışından gelmesi, tek/birden fazla kez yaşanması gibi bilgiler genci takip eden poliklinik doktorundan alınmıştır.

3.3.2.Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)

Bernstein'nin 1994 yılında oluşturduğu 70 maddeden oluşan, çocukluk ve ergenlik sürecindeki ihmal ve travma yaşantılarını ölçmeye yönelik ölçek, 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçek 1995'te 54 maddeye düşürülmüş ve beş alt ölçeğe ayrılmıştır. Türkçe uyarlaması 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından 28 madde olarak yapılmıştır.[356] Çocukluk ve ergenlikteki örselenme ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak taramaya yönelik bu ölçekte seçenekler (1) hiçbir zaman, (2) nadiren (3) bazen, (4) sıklıkla ve (5) çok sık olarak sunulmuştur. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ve duygusal ve fiziksel ihmali konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Ölçekteki yüksek puanlar çocukluk çağı travmalarının fazlalığını ifade etmektedir.

3.3.3.Kimlik Durumu Değerlendirme Aracı (KDDA)

Kimlik gelişiminin farklı alanlarını sorgulayan 28 maddelik bir ölçüm aracıdır. Türk gençleri için geliştirilmiş ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.[302] Ölçeği dolduran ergen her maddeyi okuyup kendine uygunluğuna göre 1-5 arasında puan verir (1=bana hiç uymuyor, 2=bana pek uymuyor, 3=bana biraz uyuyor, 4=bana oldukça uyuyor, 5=bana tümüyle uyuyor). Tüm maddelere verilen puanlar toplanarak toplam puan hesaplanır. Toplam puan arttıkça kimlik karmaşasının arttığı kabul edilmektedir. Ölçeğin kimlik karmaşası için kesim noktası 70 puandır.

3.3.4. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (E-DYÖ)

Ölçek Armstrong ve arkadaşları tarafından 11-18 yaş arasındaki çocuk ve gençlerde disosiyatif yaşantıları taramak amacıyla oluşturulmuş öz bildirime dayalı ölçektir.[357] 30 maddeden oluşur ve her bir madde için 0-10 (0- asla, 10- her zaman) arasında puanlama yapılması istenmektedir. E-DYÖ puanı bütün skorların toplanıp 30'a bölünmesi ile elde edilir. Ölçekte dissosiyatif yaşantılar dissosiyatif amnezi, absorbsiyon, depersonalizasyon/derealizasyon ve etki altında kalma olmak üzere dört temel alanda kategorize edilmektedir. Her bir alt ölçek için o alt ölçeği oluşturan maddelere verilen yanıtların toplamının ortalaması alınır. Türkçe'ye çevirisi yapılmış ve geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir.[358]

3.3.5. Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği- Ergen (YİÖ-E)

Ergen bireyin zihinselleştirme becerilerini değerlendirmek amacıyla Sharp ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği'nin ergenler için uyarlanmış öz bildirim ölçeğidir.[359] Toplam 46 maddeden oluşan ölçek 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 6 (kesinlikle katılıyorum) arasında değişen 6'lı Likert tipi değerlendirme sağlamaktadır. Ölçek A ve Ölçek B olmak üzere farklı puanlama sistemleri olan iki alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek A'da ortadaki yanıtlar ("kısmen katılıyorum" veya "kısmen katılmıyorum") yüksek puanlar almakta ve zihinsel durumların opaklığına (belirsizliğine) dair farkındalığı yansıtmaktadır. Diğer yandan Ölçek A'daki uç yanıtlar ("kesinlikle katılıyorum" veya "kesinlikle katılmıyorum") ise zayıf zihinselleştirme becerilerini göstermektedir. Ölçek B ise "kesinlikle katılıyorum" yanıtlarının yüksek puanlandığı ve

yüksek zihinselleştirme becerisi gösterdiği maddelerden oluşmaktadır. YİÖ-E'nin toplam puanı, Ölçek A ve Ölçek B'nin puanlarının toplamından elde edilmektedir. Ölçekten alınan toplam puandaki artış zihinselleştirme becerisindeki artışı göstermektedir. YİÖ-E'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması halen sürdürülmektedir.[360]

3.4.İstatistiksel Analiz

Örneklem büyüklüğü hesaplamasında, 0,05 hata payı, 0,95 güç ve 0,75 etki büyüklüğü için iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulabilmek için G*Power 3.1.9.4 programına göre çalışmaya toplam en az 100 kişi alınması gerektiği bulunmuş; olgu grubu için 53 hasta, kontrol grubu için 53 hastanın çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır.

Veri analizi için SPSS 26 programı kullanılmıştır. Araştırmada yer alan sosyodemografik değişkenler ile anket maddelerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımı kontrol ve olgu gruplarında ayrı ayrı belirtilmiştir. İstatistiksel karşılaştırmalarda parametrik ve parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Ölçek puanlarının normalliği hangi yöntemin kullanılması konusunda karar veren önemli bir varsayımdır ve Çarpıklık-Basıklık (Skewness-Kurtosis) değerleri ±2 arasında ise puan dağılımı normaldir.[361] Ancak gruplarda veri sayısı yeterli büyüklükte değilse (N>15) gruplara göre karşılaştırmada parametrik olmayan yöntemler kullanılması önerilmektedir.[362] Bu bağlamda iki gruba göre veri sayısını her iki grupta yeterli sayıda olduğu değişkenler için normal dağılım gösteren ölçek puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi yöntemi, veri sayısının bağımsız değişkenlerin iki kategorisinde yeterli sayıda olmadığı değişkenler için ise bu yöntemin parametrik yöntemi olmayan Mann-Whitney U analiz yöntemi kullanılmıştır.[363] Üç ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon yöntemi kullanılmıştır. Ayrıca zihinselleştirme becerilerinin aracılık etkisi ise hiyerarşik regresyon analizi ile incelenmiş olup gerekli varsayımlar test edilmiştir.[364] İstatiksel analizler $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde karşılaştırılmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılanların Genel Özellikleri

Çalışmada olgu grubu çocukluk çağı travma öyküsü olan 53 ergenden, kontrol grubu ise travma öyküsü olmayan 53 ergenden oluşmuştur. Çalışmaya 83'ü kız (%78) 23'ü erkek (%22) toplam 106 ergen katılmıştır. Olgu ve kontrol gruplarının arasında cinsiyete göre dağılım farkı yoktur (p=0,239). Çalışmaya katılan çocukların yaşları 12-18 arasında olup, olgu grubunda ortalama yaş 15.08 (±1,58); kontrol grubunda ise 15 (±1,52) olup benzerdir. Olgu ve kontrol grubunda yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,803).

Tablo1: Katılımcılara Ait Yaş Ve Cinsiyet Özellikleri

Değişkenler		**Olgu (N=53)**	**Kontrol (N=53)**	**p**
		N (%)	**N (%)**	
Cinsiyet**	**Kız** **Erkek**	44 (83) 9 (17)	39 (73,6) 14 (26,4)	0,239
		Ort±SS	**Ort±SS**	0,803
Yaş*		15,08±1,58	15±1,52	

Ki-kare testi; *Bağımsız Gruplar T testi

4.2. Katılımcıların Sosyodemografik Veri Formu Özellikleri

Olgu grubunun %66'sı kontrol grubunun ise %62,3'ü olmak üzere her iki grup için en çok katılım ilçeden sağlanmıştır. İkametgah yeri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,286). Olgu ve kontrol gruplarında gelişim dönemlerine göre bakım verenlere bakıldığında çoğunluğu anne ve baba tarafından büyütülmüş olup her iki grup arasında 0-1 yaş, 1-3 yaş ve 3-6 yaş dönemlerde bakım veren açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). 6 yaş ve üzeri büyüten kişiler açısından ise gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmaktadır (p=0,015). Anlamlı farklılık için hangi gruplar arasında fark olduğu Bonferroni yöntemi ile karşılaştırılmış ve tabloda gösterilmiştir. Kontrol grubundaki ergenlere olgu grubuna göre 6 yaş ve sonrasında anne ve babanın bakım verme oranı daha yüksek, büyükanne-büyükbaba ile birlikte büyüme daha düşük bulunmuştur (Tablo 2).

Olgu grubundaki hastaların sorunlarını paylaştığı kişiye göre dağılım sırasıyla arkadaş %32,1, anne-baba %24, anne-baba ve arkadaş %20,8 olup %22,6'sı ise hiç kimse ile paylaşmadığını belirtmiştir. Kontrol grubunda ise dağılım sırasıyla %37,7'si anne-baba ve arkadaş, %26.4'ü anne-baba, %20.8'i arkadaş ve %15.1'i ise hiç kimse olarak ifade etmiştir. İki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0,192) (Tablo 2).

Olgu grubundaki katılımcıların %37,7'sinin sigara, %15.1'inin alkol kullandığı, kontrol grubunda bulunanların ise %11,3'inin sigara, %5.7'sinin alkol kullandığı belirlenmiştir. Madde kullanımı, olgu grubunda sadece iki ergende bulunmaktadır. Sigara, alkol ve madde kullanımı açısından yapılan gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur (Tablo 2). Sigara kullanımı açısından iki grup karşılaştırıldığında, olgu grubunda sigara kullanımı anlamlı düzeyde daha yüksektir (p=0.002).

Ergenlerin okul başarı durumu sorusuna verdikleri cevaplara göre olgu grubunun % 54,7 ve kontrol grubunun %58,5'inin kendisine göre başarı algısı ortalama düzeydir. Olgu grubunun %15,1'i ve kontrol grubunun %26,4'ü hiç devamsızlık yapmamıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında okul başarısı düzeyi ve devamsızlık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,025; p=0,014). Olgu grubundaki ergenlerde devamsızlık yapma durumu, kontrol grubunda ise okuldaki başarı düzeyi dağılımı anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 2).

Olgu grubundaki katılımcıların %37.7'sinde, kontrol grubundakilerin ise ise %24.5'inde ailesinde tıbbi hastalık olduğu saptanmıştır. Olgu grubundaki hastaların %45.3'ünün ailesinde ruhsal hastalık varken kontrol grubundaki hastaların %17'sinin ailesinde ruhsal hastalık olduğu saptanmıştır. Ailede ruhsal hastalık varlığı açısından iki grup kıyaslandığında, olgu grubunda ailede ruhsal hastalık varlığı, anlamlı düzeyde daha yüksektir (p=0,002). Ailede tıbbi hastalık varlığı açısından ise iki grup farklılaşmamaktadır (p=0,142) (Tablo 2).

Tablo 2: Olgu Ve Kontrol Grubundaki Ergenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	**Olgu (N=53)**	**Kontrol (N=53)**	**p**
	N (%)	**N (%)**	

İkametgah Yeri	İl Merkezi İlçe Köy	16 (30,2) 35 (66) 2 (3,8)	20 (37,7) 33 (62,3) 0 (0)	0,286
0-1 Yaş Arası Büyüten	Anne-Baba Büyükanne-Büyükbaba Yetiştirme yurdu Diğer	44 (83) 8 (15,1) 1 (1,9) 0 (0)	48 (90,6) 3 (5,7) 1 (1,9) 1 (1,9)	0,328
1-3 Yaş Arası Büyüten	Anne-Baba Büyükanne-Büyükbaba Bakıcı Yetiştirme yurdu Diğer	41 (77,4) 9 (17) 2 (3,8) 1 (1,9) 0 (0)	48 (90,6) 1 (1,9) 2 (3,8) 1 (1,9) 1 (1,9)	0,093
3-6 Yaş Arası Büyüten	Anne-Baba Büyükanne-Büyükbaba Bakıcı Yetiştirme yurdu Diğer	40 (75,5) 10 (18,9) 2 (3,8) 1 (1,9) 0 (0)	46 (86,8) 2 (3,8) 3 (5,7) 1 (1,9) 1 (1,9)	0,138
6 Yaş Üzeri Büyüten	Anne-Baba Büyükanne-Büyükbaba Bakıcı Yetiştirme yurdu Diğer	**41 (77,4)[a]** **8 (15,1)[a]** 1 (1,9)[a] 3 (5,7)[a] 0 (0)[a]	**50 (94,3)[b]** **1 (1,9)[b]** 0 (0)[a] 0 (0)[a] 2 (3,8)[b]	**0,015**
Sorunları Paylaştığı Kişiler	Anne-Baba Arkadaş Anne-Baba Ve Arkadaş Hiç kimse	13 (24,5) 17 (32,1) 11 (20,8) 12 (22,6)	14 (26,4) 11 (20,8) 20 (37,7) 8 (15,1)	0,192
Sigara Kullanımı	Evet Hayır	20 (37,7)[a] 33 (62,3)[a]	6 (11,3)[b] 47 (88,7)[b]	**0,002**
Alkol Kullanımı	Evet Hayır	8 (15,1) 45 (84,9)	3 (5,7) 50 (94,3)	0,111
Madde Kullanımı	Evet Hayır	2 (3,8) 51 (96,2)	0 (0) 53 (100)	0,153
Okul Başarı Algısı	Mükemmel Ortalama Üstü Ortalama Ortalama Altı Zayıf	2 (3,8)[a] **9 (17)[a]** 29 (54,7)[a] 7 (13,2)[a] 6 (11,3)[a]	2 (3,8)[a] **18 (34)[b]** 31 (58,5)[a] 1 (1,9)[a] 1 (1,9)[a]	**0,025**
Okul Devamsızlık Durumu	Hiç 5-10 Gün 10-15 Gün Devamsızlıktan Kalma	8 (15,1)[a] **31 (58,5)[a]** 8 (15,1)[a] 6 (11,3)[a]	14 (26,4)[a] **24 (45,3)[b]** 15 (28,3)[a] 0 (0)	**0,014**
Ailede Tıbbi Hastalık	Var Yok	20 (37,7) 33 (62,3)	13 (24,5) 40 (75,5)	0,142
Ailede Ruhsal Hastalık	Var Yok	24 (45,3)[a] 29 (54,7)[a]	9 (17)[b] 44 (83)[b]	**0,002**

Ki Kare Testi, Aynı küçük harf olanlar için gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur.

4.3. Katılımcıların Aile Yapısı Özellikleri

Kardeş sayısı bakımından incelendiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,095). Evde yaşayan kişi açısından ise gruplar arasında

anlamlı fark saptanmıştır. Anlamlı farklılık için hangi gruplar arasında fark olduğu Bonferroni yöntemi ile karşılaştırılmış ve tabloda gösterilmiştir. Olgu grubunda 6 ya da daha fazla kişi ile yaşama oranı anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,02) (Tablo 3).

Katılımcıların ebeveyn birliktelikleri sorgulandığında olgu grubundaki ergenlerin %56,6'sının anne babasının birlikte olduğu, %30,2'sinin anne babasının ayrı olduğu; kontrol grubunun %90,6'sının anne babasının birlikte olduğu, %5,7'sinin anne babasının ayrı olduğu öğrenildi. Olgu grubunun %47,2'si çekirdek aile yapısına sahipken, %15,1'i geniş aile, %37,7'si parçalanmış aile yapısındaydı. Kontrol grubunun ise %86,8'i çekirdek aile, %5,7'sı geniş aile, %9,5'i parçalanmış aile yapısındaydı. Hem anne-baba ilişkisi hem de aile yapısı açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır (p=0,001; p<0,001). Kontrol grubunun istatistiksel olarak daha fazla çekirdek aile ile yaşadığı ve anne ve babasının birlikte olduğu, olgu grubunda ise parçalanmış ve boşanmış/ayrı yaşayan aile yapısının baskın olduğu tespit edilmiştir. Olgu ile kontrol grupları arasında ev durumu açısından anlamlı fark görülmemiştir (p=0,571) (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların Aile Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler		**Olgu (N= 53)**	**Kontrol (N=53)**	**p**
		N (%)	**N (%)**	
Kardeş Sayısı	Tek Çocuk 2-5 Kardeş 6 Veya Daha Fazla	5 (9,4) 45 (84,9) 3 (5,7)	10 (18,9) 43 (81,1) 0 (0)	0,095
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	1-5 Kişi 6 Ya Da Daha Fazla kişi	42 (79,2)[a] 11 (20,8)[a]	52 (98,1)[b] 1 (1,9)[b]	**0,02**
Anne Baba Birliktelik Durumu	Beraberler Boşandı Ya Da Ayrı Baba Ölmüş Anne Ve Baba Ölmüş	**30 (56,6)[a]** **16 (30,2)[a]** 5 (9,4)[a] 2 (3,8)[a]	**48 (90,6)[b]** **3 (5,7)[b]** 2(3,8)[a] 0 (0)[a]	**0,001**
Beraber Yaşadığı Kişiler	Çekirdek Geniş Parçalanmış	**25 (47,2)[a]** 8 (15,1)[a] **20 (37,7)[a]**	**46 (86,8)[b]** 3 (5,7)[a] **4 (9,5)[b]**	**<0,001**
Ev Durumu	Kendinize Ait Kira Lojman Diğer	34 (64,2) 17 (32,1) 0 (0) 1 (1,9)	35 (66) 17 (32,1) 1 (1,9) 0 (0)	0,571

Ki-Kare Testi, Aynı küçük harf olanlar için gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur

4.4. Katılımcıların Ebeveynlerine Ait Özellikleri

Çalışmaya katılan ergenlerin babalarının eğitim durumlarına bakıldığında olgu grubunda %41,5'inin ilkokul mezunu, %18,9'unun ortaokul mezunu, %24,5'inin lise mezunu, %15,1'inin üniversite mezunu; kontrol grubunda ise %17'sinin ilkokul mezunu, %15,1'inin ortaokul mezunu, %41,5'inin lise mezunu, %26,4'ünün üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Annelerinin eğitim durumlarına bakıldığında olgu grubunda %3,8'inin okula gitmediği, %43,4'ünün ilkokul mezunu, %22,6'sının ortaokul mezunu, %22,6'sının lise mezunu, %7,5'inin üniversite mezunu; kontrol grubunda ise %30,2'sinin ilkokul mezunu, %18,9'unun ortaokul mezunu, %26,4'ünün lise mezunu, %24,5'inin üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir. Olgu grubundaki ergenlerin babalarının ilkokul mezunu olma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır (p=0,022). Annenin eğitim düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (p=0,079).

Olgu grubundaki babaların %75,5'i, kontrol grubundaki babaların %90,6'sının; olgu grubundaki annelerin %30,2'si, kontrol grubundaki annelerin %32,1'inin herhangi bir işte çalıştığı gözlenmektedir. Babaların meslekleri karşılaştırıldığında, gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.007). Anlamlı farklılık için hangi gruplar arasında fark olduğu Bonferroni yöntemi ile karşılaştırılmış ve tabloda gösterilmiştir. Kontrol grubundaki ergenlerin babalarının memur olarak çalışma oranlarının anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Annelerin meslekleri açısından ise iki grup arasında fark bulunmamıştır (p=0,418). Ayrıca, katılımcıların aylık gelir düzeyi karşılaştırıldığında olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Kontrol grubundaki ergenlerin ailelerinin yüksek gelirli olma oranının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların Ebeveynlerine ait Özellikleri

Değişkenler		**Olgu (N=53)**	**Kontrol (N=53)**	**p**
		N (%)	**N (%)**	
Baba Eğitim	İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	**22 (41,5)[a]** 10 (18,9)[a] 13 (24,5)[a] 8 (15,1)[a]	**9 (17)[b]** 8 (15,1)[a] 22 (41,5)[a] 14 (26,4)[a]	**0,022**
Baba Meslek	Çalışmıyor	7 (13,2)[a]	3 (5,7)[a]	**0,007**

	Memur İşçi Serbest Meslek Emekli	**0 (0)[a]** 13 (24,5)[a] 26 (49,1)[a] 1 (1,9)[a]	**12 (22,6)[b]** 11 (20,8)[a] 23 (43,4)[a] 2 (3,8)[a]	
Anne Eğitim	Okula Gitmemiş İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	2 (3,8) 23 (43,4) 12 (22,6) 12 (22,6) 4 (7,5)	0 (0) 16 (30,2) 10 (18,9) 14 (26,4) 13 (24,5)	0,079
Anne Meslek	Çalışmıyor Memur İşçi Serbest Meslek Emekli	35 (66) 1 (1,9) 4 (7,5) 10 (18,9) 1 (1,9)	36 (67,9) 4 (7,5) 1 (1,9) 10 (18,9) 2 (3,8)	0,418
Aylık Gelir	0-2500 TL 2501-5000 TL 5001-8000 TL 8001 TL Ve Üzeri	16 (30,2)[a] **23 (43,4)[a]** 10 (18,9)[b] 4 (7,5)[b]	2 (3,8)[a] **15 (28,3)[b]** 19 (35,8)[b] 17 (32,1)[b]	**<0,001**

Ki-Kare Testi, Aynı küçük harf olanlar için gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur

4.5. Katılımcılara Ait Tanısal Özellikler

Çalışmamıza katılan ergenlerin DSM-5'e göre klinik tanıları değerlendirilmiş ve gruplar karşılaştırılmıştır. Olgu grubundaki hastaların %92,5'inde en az bir ruhsal hastalık bulunduğu, kontrol grubundaki hastaların tümü için en az bir ruhsal hastalık tanısına sahip olduğu saptanmıştır (p=0,041). Olgu grubunda major depresif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunurken kontrol grubunda anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk görülme oranı daha yüksektir. Diğer psikiyatrik hastalıklar açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Katılımcıların ruhsal hastalık dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Katılımcıların Mevcut Psikiyatrik Tanıları Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		**Olgu (N=53)**	**Kontrol (N=53)**	**p**
		N (%)	**N (%)**	
Deskriptif Tanı	Var Yok	49 (92,5)[a] 4 (7,5)[a]	53 (%100)[b] 0 (%0)[b]	**0,041**
DEHB	Var Yok	23 (43,4) 30 (56,6)	16 (30,2) 37 (69,8)	0,159
MDB	Var Yok	27 (50,9)[a] 26 (49,1)[a]	17 (32,1)[b] 36 (67,9)[b]	**0,049**

KOKGB/ DB	Var Yok	8 (15,1) 45 (84,9)	3 (5,7) 50 (94,3)	0,111
AB	Var Yok	4 (7,5)[a] 49 (92,5)[a]	23 (43,4)[b] 30 (56,6)[b]	**<0,001**
OKB	Var Yok	0 (100)[a] 53 (100)[a]	12 (22,6)[b] 41 (77,4)[b]	**<0,001**
YB	Var Yok	3 (5,7) 50 (94,3)	4 (7,5) 49 (92,5)	0,696
ÖÖG	Var Yok	5 (9,4) 48 (90,6)	2 (3,8) 51 (96,2)	0,241
TSSB	Var Yok	33 (62,3)[a] 20 (37,7)[a]	0 (0)[b] 53 (100)[b]	**<0,001**

Ki-kare testi, Aynı küçük harf olanlar için gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
MDB: Major Depresif Bozukluk
KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
DB: Davranım Bozukluğu
AB: Anksiyete Bozuklukları
OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk
YB: Yeme Bozuklukları
ÖÖG: Özgül Öğrenme Güçlüğü
TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

4.6. Olgu Grubunun Travma Yaşantısına Ait Özellikler

Olgu grubundaki ergenlerin %100'ünde travma yaşantı öyküsü mevcuttur. Travmatik olay yaşantı öyküsü olan ergenlerin %86,8'i cinsel istismar, %67,9'u fiziksel istismar, %58,5'i ise duygusal istismara maruz kalmış, %3,8'i trafik kazası geçirmiş, %9,4'ü travmatik bir kayıp yaşamıştır (Tablo 6).

Tablo 6: Olgu Grubundaki Hastaların Travmatik Olay Türleri

Değişken	**Olgu (N=53)**
	N (%)
Cinsel İstismar	46 (86,8)
Fiziksel İstismar	36 (67,9)
Duygusal İstismar	31 (58,5)
Travmatik Kayıp	5 (9,4)
Trafik Kazası	2 (3,8)

Olgu grubunda travmatik olayın görülme yaşı ortalaması 10,15 (±3,54)'tir. Olgu grubundaki hastaların travmatik olayın şiddetini kendilerine göre derecelendirmelerine bakıldığında; hastaların %71.7'si olay şiddetini 1'den 3'e kadar olan aralıkta 3 olarak tarif ederken, %22.6'sı orta şiddette (2) yaşadığını ifade etmektedir. Olayın etkileme düzeyi

açısından, olgu grubundaki hastaların %69.8'i 5 üzerinden 5 puan verirken, %18,9'unun 4 puan verdiği saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7: Olgu Grubundaki Hastaların Yaşadıkları Travmatik Olaya İlişkin Özellikler

Değişkenler	**Gruplar**	**Ort±SS**
Travmatik Olayın Görülme Yaşı		10,15±3,54
		N (%)
Travmatik Olayın Algılanan Şiddeti	Hafif Orta Ağır	3 (5,7) 12 (22,6) 38 (71,7)
Travmatik Olaydan Etkilenme Düzeyi	Hiç Etkilemedi Kısmen Etkiledi Az Etkiledi Etkiledi Çok Etkiledi	1 (1,9) 1 (1,9) 4 (7,5) 10 (18,9) 37 (69,8)

Cinsel istismara maruz kalan 46 ergenden %60.9'u niteliksiz, %39.1'i nitelikli olarak Cİ deneyimi yaşadığını belirtmiştir. Olgu grubundaki katılımcıların cinsel istismarının %84.8'inin aile dışından, %15.2'sinin ise aile içi (ensest) olarak gerçekleştiği saptanmıştır. Son olarak Cİ sayısı ile ilgili değişkene bakıldığında bu gruptaki hastaların %69.6'sının çok sayıda, %30.4'ünün ise bir kez Cİ maruz kaldığı görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 8: Olgu Grubundaki Hastaların Yaşadıkları Cinsel İstismara İlişkin Özellikler

Değişkenler		**N (%)**
Cİ Niteliği	Nitelikli Niteliksiz	18 (39,1) 28 (60,9)
Cİ Kimden Olduğu	Ensest Aile Dışı	7 (15,2) 39 (84,8)
Cİ Sayısı	Bir Kez Birden Çok Sayıda	14 (30,4) 32 (69,6)

4.7. Katılımcılara Ait Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplara göre hastaların çocukluk çağı travma ölçeği, kimlik durumu değerlendirme aracı, ergen disosiyatif yaşantılar ölçeği ve yansıtıcı işleyiş ölçek puanları arasında anlamlı fark olup olmadığı bağımsız gruplar t testi ile analiz edilmiş, ortalama ve standart sapma puanları hesaplanmıştır. Olgu ve kontrol grubundaki hastaların yansıtıcı

işleyiş toplam puanı arasında anlamlı fark elde edilmiştir (p=0,004). Kontrol grubundaki hastaların yansıtıcı işleyiş ölçek puanları olgu grubundan daha yüksektir.

Çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı ve tüm alt ölçek puanları ile ergen disosiyatif yaşantılar ölçeği toplam puan ve alt ölçekleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Olgu grubundaki hastaların çocukluk çağı travma ölçeği ve disosiyatif yaşantılar ölçeği puanları kontrol grubuna oranla daha yüksek bulunmuştur.

Olgu grubundaki hastaların ortalama kimlik durumunu değerlendirme aracı puanları kesme puanın üzerinde olup, kontrol grubuna göre daha yüksek olsa da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,309). Katılımcılara ait ölçekler ve alt ölçek puanları Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9: Olgu Ve Kontrol Grubuna Ait Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		**Olgu (N=53)**	**Kontrol (N=53)**	**p**
		Ort±SS	**Ort±SS**	
Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği	Toplam Puan	182,77±20,68	193,57±16,73	**0,004**
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	Toplam Puan Duygusal İstismar Fiziksel İstismar Cinsel İstismar Fiziksel İhmal Duygusal İhmal	59,51±19,01 11,75±6,12 8,57±5,63 17,66±6,98 8,57±3,60 12,96±5,21	34,43±6,74 7,32±3,30 5,23±0,54 5,02±0,14 6,42±1,83 10,45±3,85	**<0,001** **<0,001** **<0,001** **<0,001** **<0,001** **0,006**
Kimlik Durumunu Değerlendirme Aracı	Toplam Puan	72,94±26,05	67,87±25,09	0,309
Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği	Toplam Puan Amnezi Absorbsiyon Pasif Etkilenme Depersonilazasyon/ Derealizasyon	4,20±2,26 4,22±2,67 4,36±2,27 4,14±2,42 4,13±2,40	2,93±2,00 2,71±2,15 3,41±2,06 2,92±2,27 2,81±2,28	**0,003** **0,002** **0,027** **0,009** **0,005**

Bağımsız Gruplar T Testi

4.8. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Olgu gurubunun cinsiyetlere göre ölçek puan dağılımları incelendiğinde tüm ölçek ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 10).

Tablo 10: Olgu Grubunda Cinsiyete Göre Hastaların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		**Kız (N=44)**	**Erkek (N=9)**	**p**
		Ort±SS	**Ort±SS**	
ÇÇTÖ	Toplam Puan	61,32±18,42	50,67±20,44	0,063
	Duygusal İstismar	12,34±6,25	8,89±4,78	0,106
	Fiziksel İstismar	8,59±5,53	8,44±6,46	0,908
	Cinsel İstismar	18,05±6,71	15,78±8,38	0,481
	Fiziksel İhmal	8,73±3,79	7,78±2,44	0,755
	Duygusal İhmal	13,61±5,14	9,78±4,52	0,071
Kimlik Durumunu Değerlendirme Aracı	Toplam Puan	75,30±25,06	61,44±29,23	0,088
Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği	Toplam Puan	4.48±2.11	2.83±2.61	0,051
Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği	Toplam Puan	182,84±21,55	182,44±16,82	0,749

Mann Whitnet U Testi

4.9. Olgu Grubunda Mevcut Psikiyatrik Tanılara Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Olgu grubundaki ergenler arasında çocukluk çağı travma ölçeği fiziksel ihmal alt ölçeği ile DEHB tanısına sahip olma arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir (p=0,008). Olgu grubunda DEHB tanısı olan hastaların fiziksel ihmal puan ortalaması olmayan hastalara göre daha yüksektir (Tablo 12).

Tablo 12: Olgu Grubunda Mevcut DEHB Tanısı İle Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		**DEHB**		**p**
		Var (N=23)	**Yok (N=30)**	
		Ort±SS	**Ort±SS**	
ÇÇTÖ	Toplam Puan	65,09±21,03	55,23±16,39	0,061
	Duygusal İstismar	13,26±6,57	10,60±5,59	0,118
	Fiziksel İstismar	9,70±5,75	7,70±5,48	0,204
	Cinsel İstismar	17,74±6,50	17,60±7,44	0,943
	Fiziksel İhmal	10,04±4,13	7,43±2,69	**0,008**

	Duygusal İhmal	14,35±5,52	11,90±4,77	0,09
Kimlik Durumunu Değerlendirme Aracı	Toplam Puan	77,30±24,61	69,60±27,03	0,29
Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği	Toplam Puan	4,72±1,98	3,80±2,41	0,143
Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği	Toplam Puan	182,4±23,28	183,0±18,86	0,929

Bağımsız Gruplar T Testi

Olgu grubundaki hastaların TSSB durumuna göre sadece çocukluk çağı travmaları ölçeği cinsel istismar alt boyutu puanları arasında istatistiksel fark vardır (p=0,04). Olgu grubunda TSSB olan hastalar için cinsel istismar puan ortalaması TSSB olmayan hastalara göre daha yüksektir (Tablo13).

Tablo 13: Olgu Grubunda Mevcut TSSB Tanıları İle Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		**TSSB**		**p**
		Var (N=33)	**Yok (N=20)**	
		Ort±SS	**Ort±SS**	
ÇÇTÖ	Toplam Puan	62,36±20,18	54,80±16,28	0,162
	Duygusal İstismar	12,12±6,31	11,15±5,91	0,581
	Fiziksel İstismar	9,27±6,16	7,40±4,55	0,245
	Cinsel İstismar	19,18±6,45	15,15±7,26	**0,04**
	Fiziksel İhmal	9,03±3,88	7,80±3,00	0,231
	Duygusal İhmal	12,76±4,94	13,30±5,73	0,717
Kimlik Durumunu Değerlendirme Aracı	Toplam Puan	71,21±23,98	75,80±29,57	0,539
Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği	Toplam Puan	4,18±2,13	4,23±2,51	0,94
Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği	Toplam Puan	185,09±21,09	178,95±19,92	0,299

Bağımsız Gruplar T Testi

Olgu grubundaki ergenlerde MDB tanısı ile yansıtıcı işleyiş ölçeği ve ergen disosyatif yaşantılar ölçeği puanları arasında anlamlı fark elde edilmiştir (p=0,003; p=0,023). Olgu grubunda MDB tanılı hastaların yansıtıcı işleyiş puan ortalaması daha düşük, ergen disosiyatif yaşantılar ölçek puan ortalaması ise daha yüksek bulunmuştur.

Sayısal değerlere ilişkin ayrıntılı bilgi tablo 14'te gösterilmektedir.

Tablo 14: Olgu Grubunda Mevcut MDB Tanıları İle Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		**MDB**		**p**
		Var (N=27)	**Yok (N=26)**	
		Ort±SS	**Ort±SS**	
ÇÇTÖ	Toplam Puan	56,85±19,06	62,27± 18,92	0,304
	Duygusal İstismar	11,41±6,23	12,12± 6,11	0,678
	Fiziksel İstismar	7,74±4,48	9,42± 6,61	0,281
	Cinsel İstismar	17,41±7,40	17,92± 6,66	0,791
	Fiziksel İhmal	8,07±3,69	9,08± 3,50	0,315
	Duygusal İhmal	12,22±5,18	13,73± 5,22	0,296
Kimlik Durumunu Değerlendirme Aracı	Toplam Puan	77,67±27,45	68,04 ±24,05	0,181
Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği	Toplam Puan	4,88±2,39	3,49±1,91	**0,023**
Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği	Toplam Puan	174,7±19,30	191,1±18,94	**0,003**

Bağımsız Gruplar T Testi

4.10. Olgu Grubunda Cinsel İstismarın Aile İçi (Ensest)/Dışı Ve Nitelikli/Niteliksiz Olmasına Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Olgu grubunda cinsel istismarın aile içi (ensest) ya da aile dışı olması yönünden tüm ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 15).

Tablo 15: Olgu Grubunda Cinsel İstismarın Aile İçi (Ensest) Ya Da Aile Dışı Olması İle Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		**Aile içi (N=7)**	**Aile dışı (N=39)**	**p**
		Ort±SS	**Ort±SS**	
ÇÇTÖ	Toplam Puan	61,57±17,74	61,74±18,41	0,748
	Duygusal İstismar	12,14±6,07	11,97±6,06	0,89
	Fiziksel İstismar	10,00±6,63	8,05±5,35	0,423
	Cinsel İstismar	16,29±7,06	19,95±5,31	0,138
	Fiziksel İhmal	9,14±3,63	8,56±3,86	0,664
	Duygusal İhmal	14,00±5,13	13,21±5,41	0,69

Kimlik Durumunu Değerlendirme Aracı	Toplam Puan	74,00±22,44	74,00±26,96	0,783
Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği	Toplam Puan	4,35±1,39	4,26±2,38	0,951
Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği	Toplam Puan	186,43±13,41	183,05±22,00	0,657

Bağımsız Gruplar T Testi

Olgu grubundaki hastaların Cİ nitelik durumuna göre sadece kimlik karmaşası ölçek puanları arasında anlamlı fark vardır (p=0,003). Olgu grubunda Cİ niteliksiz olan hastaların kimlik karmaşası ölçek puan ortalaması Cİ nitelikli olanlara göre daha yüksektir (Tablo 16).

Tablo 16: Olgu Grubunda Cinsel İstismarın Nitelik Durumu İle Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		**Nitelikli (N=18)**	**Niteliksiz (N=28)**	**p**
		Ort±SS	**Ort±SS**	
ÇÇTÖ	Toplam Puan	61,11±18,47	62,11±18,21	0,858
	Duygusal İstismar	11,33±6,21	12,43±5,93	0,551
	Fiziksel İstismar	8,44±6,18	8,29±5,18	0,926
	Cinsel İstismar	20,83±5,00	18,46±5,98	0,17
	Fiziksel İhmal	8,61±3,68	8,68±3,93	0,954
	Duygusal İhmal	11,89±5,57	14,25±5,04	0,144
Kimlik Durumunu Değerlendirme Aracı	Toplam Puan	60,28±22,24	82,82±24,85	**0,003**
Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği	Toplam Puan	3,67±2,49	4,66±2,03	0,148
Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği	Toplam puan	180,67±20,02	185,43±21,49	0,456

Bağımsız Gruplar T Testi

4.11. Travmatik Olayı Yaşama Yaşına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Olgu grubundaki hastaların travmatik olaya maruz kalma yaşları ile çocukluk çağı travma ölçeği duygusal istismar alt ölçeği arasında istatiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır (r=-0.305). Travmatik olayı yaşama yaşı azaldıkça duygusal istismar puanları artmaktadır (Tablo 17).

Tablo 17: Travmatik Olayı Yaşama Yaşı İle Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		**r**
ÇÇTÖ	Toplam Puan	-0,226
	Duygusal İstismar	**-,305***
	Fiziksel İstismar	-0,182
	Cinsel İstismar	0,01
	Fiziksel İhmal	-0,058
	Duygusal İhmal	-0,242
Kimlik Durumunu Değerlendirme Aracı	Toplam Puan	0,07
Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği	Toplam Puan	0,148
Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği	Toplam Puan	-0,134

p<05, r: Pearson korelasyon katsayısı

4.12. Katılımcılara Ait Ölçek Ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yansıtıcı işleyiş ölçeği ile çocukluk çağı travma ölçeği ve ergen disosiyatif yaşantılar ölçeği puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ilişki elde edilmiştir (r=-0.284; r=-0.296). Hastaların yansıtıcı işleyiş ölçeği puanı arttıkça çocukluk çağı travma ölçeği puanı ile ergen disosiyatif yaşantılar ölçeği puanı düşmektedir. Yansıtıcı işleyiş ölçeği puanı ile kimlik durumunu değerlendirme aracı puanı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Kimlik durumunu değerlendirme aracı puanı ile çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde; ergen disosiyatif yaşantılar ölçeği puanı arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır (r=0.393; r=0.755). Hastaların kimlik durumunu değerlendirme aracı puanları arttıkça çocukluk çağı travma toplam puanı ve ergen disosiyatif yaşantılar ölçeği puanları da artmaktadır.

Çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı ile ergen disosiyatif yaşantılar ölçeği puanları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki elde edilmiştir (r=0.475). Hastaların çocukluk çağı travma toplam puanı arttıkça ergen disosiyatif yaşantılar ölçeği puanları da artmaktadır.

Tablo 18: Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.YİÖ-E	1								
2.KDDA	-0,058	1							
3.ÇÇTÖ Toplam Puan	-,284**	,393**	1						
4.Duygusal İstismar	-,266**	,482**	,855**	1					
5.Fiziksel İstismar	-0,149	0,174	,719**	,674**	1				
6.Cinsel İstismar	-,221*	0,129	,746**	,434**	,357**	1			
7.Fiziksel İhmal	-,376**	,213*	,676**	,492**	,404**	,375**	1		
8.Duygusal İhmal	-0,087	,514**	,683**	,624**	,340**	,233*	,506**	1	
9.E-DYÖ	-,296**	,755**	,475**	,478**	,245*	,319**	,316**	,394**	1

Pearson korelasyon testi, *p<05; **p<05

4.13. ÇÇTÖ Puanının Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanına Etkisinde Yansıtıcı İşleyişin Aracı Rolünün İncelenmesi

ÇÇTÖ toplam puanının ergen disosiyatif yaşantılar ölçeği puanını etkilediğini test eden model 1 için kurulan regresyon modeli anlamlıdır (F=30.246, p<.001). ÇÇTÖ toplam puanı, ergen disosiyatif yaşantılar ölçeği puanında olan değişkenliğin %22.5'ini açıklamaktadır. ÇÇTÖ puanları ergen disosiyatif yaşantılar ölçeği puanını olumlu ve pozitif yönde etkilemektedir (β=0.475, t=5.5). Genel travma 1 birimlik artış olduğunda disosiasyon puanında 0.475 birimlik artış olur.

ÇÇTÖ toplam puanının yansıtıcı işleyiş ölçek puanını etkilediğini inceleyen model 2 için kurulan regresyon modeli anlamlıdır (F=9.152, p<.001). ÇÇTÖ toplam puanı, yansıtıcı işleyiş ölçek puanlarında olan değişkenliğin %8.1'ini açıklamaktadır. ÇÇTÖ toplam puanı yansıtıcı işleyiş ölçek puanını olumlu ve negatif yönde etkilemektedir (β=-0284, t=-3.025). ÇÇTÖ puanında 1 birimlik artış olduğunda yansıtıcı işleyiş puanlarında 0.284 birimlik düşüş olur.ÇÇTÖ toplam puanının ergen disosiyatif yaşantılar ölçeği puanına etkisinde yansıtıcı işleyiş ölçeği puanının aracılığını test eden model 3 istatistiksel olarak anlamlıdır (F=17.497, p<.05). ÇÇTÖ puanları katılımcıların disosiasyon düzeyini

pozitif yönde etkilerken (β =0.400, t=4.784), aracı olan yansıtıcı işleyiş puanının disosiasyon düzeyine etkisi anlamlı değildir (β =-0.175, t=-1.976). ÇÇTÖ puanlarında 1 birimlik artış olduğunda ergen disosiatif yaşantılar ölçeği puanlarında 0.425 birimlik artış olmaktadır. Ergen disosiyatif ölçeği puanındaki değişkenliğin %25'i model 3'teki ÇÇTÖ puanları ile açıklanır.

ÇÇTÖ puanının disosiasyon düzeyine etkisinde yansıtıcı işleyişin aracılık etkisi incelendiğinde model 1'de elde edilen regresyon katsayısı yani toplam etki olan 0.055 aracı değişken modele dahil olduğunda 0.035'e düşmüştür. Bu iki katsayı arasındaki 0.020 birimlik etki dolaylı etkidir. Aracı değişken model 3'te anlamlı olarak elde edilmiştir ancak bağımsız değişkenin etkisi (B=0.035) ilk modele göre düşmesine rağmen istatiksel olarak anlamlıdır. Sonuç olarak ÇÇTÖ puanının disosiasyon düzeyine etkisinde yansıtıcı işleyişin kısmi aracılık etkisi vardır ve elde edilen bu dolaylı etki (0.020) istatiksel olarak anlamlı bulunmaktadır.

Tablo 19: ÇÇTÖ Toplam Puanının Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanına Etkisinde Yansıtıcı İşleyişin Aracı Rolü

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	S.H.	β	t	p	Model İstatistikleri
Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği	Sabit	0,955	0,511		1,87	0,064	F=30.246 ; p<.001
	ÇÇTÖ Toplam Puan	0,055	0,01	0,475	5,5	,000	R=0,475; R^2=0,225
Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği	Sabit	201,888	4,888		41,306	,000	F=9.152 ; p<.001
	ÇÇTÖ Toplam Puan	-0,292	0,097	-0,284	-3,025	0,003	R=0,284; R^2=0,081
Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği	Sabit	4,986	2,101		2,373	0,02	F=17.497; p<.001
	ÇÇTÖ Toplam Puan	0,035	0,01	0,400	4,784	,000	R=0,504 R^2=0,250
	YİÖ-E	-0,020	0,01	-0,175	-1,986	0,048	

Hiyerarşik regresyon analizi

5.TARTIŞMA

Bu çalışma Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Travma Polikliniklerine başvuran ya da takip ve tedavisi devam eden ya da istismara uğramış olması nedeni ile adli psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen 12–18 yaş arasında ergenler ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne herhangi bir nedenle başvuran travma öyküsü bulunmayan 12-18 yaş arasında ergenlerden oluşmuştur. Araştırmada çocukluk ya da ergenlikte travma yaşamanın zihinselleştirme becerilerinde bozulmayı yordayıp yordamadığı, eğer yorduyorsa çocukluk çağı travmaları ve alt boyutlarının kimlik karmaşası ve disosiasyon ile ilişkisinde zihinselleştirmenin aracı değişken olarak rol oynayıp oynamadığı incelenmeye çalışılmıştır.

Çocukluk çağı travmalarının ergenler üzerindeki gelişimsel, ruhsal ve fiziksel etkileri ile ilgili çok sayıda araştırma olmasına rağmen bu dönemde zihinselleştirme ile travma ilişkisi çok daha az çalışılmıştır. Alanyazında zihinselleştirme kapasitesini değerlendirmek için geliştirilen ölçüm araçlarının çoğunlukla yetişkinler için görüşme temelli ölçüm araçları olması ve ergenlerde ise bir öz bildirim ölçeğinin psikometrik özellikleri konusunda daha az şey bilinmesinin bu sonuca neden olduğu düşünülmektedir. Zihinselleştirme sorunlarının pek çok ruhsal hastalığın seyrini olumsuz etkileyen tanılar üstü bir kavram olduğu ve kişinin sosyal işlevselliğini bozduğu bilinmektedir. Travma öyküsü bulunan hastalarda eşlik eden ruhsal bozuklukların yanında zihinselleştirme becerilerinin erken dönemde değerlendirilmesinin ve birçok şiddetli kişilik patolojisinin çekirdeğinde yer alan kimlik karmaşası ile ilişkisinin belirlenmesinin, travmanın uzun dönem olumsuz sonuçlarının önlenmesi ve zihinselleştirme temelli müdahalelerin yaygınlaşarak travmaya çok yönlü yaklaşımın benimsenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan ergenler değerlendirildiğinde her iki grubun %78'ini kızlar, %22'sini erkekler oluşturmaktadır. Gruplar arasında cinsiyet açısından fark bulunmasa dahi travma öyküsü olan ergenlerden oluşan olgu grubunda kız cinsiyetin baskın olduğu görülmektedir. Çocukluk çağı istismar ve ihmalin cinsiyete göre dağılımı değişiklik göstermektedir. ABD'de 2020 yılında yapılan ulusal yaygınlık çalışmasında, travmaya maruz kalmada cinsiyet oranının benzer (%48,1 erkek ve %51,6 kız) olduğu saptanmıştır.[34] Başka bir çalışmada çocukluk çağı ihmal yaşantıları arasında cinsiyete göre anlamlı bir

farklılık bulunmamıştır.[365] Diğer yandan kızlara göre erkeklerin fiziksel istismar yaşantısına daha fazla maruz kaldıkları belirtilmektedir.[366] Cinsel istismar açısından birçok çalışma kızlarda görülme sıklığının daha fazla olduğunu göstermektedir.[367] İsveç'te her iki cinsiyetten lise son sınıf 4339 ergenden oluşan nüfusa dayalı bir örneklemde kızların %65'i ve erkeklerin %23'ü cinsel istismar yaşadığını bildirmiştir.[368] Ülkemizde cinsel istismarın sıklığının cinsiyetler bakımından değerlendirildiği bir çalışmada kızlarda cinsel istismar erkeklere kıyasla 3 kat daha fazla bulunmuştur.[369] Çalışmamızda cinsel istismar mağduru ergenlerin katılımının fazla olmasının literatürle uyumlu olarak olgu grubunda kız cinsiyet üstünlüğüne neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda olgu grubunun yaş ortalaması 15.08 (±1,58) yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması ise 15 (±1,52) yıldır. Çalışmaya katılan ergenlerin yaş açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur. Travmaya maruz kalma yaşı farklılık göstermekle birlikte ergenlik dönemi ÇÇT'nin olumsuz etkilerinin daha çok ortaya çıktığı hem aileyi hem de genci zorladığı için bu yaş grubunda psikiyatrik yardım alma amacıyla başvurulmuş olduğu ve çalışma örneklemini şekillendirdiği düşünülmektedir. Ayrıca ergenlik döneminde artan öz farkındalık ve sözel beceriler bu sonuca katkıda bulunmuş olabilir.

Gelişim dönemlerine göre bakım veren incelendiğinde gruplar arasında altı yaşına kadar bakım veren açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bunun yanı sıra 6 yaş ve üzerinde kontrol grubuna göre olgu grubundaki ergenlere anne ve babanın bakım verme oranı daha düşük, büyükanne-büyükbaba ile birlikte büyüme ise daha yüksek bulunmuştur. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada annesi boşanmış öğrencilerin duygusal istismara maruz kalma sıklığı yüksek bulunmuştur.[370] Başka bir çalışmada da aile özellikleri açısından geniş ve parçalanmış olanların daha fazla fiziksel istismar yaşadığı belirlenmiştir.[371] Çocuk istismarı risk faktörlerinin incelendiği 519 çocuk ile yapılan bir çalışmada fiziksel istismar tek ebeveynli ailelerin çocukları arasında daha yaygın olarak bulunmuştur.[372] Oral ve ark.[373] yaptığı çalışmada ise çocuk istismarı tanısı alan olguların %42'sinin parçalanmış aileye sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın bu bulgusu literatürle benzer şekilde anne baba ile beraber büyümenin çocukluk çağı travmaları açısından koruyucu olduğu sonucunu desteklemektedir. Parçalanmış bir ailede çocuğun bakımından sorumlu ebeveynin yaşamış olduğu ekonomik ve sosyal sıkıntıların ÇÇT risk artışına neden olabileceği düşünülmektedir.

Sorunlarını paylaşma açısından bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak olgu grubundaki hastalar sorunlarını daha çok arkadaşları ile kontrol grubu ise daha çok anne-baba ve arkadaş ile paylaştıklarını ifade etmiştir. Çalışmamızın bu bulgusu literatür ile uyumlu bulunmuştur. "Sorunları paylaşmama" istismara uğrama sonrasında da çocukların sıklıkla sergilediği bir davranış olarak da karşımıza çıkmaktadır. Cinsel istismar bağlamında çocukların istismarın sorumluluğunu hissetmelerinin, suçluluk ve utanç duygularının yaşadıklarının ifşasını etkilediği belirtilmektedir.[86] ABD'de 263 ergen kız katılımcıdan oluşan bir çalışma 7-13 yaş arası çocukların yaşadıkları istismarı bir yetişkine bir ay içinde anlattığını fakat daha büyük ergenlerin akranları ile paylaşma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir.[374] Priebea ve Svedinb[368] tarafından İsveç'te her iki cinsiyetten dört binin üzerinde lise son sınıftaki öğrencilerden oluşan bir çalışmada, cinsel istismar yaşayanların yaklaşık %40'ı deneyimlerini yalnızca aynı yaştaki akranlarıyla konuşurken, %8,3'ü bir klinisyenle konuşmuş ve daha da azı (%6,8) deneyimlerini sosyal hizmetlere veya polise bildirdiğini aktarmıştır. Ergenlerin daha fazla oranda yaşıtlarıyla paylaşmasında aile üyelerinden gelebilecek olası olumsuz tepkilerin daha fazla farkında olmalarının ve failin aile tarafından tanınmasının rolü olduğu belirtilmektedir.[374] Ayrıca açıklama ile istismarın şiddeti arasında ters ilişki olduğu çocukların basit ya da temassız istismara göre nitelikli istismarı kimse ile paylaşmadıkları aktarılmaktadır.[375] Bu açıdan sorunlarını sözel olarak ifade edebilmenin istismar sonrası ortaya çıkabilecek patolojilerin erken dönemde tanınarak müdahale edilmesinde ve istismara tekrar maruziyetin önlenmesinde önemli olduğu düşünülmektedir.

Çocukluk döneminde kötü muameleye maruz kalmanın yaşamın ilerleyen zamanlarında çeşitli riskli davranışlar ve kötü sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Çinde yapılan bir çalışmada dört ya da daha fazla çocukluk çağı olumsuz deneyimi bildiren katılımcıların yaşam boyu sigara içme oranlarının 1,83 kat arttığı tespit edilmiştir.[376] Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada sigara ve alkol tüketiminin çocuklukta kötü muamele ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermiştir.[377] Araştırmamızın olgu grubunda sigara kullanımının anlamlı düzeyde daha yüksek olması bu sonuçları desteklemektedir. Araştırmalar, çocuklukta cinsel istismar mağduru olmanın yetişkinlikte alkol ve yasa dışı madde kullanımı sorunları yaşama olasılığını artırdığını göstermektedir.[378] Yüz yirmi dört çalışmanın dahil edildiği bir metanalizde, fiziksel ve

duygusal istismar ve ihmal ile madde kullanımının ilişkili olduğun saptanmıştır.[174] Çocuklukta istismar öyküsü, kız cinsiyette alkol kullanım bozukluğunun daha genç yaşta başlamasıyla açıkça ilişkilendirilmiştir.[167] Bir metaanliz çalışması çocukluk döneminde fiziksel istismar öyküsü olan bireylerde %74, cinsel istismar öyküsü olanlarda %73 oranında sonraki yaşamlarında madde kullanımı riskinin arttığını ortaya koymuştur.[166] Diğer açıdan bir çalışmada cinsel istismar mağduru 138 ergen katılımcıda incelenen en yaygın potansiyel risk faktörünün alkol ve madde kullanımı olduğu tespit edilmiştir.[379] Çalışmamızda olgu grubundaki ergenler arasında alkol ve madde kullanım öyküsünün az oranda görülmesinin aktif madde kullanımının dışlama kriteri olarak kabul edilmesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızın kliniğe başvuran az sayıda örneklem ile yapılması da bu sonuca katkıda bulunmuş olabilir.

