

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN
ERGENLERİN VE AİLELERİNİN
PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Damla EYÜBOĞLU

İZMİR – 2013

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN
ERGENLERİN VE AİLELERİNİN
PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Damla EYÜBOĞLU

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Taner GÜVENİR

I. İÇİNDEKİLER

I. İÇİNDEKİLER	i
II. TABLO LİSTESİ	iii
III. KISALTMALAR	v
IV. TEŞEKKÜR	vi
V. ÖZET	1
VI. İNGİLİZCE ÖZET.....	2
BÖLÜM I GİRİŞ	4
BÖLÜM II GENELBİLGİLER	5
KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI	5
2.1.Tanım	5
2.2. Kendine zarar verme davranışının sınıflandırılması	8
2.3. Tarihçe	9
2.4. Epidemiyoloji	10
2.5. Kendine zarar verme davranışı ve intihar	11
2.6. Etiyoloji	12
2.7. Kendine zarar verme davranışını açıklayan modeller ve kendine zarar verme davranışının işlevleri	21
2.8. Ergenlik dönemi ve kendine zarar verme davranışı	25
BÖLÜM III GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. ARAŞTIRMA YERİ VE ZAMANI	27
3.2. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ	27
3.3.ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ	28
3.4. ARAŞTIRMA TİPİ	28

3.5. UYGULAMA	28
3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	29
3.7. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	33
BÖLÜM IV BULGULAR	34
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	34
4.2. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI	43
4.3. İNTİHAR DAVRANIŞI	47
4.4. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞININ İŞLEVLERİ	49
4.5. KENDİNE ZARAR VERME ÖYKÜSÜ OLAN VE OLMAYAN ERGENLERDE PSİKİYATRİK TANILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ ...	50
4.6. SOSYAL DESTEK ALGISI	51
4.7. AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ PUANLARI	52
4.8. GENEL SAĞLIK ANKETİ	57
BÖLÜM V TARTIŞMA	58
5.1. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞININ BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ	58
5.2. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER..	62
5.3. İNTİHAR DAVRANIŞI	67
5.4. ERGENLERDE PSİKOPATOLOJİ	69
5.5. SOSYAL DESTEK ALGISI	70
5.6. AİLE İŞLEVSELLİĞİ	71
5.7. EBEVEYNLERİN RUHSAL İYİLİK HALLERİ	73
BÖLÜM VI SONUÇLAR ve ÖNERİLER	75
6.1. SONUÇLAR	75
6.2. ÖNERİLER	76
BÖLÜM VII ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI	77
KAYNAKLAR	78

TABLÖLAR

Tablo 1	Olgu ve kontrol grubunun yaş ortalamalarının karşılaştırılması
Tablo 2	Olgu ve kontrol grubunun cinsiyet açısından karşılaştırılması
Tablo 3	Olgu ve kontrol grubunun okul başarısı açısından karşılaştırılması
Tablo 4	Olgu ve kontrol grubunun sigara, uyuşturucu madde ve alkol kullanımı açısından karşılaştırılması
Tablo 5	Olgu ve kontrol grubunun fiziksel ve duygusal istismar öyküsü açısından karşılaştırılması
Tablo 6	Olgu ve kontrol grubunun arkadaş ilişkileri açısından karşılaştırılması
Tablo 7	Olgu grubu ve kontrol grubunun çevreye zarar verme açısından karşılaştırılması
Tablo 8	Olgu grubu ve kontrol grubunun öğretmenle sorun yaşama açısından karşılaştırılması
Tablo 9	Olgu ve kontrol grubunun sosyoekonomik düzey açısından karşılaştırılması
Tablo 10	Olgu ve kontrol grubunun annelerinin sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması
Tablo 11	Olgu ve kontrol grubunun babalarının sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması
Tablo 12	Olgu grubu ve kontrol grubunun aile yapısı açısından karşılaştırılması
Tablo 13	Olgu grubu ve kontrol grubunun ailede ebeveyn geçimsizliği ve aile içi şiddet açısından karşılaştırılması
Tablo 14	Olgu grubu ve kontrol grubunun ailede KZVD öyküsü açısından karşılaştırılması
Tablo 15	Olgu grubu ve kontrol grubunun göç öyküsü açısından karşılaştırılması
Tablo 16	Olgu grubunun kendine zarar verme yöntemlerinin dağılımı
Tablo 17	Olgu grubunda kendine zarar verme sıklığının yöntemlere göre dağılımı
Tablo 18	Olgu grubunda kendine zarar verme davranışı özellikleri