Pek çok çalışmada düşük okul performansının çocuklara kötü muamelenin bir sonucu olarak tespit edildiği görülmektedir.[380,381] Güney Afrika'da 13-19 yaş arası 603 öğrenci ile yapılan çalışmada okula devamsızlık ve başarısızlık fiziksel ve duygusal istismar ile ilişkili faktörler olarak saptanmıştır.[382] Bu olumsuz eğitim sonuçları arasında özel eğitim hizmetlerinin daha fazla kullanılması, daha düşük ders notları, okula daha az devam, artan sınıf tekrarı ve azalan mezuniyet oranları yer almaktadır.[136] Çocuklukta cinsel ve fiziksel istismara maruz kalan bireylerin üniversiteyi bırakma oranlarının daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur.[383] Duygusal istismar çocuğun hem zihinsel hem de fiziksel gelişimini etkileyerek akademik performans, zeka seviyesi, hafıza, öğrenme kapasitesi ve beyin hacminde eksikliklere yol açabilmektedir.[139] Çalışmamızda yukarıda bahsedilen çalışmaların sonuçları ile uyumlu olarak olgu grubundaki ergenlerin kontrol grubundakilerine göre okul başarılarının daha düşük ve okul devamlılıklarının daha az olduğu bulunmuştur.

Aile öyküsü açısından bakıldığında birçok çalışma ebeveynlerde ruhsal hastalık varlığının çocuklarda istismar ve ihmal için bir risk faktörü olduğunu göstermiştir.[49,103] Çocuk istismar ve ihmalinin yaşandığı ailelerde ebeveynlerde şizofreni, depresyon, alkolizm, kaygı bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukların bulunabildiği görülmektedir.[71] Çocuk ihmali ile ilgili 36 çalışmanın dahil edildiği meta-analizde psikiyatrik sorun geçmişine sahip olmanın ebeveyn düzeyinde ihmal için risk faktörleri olduğu belirtilmektedir.[66] Başka bir çalışmada ebeveynlerin depresyon ve kaygı bozukluğunun istismara uğrayan erkek ergenlerde istismara uğramayan akranlarına göre anlamlı olarak

daha yüksek olduğu bulunmuştur.[55] Özellikle annenin kaygı düzeyi ile çocuklarına fiziksel ve duygusal istismar uygulamasının ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu açıdan çocuk istismarından şüphelenildiğinde annenin psikolojik değerlendirmesinin önemi vurgulanmaktadır.[57] Başka bir çalışmada kötü ebeveyn ruh sağlığı özellikle de ebeveyn depresif semptomatolojisi çocuklarda daha yüksek cinsel mağduriyet oranlarıyla ilişkilendirilmiştir.[99] Ebeveynin depresyonda olmasının kendini geri çekmesi ve ihmal davranışı yoluyla ÇÇT ile ilişkili olabileceği aktarılmaktadır. Özellikle annede depresyonun bulunması; çocuğa karşı sinirlilik ve düşmanlık duygularının artması, annenin bebeğin davranışlarına ilişkin daha olumsuz algılara ve zayıflamış bir bağlanma ilişkisine sahip olması yoluyla duygusal istismar riskini artırıyor olabilir.[384] Çalışmamızda da olgu grubundaki ergenlerin ailelerinde psikiyatrik hastalık oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş olup ve bu sonuç yapılan çalışmaların sonuçları ile tutarlılık göstermektedir.

Alanyazında geniş aile yapısı çocuğa yönelik ihmal ve istismarın ortaya çıkmasında zemin hazırlayıcı etkenler olarak sayılmaktadır.[385] Bir gözden geçirme çalışmasında çocuk istismarında etkili olan faktörler arasında diğer unsurlarla birlikte ailenin kalabalık olmasının da yer aldığı belirtilmektedir.[386] 0-6 yaş arası çocuğu olan ebeveynler ile yapılan bir çalışma küçük bir kasaba veya köyde altı ve daha fazla kişiyle birlikte yaşamanın çocuk istismarı açısıdnan risk faktörü olduğunu ifade etmektedir.[69] Çocukluk çağı cinsel istismarının risk faktörlerini inceleyen 72 çalışmanın dahil edildiği bir metaanalizde; anne babanın eş sorunları, ebeveyn-çocuk ilişkisinin zayıf olması gibi faktörlerin yanında çekirdek olmayan bir aile yapısı da ÇÇT ile yakın ilişkili bulunmuştur.[387] Çocukların çok çocuklu bir ailede yaşamalarının onların duygusal olarak ihmal edilmelerine neden olabildiği belirtilmektedir.[388] Araştırmamızda iki grup arasında kardeş sayısı açısından anlamlı farklılık saptanmamakla birlikte ÇÇT mağduru çocuklarda evde yaşayan kişi sayısının anlamlı düzeyde daha fazla olması, geniş ve kalabalık ailenin risk faktörü olması ile ilgili görünmektedir. Burada çekirdek ailenin büyüklüğünden ziyade hane halkının kalabalık olmasına bağlı istikrarsız aile ortamlarının çocuk ihmal ve istismarı riskini artırdığı düşünülmektedir.

Katılımcıların aile özellikleri incelendiğinde, olgu grubundaki ergenlerden %30,2'sinin ebeveyninin boşanmış ya da ayrı olduğu, %37,7'sinin ise parçalanmış aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur. Bu oranlar göz önüne alındığında çalışmamızda parçalanmış ailede yaşamanın ÇÇT açısından risk faktörü teşkil ettiği sonucuna

ulaşılmaktadır. Travma mağduru olan çocuk ve ergenlerin büyük bölümünün parçalanmış ailelerden gelmiş oldukları ve ailelerinde boşanma oranlarının yüksek olduğu aktarılmıştır.[104] Altmış beş yayının dahil edildiği bir gözden geçirme çalışmasında ebeveynlerin boşanması çok sık görülen risk faktörleri olarak saptanmıştır.[389] Yakın zamanlı bir çalışmada ebeveynlerin bekar olmasının çocuklara kötü muamele riskinin artmasıyla ilişkili olduğu ifade edilmektedir.[390] Ek olarak çocuğun yaşamının ilk yılında ebeveynlerden birinin veya her ikisinin olmaması, sonraki yıllarda ebeveynlerin varlığı kontrol edildikten sonra bile 13 yaşından önce cinsel mağduriyet yaşama için risk faktörü olmaya devam etmektedir.[391] Rodriguez ve Tucker[53] tarafından yapılan çalışmada yüksek stresli ve düşük sosyal desteğe sahip ebeveynlerin en yüksek istismar risk puanlarını aldığını bulmuşlardır. Benzer şekilde COVID-19 salgını ile birlikte, sosyal izolasyonu teşvik eden tecrit önlemlerinin alınması ek olarak yüksek düzeyde ekonomik istikrarsızlık ve artan ebeveyn stresi faktörlerinin de etkisiyle çocuklara kötü muamele riskinde artış gözlendiği belirtilmektedir.[392] Çalışmamızdaki bulgular yazın ile uyumlu olup bu sonuçlar parçalanmış aile olmanın getirdiği düşük sosyal desteğin daha yüksek çocuk ihmal ve istismarı için risk oluşturduğunu düşündürmektedir.

Ailenin gelir düzeyi, ebeveynlerin eğitim durumları ve meslekleri gibi faktörler sosyoekonomik düzeyi göstermektedir.[393] Sosyoekonomik ve sosyokültürel olarak düşük özelliklere sahip çocuk ve ergenlerde ÇÇT sıklığının daha fazla olması ile ilgili yazında çok sayıda yayın mevcuttur. Çocuk istismarının tüm sosyoekonomik seviyelerde ortaya çıksa da, yoksulluk, psikososyal stres, düşük ebeveyn eğitimi, yetersiz barınma ve sosyal yardıma muhtaçlık ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir.[29] Çocukluk çağındaki cinsel istismar genellikle diğer istismar ve ihmal biçimleriyle birlikte yüksek oranda yoksulluk, düşük ebeveyn eğitimi, tek ebeveynli olma ile işilkili bulunmuştur.[394] Anne-baba eğitiminin de cinsel istismar riskine katkıda bulunduğu, 12 yıldan fazla eğitim almış annelerin çocukları için riskin azaldığı gösterilmiştir.[391] 2020 yılında yapılan çalışmanın sonucuna göre olumsuz ekonomik koşullara sahip bir ailede büyümek çocukluk çağı travmalarının görülme sıklığını arttırmaktadır.[377] Hollanda'da çocuklara kötü muamelenin son 12 yılda yaygınlığında meydana gelen değişikliklere ve risk faktörlerine ilişkin yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi düşük ve işsiz ebeveynlerin çocuklarına kötü muamele etme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur.[395] Yazınla uyumlu olarak çalışmamızda olgu grubunun sosyoekonomik düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda gruplar arasında ailenin aylık gelir düzeyi, babanın eğitim düzeyi ve babanın mesleği açısından anlamlı fark saptanırken annenin eğitim düzeyi ve mesleği açısından fark saptanmamıştır. Bu sonuçlar ülkemizde toplumsal cinsiyet rolleri ve kültürel faktörlerden dolayı ailelerde daha sık olarak babaların çalışıyor olması, bu nedenle babaların eğitim düzeyleri ve mesleklerinin sosyoekonomik düzeyin esas belirleyicileri olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda travma öyküsü olan olgu grubundaki hastaların %92,5'inde en az bir ruhsal hastalık olup en sık tespit edilen psikiyatrik tanılar Travma Sonrası Stres Bozukluğu (%62,3), Majör Depresif Bozukluk (%50,9) ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (%43,4), Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu/Davranım Bozukluğu (%15,1)'dur. Burns ve arkadaşları kötü muamele bildirimi yapılmış 2-14 yaş arası 3.803 çocuğun yaklaşık yarısının (%48) klinik olarak önemli duygusal veya davranışsal sorunları olduğunu bildirmiştir.[122] Benzer şekilde nüfus tahminleri, istismar ve ihmal de dahil olmak üzere çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlerden kaynaklanan psikiyatrik bozukluk oranının yaklaşık %45 olduğunu belirtmektedir.[124] Travmanın olumsuz ruh sağlığı sonuçlarından dolayı travma mağduru çocuk ve ergenlerin psikiyatri kliniklerine daha fazla başvurmalarının çalışmamızdaki yüksek deskriptif tanı alma oranına etki ettiği düşünülmektedir. Ülkemizde istismar mağdurları ile yapılan çalışmalarda psikiyatrik tanıya sahip olma oranının %67,1-%87,9 aralığında tespit edilmesi bu görüşü desteklemektedir.[396,397]

Ruh sağlığı sorunları, çocuk istismarı ve ihmalinin en belirgin sonuçları arasında görülmektedir.[119] Chen ve arkadaşları tarafından 37 araştırmayı (17 vaka kontrol ve 20 kohort) kapsayan meta-analiz çalışmasında, hem erkeklerde hem de kadınlarda cinsel istismar ile yaşam boyu anksiyete bozukluğu, depresyon, yeme bozukluğu, TSSB, uyku bozuklukları ve intihar girişimleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.[398] Çeşitli psikopatolojiler arasında travmaya özgü olarak ortaya çıkan TSSB tanısının travmaya maruz kalan altı çocuktan en az birinde geliştiği bilinmektedir.[399] Literatürde cinsel istismara maruz kalan çocuklarda en sık görülen ruhsal hastalığın %40-50 oranı ile TSSB olduğu bildirilmiştir.[400] Başka bir çalışmada çocukluk çağı travmalarından sağ kurtulanlar arasında TSSB görülme sıklığının %30 ile %60 arasında değiştiği bildirilmektedir.[401] Bu oran TSSB'nin travma sonrası gelişen ruhsal bozukluklar arasında ilk sırada olduğunu göstermektedir. Yakın zamanda yapılan bir çalışma çocukluk çağı cinsel istismarın en

güçlü ilişkili olduğu psikiyatrik tanılar arasında travma sonrası stres bozukluğu olduğunu göstermiştir.[402] Çalışmamızda olgu grubunda mevcut en sık tanının TSSB olması beklenen bir bulgu olup yazında ÇÇT ile TSSB ilişkisini ortaya koyan pek çok araştırma ile uyumludur.

Bazı çalışmalar TSSB'ye en sık eşlik eden komorbid bozukluğun depresif bozukluklar olduğunu belirtmektedir.[403] Yüz altmış çalışmanın dahil edildiği sistematik bir inceleme cinsel istismarın depresyon için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermiştir.[404] Ülkemizde cinsel istismar mağduru çocuklarla yapılan çalışmada olguların % 33'üne TSSB, %27,9'una Major Depresif Bozukluk, %25,6'sına Akut Stres Bozukluğu tanısının koyulduğu tespit edilmiştir.[405] ÇÇT olan bireylerin dahil edildiği 184 çalışmanın metaanalizinde, yetişkinlikte depresyon gelişme olasılığının 2,66-3,73 kat daha fazla olduğu, daha erken depresyonun başladığı ve iki kat daha fazla kronik veya tedaviye dirençli depresyonun ortaya çıktığı gösterilmiştir.[151] Bununla birlikte, birden fazla istismar türünün etkisini inceleyen çalışmalar, çocukluk çağı duygusal istismarının diğer türlere göre depresyon ile daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir.[406] Fiziksel ve cinsel istismar öyküsü olan 676 çocuk ile eşleştirilmiş kontrol grubundan oluşan bir kohort çalışması; olgu grubunun major depresif bozukluk tanısını daha fazla aldığı ve depresyon geliştirenlerin TSSB ve madde/alkol kötüye kullanımı gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla yüksek komorbidite sergiledikleri sonucuna ulaşmıştır.[150] Çalışmamızda da benzer şekilde olgu grubundaki ergenlerde kontrol grubuna göre major depresif bozukluk bulunma oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

2021 yılında 454 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışma çocukluk döneminde yüksek DEHB semptomlarının önemli ölçüde daha yüksek sayıda travmaya maruz kalma ve TSSB semptomları ile ilişkili olduğunu göstermiştir.[407] Ouyang ve ark.[408] DEHB olmayan grupla karşılaştırıldığında, DEHB tanısına sahip olanın çocuklukta yaşanan fiziksel ve cinsel istismar ile önemli ölçüde ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır, ancak DEHB tanısının ve semptomlarının daha önce var olup olmadığını veya bunun istismarın bir sonucu olup olmadığını tespit etmenin zor olduğu vurgulanmaktadır. Ülkemizde DEHB tanısı alan ve yıkıcı davranış bozuklukları dışında başka bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan 104 çocuk ile yapılan bir çalışmada DEHB tanısı alan çocukların kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla fiziksel (%96,2) ve duygusal istismara (%87,5) maruz kaldıkları görülmüştür.[409] Çalışmamızda olgu grubunda %43,4 oranında

DEHB tanısı görülmekle birlikte alanyazın sonuçlarının aksine gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Bu sonuca klinik örneklemden seçilen kontrol grubunda en yaygın nörogelişimsel bozukluk olan (%5-7) DEHB tanısının sıkça koyulmasının etkili olduğu düşünülmektedir.[410] Ayrıca DEHB ile TSSB belirtilerinin davranış sorunları, sosyal ve bilişsel alanda zorluklar gibi çok fazla örtüşen yanlarının bulunması olgu grubunda daha az DEHB tanısının göz önünde bulundurulmasına dolayısıyla bu grupta daha az DEHB tanısı koyulmasına neden olmuş olabilir.[411]

Çalışmamızda, çocukluk dönemindeki kötü muamelenin daha yüksek oranda antisosyal davranışlarla ilişkili olduğunu ortaya koyan literatür bulgularının aksine, olgu ve kontrol grubu arasında KOKGB/DB tanıları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu duruma hem olgu hem de kontrol grubu katılımcılarının ruhsal bozukluk tanısıyla takip edilen gençlerden oluşması ve örneklem sayısının azlığı etki etmiş olabilir.[163]

Çocuklukta kötü muamele deneyimi ile anksiyete bozukluklarının ilişkisi sıkça gösterilmesine rağmen çalışmamızda kontrol grubundaki ergenlerde anlamlı olarak daha fazla anksiyete bozukluğu tanısı bulunmaktadır [398,402]. ABD'de ergenlik dönemindeki ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığının incelendiği bir çalışmada bu dönemde en yaygın tanı konulan bozukluğun kaygıyla ilişkili bozukluklar olduğu saptanmıştır.[412] Yapılan gözden geçirme ve meta analizlerin anksiyete bozukluklarının ayaktan başvuran çocuk ve ergenlerde en yaygın görülen psikiyatrik tanı olduğunu göstermektedir.[413] Bu sonuçlar klinik örneklemden oluşan kontrol grubunda kaygı bozukluğu tanısı almanın anlamlı olarak daha yüksek olmasını açıklamaktadır.

Olgu grubunda travmatik olay yaşantı öyküsü olan ergenlerin %86,8'i cinsel istismar, %67,9'u fiziksel istismar, %58,5'i ise duygusal istismara maruz kalmış, %3,8'i trafik kazası geçirmiş, %9,4'ü travmatik bir kayıp yaşamıştır. Çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda oranların çok değişken olduğu, bu durumun oluşmasında araştırmaların kullandıkları metotlardaki farklılıkların etkili olduğu ifade edilmektedir.[414] Duygusal istismarın en sık karşılaşılan çocukluk çağı travması türü olduğuna ilişkin büyük ölçekli yakın tarihli çalışmalar bulunmaktadır.[365,415] Dünya genelindeki çocukluk çağı ihmal ve istismar yaşantılarının yaygınlığını araştıran çeşitli metanaliz çalışmalarının gözden geçirildiği araştırmada duygusal istismarın %36,3, fiziksel istismarın %22,6, duygusal ihmalin %18,4, fiziksel ihmalin %16,3 ve kızlara yönelik

cinsel istismarın %18, erkeklere yönelik ise %7,6 oranında olduğunu saptamıştır.[35] Dört farklı ülkede 459 çocukla yapılan uluslararası bir çalışmada son bir yıl içerisinde çocukların %66'sının duygusal istismara, %55'inin fiziksel istismara, %37'sinin ihmale ve %18'inin de cinsel istismara maruz kaldığı gösterilmiştir.[416] Ayrıca çocukluk döneminde en az maruz kalınan travma türünün cinsel istismar olduğu aktarılmaktadır.[417] Başka bir çalışmada ise çocukların yarısının duygusal istismara maruz kaldığı %15,5'inin de cinsel istismara uğradığı rapor edilmiştir.[418] Çalışmamızda yukarıda genel toplum taramalarında ÇÇT yaygınlığı ile ilgili ortaya koyulan literatür bulgularının aksine kliniğe başvuran hastaların oluşturduğu olgu grubunda en sık travma türü olarak cinsel istismar tespit edilmiştir. Cinsel istismarın çocuk ve aile için sarsıcı etkisinden dolayı bu olguların polikliniğe başvurusunun diğer türlere göre daha sık olabileceği düşünülmektedir. Nitekim bir çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine başvuran travma sonrası stres bozukluğu olgularının incelendiği çalışmada cinsel istismarın %47,5 oranıyla en sık travma tipi olarak saptanması bulgumuzu desteklemektedir.[419] Benzer şekilde Tahiroğlu ve ark.[420] yaptığı çalışmada adli olarak başvuran cinsel istismar vakaları (%81,3) yüksek bir oranda tespit edilmiştir. Ek olarak duygusal istismarın oldukça sık görülmesine rağmen anlaşılması ve yasal olarak kanıtlanmasının güç olması ve travmanın farklı biçimleri bir arada var olduğunda fark edilememesi çalışmamızda duygusal istismar oranının beklenenden düşük sonuçlanmasına katkıda bulunmuş olabilir. Bununla ilgili herhangi bir tür kötü muamelenin kurbanı olduğu bilinen yalnızca %9'unda ilk değerlendirme sırasında duygusal istismarın tespit edildiği 303 çocuk ile yapılan yüzyüze görüşmeler ve raporların detaylı incelendiği çalışmada yaklaşık yarısının duygusal istismar kurbanı olduğunun saptanması bu açıdan önemli görülmektedir.[110]

Çalışmamızda travmatik olayın görülme yaşı ortalaması 10,15 (±3,54) olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızın bulgularıyla uyumlu olarak literatürde ilk istismara uğramanın 8-12 yaşları arasında en yüksek düzeye ulaştığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır.[421] Ülkemizde yapılan iki çalışmada çocuk psikiyatrisine başvuran istismar olgularında ortalama yaş 10,9 ve 12,1 yıl olarak rapor edilmiştir.[422,423]

Olgu grubundaki cinsel istismara maruz kalan 46 ergene ait özelliklere baktığımızda ergenlerin %60,9'u niteliksiz, %39,1'i nitelikli olarak Cİ deneyimi yaşadığını; %15,2'sinin ise aile içi (ensest) olarak gerçekleştiğini belirtmiştir. Cinsel istismara uğramış 3-18 yaş çocuk ile yapılan bir çalışmada vakaların %46,4'ünde

penetrasyon olduğu, %14,3 oranında ensest görüldüğü bildirilmiştir.[424] Temas içeren istismarın ağırlıklı olduğu klinik örneklemlerde, toplum örneklemine göre daha sık penetrasyon bildirilmektedir.[425] Bir gözden geçirme çalışması tüm dünyada çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalanların %20-25'inin ensest vakaları olduğunu saptamıştır.[426] Ülkemizde yapılan bir çalışmada tüm çocuk cinsel istismar olguları içinde %14,4 oranında ensest görüldüğü tespit edilmiştir.[93] Alanyazında cinsel istismarın özelliklerine ilişkin sonuçlar ile bizim çalışmamızın bulguları genel olarak uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamızda cinsel isitsmar sayısı ile ilgili değişkene bakıldığında hastaların %69,6'sının çok sayıda cinsel istismara maruz kaldığı görülmüştür. DSÖ'nün 21 ülkede çocukluk çağı travmasının yaşam boyu yaygınlığını araştıran çalışmasında çocuklukta herhangi bir kötü muamele yaşayan katılımcılar arasında çoklu travmaya maruz kaldığını bildirenlerin %59,3-66,2 gibi yüksek oranda olduğu görülmektedir.[31] Bir başka araştırmada ise yetişkinlerin %21,5'i bir, %34,6'sı iki, %24,9'u üç ve daha fazla çocukluk çağı travması deneyimlediğini rapor etmiştir.[427] Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde istismar ve istismarcıya ilişkin özelliklerin incelendiği bir çalışmada cinsel isitsmar olgularının %70'inin yineleyici nitelikte olduğu belirlenmiştir.[425] Çocuğun istismarcı kişilerle yakın bağlarının olması veya aynı çevreyi paylaşıyor olmanın istismara yineleyici nitelik kazandırdığı bilinmektedir.[428] Çalışmamız literatür ile uymlu sonuçlanmış olup bir kez yaşanan istismarın bildirme ve destek alma amacıyla başvurma olasılığının daha düşük olması klinik örnemlemimizde değerlendirilen hastaların daha çok tekrarlayıcı istismar mağduru olabileceğini göstermektedir.[429]

Çalışmamızda çocukluk çağı travma öyküsü bulunan ergenlerin yansıtıcı işleyiş ölçek toplam puanı kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan daha düşük bulunmuştur. Zihinselleştirmenin travma ve psikpatoloji bağlamında özellikle önemli olduğunu ve yüksek Yİ'nin dayanıklılıkla ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar olmakla birlikte bu alandaki araştırmaların, ergen yansıtıcı işleyişinin güvenilir ve doğrulanmış bir ölçüsünün bulunmaması nedeniyle az sayıda ve genellikle çocukluk ve yetişkinlik dönemine ait olduğu görülmektedir.[430] Ergenlik dönemi zihinselleştirme becerilerinin olgunlaşması ve müdahale edilebilme imkanı açısından kritik bir dönem olması nedeniyle bu dönemde travma ile zihinselleştirme ilişkisinin aydınlatılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Alanyazında çalışmamızın bulgularıyla uyumlu olarak çocukluk çağı travmatik

yaşantılarının bireyin zihinselleştirme becerilerinin gelişimini olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır.[7,8] Çocuklukta kötü muamele aynı zamanda yaşamın ilerleyen dönemlerinde daha düşük zihinselleştirmeyi de öngörmektedir.[431] Cinsel istismar öyküsü olan 46 çocuk ve olmayan 48 çocuk ve anneleri ile yapılan bir çalışmada cinsel istismara uğramış çocukların yansıtıcı işleyiş puanları anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir.[287] Amerika Birleşik Devletleri'ndeki bir psikiyatri hastanesinde yatarak tedavi gören çocuklukta kötü muameleye maruz kalmış 107 ergen ile yapılan çalışmada duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve toplam travma puanının yansıtıcı işleyiş ölçek puanları ile ters yönde ilişkili olduğu saptanmıştır.[336] Çocukluk ve ergenlik döneminde fiziksel ve duygusal travma ile düşük Yİ becerileri arasında ilişki olduğu gösterilmiştir.[432] Ergenlerle çocuklukta kötü muamele, Yİ ve borderline patoloji arasındaki ilişkileri inceleyen bir çalışmada fiziksel istismar dışındaki tüm çocukluk travmalarının Yİ ile anlamlı ve ters yönde ilişkili olduğu ve duygusal istismar ve ihmalin Yİ ile en güçlü ilişkilere sahip olduğu bulunmuştur.[335] Kişilik bozukluğu olan 234 kişi ile yapılan başka bir çalışmanın sonuçları çocukluk çağındaki olumsuzlukların düşük düzeyde Yİ'yi öngördüğünü ve bunun da daha sonraki yaşamda kişilik bozuklukları ile ilişkili olduğunu göstermiştir.[13] Erken dönemdeki ihmalin zihinselleştirmenin normal ortaya çıkışını gelişimsel olarak baltaladığı ve bu bireyleri daha sonraki kişilerarası travmaya karşı savunmasız hale getirdiği belirtilmektedir.[433] Petersen ve ark.[434] yaptığı çalışma çocukluk çağı olumsuz deneyimleri arttıkça, başkalarındaki duygulanımı doğru bir şekilde tanımlama ve karmaşık sosyal durumları anlama konusundaki zihinselleştirme yeteneğinin bozulduğunu göstermektedir. Kötü muamelenin bir ebeveyn tarafından gerçekleştirildiği durumlarda çocuğun başkalarının zihnini merak edecek güven duygusunu hissedememesi, ebeveynin çocuğun zihinselleştirme ve sosyal-bilişsel yeteneklerinin gelişimini sağlayacak duyarlılığa sahip olmaması nedeniyle zihinselleştirmenin erken dönemdeki travmatik yaşantılardan olumsuz şekilde etkilendiği ifade edilmektedir.[3,197,298]

Psikiyatrik bozukluklar içerisindeki disosiyatif kimlik bozukluğunun çocukluk çağı travmalarını en yüksek bildiren tanı grubu olduğu belirtilmiştir.[435] 2018 yılında yapılan metaanalizde en fazla cinsel ve fiziksel istismar olmak üzere çocuklukta istismar ve ihmal mağdurlarında ÇÇT öyküsü bulunmayan kontrol grubuna göre daha yüksek disosiasyon düzeyleri olduğu bildirilmiştir.[436] Okul çağındaki kız öğrenciler ile yapılan çalışma cinsel istismar mağduriyetinin klinik düzeyde dissosiyasyonun ortaya çıkma olasılığını sekiz kat

artırdığını göstermektedir. Ayrıca istismarın ciddiyetini gösteren penetrasyon, aile içi istismar ve kroniklik gibi parametrelerin disosiasyon semptomlarını öngörmediği, çocukluk çağı cinsel istismarının en az ve en şiddetli biçimlerinin de dissosiyatif semptomlarını artırarak işlevselliği bozduğu belirtilmektedir.[437] Çalışmamızda da beklendiği gibi travma öyküsü olan hastaların disosiyatif yaşantılar ölçeği puanları kontrol grubuna oranla istatistiksel açıdan daha yüksek bulunmuştur.

ÇÇT öyküsü bulunan ergenlerin ortalama kimlik durumunu değerlendirme aracı puanları kontrol grubuna göre daha yüksek olsa da istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Alanyazında ergenlik dönemindeki kimlik sorunları ile çocukluk çağı travmaları arasında önemli ilişkiler olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur.[329,438] Gelişimsel psikopatoloji perspektifi, çocuğa kötü muamelenin, yaşam boyu normatif kimlik gelişimini bozan psikososyal bir stres etkeni olduğunu öne sürmektedir.[439] Güler[332], Amerika Birleşik Devletleri'nde ikamet eden altı farklı ülkeden gelen ergen mültecilerde savaşa ve travmatik yaşantılara maruz kalmanın kimlik gelişimi ile negatif ve kimlik karmaşası ile pozitif yönde ilişkili olduğunu bulmuştur. Penner ve ark.[336] yaptığı çalışmada ise cinsel ve duygusal istismarın yanı sıra fiziksel ve duygusal ihmalin de kimlik karmaşasıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada toplam kötü muamelenin daha yüksek seviyeleri (cinsel ve fiziksel istismar dahil olmak üzere beş kötü muamele kategorisinin tamamında) daha yüksek düzeyde kimlik karmaşası ile doğrudan ilişkili saptanmıştır. Penner ve arkadaşları bu sonuçların Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi bağlamında anlaşılabileceğini, buna göre bireyin ısınma, beslenme ve fiziksel güvenlik ile sevgi, ait olma ve özgüven geliştirmeye yönelik temel ihtiyaçları karşılanmadığında birey kişisel gelişim ve kendini gerçekleştirme yönünde çaba gösteremeyeceği ve bu nedenle bütünleşik bir kimlik oluşturmada zorluklar yaşayabileceği savunulmaktadır. Başka bir bakış açısıyla çocuklukta kötü muamele, bireyin benlik duygusunu geçersiz kılarak ve bakıcılarla olumlu etkileşimler gibi kimlik gelişimine katkıda bulunan deneyimlerden yoksun bırakarak normal kimlik gelişimini bozmaktadır.[440] Bizim çalışmamızda gruplar arasında anlamlı bir farkın saptanmamasının nedeni örneklem sayısının küçüklüğünden kaynaklanıyor olabileceği gibi her iki grubun ruhsal bozukluk tanısına sahip gençlerden seçilmiş olmasıyla da ilişkili olabilir. Bu açıdan psikiyatrik bozukluğu olan ergenlerin sağlıklı gençlere kıyasla kimlik konusunda daha fazla zorluğa sahip olduğunu gösteren çalışmalar klinik popülasyonlarda kimlik üzerine çalışmanın ergen psikopatolojisinin

kavramsallaştırılması ve tedavisi açısından önemli olduğunu vurgulamaktadır.[441] Başka bir çalışmada kimlik ile ilgili problemlerin klinik ergen örnekleminde klinik olmayanlara göre daha yaygın olduğu belirtilmiştir.[442] Bu sebeple çocukluk çağı travmaları ve kimlik gelişimi ilişkisinin aydınlatılması için özellikle geniş örneklemlerle sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

DEHB'nin çocukluk çağında kaza ve yaralanma oranını artıran bir tanı olduğu bilinmektedir. Ülkemizde DEHB tanısı alan 116 çocuk ile kontrol grubunu oluşturan 84 okul çağı çocuğu ile yapılan çalışmada DEHB tanısı olan çocukların %25'i kontrol grubunun ise %3,6'sı kaza ve yaralanmaya maruz kalırken bunlar arasında kol kırığı, yanık gibi fiziksel ihmal ve istismarı düşündüren yaralanma %52 oranında bulunmuştur.[443] Çalışmamızda ÇÇT öyküsü bulunan ergenler arasında DEHB tanılı hastaların fiziksel ihmal puan ortalaması DEHB tanısı olmayan hastalara göre daha yüksektir. Çalışmamızın sonucu literatürle uyumlu olup bu durumun DEHB'nin kalıtsal doğası gereği DEHB'li çocukların ebeveyninin DEHB'den ve depresyon dahil diğer psikopatolojilerden muzdarip olması ve sonuçta olumsuz ve yetersiz ebeveynlik uygulamaları ile açıklanabileceği düşünülmektedir.[444] Buna ek olarak birçok ebeveyn, özellikle DEHB tedavi edilmediğinde DEHB'li bir çocuğa ebeveynlik yapmayı zorlu bularak daha fazla ihmal edici davranışlara yönelmiş olabilir.[445] Diğer yandan DEHB olan çocuklarda yaralanma riski dikkatsizliğe ve aşırı harekete bağlı olarak daha yüksek oranda görünmekle birlikte bu yaralanmalarda fiziksel istismar ve ihmalin rolünün ayrıştırılması önemli görülmektedir.

Çalışmamız sonucunda çocuklukta travma öyküsü olan ergenler arasında MDB tanılı hastaların yansıtıcı işleyiş puan ortalaması MDB tanısı almayan gruba göre daha düşük bulunmuştur. Zihinselleştirmedeki eksikliklerin yetişkinlerde depresyon için bir risk faktörü olabileceğini gösteren bulgular bulunmaktadır.[446] Bir meta-analiz çalışması MDB'de hem bilişsel ve duygusal zihinselleştirme becerilerinde zayıflık hem de duygu tanıma ve yanlış inançları veya niyetleri anlama gibi muhakeme görevlerinde başarısızlık tanımlamıştır.[447] Fischer-Kern ve ark.[448], major depresif bozukluğu olan 46 kadın hasta örneğinde kontrol grubuna kıyasla oldukça düşük Yİ puanları bulmuşlardır. Yakın tarihli çocuklukta kötü muamele öyküsü olan katılımcılarla yapılan bir çalışmada sonuçlar, düşük zihinselleştirmenin daha şiddetli depresyon semptomlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir.[355] Başka bir çalışmada çocuklukta duygusal istismar ile yetişkinlikte depresyon belirtileri arasındaki ilişkide zihinselleştirme eksikliğinin aracı rol oynadığı

bulunmuştur.[449] Cinsel istismar öyküsü olan 7-12 yaş arası çocuklar ve anneleri ile sağlıklı kontrollerle yapılan çalışmada zihinselleştirme becerilerinin cinsel istismar ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiye kısmen aracılık ettiği saptanmıştır.[450] Çocukluktaki kötü muamelenin hem zihinselleştirme bozukluklarını hem de MDB'yi yordaması, zihinselleştirme sorunlarının MDB'den önce gelebileceği ve zayıf zihinselleştirmenin, potansiyel olarak amigdala sistemindeki nöral değişiklikler aracılığıyla MDB için bir savunmasızlık oluşturabileceği fikrini desteklemektedir.[451] Diğer yandan çocuk ve ergenlerde zihinselleştirme düzeyleri ile içselleştirme sorunları arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar olduğu gibi daha yüksek zihinselleştirme kapasitesine sahip ergenlerde depresyon, kaygı gibi daha yüksek içselleştirme semptomları olduğunu bildiren bir çalışma da bulunmaktadır.[273,274] Son dönemde daha çok ele alınmaya başlansa da ergenlerde zihinselleştirme becerileri ve psikopatoloji ilişkisi genellikle kuramsal düzeyde çalışılmıştır. Çalışmamızın sonucunun bu konuda nispeten az sayıda çalışma bulunan alanyazına katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu bulgu, ÇÇT'den etkilenen bireylerde zihinselleştirme gelişimini teşvik etmeye odaklanan tedavilerin depresyon gelişimini önleme açısından önemli görülmektedir.

Major depresif bozukluk tanılı hastalar üzerinde çocukluk çağı travma türleri alt tiplerine göre depresyon ile dissosiasyon arasındaki ilişkiyi ilk kez ele alan bir çalışmada duygusal ihmal maruziyeti durumunda depresyon ile dissosiayon ilişkisinin pozitif yönde arttığı gösterilmiştir.[452] Cinsel istismarın zihinselleştirme ve disosiasyon aracılığıyla depresyona etkisinin araştırıldığı çalışmada dissosiyasyon ve depresif belirtiler arasında anlamlı fakat zayıf ilişki olduğu saptanmıştır.[12] Benzer şekilde çalışmamızda çocuklukta travma öyküsü olan ergenler arasında MDB tanılı hastaların ergen disosiyatif yaşantılar ölçek puan ortalaması MDB tanısı almayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur.

Çocuk Yansıtıcı İşlevsellik Ölçeği'nin geçerliliğine ilişkin yapılan ilk çalışma, aile içi istismar öyküsü olan çocukların, aile dışı cinsel istismara maruz kalmış çocuklara kıyasla önemli ölçüde daha düşük zihinselleştirme kapasitelerine sahip olduğunu göstermiştir.[287] Bu sonuç aile içi istismarın, çocukların kendilerini ve başkalarını tutarlı zihinsel olgu olarak düşünme kapasiteleri üzerinde daha ciddi bir etkiye sahip olduğunu düşündürmektedir. Aile dışı cinsel istismara maruz kalan çocukların kendileri ve başkaları hakkında zihinselleştirmeyi teşvik eden ve çocuğun travmatik deneyimi zihinselleştirmesine yardımcı olacak ebeveynleri ile ilişkilere erişme olasılığı daha yüksek

bulunmaktadır.[205,298] Bizim çalışmamızda cinsel istismarın aile içi (ensest) ya da aile dışı olması yönünden yansıtıcı işleyiş puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmaması örneklem sayısının küçüklüğünden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda cinsel istismar maruziyeti niteliksiz olan hastaların kimlik karmaşası ölçek puan ortalaması nitelikli olanlara göre daha yüksektir. Alanyazında cinsel istismarın nitelikli/niteliksiz olması durumuna göre kimlik karmaşasının ilişkisinin araştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmanın bu bulgusu çocuklukta kötü muamelenin psikopatolojiye giden yolda genetik etmenlerin, mizaç gibi bireysel ve tutarlı, özenli ebeveynlerin varlığı gibi dış etkenlerin çocuklarda koruyucu olabileceği ve dayanıklılığı artırabileceğini akla getirmektedir. Ek olarak, kötü muamele deneyiminin şiddeti veya türü ile sonraki nörobiyolojik veya davranışsal sonuç arasında bire bir eşleşme olmadığı belirtilmektedir.[453]

Alanyazında duygusal istismar ile yaş faktörüne ilişkin çalışmalara bakıldığında doğum ile 23 ay arası (bebekler), 2-5 yaş (okul öncesi yaş), 6-10 yaş (okul çağı) ve 11–18 yaş (ergenler) olarak dört gelişim grubundan çocukların dahil edildiği bir çalışmada bebeklik dönemi hariç tüm yaş gruplarında en sık kötü muamele türünün duygusal istismar olduğu ve yaş arttıkça kötü muamele türleri arasında duygusal isrismar oranının arttığı saptanmıştır.[454] Ülkemizde yaşayan yabancı uyruklu çocuk ve ergenlerin 8-11 yaş ve 12-15 yaş olarak iki gruba ayrılarak incelendiği bir çalışmada çocukluk çağı travmasının cinsiyet ve yaş değişkenleri açısından herhangi bir fark bulunmamıştır.[455] İzmir, Zonguldak ve Denizli'de okula devam etmekte olan beş, yedi ve onuncu sınıf öğrencilerinin (11, 13 ve 16 yaş grupları) örneklemi oluşturduğu iki binden fazla katılımcının olduğu çalışma yaş arttıkça duygusal istismar yaygınlığının arttığını göstermektedir.[456] Literatürden farklı olarak çalışmamızda olgu grubundaki hastaların travmatik olaya maruz kalma yaşları ile çocukluk çağı travma ölçeği duygusal istismar alt ölçeği arasında istatiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve zayıf düzeyde ilişki olduğu, travmatik olayı yaşama yaşı azaldıkça duygusal istismar puanlarının arttığı tespit edilmiştir. Ergenlik döneminde cinsel istismar maruziyetinin görece daha fazla yaşanmasının ve baskın ÇÇT olmasının yaş arttıkça duygusal istismarı gölgelemiş olabileceği düşünülmektedir.[457] Hem olumsuz deneyimler hem de uygun müdahale ve tedavi yaklaşımları farklılık gösterebileceği için gelişimsel olarak farklı yaş gruplarının ele alındığı geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği toplam puanı ile Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuş, yansıtıcı işleyiş ölçeği puanı arttıkça disosiyatif semptomlarda azalma gözlenmiştir. Bu bulgu literatürdeki çalışmalarla uyum gösterir niteliktedir. Karmaşık TSSB ve dissosiyatif bozuklukları olan hastaların zihinselleştirmede hafif düzeyden şiddetliye kadar değişen zorluklar yaşadığı belirtilmektedir.[294] Kişilerarası çocukluk travması geçmişi olan 153 yetişkin katılımcı ile 2023 yılında yapılan bir çalışma düzensiz bağlanmadan etkilenen azalmış zihinselleştirme yeteneğinin dissosiyasyonu artırdığını göstermektedir.[458] Ayrıca güvensiz bağlanma ve düşük zihinselleştirmenin, çocuklukta istismar ve ihmalden sağ kurtulanlar arasında travma sonrası semptomatolojinin raporlanmasında aracı rol oynadığı ve zihinselleştirme temelli terapinin bu bireyler için önemi vurgulanmaktadır. Cinsel istismar mağduru 7-12 yaş arası 74 çocuk ve annelerinin dahil olduğu bir çalışmada daha düşük anne ve çocuk Yİ becerilerinin yüksek disosiasyon seviyelerini yordadığı ve daha fazla psikopatoloji ile ilişkili olduğu saptanmıştır.[12] Travma durumunda başkalarının zihinlerinin savunma amaçlı engellenmesi yoğun duygulanım ve sıkıntıyla başa çıkmak için mevcut tek strateji haline geldiğinden, disosiasyonun daha fazla kullanılmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

2019 yılında klinik semptom gösteren 14-17 yaş arasında 188 lise öğrencisi ile kontrol grubunun karşılaştırıldığı, yansıtıcı işlev ve kimlik arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada klinik semptomları olan ergenlerin, daha düşük düzeyde yansıtıcı işlev ve daha fazla kimlik karmaşası yaşadığı, dolayısıyla yansıtıcı işlevin zayıf gelişiminin bireyin kimliğinin bütünleştirilmesini önemli ölçüde enegellediği gösterilmiştir.[263] Çalışmamızla benzerlik gösteren Penner ve arkadaşları tarafından psikiyatrik bozukluğu olan ergenler arasında çocuklukta kötü muamele ile kimlik karmaşası arasındaki ilişkileri değerlendiren çalışmada düşük Yİ'nin, duygusal istismar ile kimlik karmaşası arasındaki ilişkiye tamamen aracılık ettiği, genel kötü muamele ile kimlik karmaşası arasındaki ilişkiye ise kısmen aracılık ettiği saptanmıştır.[336] 2017 yılında yapılan bir çalışmada yansıtıcı işlevin kimlik karmaşası ve kişilerarası sorunlarla yüksek düzeyde anlamlı olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir.[337] Yansıtıcı işleyiş ölçeği ergen formunun Fransızca versiyonunun geçerlilik çalışması da zihinselleştirme güçlükleri ile kimlik karmaşası arasındaki ilişkiyi doğrulamaktadır.[271] Zihinselleştirme, çocuklukta kötü muameleyi BKB ile ilişkilendiren bir süreç olarak önerilmiş ve çalışmalar daha çok bu ilişkiye odaklanmıştır.[205] Çocuklukta

yaşanan olumsuz yaşam olaylarının düşük Yİ seviyelerini öngördüğünü ve bunun da yaşamın ilerleyen dönemlerinde kişilik bozukluklarının başlamasıyla ilişkili olduğu, ayrıca Yİ'nin çocukluk çağı sıkıntıları ile kişilik bozukluğu tanısı arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir.[13] Zihinselleştirmeye dayalı tedavinin kişilik bozukluğu için etkinliğine dair en sağlam kanıtlara sahip olması kimlik oluşumunda zihinselleştirmenin rolüne işaret etmektedir.[184] Klinik örneklemden seçilen ergen yaş grubu ile yapılan çalışmanın bulguları çocuklukta kötü muamelenin ergen Yİ'sinin daha düşük düzeylerini öngördüğünü ve bunun da ergenlerde daha yüksek düzeyde borderline kişilik özellikleriyle ilişkili olduğunu bulmuştur.[335] Ancak beklenenin aksine çalışmamızda yansıtıcı işleyiş ölçeği puanı ile kimlik durumunu değerlendirme aracı puanı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu sonuca etki eden en önemli faktörün örneklem sayısının küçüklüğü olabileceği düşünülmektedir. Ek olarak zihinselleştirmenin etkisini, travma ile ilişkili hiperaktivasyon ve fizyolojik düzensizlik durumu hala mevcutken travma deneyiminden kısa süre sonra araştırdığımız için kimlik karmaşası belirtileri doğru bir şekilde ölçülememiş olabilir. Bu açıdan ergenlerde kimlik karmaşası ve zihinselleştirme sorunları arasındaki ilişkiyi daha iyi yorumlayabilmek için daha fazla olgu sayısı ile toplum temelli ve uzunlamasına çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Çalışmamızın ana hipotezi test edildiğinde çocukluk çağı travmalarının disosiasyon düzeyine etkisinde yansıtıcı işleyişin kısmi aracılık etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç konuyla ilgili alanyazındaki çalışmaları desteklemektedir. 2022 yılında 67 yetişkin birey ile yapılan bir çalışmada çocukluk çağı kötü muamelenin disosiasyon ile ilişkisine zihinselleştirmenin tamamen aracılık ettiği gösterilmiştir.[355] Çalışmamıza benzer şekilde dizayn edilmiş çocukluk çağı travması ile travma sonrası semptomatoloji ilişkisini inceleyen 295 yetişkinin katıldığı bir çalışmada düşük zihinselleştirmenin travma ile dissosiyatif belirtiler arasındaki bağlantıya aracılık ettiği ortaya koyulmuştur.[6] 2022 yılında yapılan bir çalışmanın sonuçları çocukluk çağı kötü muamelenin daha düşük zihinselleştirme ve daha yüksek disosiasyon ile ilişkili olduğunu ve travmanın disosiasyon üzerindeki ilişkisine zihinselleştirme becerilerinin tamamen aracılık ettiğini göstermektedir.[355] Kişilerarası çocukluk travması geçmişi olan 153 yetişkin katılımcı ile 2023 yılında yapılan bir çalışma düzensiz bağlanmadan etkilenen azalmış zihinselleştirme yeteneğinin dissosiyasyonu artırdığını göstermektedir.[458]

Çalışmanın Kısıtlılıkları:

Pek çok çalışmada olduğu gibi bu çalışmanın da birtakım sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, çalışmamızın kesitsel olarak tasarlanmış olması bir kısıtlılık olarak görülmektedir. Mevcut kesitsel verilerde, çalışma değişkenleri arasındaki çoğu ilişkinin çift yönlü olması muhtemeldir ve etkilerin yönlülüğünü belirlemek için ileriye dönük araştırmalar gereklidir. Bu konuda yapılacak olan gelecek çalışmaların boylamsal olarak yapılması daha genellenebilir sonuçlar elde edilmesini ve neden sonuç ilişkilerinin kurulabilmesini sağlayacaktır.

Çalışmada bir diğer kısıtlılık ise, verilerin öz-bildirim araçları kullanılarak değerlendirilmiş olmasıdır. Katılımcıların kendilerini nesnel durumdan daha kötü ya da daha iyi göstermeye yönelik bir eğilim içinde ölçme araçlarını doldurabilecekleri gerçeği göz ardı edilmemelidir. Bu sınırlılığın önlenmesi için klinik görüşmeleri de içeren veri toplama aşamalarına sahip araştırma desenleri oluşturulabilir. Ayrıca kullandığımız öz bildirim ölçeklerinde madde sayısının fazla olması ölçeklerin doldurulma süresinin uzamasına neden olmuş, bu durum da ölçekleri doldururken katılımcıların dikkatlerinin dağılmasına ve motivasyonlarının düşmesine yol açmış olabilir.

Araştırmanın diğer bir sınırlılığı ise verilerin bazı katılımcılardan çevrimiçi ortamda toplanmasıdır. Bu yöntemin soruların rastgele işaretlenmesi veya ölçek maddelerinin dikkatli bir şekilde okunmaması riskine karşı açık olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızın örneklemi kliniğe başvuran ergenlerden oluşmuştur. Bu nedenle kliniğe başvurmamış ergenler örneklemde temsil edilmemiştir. Zihinselleştirme becerilerinin doğasını anlamaya yönelik daha büyük örneklem sayısı ile yapılacak toplum temelli çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmamızın bir başka sınırlılığı da örneklem sayısının az olmasıdır. Bu durum bazı verilerde gruplar arasında fark bulunmasına rağmen bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı düzeye ulaşmamasına neden olmuş olabilir. Örneklem sayısının kısıtlı olmasından dolayı bu çalışmanın sonuçlarının toplum bazında genelleştirilmesi zordur. Örneklemin genişletilmesi daha anlamlı sonuçlar elde edilmesini, çalışmanın gücünün arttırılmasını sağlayacaktır.

Katılımcıların psikiyatrik bozukluk tanıları rutin poliklinik görüşmeler esnasında belirlenmiş, KSADS-PL gibi yapılandırılmış tanısal görüşme aracı kullanılmamıştır.

Çalışmamızda zihinselleştirme becerilerini ölçmek için kullanılan yansıtıcı işleyiş ölçeğinin ergen formunun yakın dönemde Türkçe'ye uyarlamasının yapıldığı dikkate alındığında, geçerlilik ve güvenirliğini desteklemek için ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Son olarak çalışmamızda alanyazınla uyumlu olarak çocukluk çağı travmaları çoğunlukla çocukluk çağı kötü muameleleri olarak örneklemde temsil edilmiş, çalışmaya diğer ÇÇT biçimlerine sahip az sayıda katılımcı dahil edilmiştir. ÇÇT tanımı içine ebeveynin kaybı, ebeveynden ayrı kalma, göç, zorbalık, şiddete ve savaşa tanık olma, motorlu taşıt kazaları ve doğal afetler gibi durumların da dahil olduğunu göz önünde bulundurarak bu kısıtlılık farklı travma türlerinin zihinselleştirme becerileri ve psikopatolojilerle ilişkisinin incelendiği çalışmalarla giderilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda travma öyküsü olan olgu grubundaki ergenler (53) ile kontrol grubu (53) sosyodemografik ve tanısal özellikler, zihinselleştirme becerileri düzeyi, disosiasyon puanları ve kimlik karmaşası durumu açısından karşılaştırılmıştır. Çocukluk çağı travma öyküsü olan ergenlerde yaşadıkları travmatik olaya ilişkin özellikler, çocukluk çağı travmaları alt boyutlarının kimlik karmaşası ve disosiasyon arasındaki ilişkide zihinselleştirmenin aracı rolü incelenmeye çalışılmıştır.

1.Araştırmamızda olgu grubundaki ergenlerin sigara kullanımı oranları yüksek; okul başarılarının daha düşük ve okula devamlılıklarının daha az olduğı bulunmuştur. Travma mağduru hastaların erken tanı alması ve uygun tedavi edilebilmesi sayesinde bu olumsuz eğitim sonuçlarının düzelebileceği düşünülmektedir.

2. Çalışmamızda ilk 6 yaş döneminde bakım veren açısından anlamlı fark görülmemiştir. Olgu grubunda 6 yaş ve üstünde anne ve babanın bakım verme oranının düşük olarak saptanması ebeveynlerin bakım vermeyi sürdürmesinin travmaya karşı koruyucu olduğunu, benzer şekilde parçalanmış aileye sahip olmanın ise ÇÇT riskini artırdığını düşündürmektedir.

3. Çalışmamıza katılan olgu grubundaki ergenlerin anne-babalarının beraber yaşama oranları düşük, geniş ve parçalanmış aileye sahip olma düzeyi yüksek saptanmıştır. Ayrıca yaşayan kişi sayısının fazla olduğu kalabalık evlerde kaldıkları bulunmuştur. Olgu grubundaki anne-babaların gerek eğitim düzeyleri gerekse de sosyoekonomik düzeyleri düşük ve ailede psikiyatrik hastalık oranı yüksek tespit edilmiştir. Bu risk faktörlerinin ışığında çocukluk çağında yaşanan travmaları önlemeye yönelik ailelerin bilinçlendirilmesi, ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesi ve toplumsal bilincin oluşturulmasının yararlı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca tek ebeveyn olma gibi sosyal desteğin az olduğu ailelere ek sorumluluklardan kaynaklanan stresi azaltmaya yardımcı olabilecek desteklerin (örn. barınma, istihdam, gelir desteği) sağlanması önemli olacaktır.