Tablo 19	Olgu grubu ve kontrol grubunun intihar davranışı (girişim, düşünce ve plan) açısından karşılaştırılması
Tablo 20	Olgu grubu ve kontrol grubunun intihar girişimi sayısı açısından karşılaştırılması
Tablo 21	Olgu grubu ve kontrol grubunda kullanılan intihar yöntemlerinin dağılımı
Tablo 22	Kendine zarar veren ergenlerde kendine zarar verme davranışı işlevleri oranları
Tablo 23	Olgu ve kontrol gruplarının mevcut psikiyatrik tanıları
Tablo 24	Olgu grubu ve kontrol grubunun aileden ve arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının karşılaştırılması
Tablo 25	Olgu grubu ve kontrol grubundaki ergenlerin aile değerlendirme ölçeği alt ölçek puanlarının karşılaştırılması
Tablo 26	Olgu grubu ve kontrol grubundaki ergenlerin ebeveynlerinin aile değerlendirme ölçeği alt ölçek puanlarının karşılaştırılması
Tablo 27	Olgu grubundaki ergen ve ebeveynlerinin ADÖ alt ölçek puanlarının ilişkisi
Tablo 28	Kontrol grubundaki ergen ve ebeveynlerinin ADÖ alt ölçek puanlarının ilişkisi
Tablo 29	Olgu grubundaki ergenlerin kendini kesme sayıları ile ADÖ alt ölçek puanlarının ilişkisi
Tablo 30	Olgu ve kontrol grubundaki ebeveynlerin Genel Sağlık Anketi açısından karşılaştırılması

KISALTMALAR

KZVD: Kendine zarar verme davranışı

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

KOKGB: Karşıt olma karşı gelme bozukluğu

PTSB: Post travmatik stres bozukluğu

OKB: Obsesif kompulsif bozukluk

ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği

GSA: Genel Sağlık Anketi

ÇDGŞG-ŞY: Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi - Şimdi ve yaşam boyu versiyonu

TEŞEKKÜR

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim süresince, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Süha Miral'e ve tez çalışmam sırasında tüm aşamalarda gösterdiği yoğun destek ve yardımları için tez danışmanım Doç. Dr. Taner Güvenir'e,

Uzmanlık eğitimime katkılarından dolayı değerli hocalarım Prof. Dr. Aynur Akay, Prof. Dr. Şahbal Aras, Doç. Dr. Özlem Gencer, Doç. Dr. Neslihan Emiroğlu, Doç. Dr. Aylin Özbek, Doç. Dr. Burak Baykara ve Doç. Dr. Fatma Varol Taş'a,

Anabilim dalımızın kurucusu değerli hocam Prof. Dr. Ayşen Baykara'ya,

Asistanlığım boyunca birlikte çalışıp her zaman desteğini aldığım değerli meslektaşlarım Nagihan, Enis, Onur Burak, Caner, Burcu, Handan, Sevay, Fatma, Ceren, Canem, Dilay, Eyaz, Gonca, Enver, Yusuf, Mustafa Can, Murat K., Ferhat, Deniz, Burçin, Barış, Gözde, Önder, Merve, Pelin, Ayça, Didem, Aslı, Neşe, Ahmet, Seda, Özgür, Ceyhun, Arzu, Başak, Yaprak, Levent, Deniz, Nefize, Sinem, Zeliha, Mehmet ve Ece'ye ve diğer asistan arkadaşlarıma,

Psikiyatri rotasyonum sırasında destekleri ve yardımlarını esirgemeyen hocalarım Prof. Dr. Zeliha Tunca, Prof. Dr. Can Cimilli, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Prof. Dr. Beyazıt Yemez, Prof. Dr. Yıldız Akvardar, Prof. Dr. Ayşegül Yıldız, Prof. Dr. Berna Binnur Akdede, Doç. Dr. Elif Onur, Doç. Dr. Halis Ulaş'a,