4. Çalışmamızda travma öyküsü olan ergenlerin %92,5'i en az bir psikiyatrik tanı almıştır. Psikiyatrik tanılar açısından incelendiğinde, olgu grubunda travma sonrası stres bozukluğu ve major depresif bozukluk tanılarını karşılayan ergenlerin sayısı kontrol grubundakilere göre yüksek saptanmıştır. Bu nedenle depresyon tanısı ile takip edilen

özellikle kronik ve tedaviye dirençli vakalarda travma maruziyeti ihtimalinin göz önünde bulundurulması hastaların tedavisi ve işlevselliği açısından önemlidir.

5. Çalışmamızda çocukluk çağı travma öyküsü olan ergenlerin %86,8'inin cinsel istismar, %67,9'unun fiziksel istismar, %58,5'inin ise duygusal istismara maruz kaldığı %3,8'inin trafik kazası geçirdiği, %9,4'ünün travmatik bir kayıp yaşadığı ve travmatik olayın ortalama 10,15 yaşında meydana geldiği saptanmıştır. Olgu grubu içinde cinsel istismara maruz kalan 46 ergenden %34'ünün nitelikli, %13,2'sinin aile içi (ensest) olarak gerçekleştiği, %60.4'ünün ise çok sayıda istismara maruz kaldığı bulunmuştur.

6. Çalışmamızda travma yaşamış ergenler travma yaşantısı olmayan ergenlere göre disosiyatif yaşantılar ölçeğinden daha yüksek, yansıtıcı işleyiş ölçeğinden önemli ölçüde daha düşük puan almışlardır. Olgu grubundaki hastaların ortalama kimlik durumunu değerlendirme aracı puanları kesme puanın üzerinde olup, kontrol grubuna göre daha yüksek olsa da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu alandaki boşluğu doldurmak amacıyla hem klinik hemde klinik olmayan örneklemlerle yapılacak başka çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7. Çalışmamızda olgu grubundaki hastaların travmatik olaya maruz kalma yaşları ile çocukluk çağı travma ölçeği duygusal istismar alt ölçeği arasında istatiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır. Duygusal istismarın çocuklukta her yaşta en sık kötü muamele türü olduğu bilinmektdir. Bu açıdan başta küçük çocuklar olmak üzere travmanın herhangi bir türünün varlığında duygusal istismarın sorgulanması önemli görülmektedir.

8. Yansıtıcı işleyiş ölçeği ile ergen disosiyatif yaşantılar ölçeği puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ilişki elde edilmiştir. Kimlik durumunu değerlendirme aracı puanı ile çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ilişki saptanmıştır. Çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı ile ergen disosiyatif yaşantılar ölçeği puanları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki elde edilmiştir. Yansıtıcı işleyiş ölçeği puanı ile kimlik durumunu değerlendirme aracı puanı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu durumun araştırmanın sınırlığı olan veri sayısı azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

9. Çalışmamızın ana hipotezinin test edilmesiyle ÇÇTÖ puanının disosiasyon düzeyine etkisinde yansıtıcı işleyişin kısmi aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Zihinselleştirme becerileri travmanın ykıcı özelliklerinden etkilendiği gibi disosiasyon gibi travma sonrası psikopatolojiler için de yatkınlık oluşturmaktadır. Bu nedenle ÇÇT öyküsü ile takip edilen hastalarda zihinselleştirme temelli terapilerin erken dönemde uygulanması hastalarda işlevselliğinin artırılması açısından uygun olacaktır. Ayrıca travma ve kimlik arasındaki ilişkiye dair daha fazla araştırma, travmatik maruziyetin olumsuz etkilerini azaltmayı amaçlayan önleme ve müdahale yöntemlerinin sağlanması konusunda yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak bilindiği kadarıyla travma maruziyeti olan ergenlerde zihinselleştirme becerilerinin ölçüldüğü ve kimlik karmaşası ile disosiasyon ilişkisinin incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızın sonuçlarının, zihinselleştirme ve travma arasındaki ilişkileri daha iyi anlamak için yapılacak daha fazla olgu sayısı ile klinik ve toplum temelli çalışmalara yol göstermesi temenni edilmektedir.

7. ÖZET

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın kimlik karmaşası ve disosiasyon ile ilişkisinde zihinselleştirmenin aracı rolü araştırılmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Travma Polikliniklerine başvuran ya da istismara uğramış olması nedeni ile adli psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen 12–18 yaş arasında 53 ergen dahil edilmiştir. Kontrol grubunu ise herhangi bir nedenle Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran, herhangi bir ruhsal bozukluk tanısıyla takip edilen fakat travma öyküsü bulunmayan 12-18 yaş arasında 53 ergen oluşturmuştur. Hastalara Sosyodemografik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ), Kimlik Durumu Değerlendirme Aracı (KDDE), Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği- Ergen Formu (YİÖ-E) uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda çocukluk çağı travma öyküsü olan ergenlerin %86,8'inin cinsel istismar, %67,9'unun fiziksel istismar, %58,5'inin ise duygusal istismara maruz kaldığı saptanmıştır. Travma yaşantısı olan ergenler kontrol grubundaki ergenlere göre disosiyatif yaşantılar ölçeğinden daha yüksek, yansıtıcı işleyiş ölçeğinden daha düşük puan almışlardır. Kimlik durumunu değerlendirme aracı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yansıtıcı işleyiş ölçeği ile ergen disosiyatif yaşantılar ölçeği puanı arasında negatif yönde, kimlik durumunu değerlendirme aracı puanı ile çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Yansıtıcı işleyiş ölçeği puanı ile kimlik durumunu değerlendirme aracı puanı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. ÇÇTÖ puanının disosiasyon düzeyine etkisinde yansıtıcı işleyişin kısmi aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç: Çalışmamız çocukluk çağı travma maruziyeti olan ergenlerde zihinselleştirme becerilerilerinin olumsuz olarak etkilendiğini, bu bireylerin daha fazla kimlik karmaşası yaşayabildiklerini ve travma sonrası disosiyatif belirtilerin ortaya çıkmasında zihinselleştirmenin aracı rol oynadığını göstermesi açısından önemlidir. Bu nedenle ÇÇT öyküsü olan ergenlerde zihinselleştirme temelli terapilerin erken dönemde uygulanmasının travma sonrası psikopatolojilerin önlenmesinde yarar sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca travma öyküsü varlığında hastalarda kimlik karmaşasının sorgulanması varsa tedavi

edilmesinin uzun dönemde işlevselliğin artırılmasına yardımcı olabilir. Mevcut çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğu için neden sonuç ilişkilerinin kurulabileceği daha geniş örneklemde, uzunlamasına izlem çalışmalarına gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı travmaları, Kimlik karmaşası, Zihinselleştirme

8. ABSTRACT

Objective: In this study, the mediating role of mentalization in the relationship between childhood trauma exposure and identity confusion and dissociation was investigated.

Method: 53 adolescents between the ages of 12 and 18, who applied to Child and Adolescent Psychiatry Clinics of Kocaeli University Medical Faculty Trauma Clinics or were evaluated in the forensic psychiatry clinic due to abuse, were included in the study. The control group consisted of 53 adolescents between the ages of 12-18 who applied to Child and Adolescent Psychiatry Clinics of Kocaeli University Medical Faculty for any reason as well as followed up with a diagnosis of any mental disorder, but did not have a history of trauma. Sociodemographic Data Form, Childhood Trauma Scale (CTS), Instrument for Assessing Identity Confusion (IFAIC), Adolescent Dissociative Experiences Scale (ADES), and Reflective Functioning Questionnaire-Youth (RFQ-Y) were applied to the patients.

Results: In our study, it was found that 86.8% of adolescents with a history of childhood trauma were exposed to sexual abuse, 67.9% to physical abuse, and 58.5% to emotional abuse. Adolescents with traumatic experiences scored higher on the dissociative experiences scale and lower on the reflective functioning questionnaire than the adolescents in the control group. There was no significant difference between the groups in terms of the instrument for assessing identity confusion.
A negative relationship was found between the reflective functioning questionnaire and the adolescent dissociative experiences scale score and a positive relationship was found between the instrument for assessing identity confusion score and the total score of the childhood trauma scale. No significant relationship was found between the reflective functioning questionnaire score and the instrument for assessing identity confusion. It was concluded that reflective functioning was a partial mediator in the effect of CTS score on dissociation level.

Conclusion: Our study is important at this aspect that it shows mentalization skills are negatively affected in adolescents exposed to childhood trauma, that these individuals may

experience more identity confusion and that mentalization plays a mediating role in the emergence of post-traumatic dissociative symptoms. For this reason, it is thought that early application of mentalization-based therapies in adolescents with a history of CT will be beneficial in preventing post-traumatic psychopathologies. In addition, questioning identity confusion in patients with a history of trauma and treating it, if any, may help increase functionality in the long term. Since our current study is a cross-sectional study, longitudinal follow-up studies with a larger sample size where cause-effect relationships can be established are needed.

Key Words: Childhood traumas, İdentity confusion, Mentalization

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Ergenlerde çocukluk çağı travmasının disosiasyon ve kimlik karmaşası ile ilişkisinde zihinselleştirme becerilerinin aracı rolünün incelenmesi

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?		
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?		
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?		
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?		
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?		
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?		
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?		
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? *Lütfen ismini yazınız…*		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

T.C.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Ergenlerde çocukluk çağı travmasının disosiasyon ve kimlik karmaşası ile ilişkisinde zihinselleştirme becerilerinin aracı rolünün incelenmesi

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?		
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?		
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?		
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?		
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?		
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğumuzu anladınız mı?		
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?		
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? *Lütfen ismini yazınız....*		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

4.EK- SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Aşağıdaki soruları okuyunuz ve sizin için doğru olan seçenekleri daire içine alarak; açıklama istenen sorularda ise yazarak yanıt veriniz.

1) Tarih:
2) Cinsiyetin a. Kız b. Erkek
3) Yaşın: ----------
4) Oturduğun il ve ilçe:……
5) Okuduğun okul ve sınıf:……
6) Ulaşılması gerektiğinde kullanılacak telefonu numaraları:……..
7) İkametgah yerin : İl merkezi ( ) İlçe ( ) Köy ( )
8) Kardeş sayısı:
   a. Tek çocuk b.(2-5) Kardeş c. 6 ya da daha fazla kardeş
9) Evde yaşayan kişi sayısı:

a. (1-5) kişiyiz b. 6 ya da daha fazla kişiyiz

10) Anne ve Baban için hangisi doğru?
    a. Beraberler b. Boşandılar ya da ayrılar c. Anne ölmüş d. Baba ölmüş e. Anne de baba da ölmüş
11) Kimlerle yaşıyorsun?

a. Çekirdek aile b. Geniş aile c. Tek ebeveyn (anne/ baba) d. Diğer(……..)

12) Küçüklüğünde seni büyüten :
    a. 0-1 yaş: 1.Anne-Baba 2. Büyükanne-büyükbaba 3. Bakıcı 4.Yetiştirme yurdu 5.Diğer….
    b. 1-3 yaş: 1.Anne-Baba 2. Büyükanne-büyükbaba 3. Bakıcı 4.Yetiştirme yurdu 5.Diğer….
    c. 3-6 yaş: 1.Anne-Baba 2. Büyükanne-büyükbaba 3. Bakıcı 4.Yetiştirme yurdu 5.Diğer……
    d. 6 yaş ve üzeri: 1.Anne-Baba 2. Büyükanne-büyükbaba 3. Bakıcı 4.Yetiştirme yurdu 5.Diğer.
13) Babanın eğitim durumu
    a. Okula gitmemiş b.ilkokul c.Ortaokul d.Lise e.Üniversite
14) Annenin eğitim durumu
    a. Okula gitmemiş b.ilkokul c.Ortaokul d.Lise e.Üniversite
15) Ailenin aylık geliri
    a. (0-2500 TL) b. (2500-5000 TL) c.(5000-8000TL) d .(8000 TL ve üzeri)
16) Babanın işi
    a. Çalışıyor (İş……) b. Çalışmıyor
17) Annenin işi
    a. Çalışıyor (İş……) b. Çalışmıyor
18) Ev durumu
    a. Kendinize ait b. Kira c.Lojman d.Diğer
19) Sorunlarını kiminle paylaşırsın:

a. Anne- baba b.Arkadaş c. Anne-baba ve arkadaş d.Hiç kimse

20) Sigara kullanımı

a. Evet b. Hayır

21) Alkol kullanımı

a. Evet b. Hayır

22) Uyuşturucu veya başka madde kullanımı

a. Evet b. Hayır

23) Sana göre okuldaki başarı durumun

a. Mükemmel b.Ortalama üstü c.Ortalama d.Ortalama altı e.Zayıf

24) Okuldaki devamsızlık durumun

a. Hiç b. Her dönem 5-10 gün c. Her dönem 10-15 gün d. Devamsızlıktan kalma

25) Ailede tıbbi bir hastalığı olan

a. Var b.Yok

26) Ailede psikiyatrik bir hastalığı olan

a. Var b.Yok

27) Çocukluğunuzda sizi etkilediğini düşündüğünüz travmatik bir olay yaşadınız mı?

a. Evet b. Hayır

28) Fiziksel istismar öyküsü

a. Var b.Yok

29) Cinsel istismar öyküsü

a. Var b.Yok

30) Duygusal istismar öyküsü

a. Var b.Yok

31) (Varsa) Bu olayı/olayları yaşadığında kaç yaşındaydın…….

32) Bu olayın senin için ne şiddette yaşandığını derecelendir

a. Hafif b. Orta c. Ağır

33) Bu olayın seni ne kadar etkilediğini düşünüyorsun, 1-5 arasında bir sayı vererek derecelendir (1- hiç etkilemedi, 5- çok etkiledi)

a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5

5.EK- ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (18 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı (X) işareti ile işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

1) Hiç bir zaman 2) Nadiren 3) Kimi Zaman 4) Sık Sık 5) Çok Sık

1) Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

2) Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

3) Ailemdekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

4) Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

5) Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

6) Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

7) Sevildiğimi hissediyordum.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

8) Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

9) 2Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

10)Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

11)Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

12)Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

13)Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

14)Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

15)Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme,itilip kakılma vb.) inanıyorum.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

16)Çocukluğum mükemmeldi.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

17)Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

18)Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

19)Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

20) Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

21) Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

22)Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

23) Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

24)Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

25)Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

26)İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

27) Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

28)Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

6.EK- ERGEN DİSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ

NASIL YANIT VERECEKSİNİZ ? Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 30 tanımlama cümlesinden oluşmaktadır. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Her tanımlama cümlesindeki yaşantının size ne ölçüde uyduğunu ya da ne sıklıkta bulunduğunu 10 üzerinden değerlendiriniz. Tanımlanan özellik ya da durum sizde hiç bir zaman olmuyorsa 0 'ı , sürekli ya da çok sık oluyorsa 10 'u daire içine alınız. Zaman zaman oluyorsa, derecelendirme yaparak 0 ile 10 arasından size en çok uyan rakamı daire içine alınız. Cevaplarken tanımlamada ne belirtilmişse sadece ona cevap veriniz. Alkol ya da ilaç etkisi altında bulunduğunuz durumları dikkate almayınız

1.	Televizyon seyrederken, bir şey okurken ya da video oyunu oynarken kendimi çok fazla kaptırırım ve çevremde olan bitenleri farketmem. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
2.	Daha önce yapmış olduğum ev ödevi ve sınav kağıtlarına baktığımda onları tanıyamam ve/veya yaptığımı hiç hatırlamam. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
3.	Sanki bana ait değilmiş gibi gelen güçlü duygular yaşarım. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
4.	Bir an çok iyi yaptığım bir iş başka bir zaman hiç elimden gelmez. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
5.	Çevremdekilerin konuştuğumu ya da yaptığımı söyledikleri bazı şeyleri hiç hatırlamam. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
6.	Kendimi bir sis perdesi içinde ya da boşlukta hissederim ve çevremdeki insanlar ve eşyalar gerçek değilmiş gibi görünürler. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
7.	Bazen bir şeyi gerçekten yaptım mı, yoksa yapmayı sadece aklım geçirmiş mi olduğunu ayırdedemem. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
8.	Saate baktığımda zamanın geçmiş olduğunu, ancak geçen süre içerisinde olanları hatırlayamadığımı farkederim. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
9.	Kafamın içinden gelen ve bana ait olmayan sesler duyarım. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
10.	İstemediğim bir yerde bulunduğumda, zihinsel olarak oradan uzaklaşabilirim. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
11.	O kadar iyi yalan söylerim ve rol yaparım ki bunlara kendim de inanırım. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
12.	Birden dalıp giderim ve daha sonra kendimi bir şey yaparken bulurum. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
13.	Aynada kendimi tanımam. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
14.	Kendimi bir yere giderken ya da bir işi yapıyorken bulurum ve neden oraya gittiğimi ya da neden o işi yaptığımı bilemem.

	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
15.	Kendimi bir yerde bulurum ve oraya nasıl geldiğimi hatırlamam. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
16.	Sanki bana ait değilmiş gibi gelen düşüncelerim olur. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
17.	Ağrı ya da acı hissini duymamayı başarabilirim. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
18.	Bir şey gerçekten mi oldu, yoksa onu sadece rüyamda mı gördüm ya da aklımdan mı geçirdim, ayırdedemem. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
19.	Kendimi yanlış olduğunu bildiğim hatta yapmayı kesinlikle istemediğim bir işi yaparken bulurum. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
20.	Beni tanıyanlar bazen çok değişik davrandığımı sanki başka bir insan gibi olduğumu söylerler. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
21.	Zihnimin duvarlarla bölümlere ayrılmış gibi olduğunu hissederim. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
22.	Benim yapmış olmam gereken fakat yaptığımı hatırlayamadığım yazılar, çizimler ya da mektuplar bulurum. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
23.	İçimde, benim yapmayı istemediğim bazı şeyleri yaptıran bir şeyin var olduğunu hissedirim. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
24.	Bir şeyi sadece hatırlıyor muyum, yoksa gerçekten o anda başımdan mı geçiyor olduğunu karıştırırım. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
25.	Kendime bedenimin dışından, sanki başka bir kişiyi izliyormuş gibi baktığımı hissederim. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
26.	Ailem ve arkadaşlarımla olan ilişkilerimin aniden değişir ve bunun neden olduğunu bilemem. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
27.	Bir yap-boz oyunun parçalarından bir ya da bir kaçının kaybolması gibi, geçmişimin bazı parçaları kaybolmuştur. (kafamdan silinmiştir) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
28.	Kendimi oyuncaklarımla ya da yapma hayvanlarımla oynamaya o kadar kaptırırım ki onlar bana canlıymış gibi gelir. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
29.	İçimde başka insanların var olduğunu hissederim. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)
30.	Bazen vucudum sanki bana ait değilmiş gibi gelir. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hiç bir zaman) (her zaman)

7.EK- KİMLİK DURUMUNU DEĞERLENDİRME ARACI

Bu ölceğin her bir maddesinde söz edilen yaşantıların sizin durumunuzla ne ölçüde uygunluk gösterdiğini, yani sizin düşünce ve duygularınızı ne ölçüde yansıttığını, cevap anahtarı kağıdındaki ilgili kutuya işaretleyin. Lütfen bütün maddeleri cevaplandırın.
1. Bana hiç uymuyor 2. Bana pek uymuyor 3. Bana biraz uyuyor 4. Bana oldukça uyuyor 5. Bana tümüyle uyuyor

1. Kendimi tutarlı bir insan olarak görmekte zorlanıyorum. Değişik ortamlarda farklı biçimlerde davranıyorum ve bundan rahatsızlık duyuyorum. Bazen, hangi ortamda ya da hangi ilişkide gerçekten kendim olabildiğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
2. Çok yakın olduğum insanları bile hep aynı gözle göremiyorum. Aynı kişi bir an sevimli ve dost olarak görünüyor gözüme, ama başka bir zaman sevimsiz ve düşman tavırlı olduğumu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
3. Kendi doğrularımı ya da kendi yolumu bulabildiğimi sanmıyorum. Nasıl biri olmak ve nasıl bir geleceğe yönelmek istediğimden emin değilim. Bazen birine özeniyor ve onun gibi olmak istediğimi düşünüyorum. Ama bir sure sonra başka birine özenmeye başlıyorum.	1	2	3	4	5
4. Ufak tefek olaylar beni derinden etkiliyor. Bir şey beklediğim gibi olmayınca sanki yıkılıyorum, kendimi suçlu ve değersiz görüyorum, çok mutsuz oluyorum. Ama sonra iyi bir şeyler oluyor ve moralim bir anda düzeliyor, canlı ve neşeli oluyorum, kendime güvenim geliyor.	1	2	3	4	5
5. Çocukluk dönemlerimi düşündüğüm zaman garip bir kopukluk algılıyorum. Sanki geçmişte kalan çocukla ben aynı insan değilmişiz, farklıymışız gibi hissediyorum. Bu da içimde yaşam surecim, sanki kopuk halkalardan oluşmuş gibi bir duygu doğuruyor.	1	2	3	4	5
6. Farklı insanlarla ilişkideyken farklı bicimde davrandığımı, bir bakıma farklı kişiliklere büründüğümü sanıyorum. Bu yüzden, olduğum gibi davranamadığımı, kendim olmayı beceremediğimi düşünüyorum ve davranışlarımı sahte buluyorum.	1	2	3	4	5
7. Bana en yakın insanların bile beni nasıl tanıdıklarından emin değilim. Bazen öyle geliyor ki; sanki her biri beni farklı bir insan olarak tanıyor. O zaman kimin beni gerçekten tanıdığını soruyorum kendime. Ama ben de kendimi tanıdığımdan emin değilim.	1	2	3	4	5
8. Kendi yolumdan yürüdüğümden emin değilim. Bana uygun olmayan bir yola yönelmiş olmaktan ve kendime yabancılaşmaktan korkuyorum. Hala kendimi arıyorum, yaşamda ne yapmak ve nasıl biri olmak istediğimi anlamaya çalışıyorum.	1	2	3	4	5
9. Geleceğe ilişkin planlar yaparken gerçekçi olmayı pek beceremiyorum. Belki de hayallerimin peşinde koşmaktan vazgeçemiyorum. Gerçekler kuru, sıkıcı ve bazen de ürkütücü geliyor. Yakınımdaki insanlar ayaklarımın yere basmadığını söylüyor.	1	2	3	4	5
10. Geleceğimi etkileyecek konularda karar vermekte zorlanıyorum. Çünkü bana uygun olanı seçtiğimden bir türlü emin olamıyorum. Bazen bir şeyi yapmaya karar veriyorum ama bir turlu harekete geçemiyorum.	1	2	3	4	5
11. Şu anki halimden ve izlediğim çizgiden pek hoşnut sayılmam. Kendimden beklediğim, yani yaşamda başarmak istediğim bu değildi, ama daha iyisi elimden gelmiyor. Böyle giderse yaşamda arzuladığım yere gelmemiş bir olacağım.	1	2	3	4	5
12. Girdiğim çevrelerde yer edinebildiğimi sanmıyorum. Bana öyle geliyor ki, aile ya da arkadaş çevremde pek önemsenmiyorum, yani varlığımla yokluğum acısından onlar için pek bir fark yok.	1	2	3	4	5
13. En yakın ilişkilerimde bile, karşımdaki insanın beni gerçekten sevip benimsediğine güvenemiyorum. O öyle davransa bile içtenliğine inanamıyorum. Bir gün beni yüz üstü bırakmasından kaygılanıyorum. Belki bu yüzden insanlardan uzak duruyorum ve pek yakın arkadaşlıklar kurmuyorum.	1	2	3	4	5
14. Gelecekte beni güzel günlerin ve doyumlu ilişkilerin beklediğini düşünmeye çalışıyorum, ama olmuyor. Sanki zaman ancak duş kırıklığı ve kotu şeyler getirebilir gibi geliyor.	1	2	3	4	5
15. Bazen sanki zaman çok hızlı geçmiş, ruhum büyüme fırsatı bulamamış ve çocuk kalmış gibi geliyor. O anlarda zamanı yavaşlatmak ya da durdurmak istiyorum.	1	2	3	4	5

Zamana ayak uyduramama duygusu bende gereksiz bir telaş ve aceleciliğe neden oluyor. Bazen de kendimi çok yaşlanmış gibi hissediyorum.					
16. Yaşamımı başkalarının istekleri ve beklentileri yönlendiriyormuş gibi geliyor. Sanki dizginlerim başkalarının ellerinde. Bu yüzden bazen bir şeyi kendi isteğimle mi yoksa başkaları öyle istediği için mi yaptığımdan emin olamıyorum.	1	2	3	4	5
17. Özlediğim gibi biri olabileceğimden kuşkuluyum. Kendimde beğenmediğim pek çok yan var. Bu yüzden kendimden pek hoşnut sayılmam. Adamakıllı biri olmak için gereken niteliklere sahip olduğumdan emin değilim.	1	2	3	4	5
18. Sanki sürekli olarak dışarıdan kendimi izliyorum ya da başkalarının beni nasıl gördüğünü düşünüyorum. Davranışlarımda konuşmamda başkalarını güldürecek tuhaflıklar varmış gibi geliyor. Bu biraz sıkılgan ve alıngan olmama yol açıyor.	1	2	3	4	5
19. Ne zaman bir amaca ulaşmak için hırslansam, sanki yanlış bir şeyler yapıyormuşum hissine kapılıyorum ve içimde bir huzursuzluk büyümeye başlıyor. Sonra da yine yanlış bir amacın peşinden koştuğumu düşünüyorum ve vazgeçiyorum.	1	2	3	4	5
20. Kendimi iş güç sahibi biri olarak düşlediğim zaman içime bir sıkıntı giriyor. Artık yetişkin bir insan olduğumu düşünmeye ve öyle davranmaya çalıştığım zamanlarda da benzer huzursuzluğu duyuyorum. Bu yüzden erişkinlik yıllarımda nasıl biri olacağımı kestiremiyorum.	1	2	3	4	5
21. Bazen sanki kazanmak değil kaybetmek istiyormuşum gibi davranıyorum. Bir bakıma kendi kendimi çelmeliyorum, yani bindiğim dalı kesiyorum. Belki de başarılı ve sevilip sayılan biri olmayı istemiyorumdur.	1	2	3	4	5
22. Kendimi pek çok konuda yetersiz ve eksik hissediyorum. Bazen yeterince iyi yaptığım hiçbir iş olmadığını düşünüyorum. İlerde de hangi işte çalışırsam çalışayım, işimin ustası olabileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5
23. Çoğu zaman uğraştığım işleri boş ve anlamsız buluyorum. Bu yüzden üzerime düşen işleri en iyi bicimde becermek ya da bir alanda başarılı olmak için yeterli çabayı gösteremiyorum. Bazen işe yaramaz biri olduğumu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
24. Öğrenmemin beklendiği şeyleri öğrenebileceğime ve gelecekte mesleğimde yetkin olacağıma inanmıyorum. Öğrenmek, becermek ve başarmak için yeterli çabayı gösterememem belki bundan kaynaklanıyordur.	1	2	3	4	5
25. Bağlı olduğum bir arkadaş grubum yok. Hiçbir gruba giremiyorum, çünkü hepsinde bana ters gelen şeyler buluyorum ve gruptaki insanlara güven duyamıyorum. Ayrıca onların da beni güvenilir bulamayacaklarını ve aralarına almayacaklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
26. Bazen kendimde karşı cinse ait özelliklerin bulunduğu duysuna kapılıyorum. Öyle anlarda kendimi tam bir kız ya da tam bir erkek olarak düşünmekte zorlanıyorum. Sanki ikisinin arasında kalmışım gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5
27. Ailemi bir kenara bırakırsam, çevremde görüşlerine saygı duyduğum, önerilerine kulak verdiğim ve sözünü dinlediğim bir kimsenin olmadığını söyleyebilirim. Böyle bir gösterici bulmak isterdim, ama kimsenin sözünü dinlemek istemiyorum	1	2	3	4	5
28. Neye inanacağımı tam olarak bilemiyorum. Hangi değerleri benimseyeceğim, hangi ilkelere tutunacağım konusunda kafam acık değil. Bazen hiçbir şeye inanmadığımı düşünüyorum. O zaman sanki yaşama tutunamıyormuşum gibi geliyor.	1	2	3	4	5

7.EK- YANSITICI İŞLEYİŞ ÖLÇEĞİ- ERGEN FORMU

Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi en açık şekilde tanımladığını düşündüğünüz yanıtı daire içine alın. İfadeler üzerinde çok fazla düşünmeyin-ilk yanıtınız genellikle en iyisidir. Teşekkürler.

1. İnsanların düşünceleri bana gizemli gelir.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

2. İnsanların ne düşündüğü ve ne hissettiği hakkında çok fazla endişelenirim.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

3. Ben değiştikçe anne babamın zihnimdeki resmi de değişir.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

4. Bazen en iyi arkadaşlarımın tepkilerini yanlış anlayabildiğimi fark ederim.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

5. Anne babamın bana yönelik davranışlarının onların nasıl yetiştirildiği ile açıklanamayacağına inanıyorum.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

6. İnsanlar bana iyi bir dinleyici olduğumu söyler.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

7. İstediğim şeyleri yapmaları için insanları sıklıkla zorlamam gerekir.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

8. Ne hissettiğimi her zaman bilirim.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

9. Dikkatli olmazsam bir başkasının hayatına karışabileceğimi hissediyorum

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

10. Ne hissettiğim konusunda sıklıkla kafam karışır.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

11. İnsanların kendi inanç ve deneyimlerine dayanarak bir durumu çok farklı şekillerde görebileceklerine inanırım.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

12. Bir başkasının aklında ne olduğunu tahmin etmeye çalışmanın bir anlamı olmadığına inanırım.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

13. İnsanlar kendi hisleri hakkında konuştuklarında kafam karışır.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

14. Diğer insanların çözmeye çalışmak için fazla karmaşık olduğuna inanıyorum.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

15. Diğer insanların bakış açılarını anlamak bana zor gelir.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

16. İyi bir zihin okuyucuyumdur.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

17. Neyi neden yaptığımı her zaman bilmem.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

18. Hislerimi dikkate alırım.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

19. Bir tartışmada, karşımdakinin bakış açısını dikkate alırım.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

20. İnsanların davranışlarının nedenlerini anlamak onları affetmeme yardımcı olur.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

21. Herhangi bir durumu değerlendirmenin DOĞRU bir yolu olmadığına inanırım.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

22. Kızdığım zaman neden söylediğimi gerçekten bilmediğim şeyler söylerim.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

23. Yakınlarım, sıklıkla bir şeyleri neden yaptığımı anlamakta zorlanıyormuş gibi görünürler.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

24. İçgüdülerime göre mantığım bana daha iyi rehberlik eder.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

25. Genellikle başkalarının ne düşündüğünü tam olarak bilirim.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

26. Çocukluğum hakkında pek fazla şey hatırlamam.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

27. Güçlü duygular sıklıkla düşüncelerimi gölgeler.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

28. Hislerime güvenirim.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

29. Kızdığımda sonradan pişman olacağım şeyler söylerim.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

30. Bir kişi hakkındaki hislerim konusunda neredeyse hiç yanılmam.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

31. Benim için davranışlar sözlerden daha önemlidir.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

32. Sıklıkla zihnimin boş olduğunu hissederim.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

33. Bana öyle geliyor ki, bir şey hakkındaki hislerim çok güçlü olsa bile bu hislerim değişebilir.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

34. Davranışlarımın ardındaki nedenleri düşünmekten hoşlanırım.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

35. Kendimi güvensiz hissedersem diğerlerini incitecek şekilde davranabilirim.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

36. Bazen neden yaptığımı gerçekten bilmediğim şeyler yaparım.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

37. Birinin gözlerine bakarak nasıl hissettiğini söyleyebilirim.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

38. Bazen kendimi bir şeyler söylerken bulurum ve onları neden söylediğimle ilgili bir fikrim olmaz.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

39. Birisinin nasıl hissettiğini tam olarak bilmek için ona sormam gerektiğini fark ettim.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

40. Başkasının ne yapacağını çoğunlukla tahmin edebilirim.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

41. Başkalarının davranışlarının ardındaki anlamı sıklıkla merak ederim.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

42. İnsanların aslında kendi uymak istediği şeyleri sıklıkla diğer insanlara tavsiye ettiklerini fark ettim.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

43. Rüyalarımın ne anlama geldiğini merak ederim.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

44. Kendimi nasıl hissettiğim, başkasının davranışlarını nasıl anlayacağımı kolaylıkla etkileyebilir.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

45. Davranışlarımın diğer insanların duyguları üzerindeki etkisine dikkat ederim.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

46. Yakın arkadaşlarımın ne düşündüğünü tam olarak bilirim.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

10. KAYNAKLAR

1. Anthony B, Peter F. Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington: American Psychiatric Publishing. 2012.
2. Duman N, Oral G. Peri Masalları ve Çizgi Animasyon Filmlerindeki Zihin Durumlarının İncelenmesi. Yaşam Becerileri Psikol Derg. 2018;2(3):113-126.
3. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self. Taylor and Francis Inc. 2002.
4. Slade A. Parental reflective functioning: An introduction. Attach Hum Dev. 2005;7(3):269-281.
5. De Bellis MD, Zisk A. The Biological Effects of Childhood Trauma. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014;23(2):185-222.
6. Huang YL, Fonagy P, Feigenbaum J, Montague PR, Nolte T. Multidirectional Pathways between Attachment, Mentalizing, and Posttraumatic Stress Symptomatology in the Context of Childhood Trauma. Psychopathology. 2020;53(1):48-58.
7. Lassri D, Luyten P, Fonagy P, Shahar G. Undetected scars? Self-criticism, attachment, and romantic relationships among otherwise well-functioning childhood sexual abuse survivors. Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy. 2018;10(1):121-129.
8. Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Lacharité C, Muzik M. The protective role of mentalizing: Reflective functioning as a mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents. Child Abus Negl. 2019;95.
9. Fizke E, Buchheim A, Juen F. Activation of the attachment system and mentalization in depressive and healthy individuals - An experimental control study. Psihologija. 2013;46(2):161-176.
10. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Klinik Uygulamada Zihinselleştirme, 1. Baskı. 2013.
11. Luyten P, Campbell C, Allison E, Fonagy P. The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. Annu Rev Clin Psychol. 2020;16:297-325.
12. Ensink K, Bégin M, Normandin L, Godbout N, Fonagy P. Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. J Trauma Dissociation. 2017;18(1):11-30.
13. Chiesa M, Fonagy P. Reflective function as a mediator between childhood adversity, personality disorder and symptom distress. Personal Ment Health. 2014;8(1):52-66.
14. Sharp C, Fonagy P. The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology: Topic review. Soc Dev. 2008;17(3):737-754.

15. Tahan M, Taheri H, Saleem T. Review of psychological trauma: Theory, practice, policy and research. Riv Psichiatr. 2021;56(2):64-73.

16. Carlson EB, Dalenberg CJ. A Conceptual Framework for the Impact of Traumatic Experiences. Trauma, Violence, Abus. 2000;1(1):4-28.

17. Türksoy N. Psikolojik travma ve tanım sorunları. Aker T, Önder ME, Ed. Psikolojik travma ve sonuçları, 1. Baskı, İstanbul: 5US Yayınları. 2003:9-21.

18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-I. 1952;1. edition.

19. Turnbull GJ. A review of post-traumatic stress disorder. Part I: Historical development and classification. Injury. 1998;29(2):87-91.

20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III. 1980;3.edition.

21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV. 2000;4. edition.

22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5. 2013;5. edition

23. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk İstismarı ve İhmali Child Abuse and Neglect. 2007;1:70-74.

24. Terr LC. Treating childhood trauma. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2013;22(1):51-66.

25. Johnson SB, Riley AW, Granger DA, Riis J. The science of early life toxic stress for pediatric practice and advocacy. Pediatrics. 2013;131(2):319-327.

26. Johnson JG, Cohen P, Smailes EM, Skodol AE, Brown J, Oldham JM. Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. Compr Psychiatry. 2001;42(1):16-23.

27. Leeb RT, Paulozzi LJ, Melanson C, Simon TR, Arias I. Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements. Atlanta Centers Dis Control Prev Natl Cent Inj Prev Control. 2008;1.

28. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Lancet. 2002;360(9339):1083-1088.

29. Sadock BJ, Sadock VA. Problems related to abuse and neglect. Cancro R ed. Kaplan & Sadock‘s Concise Textbook of Clinical Psychiatry, 9. baskı. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 2004:370-376.

30. Pinheiro PS, United Nations Secretary General’s Study on Violence Against C. World Report on Violence against Children. 2006.

31. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG ve ark. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO world mental health surveys. Br J Psychiatry. 2010;197(5):378-385.

32. Vachon DD, Krueger RF, Rogosch FA, Cicchetti D. Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. JAMA Psychiatry. 2015;72(11):1135-1142.

33. Witt A, Brown RC, Plener PL, Brähler E, Fegert JM. Child maltreatment in Germany: Prevalence rates in the general population. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2017;11(1):47.

34. Child maltreatment US. Department of health and human services, administration for children and families, administration on children, youth and families, Children's Bureau. 2020.

35. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, van Ijzendoorn MH. The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. Child Abus Rev. 2015;24(1):37-50.

36. Devries K, Knight L, Petzold M ve ark. Who perpetrates violence against children? A systematic analysis of age-specific and sex-specific data. BMJ Paediatr Open. 2018;2(1):180.

37. Saunders BE, Adams ZW. Epidemiology of Traumatic Experiences in Childhood. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014;23(2):167-184.

38. Dong M, Anda RF, Felitti VJ ve ark. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. Child Abus Negl. 2004;28(7):771-784.

39. Stark L, Landis D. Violence against children in humanitarian settings: A literature review of population-based approaches. Soc Sci Med. 2016;152:125-137.

40. Türkiye İstatistik Kurumu (02 Ağustos 2022). Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri. 2021;Sayı: 4558.

41. Müderrisoğlu S. Türkiye'de 0-8 Yaş Arası Çocuğa Yönelik Aile Içi Şiddet Araştırması. 2014.

42. Oral ÜK, Engin P, Büyükyazıcı Z. Türkiye' de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması. Turkish Soc Serv Child Prot Agency. 2010.

43. Schilling S, Christian CW. Child Physical Abuse and Neglect. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014;23(2):309-319.

44. Doidge JC, Higgins DJ, Delfabbro P, Segal L. Risk factors for child maltreatment in an Australian population-based birth cohort. Child Abus Negl. 2017;64:47-60.

45. Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. C.Ü. Tıp Fakültesi Derg. 2002;24(3):128–134.

46. Van Horne BS, Moffitt KB, Canfield MA ve ark. Maltreatment of children under age 2 with specific birth defects: A population-based study. Pediatrics. 2015;136(6):1504-1512.

47. Sullivan PM, Knutson JF. Maltreatment and disabilities: A population-based

epidemiological study. Child Abus Negl. 2000;24(10):1257-1273.

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

49. Stith SM, Liu T, Davies LC ve ark. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. Aggress Violent Behav. 2009;14(1):13-29.

50. Wu SS, Ma CX, Carter RL ve ark. Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. Child Abuse Negl. 2004;28(12):1253-1264.

51. Hanani Nabilah MS, Noor Dalila IZA, Faiz D. Systematıc revıew of chıld abuse perpetrators worldwıde: characterıstıcs and rısk factors. J Heal Transl Med. 2019;22(1):41-49.

52. Hindley N, Ramchandani PG, Jones DPH. Risk factors for recurrence of maltreatment: A systematic review. Arch Dis Child. 2006;91(9):744-752.

53. Rodriguez CM, Tucker MC. Predicting Maternal Physical Child Abuse Risk Beyond Distress and Social Support: Additive Role of Cognitive Processes. J Child Fam Stud. 2015;24(6):1780-1790.

54. Ling C, Kwok S. An Integrated Resilience and Ecological Model of Child Abuse (REC-Model). J Child Fam Stud. 2017;26(6):1655-1663.

55. Mikaeili N, Barahmand U, Abdi R. The prevalence of different kinds of child abuse and the characteristics that differentiate abused from nonabused male adolescents. J Interpers Violence. 2013;28(5):975-996.

56. Liel C, Ulrich SM, Lorenz S, Eickhorst A, Fluke J, Walper S. Risk factors for child abuse, neglect and exposure to intimate partner violence in early childhood: Findings in a representative cross-sectional sample in Germany. Child Abus Negl. 2020;106:104487.

57. Douki ZE, Esmaeili MR, Vaezzadeh N ve ark. Maternal child abuse and its association with maternal anxiety in the socio-cultural context of Iran. Oman Med J. 2013;28(6):404-409.

58. Hiraoka R, Crouch JL, Reo G, Wagner MF, Milner JS, Skowronski JJ. Borderline personality features and emotion regulation deficits are associated with child physical abuse potential. Child Abus Negl. 2016;52:177-184.

59. Freisthler B, Gruenewald PJ. Where the Individual Meets the Ecological: A Study of Parent Drinking Patterns, Alcohol Outlets, and Child Physical Abuse. Alcohol Clin Exp Res. 2013;37(6):993-1000.

60. MQ A. Prevalence of Family Violence/Child Abuse and its Relationship to Some Variables. Psychol Psychol Res Int J. 2017;2(2).

61. Romero-Martínez A, Figueiredo B, Moya-Albiol L. Childhood history of abuse and child abuse potential: The role of parent's gender and timing of childhood abuse. Child Abus Negl. 2014;38(3):510-516.

62. Lange BCL, Condon EM, Gardner F. A systematic review of the association between the childhood sexual abuse experiences of mothers and the abuse status of their children: Protection strategies, intergenerational transmission, and reactions to the abuse of their children. Soc Sci Med. 2019;233:113-137.

63. Meinck F, Cluver LD, Boyes ME, Ndhlovu LD. Risk and Protective Factors for Physical and Emotional Abuse Victimisation amongst Vulnerable Children in South Africa. Child Abus Rev. 2015;24(3):182-197.

64. İlkay Güner Ş, Güner S, Hamdi Şahan M ve ark. Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; istismar. Van Tıp Derg. 2010;1717(33):108-113.

65. Clément M, Bérubé A, Chamberland C. Prevalence and risk factors of child neglect in the general population. Public Health. 2016;138:86-92.

66. Mulder TM, Kuiper KC, van der Put CE, Stams GJJM, Assink M. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. Child Abuse Negl. 2018;77:198-210.

67. Gracia E, López-Quílez A, Marco M, Lila M. Mapping child maltreatment risk: A 12-year spatio-temporal analysis of neighborhood influences. Int J Health Geogr. 2017;16(1).

68. Hartley DJ, Mullings JL, Marquart JW. Factors Impacting Prosecution of Child Sexual Abuse, Physical Abuse, and Neglect Cases Processed Through a Children's Advocacy Center. J Child Adolesc Trauma 2013 64. 2014;6(4):260-273.

69. Cetin Z, Ozozen Danaci M. 0-6 yaş çocuklara sahip ebeveynlerin çocuk istismarı potansiyellerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Egit Arastirmalari - Eurasian J Educ Res. 2016;66:71-86.

70. Horswell BB, Istfan S. Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. World Heal Organ. 2006.

71. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı 2: Önleme ve Rehabilitasyon. Ankara: Seçkin Yayıncılık. 2007:257-273.

72. Runyan DK, May Chahal C, Hassan F. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. 2002; 57-86.

73. Altman RL, Brand DA, Forman S ve ark. Abusive head injury as a cause of apparent life-threatening events in infancy. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003;157(10):1011-1015.

74. Christian CW, Crawford-Jakubiak JE, Flaherty EG, Leventhal JM, Lukefahr JL, Sege RD. The evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics. 2015;135(5):1337-1354.

75. Kellogg ND, Jenny C, Christina CW, Hibbard RA, Spivack BS, Stirling J. Evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics. 2007;119(6):1232-1241.

76. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Acta Medica Cordoba. 2004;35(2):82-86.

77. Gershoff ET. Spanking and child development: We know enough now to stop

hitting our children. Child Dev Perspect. 2013;7(3):133-137.

78. Rerkswattavorn C, Chanprasertpinyo W. Prevention of child physical and verbal abuse from traditional child discipline methods in rural Thailand. Heliyon. 2019;5(12).

79. Durrant JE, Stewart-Tufescu A, Afifi TO. Recognizing the child's right to protection from physical violence: An update on progress and a call to action. Child Abus Negl. 2020;110.

80. Cromer LD, Goldsmith RE. Socio-cultural issues and child sexual abuse: Child sexual abuse myths: Attitudes, beliefs, and individual differences. J Child Sex Abus. 2010;19(6):618-647.

81. Bornstein BH, Kaplan DL, Perry AR. Child abuse in the eyes of the beholder: Lay perceptions of child sexual and physical abuse. Child Abuse Negl. 2007;31(4):375-391.

82. Goldman JDG, Padayachi UK. Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. J Sex Res. 2000;37(4):305-314.

83. Gallion HR, Milam LJ, Littrell LL. Genital Findings in Cases of Child Sexual Abuse: Genital vs Vaginal Penetration. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016;29(6):604-611.

84. Hugill M, Berry K, Fletcher I. The association between historical childhood sexual abuse and later parenting stress: a systematic review. Arch Womens Ment Health. 2017;20(2):257-271.

85. Hershkowitz I, Lanes O, Lamb ME. Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. Child Abus Negl. 2007;31(2):111-123.

86. Schönbucher V, Maier T, Mohler-Kuo M, Schnyder U, Landolt MA. Disclosure of Child Sexual Abuse by Adolescents: A Qualitative In-Depth Study. J Interpers Violence. 2012;27(17):3486-3513.

87. Malloy LC, Mugno AP, Rivard JR, Lyon TD, Quas JA. Familial Influences on Recantation in Substantiated Child Sexual Abuse Cases. Child Maltreat. 2016;21(3):256-261.

88. Basile KC, Chen J, Black MC, Saltzman LE. Prevalence and characteristics of sexual violence victimization among U.S. adults, 2001-2003. Violence Vict. 2007;22(4):437-448.

89. Romano E, De Luca R V. Male sexual abuse:: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. Aggress Violent Behav. 2001;6(1):55-78.

90. Finkelhor D, Shattuck A, Turner HA, Hamby SL. The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. J Adolesc Heal. 2014;55(3):329-333.

91. Johnson CF. Child sexual abuse. Lancet. 2004;364(9432):462-470.

92. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, Ilter O. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. Child Abus Negl. 2006;30(3):247-255.

93. Bilginer Ç, Hesapçioğlu ST, Kandil S. Sexual abuse in childhood: A multi-dimentional look from the view point of victims and perpetrators. Dusunen Adam - J Psychiatry Neurol Sci. 2013;26(1):55-64.

94. Yılmaz R, Eryılmaz A. Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesinde Değerlendirilen Ensest Olgularının Sosyodemografik Özellikleri. Bull Leg Med. 2016;21(3):167-171.

95. Aktepe E. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2009;1(2):95-119.

96. Bulut S. Çocuk cinsel istismarı hakkında bir derleme. Türk psikolojik danışma ve Rehb Derg. 2007.

97. Lum JAG, Powell M, Timms L, Snow P. A meta-analysis of cross sectional studies investigating language in maltreated children. J Speech, Lang Hear Res. 2015;58(3):961-976.

98. Davies EA, Jones AC. Risk factors in child sexual abuse. J Forensic Leg Med. 2013;20(3):146-150.

99. Yancey CT, Naufel KZ, Hansen DJ. The Relationship of Personal, Family, and Abuse-Specific Factors to Children's Clinical Presentation Following Childhood Sexual Abuse. J Fam Violence. 2013;28(1):31-42.

100. Shah HA. The current prevalence of child sexual abuse worldwide. Compet Soc Sci Res J. 2020;1(3):37-51.

101. Malloy LC, Lyon TD, Quas JA. Filial dependency and recantation of child sexual abuse allegations. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(2):162-170.

102. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Poly-victimization: A neglected component in child victimization. Child Abus Negl. 2007;31(1):7-26.

103. Hibbard R, Barlow J, MacMillan H ve ark. Psychological Maltreatment. Pediatrics. 2012;130(2):372-378.

104. Campbell AM, Hibbard R. More than words: The Emotional Maltreatment of Children. Pediatr Clin North Am. 2014;61(5):959-970.

105. Layne CM, Briggs EC, Courtois CA. Introduction to the special section: Using the Trauma History Profile to unpack risk factor caravans and their consequences. Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy. 2014;6(1):1-8.

106. Wolfe DA, McIsaac C. Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. Child Abus Negl. 2011;35(10):802-813.

107. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. Child Abus Negl. 2002;26(6-7):697-714.

108. Karagöz YS, Uran P. Duygusal İstismar. Çocuk İstismarı ve İhmali 1 Baskı Ankara

Türkiye Klin. 2021:19-24.

109. Hornor G. Emotional Maltreatment. J Pediatr Heal Care. 2012;26(6):436-442.

110. Trickett PK, Mennen FE, Kim K, Sang J. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. Child Abus Negl. 2009;33(1):27-35.

111. O'Mahen HA, Karl A, Moberly N, Fedock G. The association between childhood maltreatment and emotion regulation: Two different mechanisms contributing to depression? J Affect Disord. 2015;174:287-295.

112. Mennen FE, Kim K, Sang J, Trickett PK. Child neglect: Definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. Child Abus Negl. 2010;34(9):647-658.

113. Florence C, Brown DS, Fang X, Thompson HF. Health care costs associated with child maltreatment: Impact on medicaid. Pediatrics. 2013;132(2):312-318.

114. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: A meta-analytic review of the prevalence of neglect. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013;48(3):345-355.

115. Mcgarry K, Buckley H. Lessons on child protection: A survey of newly qualified primary-level teachers in Ireland. Child Abus Rev. 2013;22(2):80-92.

116. Nikolaidis G, Petroulaki K, Zarokosta F ve ark. Lifetime and past-year prevalence of children's exposure to violence in 9 Balkan countries: The becan study. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2018;12(1).

117. Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N ve ark. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. Bull World Health Organ. 2014;92:641–655.

118. Nemeroff CB. Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. Neuron. 2016;89(5):892-909.

119. Carr A, Duff H, Craddock F. A Systematic Review of Reviews of the Outcome of Noninstitutional Child Maltreatment. Trauma, Violence, Abus. 2020;21(4):828-843.

120. McGrath JJ, McLaughlin KA, Saha S ve ark. The association between childhood adversities and subsequent first onset of psychotic experiences: a cross-national analysis of 23,998 respondents from 17 countries. Psychol Med. 2017;47(7):1230.

121. Cicchetti D. Socioemotional, personality, and biological development: Illustrations from a multilevel developmental psychopathology perspective on child maltreatment. Annu Rev Psychol. 2016;67:187-211.

122. Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR ve ark. Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43(8):960-970.

123. Zeanah CH, Humphreys KL. Child Abuse and Neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2018;57(9):637-644.

124. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA ve ark. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(2):113-123.

125. McLaughlin KA, Colich NL, Rodman AM, Weissman DG. Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: A transdiagnostic model of risk and resilience. BMC Med. 2020;18(1).

126. Chiu GR, Lutfey KE, Litman HJ, Link CL, Hall SA, McKinlay JB. Prevalence and overlap of childhood and adult physical, sexual, and emotional abuse: A descriptive analysis of results from the boston area community health (BACH) survey. Violence Vict. 2013;28(3):381-402.

127. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD ve ark. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006;256(3):174-186.

128. Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. Child Abuse Negl. 2012;36(2):156-165.

129. Letourneau EJ, Brown DS, Fang X, Hassan A, Mercy JA. The economic burden of child sexual abuse in the United States. Child Abus Negl. 2018;79:413-422.

130. Currie J, Widom CS. Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. Child Maltreat. 2010;15(2):111-120.

131. Carbaugh SF. Understanding shaken baby syndrome. Adv Neonatal Care. 2004;4(2):105-140.

132. Mccain HMN, Mustard JF, Shanker S. Early years study 2 putting science into action. 2007.

133. Leeb RT, Barker LE, Strine TW. The Effect of Childhood Physical and Sexual Abuse on Adolescent Weapon Carrying. J Adolesc Heal. 2007;40(6):551-558.

134. Dehon C, Weems CF. Emotional development in the context of conflict: The indirect effects of interparental violence on children. J Child Fam Stud. 2010;19(3):287-297.

135. Naughton AM, Maguire SA, Mann MK ve ark. Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children a systematic review. JAMA Pediatr. 2013;167(8):769-775.

136. Romano E, Babchishin L, Marquis R, Fréchette S. Childhood Maltreatment and Educational Outcomes. Trauma, Violence, Abus. 2015;16(4):418-437.