Asistanlığım süresince birlikte çalıştığım Uzman Psikolog Lalecan İşcanlı, Uzm. Psikolog Esmahan Orçın, Psikolog Ümit Şahin, Psikolog Özge Karakuş, Özel Eğitim Uzmanı Aysu Eroğlu, Çocuk Gelişim Uzmanı Oya Kasapçı, Sorumlu Hemşire Emel Çevrim ve tüm hemşire arkadaşlarıma, arşiv sorumlumuz Mehmet Havare ve Ozan Mete Şakar, sekreterlerimiz ve personelimize,

Bugünümü borçlu olduğum canım annem, babam ve ağabeyime,

Son olarak da bu tez süreci içindeki sınırsız fedakârlığı ve desteği için sevgili eşim Dr. Murat Eyüboğlu'na

TEŞEKKÜR EDERİM...

ÖZET

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN ERGENLERİN VE AİLELERİNİN PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİ

Dr. Damla Eyüboğlu

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Taner Güvenir

Amaç: Bu çalışmada çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine kendine zarar verme davranışı ile başvuran ergenlerde sosyal destek algısı, kendine zarar verme davranışının özellikleri, aile işlevselliği, ebeveynlerinin ruhsal iyilik hallerinin araştırılması ve ergenlerdeki kendine zarar verme davranışı arasında ilişki olup olmadığının saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Ekim 2012-Mart 2013 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne ardışık başvurarak takip ve tedavi edilen, son 1 yıl içerisinde kendine zarar verme davranışı olan 37 olgu ve 51 ebeveyni ile aynı klinikte herhangi bir psikopatoloji ile takip ve tedavi edilen aynı yaş grubunda 31 kontrol ve 47 ebeveyni alındı. Çalışmaya katılan ergenler ile tanısal bir psikiyatrik görüşme yapılmış (Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- ÇDŞG-ŞY), ergenlere sosyodemografik veri formu, Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Arkadaşlardan ve Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, kendine zarar verme davranışı olan ergenlere Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri uygulanmıştır. Çalışmaya katılan ergenlerin ebeveynlerine Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve Genel Sağlık Anketi-12 uygulanmıştır.

Bulgular:Kendine zarar verme davranışı olarak en sık *kesme* yönteminin kullanıldığı, KZVD'nın çoğunlukla affekt regülasyonu, kendini cezalandırma ve kendiyle ilgilenme amacıyla yapıldığı, KZVD olan gruptaki ergen ve ebeveynlerinin ADÖ alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu ve bu gruptaki ebeveynlerin GSA-12 ölçeğinden daha yüksek oranda 2 ve üstü puan aldıkları gözlenmiştir.

Sonuç: KZVD olan ergenlerin aile işlevselliğinin daha bozuk olduğu, kendine zarar verme davranışı ile aile işlevselliği arasında anlamlı bir ilişki olduğu, ebeveynlerinin daha yüksek oranda psikopatoloji riski taşıdıkları bulunmuştur. KZVD olan ergenlerle çalışırken

ebeveynlerle aile işlevselliğindeki sorunlara yönelik görüşmeler yapılması ve ruhsal iyilik hallerinin desteklenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kendine zarar verme davranışı, ergen, psikososyal özellikler

ABSTRACT

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF ADOLESCENTS WITH DELIBERATE SELF HARM AND THEIR FAMILIES

Damla Eyüboğlu, M.D

Dokuz Eylul University, School of Medicine, Child and Adolescent Psychiatry Department

Supervisor: Assoc. Prof. Taner Güvenir, M.D

Background: The aim of this study was to investigate the perception of social support, the features of deliberate self harm (DSH) behaviors, family functioning and parental well-being in adolescents with self harm referred to psychiatry department and also to detect the association between the act of DSH and the issues above mentioned.