137. Fargo JD. Pathways to adult sexual revictimization: Direct and indirect behavioral risk factors across the lifespan. J Interpers Violence. 2009;24(11):1771-1791.

138. Leslie LK, James S, Monn A, Kauten MC, Zhang J, Aarons G. Health-Risk Behaviors in Young Adolescents in the Child Welfare System. J Adolesc Heal. 2010;47(1):26-34.

139. Hart H, Rubia K. Neuroimaging of child abuse: A critical review. Front Hum Neurosci. 2012;6:1-24.

140. Lu S, Gao W, Wei Z ve ark. Intrinsic brain abnormalities in young healthy adults with childhood trauma: A resting-state functional magnetic resonance imaging study of regional homogeneity and functional connectivity. Aust N Z J Psychiatry. 2017;51(6):614-623.

141. Bucci M, Marques SS, Oh D, Harris NB. Toxic Stress in Children and Adolescents. Adv Pediatr. 2016;63(1):403-428.

142. Nemeroff CB, Binder E. The preeminent role of childhood abuse and neglect in vulnerability to major psychiatric disorders: Toward elucidating the underlying neurobiological mechanisms. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014;53(4):395-397.

143. Doom JR, Cicchetti D, Rogosch FA. Longitudinal patterns of cortisol regulation differ in maltreated and nonmaltreated children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014;53(11):1206-1215.

144. Hawes DJ, Brennan J, Dadds MR. Cortisol, callous-unemotional traits, and pathways to antisocial behavior. Curr Opin Psychiatry. 2009;22(4):357-362.

145. Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip. 2016;57(3):241-266.

146. Sheridan MA, Fox NA, Zeanah CH, McLaughlin KA, Nelson CA. Variation in neural development as a result of exposure to institutionalization early in childhood. Proc Natl Acad Sci U S A. 2012;109(32):12927-12932.

147. Braithwaite EC, O'Connor RM, Degli-Esposti M, Luke N, Bowes L. Modifiable predictors of depression following childhood maltreatment: A systematic review and meta-analysis. Transl Psychiatry. 2017;7(7).

148. Humphreys KL, LeMoult J, Wear JG, Piersiak HA, Lee A, Gotlib IH. Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abus Negl. 2020;102:104361.

149. Wiersma JE, Hovens JGFM, Van Oppen P ve ark. The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. J Clin Psychiatry. 2009;70(7):983-989.

150. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(1):49-56.

151. Nelson J, Klumparendt A, Doebler P, Ehring T. Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. Br J Psychiatry. 2017;210(2):96-104.

152. Eisenberg N, Fabes RA, Guthrie IK, Reiser M. Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. J Pers Soc Psychol. 2000;78(1):136-157.

153. Angelakis I, Gillespie EL, Panagioti M. Childhood maltreatment and adult suicidality: A comprehensive systematic review with meta-analysis. Psychol Med. 2019;49(7):1057-1078.

154. Sarchiapone M, Jaussent I, Roy A ve ark. Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior - via aggression traits. Similar results in an Italian and in a French sample. Eur Psychiatry. 2009;24(1):57-62.

155. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. Br J Psychiatry. 2005;186(2):121-125.

156. Gilman SE, Ni MY, Dunn EC ve ark. Contributions of the social environment to first-onset and recurrent mania. Mol Psychiatry. 2015;20(3):329-336.

157. Erten E, Funda Uney A, Saatçioğlu Ö, Özdemir A, Fistikçi N, Çakmak D. Effects of childhood trauma and clinical features on determining quality of life in patients with bipolar i disorder. J Affect Disord. 2014;162:107-113.

158. Allen B, Tellez A, Wevodau A, Woods CL, Percosky A. The impact of sexual abuse committed by a child on mental health in adulthood. J Interpers Violence. 2014;29(12):2257-2272.

159. Feerick MM, Snow KL. The relationships between childhood sexual abuse, social anxiety, and symptoms of posttraumatic stress disorder in women. J Fam Violence. 2005;20(6):409-419.

160. Gardner MJ, Thomas HJ, Erskine HE. The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. Child Abus Negl. 2019;96:104082.

161. Malvaso CG, Delfabbro PH, Day A. Risk factors that influence the maltreatment-offending association: A systematic review of prospective and longitudinal studies. Aggress Violent Behav. 2016;31:1-15.

162. Fitton L, Yu R, Fazel S. Childhood Maltreatment and Violent Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. Trauma, Violence, Abus. 2020;21(4):754-768.

163. Braga T, Gonçalves LC, Basto-Pereira M, Maia Â. Unraveling the link between maltreatment and juvenile antisocial behavior: A meta-analysis of prospective longitudinal studies. Aggress Violent Behav. 2017;33:37-50.

164. Sartor CE, Waldron M, Duncan AE ve ark. Childhood sexual abuse and early substance use in adolescent girls: The role of familial influences. Addiction. 2013;108(5):993-1000.

165. Ulibarri MD, Ulloa EC, Salazar M. Prevention and outcomes for victims of childhood sexual abuse: Associations between mental health, substance use, and sexual abuse experiences among Latinas. J Child Sex Abus. 2015;24(1):35-54.

166. Halpern SC, Schuch FB, Scherer JN ve ark. Child Maltreatment and Illicit Substance Abuse: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. Child Abus Rev. 2018;27(5):344-360.

167. Schückher F, Sellin T, Fahlke C, Engström I. The Impact of Childhood Maltreatment on Age of Onset of Alcohol Use Disorder in Women. Eur Addict Res. 2019;24(6):278-285.

168. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2015;24(1):177-196.

169. Michopoulos V, Powers A, Moore C, Villarreal S, Ressler KJ, Bradley B. The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. Appetite. 2015;91:129-136.

170. Varese F, Smeets F, Drukker M ve ark. Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. Schizophr Bull. 2012;38(4):661-671.

171. Bonoldi I, Simeone E, Rocchetti M ve ark. Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: A meta-analysis of retrospective studies. Psychiatry Res. 2013;210(1):8-15.

172. Zarse EM, Neff MR, Yoder R, Hulvershorn L, Chambers JE, Chambers RA. The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases. Cogent Med. 2019;6(1):1581447.

173. Flaherty EG, Perez-Rossello JM, Levine MA ve ark. Evaluating children with fractures for child physical abuse. Pediatrics. 2014;133(2):477-489.

174. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Med. 2012;9(11):e1001349.

175. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA ve ark. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Heal. 2017;2(8):356-366.

176. Price LH, Kao HT, Burgers DE, Carpenter LL, Tyrka AR. Telomeres and early-life stress: An overview. Biol Psychiatry. 2013;73(1):15-23.

177. Oh DL, Jerman P, Silvério Marques S ve ark. Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. BMC Pediatr. 2018;18(1):1-19.

178. Danese A, Tan M. Childhood maltreatment and obesity: Systematic review and meta-analysis. Mol Psychiatry. 2014;19(5):544-554.

179. Frith CD, Frith U. The Neural Basis of Mentalizing. Neuron. 2006;50(4):531-534.

180. Choi-Kain LW, Gunderson JG. Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 2008;165(9):1127-1135.

181. Fonag P. On Tolerating Mental States : Theor of Mind in Borderline Personalit A Child ' s Understanding of Others. Consultant. 1989;12:1-14.

182. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Oxford University Press; 2004.

183. Robinson P, Skårderud F, Sommerfeldt B. Structure of Treatment: Mentalization-based Treatments for Eating Disorders. Hunger. 2019:91-102.

184. Malda-Castillo J, Browne C, Perez-Algorta G. Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. Psychol Psychother Theory, Res Pract. 2019;92(4):465-498.

185. Holmes J. Notes on mentalizing - Old hat, or new wine? Br J Psychother. 2005;22(2):179-198.

186. Mitchell S, Steele K. Mentalising in complex trauma and dissociative disorders. Eur J Trauma Dissociation. 2021;5(3):100168.

187. Drozek RP, Unruh BT. Mentalization-Based Treatment for a Physician With Borderline Personality Disorder. Am J Psychother. 2022;75(1):51-54.

188. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World Psychiatry. 2010;9(1):11-15.

189. Daubney M, Bateman A. Mentalization-based therapy (MBT): An overview. Australas Psychiatry. 2015;23(2):132-135.

190. Tomasello M. Great Apes and Human Development: A Personal History. Child Dev Perspect. 2018;12(3):189-193.

191. Fonagy P, Target M. The mentalization-focused approach to self pathology. J Pers Disord. 2006;20(6):544-576.

192. Volkert J, Hauschild S, Taubner S. Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: Efficacy, Effectiveness, and New Developments. Curr Psychiatry Rep. 2019;21(4).

193. Bateman AW, Fonagy P. Handbook of mentalizing in mental health practice. 2. Baskı. Washington DC: American Psychiatric Pub. 2019.

194. Luyten P, Fonagy P. The Neurobiology of Mentalizing. Personal Disord Theory, Res Treat. 2015;6(4):366-379.

195. Chung YS, Barch D, Strube M. A meta-analysis of mentalizing impairments in adults with schizophrenia and autism spectrum disorder. Schizophr Bull. 2014;40(3):602-616.

196. Ladegaard N, Larsen ER, Videbech P, Lysaker PH. Higher-order social cognition in first-episode major depression. Psychiatry Res. 2014;216(1):37-43.

197. Fonagy P, Luyten P. A Multilevel Perspective on the Development of Borderline Personality Disorder. Developmental Psychopathology. John Wiley, Sons. 2016:1-67.

198. Schurz M, Radua J, Aichhorn M, Richlan F, Perner J. Fractionating theory of mind: A meta-analysis of functional brain imaging studies. Neurosci Biobehav Rev. 2014;42:9-34.

199. Fonagy P, Luyten P, Bateman A. Translation: Mentalizing as Treatment Target in Borderline Personality Disorder. Personal Disord Theory, Res Treat. 2015;6(4):380-392.

200. Winnicott DW. Playıng & realıty Transitional Objects and Transitional Phenomena. 1971.

201. Bowlby J. Attachment and loss volume ı attachment. 1969.

202. Fonagy P, Gergely G, Target M. The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip. 2007;48(3-4):288-328.

203. Fonagy P, Luyten P. Attachment, mentalizing, and the self. Livesley WJ, Larstone R, Ed. Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment. 2018:123–140.

204. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. Borderline Personal Disord Emot Dysregulation. 2017;4(1).

205. Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. Dev Psychopathol. 2009;21(4):1355-1381.

206. Slade A, Grienenberger J, Bernbach E, Levy D, Locker A. Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. Attach Hum Dev. 2005;7(3):283-298.

207. Camoirano A. Mentalizing makes parenting work: A review about parental reflective functioning and clinical interventions to improve it. Front Psychol. 2017;8(14).

208. Slade A, Sadler L, De Dios-Kenn C, Webb D, Currier-Ezepchick J, Mayes L. Minding the baby: A reflective parenting program. Psychoanal Study Child. 2005;60:74-100.

209. Rosso AM, Viterbori P, Scopesi AM. Are maternal reflective functioning and attachment security associated with preadolescent mentalization? Front Psychol. 2015;6.

210. Benbassat N, Priel B. Parenting and adolescent adjustment: The role of parental reflective function. J Adolesc. 2012;35(1):163-174.

211. Rosenblum KL, McDonough SC, Sameroff AJ, Muzik M. Reflection in thought and action: Maternal parenting reflectivity predicts mind-minded comments and interactive behavior. Infant Ment Health J. 2008;29(4):362-376.

212. Doan SN, Wang Q. Maternal discussions of mental states and behaviors: Relations to emotion situation knowledge in European American and immigrant Chinese children. Child Dev. 2010;81(5):1490-1503.

213. Laranjo J, Bernier A, Meins E. Associations between maternal mind-mindedness and infant attachment security: Investigating the mediating role of maternal sensitivity. Infant Behav Dev. 2008;31(4):688-695.

214. Koren-Karie N, Oppenheim D, Dolev S, Sher E, Etzion-Carasso A. Mothers' insightfulness regarding their infants' internal experience: relations with maternal sensitivity and infant attachment. Dev Psychol. 2002;38(4):534-542.

215. Grienenberger J, Kelly K, Slade A. Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. Attach Hum Dev. 2005;7(3):299-311.

216. Gergely G, Watson JS. The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. Int J Psychoanal. 1996;77(6):1181-1212.

217. Gergely G. The social construction of the subjective self: the role of affect-mirroring, markedness, and ostensive communication in self-development. In: Developmental Science and Psychoanalysis. Routledge; 2018:45-88.

218. Debbané M. Attachment and mentalization in contemporary psychodynamic psychotherapy. In: Contemporary Psychodynamic Psychotherapy: Evolving Clinical Practice. Academic Press; 2019:33-45.

219. Stern DN. The interpersonal world of the infant: A view from Psychoanalysis Developmental Psychology (1985) by Daniel N. Stern. Int J Early Child. 1985;19(1):73-74.

220. Neisser U. Two perceptually given aspects of the self and their development. Dev Rev. 1991;11(3):197-209.

221. Gergely G, Csibra G. Teleological reasoning in infancy: The naïve theory of rational action. Trends Cogn Sci. 2003;7(7):287-292.

222. Liszkowski U, Carpenter M, Henning A, Striano T, Tomasello M. Twelve-month-olds point to share attention and interest. Dev Sci. 2004;7(3):297-307.

223. Wellman HM, Lagattuta KH. Developing understandings of mind. Underst other minds Perspect from Dev Cogn Neurosci. 2000:21-49.

224. Flavell JH, Miller PH. Social cognition. Damon W Ed. Handbook of child psychology. 2. Baskı. 1998:851–898.

225. Flavell JH, Flavell ER., Green FL. Young children's knowledge about the apparent-real and pretend-real distinctions. Developmental Psychology. 1987;23(6):816–822.

226. Fonagy P, Target M. Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. Int J Psychoanal. 1996;77(2):217-233

227. Allen JG. Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders. Chichester, UK. 2001.

228. Allen JG. Bağlanma ilişkilerinde Zihinleştirmenin Onarımı. 1. Basım. İzmir: Odağ psikanaliz ve psikoterapi eğitim hizmetleri. 2014:72-103.

229. Marčinko D, Jakšić N, Skocic M, Franić T. Mentalization and psychopharmacotherapy in patients with personality and eating disorders. In:

Psychiatria Danubina. 2013;25:320-323.

230. Fonagy P. The Mentalization-Focused Approach to Social Development. Handb Ment Treat. 2008:51-99.

231. Brown KW, Ryan RM. The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. J Pers Soc Psychol. 2003;84(4):822-848.

232. Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills. Assessment. 2004;11(3):191-206.

233. Allen JG. Mentalizing in Practice. Handb Ment Treat. 2006:1-30.

234. Applebaum S. Word, Concept and Essence. Int J Psychoanal. 1973;54:35-46.

235. Farber BA. The genesis, development, and implications of psychological-mindedness in psychotherapists. Psychotherapy. 1985;22(2):170-177.

236. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. Behav Cogn Neurosci Rev. 2004;3(2):71-100.

237. Baron-cohen S. The Empathizing System: a revision of the 1994 model of the Mindreading System. Orig Soc mind Evol Psychol child Dev. 1994;468–492.

238. Gallese V, Keysers C, Rizzolatti G. A unifying view of the basis of social cognition. Trends Cogn Sci. 2004;8(9):396-403.

239. Monsen JT, Monsen K. A psychotherapy model integrating Silvan Tomkin's affect- and script-theory within the framework of self-psychology. Goldberg A ed. Pluralism in self-psychology: Progress in self-psychology. 1999;15.

240. Lesser IM. A review of the alexithymia concept. Psychosom Med. 1981;43(6):531-543.

241. Mohaupt H, Holgersen H, Binder PE, Nielsen GH. Affect consciousness or mentalization? A comparison of two concepts with regard to affect development and affect regulation. Scand J Psychol. 2006;47(4):237-244.

242. Luyten P, Malcorps S, Fonagy P, Ensink K. Assessment of mentalizing. Bateman A, Fonagy P ed. Handbook of mentalizing in mental health practice. 2.basım. Washington DC: American Psychiatric Association publishing. 2009:37-62.

243. Gilead M, Ochsner KN. A Guide to the Neural Bases of Mentalizing. The Neural Basis of Mentalizing. Springer International Publishing. 2021:3-16.

244. Satpute AB, Lieberman MD. Integrating automatic and controlled processes into neurocognitive models of social cognition. Brain Res. 2006;1079(1):86-97.

245. Kovács ÁM, Téglás E, Endress AD. The social sense: Susceptibility to others' beliefs in human infants and adults. Science. 2010;330(6012):1830-1834.

246. Carpendale J, Lewis C. How children develop social understanding. Blackwell Publ. 2006;44(07):44-4143-44-4143.

247. Lieberman MD. Social cognitive neuroscience: A review of core processes. Annu Rev Psychol. 2007;58:259-289.

248. Fonagy P, Luyten P, Allison E. Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. J Pers Disord. 2015;29(5):575-609.

249. Knutson KM, Mah L, Manly CF, Grafman J. Neural correlates of automatic beliefs about gender and race. Hum Brain Mapp. 2007;28(10):915-930.

250. Long M, Verbeke W, Ein-Dor T, Vrtička P. A functional neuro-anatomical model of human attachment (NAMA): Insights from first- and second-person social neuroscience. Cortex. 2020;126:281-321.

251. Beer JS, John OP, Scabini D, Knight RT. Orbitofrontal cortex and social behavior: Integrating self-monitoring and emotion-cognition interactions. J Cogn Neurosci. 2006;18(6):871-879.

252. Maresh EL, Andrews-Hanna JR. Putting the "Me" in "Mentalizing": Multiple Constructs Describing Self Versus Other During Mentalizing and Implications for Social Anxiety Disorder. In: The Neural Basis of Mentalizing. Springer International Publishing; 2021:629-658.

253. Chevalier V, Simard V, Achim J, Burmester P, Beaulieu-Tremblay T. Reflective Functioning in Children and Adolescents With and Without an Anxiety Disorder. Front Psychol. 2021;12.

254. Sabbagh MA. Understanding orbitofrontal contributions to theory-of-mind reasoning: Implications for autism. Brain Cogn. 2004;55(1):209-219.

255. Sebastian CL, Fontaine NMG, Bird G ve ark. Neural processing associated with cognitive and affective theory of mind in adolescents and adults. Soc Cogn Affect Neurosci. 2012;7(1):53-63.

256. Midgley N, Ensink K, Lindqvist K, Malberg N, Muller N. Mentalization-based treatment for children: A time-limited approach. Am Psychol Assoc. 2017.

257. Bateman A, Bolton R, Fonagy P. Antisocial Personality Disorder: A Mentalizing Framework. J Lifelong Learn Psychiatry. 2013;11(2):178-186.

258. Luyten P, Fonagy P. Psychodynamic treatment for borderline personality disorder and mood disorders: A mentalizing perspective. In: Borderline Personality and Mood Disorders: Comorbidity and Controversy. 2015:223-251.

259. Sharp C, Pane H, Ha C ve ark. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011;50(6):563-573.

260. Ritter K, Dziobek I, Preißler S ve ark. Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. Psychiatry Res. 2011;187(1-2):241-247.

261. Allen J, Fonagy P, Bateman A. Mentalizing in clinical practice. Am Psychiatr Pub. 2008.

262. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A ve ark. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. PLoS One. 2016;11(7):158678.

263. Both LM, Benetti SP da C, Goodman G. Reflective function and identity in adolescents with clinical and nonclinical symptoms. Trends Psychiatry Psychother. 2019;41(2):176-185.

264. Morosan L, Ghisletta P, Badoud D, Toffel E, Eliez S, Debbané M. Longitudinal Relationships Between Reflective Functioning, Empathy, and Externalizing Behaviors During Adolescence and Young Adulthood. Child Psychiatry Hum Dev. 2020;51(1):59-70.

265. Bizzi F, Ensink K, Borelli JL, Mora SC, Cavanna D. Attachment and reflective functioning in children with somatic symptom disorders and disruptive behavior disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2019;28(5):705-717.

266. Rothschild-Yakar L, Levy-Shiff R, Fridman-Balaban R, Gur E, Stein D. Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior. J Nerv Ment Dis. 2010;198(7):501-507.

267. Robinson P, Skårderud F, Sommerfeldt B. Eating Disorders and Mentalizing. In: Hunger. Springer, Cham; 2019:35-49.

268. Skårderud F. Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for Anorexia Nervosa - An outline for a treatment and training manual. Eur Eat Disord Rev. 2007;15(5):323-339.

269. Cate R, Khademi M, Judd P, Miller H. Deficits in mentalization: a risk factor for future development of eating disorders among pre-adolescent girls. Adv Eat Disord. 2013;1(3):187-194.

270. Taheri A, Mazaheri MA, Zabihzadeh A, Robinson P. Obese adolescents have reduced mentalizing ability. Published online March 2, 2021:1-29.

271. Badoud D, Luyten P, Fonseca-Pedrero E, Eliez S, Fonagy P, Debbané M. The French version of the reflective functioning questionnaire: Validity data for adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. PLoS One. 2015;10(12):e0145892.

272. Duval J, Ensink K, Normandin L, Sharp C, Fonagy P. Measuring reflective functioning in adolescents: Relations to personality disorders and psychological difficulties. Adolesc Psychiatry (Hilversum). 2018;8(1):5-20.

273. Sharp C, Penner F, Ensink K. Reflective function and borderline traits in adolescents. J Pers Disord. 2020;34:1-16.

274. Chow CC, Nolte T, Cohen D, Fearon RMP, Shmueli-Goetz Y. Reflective functioning and adolescent psychological adaptation: The validity of the reflective functioning scale-adolescent version. Psychoanal Psychol. 2017;34(4):404-413.

275. Fonagy P, Bateman AW. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. J Clin Psychol. 2006;62(4):411-430.

276. Sprong M, Schothorst P, Vos E, Hox J, Van Engeland H. Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. Br J Psychiatry. 2007;191:5-13.

277. Barragan M, Laurens KR, Navarro JB, Obiols JE. "Theory of Mind", psychotic-like

experiences and psychometric schizotypy in adolescents from the general population. Psychiatry Res. 2011;186(2-3):225-231.

278. Taubner S, Curth C. Mentalization mediates the relation between early traumatic experiences and aggressive behavior in adolescence. Psihologija. 2013;46(2):177-192.

279. Sharp C, Croudace TJ, Goodyer IM. Biased mentalizing in children aged seven to 11: Latent class confirmation of response styles to social scenarios and associations with psychopathology. Soc Dev. 2007;16(1):181-202.

280. Luyten P, De Meulemeester C, Fonagy P. Psychodynamic therapy in patients with somatic symptom disorder. In: Contemporary Psychodynamic Psychotherapy: Evolving Clinical Practice. Academic Press; 2019:191-206.

281. Schattner E, Shahar G, Abu-Shakra M. "I Used to Dream of Lupus as Some Sort of Creature": Chronic Illness as an Internal Object. Am J Orthopsychiatry. 2008;78(4):466-472.

282. Lombardo M V., Lai MC, Baron-Cohen S. Big data approaches to decomposing heterogeneity across the autism spectrum. Mol Psychiatry. 2019;24(10):1435-1450.

283. Suchman NE, DeCoste C, Borelli JL, McMahon TJ. Does improvement in maternal attachment representations predict greater maternal sensitivity, child attachment security and lower rates of relapse to substance use? A second test of Mothering from the Inside Out treatment mechanisms. J Subst Abuse Treat. 2018;85:21-30.

284. Cosenza M, Ciccarelli M, Nigro G. The steamy mirror of adolescent gamblers: Mentalization, impulsivity, and time horizon. Addict Behav. 2019;89:156-162.

285. Perroud N, Badoud D, Weibel S ve ark. Mentalization in adults with attention deficit hyperactivity disorder: Comparison with controls and patients with borderline personality disorder. Psychiatry Res. 2017;256:334-341.

286. Stevens JS, Jovanovic T. Role of social cognition in post-traumatic stress disorder: A review and meta-analysis. Genes, Brain Behav. 2019;18(1).

287. Ensink K, Normandin L, Target M, Fonagy P, Sabourin S, Berthelot N. Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. Br J Dev Psychol. 2015;33(2):203-217.

288. Pears K, Fisher PA. Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence of deficits. Dev Psychopathol. 2005;17(1):47-65.

289. Simon M, Németh N, Gálber M ve ark. Childhood Adversity Impairs Theory of Mind Abilities in Adult Patients With Major Depressive Disorder. Front Psychiatry. 2019;10.

290. Edwards A, Shipman K, Brown A. The socialization of emotional understanding: A comparison of neglectful and nonneglectful mothers and their children. Child Maltreat. 2005;10(3):293-304.

291. Shipman K, Zeman J, Penza S, Champion K. Emotion management skills in

sexually maltreated and nonmaltreated girls: A developmental psychopathology perspective. Dev Psychopathol. 2000;12(1):47-62.

292. Weinstein SR, Meehan KB, Cain NM ve ark. Mental state identification, borderline pathology, and the neglected role of childhood trauma. Personal Disord Theory, Res Treat. 2016;7(1):61-71.

293. Borelli JL, Cohen C, Pettit C ve ark. Maternal and child sexual abuse history: An intergenerational exploration of children's adjustment and maternal trauma-reflective functioning. Front Psychol. 2019;10.

294. Luyten P, Fonagy P. Mentalizing and trauma. Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. 2019:79-99.

295. Smits ML, Luyten P, Feenstra DJ ve ark. Trauma and Outcomes of Mentalization-Based Therapy for Individuals With Borderline Personality Disorder. Am J Psychother.

296. Ensink K, Leroux A, Normandin L, Biberdzic M, Fonagy P. Assessing Reflective Parenting in Interaction With School-Aged Children. J Pers Assess. 2017;99(6):585-595.

297. Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K. Attachment Studies with Borderline Patients: A Review. Harv Rev Psychiatry. 2004;12(2):94-104.

298. Allen JG. Mentalizing in the Development and Treatment of Attachment Trauma. 2013.

299. Hanson JL, van den Bos W, Roeber BJ, Rudolph KD, Davidson RJ, Pollak SD. Early adversity and learning: implications for typical and atypical behavioral development. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip. 2017;58(7):770-778.

300. Sharp C, Fonagy P, Allen JG. Posttraumatic Stress Disorder: A Social-Cognitive Perspective. Clin Psychol Sci Pract. 2012;19(3):229-240.

301. Fonagy P. Attachment and Borderline Personality Disorder. J Am Psychoanal Assoc. 2000;48(4):1129-1146.

302. Dereboy F, Demir KH, Dereboy Ç. Gençlerde kimlik bocalaması ve psikopatoloji. Türk Psikiyatr Derg. 2009;20(3):227-235.

303. Erikson EH. Identity, youth and crisis. Behav Sci. 1968;14(2):154-159.

304. Marcia JE. The relational roots of identity. Discuss ego identity.1993:101-120.

305. La Guardia JG. Developing who i am: A self-determination theory approach to the establishment of healthy identities. Educ Psychol. 2009;44(2):90-104.

306. Motyl AJ. The social construction of social construction: Implications for theories of nationalism and identity formation. Natl Pap. 2010;38(1):59-71.

307. Dereboy F. Kimlik Bocalaması: Anlamak, Tanımak, Ele Almak. Malatya: Özmert Ofset. 1993.

308. Erikson EH. Identity and the life cycle. 1980:191.

309. Goth K, Foelsch P, Schlüter-Müller S ve ark. Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence - Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2012;6(1).

310. Widdershoven GAM. Identity and Development: A Narrative Perspective. Sage Focus Ed. 1994;172:103.

311. Çuhadaroğlu F. Kendilik Patolojisi Belirtisi Olarak Kimlik Kargaşası. Türk Psikiyatr Derg. 2001;12(4):309-314.

312. Koepke S, Denissen JJA. Dynamics of identity development and separation-individuation in parent-child relationships during adolescence and emerging adulthood - A conceptual integration. Dev Rev. 2012;32(1):67-88.

313. Chen K hu, Lay K ling, Wu Y chang, Yao G. Adolescent self-identity and mental health: the function of identity importance, identity firmness, and identity discrepancy. Chinese J Psychol. 2007;49(1):53-72.

314. Atak H. Kimlik Gelişimi ve Kimlik Biçimlenmesi: Kuramsal Bir Değerlendirme. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(1):163-213.

315. Wantchekon KA, Umaña-Taylor AJ. Relating Profiles of Ethnic–Racial Identity Process and Content to the Academic and Psychological Adjustment of Black and Latinx Adolescents. J Youth Adolesc. 2021;50(7):1333-1352.

316. Umaña-Taylor AJ, Douglass S, Updegraff KA, Marsiglia FF. A Small-Scale Randomized Efficacy Trial of the Identity Project: Promoting Adolescents' Ethnic–Racial Identity Exploration and Resolution. Child Dev. 2018;89(3):862-870.

317. Branje S, de Moor EL, Spitzer J, Becht AI. Dynamics of Identity Development in Adolescence: A Decade in Review. J Res Adolesc. 2021;31(4):908-927.

318. Erikson EH. The problem of ego identity. J Am Psychoanal Assoc. 1956;4(1):56-121.

319. Schwartz SJ, Zamboanga BL, Wang W, Olthuis J V. Measuring identity from an Eriksonian perspective: Two sides of the same coin? J Pers Assess. 2009;91(2):143-154.

320. Kernberg OF. The diagnosis of borderline conditions in adolescence. Adolesc Psychiatry (Hilversum). 1978;6:298-319.

321. Akhtar S. The syndrome of identity diffusion. Am J Psychiatry. 1984;141(11):1381-1385.

322. Clarkin J, Yeomans F, Kernberg O. Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations. Am J Psychiatry. 2006;163(5):944.

323. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığ ve Bozuklukları. Nobel Tıp; 2008.

324. Wilkinson-Ryan T, Westen D. Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. Am J Psychiatry. 2000;157(4):528-541.

325. Schwartz SJ, Mason CA, Pantin H, Szapocznik J. Effects of family functioning and

identity confusion on substance use and sexual behavior in Hispanic immigrant early adolescents. Identity. 2008;8(2):107-124.

326. Kaynak Demir H, Dereboy F, Dereboy Ç. Identity confusion and psychopathology in late adolescence. Turk Psikiyatr Derg. 2009;20(3):1-9.

327. Türkbay T, Özcan C, Doruk A, Uzun Ö. Ergenlerin Psikiyatrik Belirtileri ve Benlik Saygıları Üzerine Kimlik Bocalamasının Etkileri. Türkiye'de Psikiyatr Derg. 2005;3:92-97.

328. Berman SL. Identity and Trauma. J Trauma Stress Disord Treat . 2016;5(2):1-3.

329. Scott BG, Sanders AFP, Graham RA ve ark. Identity Distress Among Youth Exposed to Natural Disasters: Associations with Level of Exposure, Posttraumatic Stress, and Internalizing Problems. Identity. 2014;14(4):255-267.

330. De Moor EL, Van der Graaff J, Van Dijk MPA, Meeus W, Branje S. Stressful life events and identity development in early and mid-adolescence. J Adolesc. 2019;76:75-87.

331. Idemudia E, Makhubela S. Gender difference, exposure to domestic violence and adolescents' identity development. Gend Behav. 2011;9(1).

332. Guler J. The Relationship Among Previous Exposure to War and Conflict, Acculturation, and Identity Formation Among Adolescent Refugees. 2014.

333. Hecht KF, Cicchetti D, Rogosch FA, Crick NR. Borderline personality features in childhood: The role of subtype, developmental timing, and chronicity of child maltreatment. Dev Psychopathol. 2014;26(3):805-815.

334. Duval J, Ensink K, Normandin L, Fonagy P. Mentalizing Mediates the Association Between Childhood Maltreatment and Adolescent Borderline and Narcissistic Personality Traits. Adolesc Psychiatry (Hilversum). 2018;8(3):156-173.

335. Quek J, Newman LK, Bennett C, Gordon MS, Saeedi N, Melvin GA. Reflective function mediates the relationship between emotional maltreatment and borderline pathology in adolescents: A preliminary investigation. Child Abus Negl. 2017;72:215-226.

336. Penner F, Gambin M, Sharp C. Childhood maltreatment and identity diffusion among inpatient adolescents: The role of reflective function. J Adolesc. 2019;76:65-74.

337. De Meulemeester C, Lowyck B, Vermote R, Verhaest Y, Luyten P. Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: The mediating role of identity diffusion. Psychiatry Res. 2017;258:141-144.

338. Fonagy P, Bateman A, Bateman A. The widening scope of mentalizing: A discussion. Psychol Psychother Theory, Res Pract. 2011;84(1):98-110.

339. Sharp C, Kalpakci A. Mentalization in Borderline Personality Disorder: From Bench to Bedside. Personal Disord Theory, Res Treat. 2015;6(4):347-355.

340. Fischer-Kern M, Schuster P, Kapusta ND ve ark. The relatıonshıp between

personalıty organızatıon, reflectıve functıonıng, and psychıatrıc classıfıcatıon ın borderlıne personalıty dısorder. Psychoanal Psychol. 2010;27(4):395-409.

341. Ha C, Sharp C, Ensink K, Fonagy P, Cirino P. The measurement of reflective function in adolescents withand without borderline traits. J Adolesc. 2013;36(6):1215-1223.

342. Sharp C, Vanwoerden S. Hypermentalizing in borderline personality disorder: A model and data. J Infant, Child, Adolesc Psychother. 2015;14(1):33-45.

343. Normann-Eide E, Antonsen BT, Kvarstein EH, Pedersen G, Vaskinn A, Wilberg T. Are impairments in theory of mind specific to borderline personality disorder? J Pers Disord. 2020;34(6):827-841.

344. Goueli T, Nasreldin M, Madbouly N, Dziobek I, Farouk M. Social cognition in adolescent females with borderline personality traits. Psychol Psychother Theory, Res Pract. 2020;93(4):739-753.

345. Quek J, Bennett C, Melvin GA, Saeedi N, Gordon MS, Newman LK. An investigation of the mentalization-based model of borderline pathology in adolescents. Compr Psychiatry. 2018;84:87-94.

346. Somma A, Ferrara M, Terrinoni A ve ark. Hypermentalizing as a marker of borderline personality disorder in Italian adolescents: A cross-cultural replication of Sharp and colleagues' (2011) findings. Borderline Personal Disord Emot Dysregulation. 2019;6(1).

347. Riggs SA. Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. Eff Child Emot maltreatment later Intim relationships. 2019;19(1):5-51.

348. Schimmenti A. The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. J Trauma Dissociation. 2018;19(5):552-571.

349. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. Biol Psychiatry. 2001;49(12):1023-1039.

350. Cardeña E, Gušić S, Cervin M. A Network Analysis to Identify Associations between PTSD and Dissociation among Teenagers. J Trauma Dissociation. 2022;23(4):432-450.

351. Tottenham N, Sheridan MA. A review of adversity, the amygdala and the hippocampus: A consideration of developmental timing. Front Hum Neurosci. 2010;3.

352. Liotti G. A model of dissociation based on attachment theory and research. J Trauma Dissociation. 2006;7(4):55-73.

353. Ruf M, Schauer M, Neuner F, Catani C, Schauer E, Elbert T. Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. J Trauma Stress. 2010;23(4):437-445.

354. Ensink K, Borelli JL, Normandin L, Target M, Fonagy P. Childhood Sexual Abuse and Attachment Insecurity: Associations With Child Psychological Difficulties. Am J Orthopsychiatry. 2020;90(1):115-124.

355. Wagner-Skacel J, Riedl D, Kampling H, Lampe A. Mentalization and dissociation after adverse childhood experiences. Sci Rep. 2022;12(1).

356. Şar V, Öztürk E, Ikikardeş E. Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. Turkiye Klin J Med Sci. 2012;32(4):1054-1063.

357. Armstrong JG, Putnam FW, Carlson EB, Libero DZ, Smith SR. Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The adolescent dissociative experiences scale. J Nerv Ment Dis. 1997;185(8):491-497.

358. Zoroglu SS, Sar V, Tuzun U, Tutkun H, Savas HA. Reliability and validity of the Turkish version of the adolescent dissociative experiences scale. Psychiatry Clin Neurosci. 2002;56(5):551-556.

359. Sharp C, Williams LL, Ha C ve ark. The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. Bull Menninger Clin. 2009;73(4):311-338.

360. Kaynar G. Bağlanmadan Psikolojik Belirtilere Giden Yollar: Zihinselleştirme Açısından Bir Değerlendirme. Ankara Üniversitesi. 2021.

361. George D., Mallery P. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference. 13. Baskı. 2005.

362. Pallant J. SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS. Aust N Z J Public Health. 2013;37(6):597-598.

363. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 6. Baskı. Boston, MA: Pearson. 2013:1024.

364. Baron RM, Kenny DA. The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research. Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. J Pers Soc Psychol. 1986;51(6):1173-1182.

365. Pinto-Cortez C, Gutiérrez-Echegoyen P, Henríquez D. Child Victimization and Polyvictimization Among Young Adults in Northern Chile. J Interpers Violence. 2021;36(5-6):2008-2030.

366. Song A, Wenzel SL, Cho Y. Child Abuse Victimization, Depression, and Substance Use Among Homeless Women: Application of General Strain Theory. J Interpers Violence. 2021;36(17-18):8852-8873.

367. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2009;29(4):328-338.

368. Priebe G, Svedin CG. Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. Child Abus Negl. 2008;32(12):1095-1108.

369. Öksüz Kanbur N. Adolesanlarda Cinsel İstismar Ve Pediatristin Rolü. Katkı Pediatr Derg. 2010;4(Özel sayı: Çocuk İhmal ve İstismarı-1):491-501.

370. Zeren C. Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı istismarı sıklığı. Dicle Med J / Dicle Tip Derg. 2012;39(4):536-541.

371. Bostancı N, Albayrak B, Bakoğlu İ, Çoban Ş. Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Depresif Belirtileri Üzerine Etkisi. New/Yeni Symp J. 2006;44(4):189-195.

372. Derakhshanpour F, Shahini N, Hajebi A, Ali Vakili M, Yaxdi ASH. Demographic characteristics and risk actors of children and parents in child abuse subtypes: Findings from a psychosocial support department. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2017;19(6):625-635.

373. Oral R, Can D, Kaplan S ve ark. Child abuse in Turkey: An experience in overcoming denial and a description of 50 cases. Child Abus Negl. 2001;25(2):279-290.

374. Kogan SM. Disclosing unwanted sexual experiences: Results from a national sample of adolescent women. Child Abus Negl. 2004;28(2):147-165.

375. Paine ML, Hansen DJ. Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. Clin Psychol Rev. 2002;22(2):271-295.

376. Chang X, Jiang X, Mkandarwire T, Shen M. Associations between adverse childhood experiences and health outcomes in adults aged 18–59 years. PLoS One. 2019;14(2).

377. Ustuner Top F, Cam HH. Childhood maltreatment among university students in Turkey: prevalence, demographic factors, and health-related quality of life consequences. Psychol Heal Med. 2021;26(5):543-554.

378. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL ve ark. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. Am J Prev Med. 2005;28(5):430-438.

379. Davies EA, Jones AC. Risk factors in child sexual abuse. J Forensic Leg Med. 2013;20(3):146-150.

380. Fantuzzo JW, Perlman SM, Dobbins EK. Types and timing of child maltreatment and early school success: A population-based investigation. Child Youth Serv Rev. 2011;33(8):1404-1411.

381. DePanfilis D. Child neglect: A guide for prevention, assessment, and intervention. Child Neglect: Assessment and Prevention. 2015:49-174.

382. Meinck F, Cluver LD, Boyes ME, Ndhlovu LD. Risk and Protective Factors for Physical and Emotional Abuse Victimisation amongst Vulnerable Children in South Africa. Child Abus Rev. 2015;24(3):182-197.

383. Boden JM, Horwood LJ, Fergusson DM. Exposure to childhood sexual and physical abuse and subsequent educational achievement outcomes. Child Abus Negl. 2007;31(10):1101-1114.

384. Trapolini T, Ungerer J, McMahon C. Maternal depression: Relations with maternal caregiving representations and emotional availability during the preschool years. Attach Hum Dev. 2008;10(1):73-90.

385. Baker AJL, Brassard MR, Rosenzweig J. Psychological maltreatment: Definition and reporting barriers among American professionals in the field of child abuse. Child Abus Negl. 2021; 104941.

386. Helvacı Çelik FG, Hocaoğlu Ç. Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. Sak Med J. 2018;8(4):695-711.

387. Assink M, van der Put CE, Meeuwsen MWCM ve ark. Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. Psychol Bull. 2019;145(5):459-489.

388. Yulaf Y, Gümüştaş FÖ. Çocuk ve Ergenlerde Cinsel istismarın Psikiyatrik Sonuçlarını Etkileyen Faktörler. Klin Psikiyatr Derg J Clin Psychiatry. 2013;16(4):197-205.

389. De Venter M, Demyttenaere K, Bruffaerts R. The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review. Tijdschr Psychiatr. 2013;55(4):259-268.

390. Younas F, Gutman LM. Parental Risk and Protective Factors in Child Maltreatment: A Systematic Review of the Evidence. Trauma, Violence, Abus. 2023;24(5):3697–3714.

391. Butler AC. Child sexual assault: Risk factors for girls. Child Abus Negl. 2013;37(9):643-652.

392. Pereda N, Díaz-Faes DA. Family violence against children in the wake of COVID-19 pandemic: a review of current perspectives and risk factors. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2020;14(1).

393. Baker EH. Socioeconomic Status, Definition. In: The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society. Wiley; 2014:2210-2214.

394. Pérez-Fuentes G, Olfson M, Villegas L, Morcillo C, Wang S, Blanco C. Prevalence and correlates of child sexual abuse: A national study. Compr Psychiatry. 2013;54(1):16-27.

395. van Berkel SR, Prevoo MJL, Linting M, Pannebakker FD, Alink LRA. Prevalence of child maltreatment in the Netherlands: An update and cross-time comparison. Child Abus Negl. 2020;103.

396. Gökçe Imren S, Ayaz AB, Yusufoğlu C, Rodopman Arman A. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler veintihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri. Marmara Med J. 2013;26(1):11-16.

397. Metin Ö, Toros F, Karcı CK, Karadağ F. Gender and age-related differences in sexually abused child and adolescents: Predictors of psychopathology. Klin Psikiyatr Derg. 2021;24(1):86-98.

398. Chen LP, Murad MH, Paras ML ve ark. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. Mayo Clin Proc.

2010;85(7):618-629.

399. Dias A, Sales L, Mooren T, Mota-Cardoso R, Kleber R. Maltrato infantil, revictimización y Trastorno de Estrés Postraumático en adultos de una muestra comunitaria. Int J Clin Heal Psychol. 2017;17(2):97-106.

400. Bernard-Bonnin AC, Hébert M, Daignault I V., Allard-Dansereau C. Disclosure of sexual abuse, and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. Paediatr Child Health (Oxford). 2008;13(6):479-486.

401. Yule W. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. Int Rev Psychiatry. 2001;13(3):194-200.

402. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. The Lancet Psychiatry. 2019;6(10):830-839.

403. Campbell DG, Felker BL, Liu CF ve ark. Prevalence of depression-PTSD comorbidity: Implications for clinical practice guidelines and primary care-based interventions. J Gen Intern Med. 2007;22(6):711-718.

404. Maniglio R. Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. Depress Anxiety. 2010;27(7):631-642.

405. Dönmez YE, Soylu N, Özcan ÖÖ ve ark. Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergen Olgularımızın Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. Turgut Özal Tıp Merk Derg. 2014;21(1):44-48.

406. Martins CMS, Von Werne Baes C, De Carvalho Tofoli SM, Juruena MF. Emotional abuse in childhood is a differential factor for the development of depression in adults. J Nerv Ment Dis. 2014;202(11):774-782.

407. Miodus S, Allwood MA, Amoh N. Childhood ADHD Symptoms in Relation to Trauma Exposure and PTSD Symptoms Among College Students: Attending to and Accommodating Trauma. J Emot Behav Disord. 2021;29(3):187-196.

408. Ouyang L, Fang X, Mercy J, Perou R, Grosse SD. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Child Maltreatment: A Population-Based Study. J Pediatr. 2008;153(6):851-856.

409. Sari Gokten E, Saday Duman N, Soylu N, Uzun ME. Effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on child abuse and neglect. Child Abus Negl. 2016;62:1-9.

410. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. Pediatrics. 2015;135(4):994-1001.

411. Briscoe-Smith AM, Hinshaw SP. Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: Behavioral and social correlates. Child Abus Negl. 2006;30(11):1239-1255.

412. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ ve ark. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity

Survey Replication Adolescent Supplement. Arch Gen Psychiatry. 2012;69(4):372-380.

413. Joshi N, Shrestha A, Karki D, Singh PM. Psychiatric Disorders in Adolescents Attending Psychiatry Outpatient Department in a Tertiary Care Hospital: A Descriptive Cross-sectional Study. J Nepal Med Assoc. 2021;59(238).

414. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor. Child Abus Negl. 2009;33(6):331-342.

415. Kisely S, Strathearn L, Mills R, Najman JM. A comparison of the psychological outcomes of self-reported and agency-notified child abuse in a population-based birth cohort at 30-year-follow-up. J Affect Disord. 2021;280:167-172.

416. Zolotor AJ, Runyan DK, Dunne MP ve ark. ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C): Instrument development and multi-national pilot testing. Child Abus Negl. 2009;33(11):833-841.

417. Fu H, Feng T, Qin J ve ark. Reported prevalence of childhood maltreatment among Chinese college students: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2018;13(10):e0205808.

418. Jiménez-Borja M, Jiménez-Borja V, Borja-Alvarez T, Jiménez-Mosquera C arlos J, Murgueitio J. Prevalence of child maltreatment in Ecuador using the ICAST-R. Child Abus Negl. 2020;99:104230.

419. Karadağ M, Gökçen C, Sarp AS. Sociodemographic and Diagnostic Characteristics of Post-Traumatic Stress Disorder Cases Presenting to a Child and Adolescent Psychiatry Department. Akdeniz Med J. 2020;6(3):424-429.

420. Yolga Tahiroğlu A, Avci A, Çekin N. Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu. Anadolu Psikiyatr Derg. 2008;9(1):1-7.

421. Alpaslan AH. Çocukluk döneminde cinsel istismar. Kocatepe Tıp Derg. 2014;15(2):194-201.

422. Okan İbiloğlu A, Atlı A, Oto R, Özkan M. Çocukluk Çağı Cinsel İstismar ve Ensest Olgularına Çok Yönlü Bakış. Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry. 2018;10(1):84-98.

423. Çengel-Kültür E, Çuhadaroglu-Çetin F, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. Turk J Pediatr. 2007;49(3):256-262.

424. Öztürk M, Uzel Tanriverdi B, Yalin Sapmaz Ş. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi, psikopatoloji ve ilişkili risk etkenleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg. 2017;24 (2).

425. Yektaş Ç, Tufan AE, Büken B, Yurterı Çetın N, Yazici M. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde istismar ve istismarcıya ilişkin özelliklerin ve psikopataloji ile ilişkili risk etkenlerinin değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatr Derg. 2018;19(5):501-508.

426. Johnson CF. Child sexual abuse. Lancet. 2004;364(9432):462-470.

427. Wu Q, Cao H, Lin X, Zhou N, Chi P. Child Maltreatment and Subjective Well-being in Chinese Emerging Adults: A Process Model Involving Self-esteem and Self-compassion. J Interpers Violence. 2022;37(15-16):13685-13706.

428. Aydin B, Akbas S, Turla A, Dundar C, Yuce M, Karabekiroglu K. Child Sexual Abuse in Turkey: An Analysis of 1002 Cases. J Forensic Sci. 2015;60(1):61-65.

429. Glaser D. Child Sexual Abuse. Rutter M, Taylor T, ed. Child and Adolescent Psychiatry. 4. Basım. Massachusetts: Blackwell Publishing Company. 2002:340-358.

430. Ensink K, Berthelot N, Bernazzani O, Normandin L, Luyten P, Fonagy P. Reflective Functioning regarding Trauma, Attachment and unresolved trauma in pregnant women with histories of abuse and neglect. Manuscr Submitt Publ. 2014.

431. Rnic K, Sabbagh MA, Washburn D ve ark. Childhood emotional abuse, physical abuse, and neglect are associated with theory of mind decoding accuracy in young adults with depression. Psychiatry Res. 2018;268:501-507.

432. Abate A, Marshall K, Sharp C, Venta A. Trauma and Aggression: Investigating the Mediating Role of Mentalizing in Female and Male Inpatient Adolescents. Child Psychiatry Hum Dev. 2017;48(6):881-890.

433. Allen JG. Restoring mentalizing in attachment relationships: Treating trauma with plain old therapy. American Psychiatric Publishing. 2013.

434. Petersen R, Brakoulias V, Langdon R. An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. Compr Psychiatry. 2016;64:12-21.

435. Öztürk E. Travma ve Dissosiyasyon: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi ve Aile Dinamikleri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 2017.

436. Vonderlin R, Kleindienst N, Alpers GW, Bohus M, Lyssenko L, Schmahl C. Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: A meta-Analytic review. Psychol Med. 2018;48(15):2467-2476.

437. Collin-Vézina D, Hébert M. Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. J Nerv Ment Dis. 2005;193(1):47-52.

438. Bonnie RJ, Backes EP. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. The Promise of Adolescence: Realizing Opportunity for All Youth. Washington, DC: The National Academies Press. 2019.

439. Potterton R, Austin A, Robinson L, Webb H, Allen KL, Schmidt U. Identity Development and Social-Emotional Disorders During Adolescence and Emerging Adulthood: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Youth Adolesc. 2022;51(1):16-29.

440. Vartanian LR, Nicholls K, Fardouly J. Testing the Identity Disruption Model among Adolescents: Pathways Connecting Adverse Childhood Experiences to Body Dissatisfaction. J Youth Adolesc. 2022;52(1):134-148.

441. Berman SL, Weems CF, Petkus VF. The prevalence and incremental validity of

identity problem symptoms in a high school sample. Child Psychiatry Hum Dev. 2009;40(2):183-195.

442. Wiley RE, Berman SL. Adolescent identity development and distress in a clinical sample. J Clin Psychol. 2013;69(12):1299-1304.

443. Soysal AŞ, Bayoğlu BU, Gücüyener K. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile örtülü fiziksel istismar ve ihmal. Cocuk Sagligi ve Hast Derg. 2011;54(3):148-153.

444. Faraone S V., Banaschewski T, Coghill D ve ark. The world federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. Neurosci Biobehav Rev. 2021;128:789-818.

445. Leitch S, Sciberras E, Post B ve ark. Experience of stress in parents of children with ADHD: A qualitative study. Int J Qual Stud Health Well-being. 2019;14(1).

446. Montag C, Ehrlich A, Neuhaus K ve ark. Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients. J Affect Disord. 2010;123(1-3):264-269.

447. Nestor BA, Sutherland S, Garber J. Theory of mind performance in depression: A meta-analysis. J Affect Disord. 2022;303:233-244.

448. Fischer-Kern M, Fonagy P, Kapusta ND ve ark. Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. J Nerv Ment Dis. 2013;201(3):202-207.

449. Li ET, Carracher E, Bird T. Linking childhood emotional abuse and adult depressive symptoms: The role of mentalizing incapacity. Child Abus Negl. 2020;99.

450. Ensink K, Bégin M, Normandin L, Fonagy P. Maternal and child reflective functioning in the context of child sexual abuse: Pathways to depression and externalising difficulties. Eur J Psychotraumatol. 2016;7.

451. Stone VE, Baron-Cohen S, Calder A, Keane J, Young A. Acquired theory of mind impairments in individuals with bilateral amygdala lesions. Neuropsychologia. 2003;41(2):209-220.

452. Gul A, Gul H, Ozen N, Battal S. The relationship between anxiety, depression, and dissociative symptoms on the basis of childhood traumas. J Mood Disord. 2016;6(3):107.

453. Humphreys KL, Miron D, McLaughlin KA ve ark. Foster care promotes adaptive functioning in early adolescence among children who experienced severe, early deprivation. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip. 2018;59(7):811-821.

454. Brown SM, Rienks S, McCrae JS, Watamura SE. The co-occurrence of adverse childhood experiences among children investigated for child maltreatment: A latent class analysis. Child Abus Negl. 2019;87:18-27.

455. Aydın D, Bal ŞN. Çocukluk çağı travmasının yaş ve cinsiyet açısından karşılaştırılmasında yabancı çocuklar. Ahi Bilge Dergisi. 2022;2(2):148-164.

456. Sofuoğlu Z, Oral R, Aydın F ve ark. Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. Turk Pediatr Ars. 2014;49(1):47-56.

457. English D, Thompson R, White CR, Wilson D. Why should child welfare pay more

attention to emotional maltreatment? Child Youth Serv Rev. 2015;50:53-63.

458. Bogdanović A, Radev MT, Stanojević TS. Disorganized attachment, mentalization and dissociation in context of childhood trauma: Implications for depressive symptoms. Child Abus Rev. 2023;32(2).