Method: 37 cases with DSH in the last year and their 51 parents and 31 controls with any psychopathology and their 47 parents referred to Child and Adolescents Psychiatry Clinic in Dokuz Eylul University Hospital between October 2012 and March 2013 were included. Psychiatric diagnostic interview (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Lifetime Version- K-SADS-PL), sociodemographic data form, Mc Master Family Assessment Device, Perceived Social Support from Friends and Family Scales- PSS-Fr/Fa were applied to all participants, and Inventory of Statements About Self Injury was applied to the cases with DSH. Mc Master Family Assessment Device and General Health Questionnaire were also applied to all participants's parents.

Results: Cutting was the most common self harm method. Mostly used functions of DSH were affect regulation, self-punishment and self care. The adolescents with DSH and their parents had greater scores in Mc Master Family Assessment Device subscales. The parents of adolescents with DSH had greater ratio 2 and upper scores in GHQ-12.

Conclusion: The family functioning of adolescents with DSH was poorer. A significant association was between DSH behaviors and poor family functioning. The parents of

adolescents with DSH had more risks in mental health disorders. It is important to interview with parents about family functioning problems and to support parental well-being.

Key words: Deliberate self harm behaviors, adolescent, psychosocial aspects

BÖLÜM I

GİRİŞ

Kendine zarar verme davranışı (KZVD), son yıllarda yaygınlığı artmakta olan ve özellikle ergenlik döneminde sık görülen önemli bir ruh sağlığı problemidir [1]. Kasıtlı kendine zarar verme davranışı her yaşta ortaya çıkabilir ancak tipik olarak ergenlik döneminde başlar ve sıklıkla dürtüsel biçimde ortaya çıkar. Yazında, yer alan çalışmaların bir kısmı, KZVD'nin kızlarda daha sık görüldüğünü ileri sürerken [2]; diğerlerinde cinsiyet farklılıklarına ilişkin bir tutarlılık olmadığı belirtilmiştir [3]. Bazı risk faktörlerinin (ör: istismar, travma vb) ve psikopatoloji durumlarının (ör: duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları vb.) KZVD ile ilişkili olduğu bilinmektedir.

Ergenlerde KZVD geçici bir sıkıntı dönemini temsil ediyor ve daha ileri risk taşımayor olabileceği gibi, yakın zamanda yapılan çalışmaların gösterdiği gibi yaşamın sonraki döneminde ruh sağlığı problemlerine ve gelecekte daha ileri intihar davranışı riskinin güçlü bir şekilde artmasına dair önemli bir gösterge de olabilir [4].

Kendine zarar verme yaygın olarak rastlanan bir klinik durum olmasına karşın, sağlık çalışanlarında genellikle çelişkili duygular uyandırmaktadır. Sağlık hizmetleri, genellikle kendi kontrollerinden bağımsız biçimde, hastalıklardan ya da dikkatsizlik sonucu oluşan kazalardan etkilenen insanlara yardım etmeye odaklanmıştır. Bu nedenle hastalar aşırı dozda ilaç alma ya da kendini kesme gibi kasıtlı biçimde kendilerine zarar verdiklerinde, sağlık çalışanlarında yardım hissiyle birlikte kişiye yönelik bir öfke de oluşabilmektedir [5]. Bazen kendine zarar verme nedenleri anlaşılmaz görülür. Çünkü kendine zarar verme davranışı çok impulsif görünebilmektedir. Bu yüzden klinisyen motivasyonu anlamaya çalışmak için ulaşılabilir tüm bilgiyi kullanmalıdır.

Ergenin sosyalleşme ve özerkleşme sürecinde önemli aktörler olan anne-baba ve akranlar; kendine zarar verme davranışının sıklığı ve ergenleri kendine zarar verme davranışına yönelten nedenler üzerinde ergenin demografik ve kişilik özellikleri kadar önemlidir.

Bu çalışmada çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran ve kasıtlı kendine zarar verme davranışı olan 12-18 yaş aralığındaki ergenlerin ve ebeveynlerinin alınması, kendine zarar verme davranışının özelliklerinin değerlendirilmesi, aile işlevselliği ve ergenin sosyal destek algısı açısından kasıtlı kendine zarar verme davranışı arasında ilişki olup olmadığının saptanması amaçlanmıştır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI

2.1.Tanım: Kasıtlı olarak kendine zarar verme davranışı; kişinin kendi vücut dokularına özkıyım niyeti olmaksızın kasıtlı olarak ve doğrudan zarar vermesi olarak tanımlanmaktadır [6,7]. Çocuk ve ergen psikiyatrisinde kullanılan tanı ölçütleri incelendiğinde, *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı– Son Gözden Geçirilmiş Baskısı* [8] ve *Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması Onuncu Baskısında (ICD-10)* [9] kendine zarar verme davranışı için spesifik bir tanı olmadığı görülmektedir. DSM-IV-TR’de *basamaklıp davranış bozukluğunda* “işlevselliği bozan ya da tedavi almayı gerektirecek kadar; kendi kendini ısırma, derisini yolma, kafa vurma, vücuduna vurma gibi yineleyici ve işlevsel olmayan motor hareketler ve *borderline kişilik bozukluğunda* “kendine zarar verme (kendine kıyım) davranışları” olarak yer almaktadır [8].

Favazza (1998), KZVD’nı “kişinin yaşamını sonlandırma amacı olmaksızın kasıtlı olarak ve tekrarlayıcı biçimde beden dokularına zarar vermesi olarak” tanımlamıştır [10].

Kendine fiziksel zarar verici davranışları ele alan literatürde kendine zarar vermeyi açıklamak için birçok terim kullanılmıştır.

Fiziksel olarak kendini tahrip etme davranışı (Self Destructive Behavior): Çok çeşitli durumları kapsamakta olup, gerçek intihar girişimleri, intihar eğilimli davranışlar, diyaliz gibi hayati bir tıbbi tedaviye son verilmesi, yüksek riskli işler ve sürat teknesi yarışları ve paraşüt gibi hobiler, akut sarhoşluk, kronik alkolizm, şiddetli obezite, aşırı sigara kullanımı ve kendini yaralama(Self Mutilation) bu davranışlar arasında yer alır.

Kendini yaralama (Self Mutilation): Klinik literatürlerde kendini yaralama davranışı ile ilgili birçok tanımlama bulunmaktadır. Genel olarak; sonucunda ölüm niyeti olmaksızın yalnızca bir kez, ara sıra veya tekrarlı olarak meydana gelebilen ve değişen derecelerde doku tahribatına yol açan doğrudan istemli bir kendini tahrip etme davranışı biçimidir. Kendini yaralama davranışı kendine orta derece fiziksel zarar verme dışında, esasen şizofrenik psikozla ilişkili olup nadiren transseksüel sükelerde görülen göz oyma, kastrasyon, çeşitli vücut parçalarının amputasyonu gibi majör kendini yaralama formlarını da içeren daha geniş bir kategoridir. Başka birinin yardımının olmaması ve yaranın doku hasarı oluşturacak

derecede ciddi olması gerekir. İntihar amacı ve seksüel arzu içeren eylemler kendini yaralama davranışı olarak adlandırılmazlar.

Patolojik kendini yaralama davranışı: Doğrudan ve genel olarak alt kültürlerde dahi sosyal olarak kabul görmeyen davranışları içerir; dolaylı kendine fiziksel zarar verme davranışından (örneğin: içkili araba kullanma) ve sosyal olarak daha kabul edilebilir bedensel hasarlardan (örneğin: piercing ve dövme yaptırma) farklılık gösterir. Bazı yazarlarca tekrarlayıcı olmayan, daha ciddi ve genellikle psikozla ilişkili göz enükleasyonu ve kastrasyon gibi majör kendini yaralamalar ile mental retarde ve otistik çocuklarda görülen kendine zarar verici steryotipik davranışlar patolojik kendini yaralama tanımlamasına dahil edilmemiştir.

Kendini sakatlama davranışı (Self injury Behavior): kesinlikle yaşamı tehdit eden yaralanmalara varıracak bilinçli intihar amacı olmayan, tekrarlı, kasti, doğrudan fiziksel bir kendine zarar verme davranışı anlamına gelir. Kendini sakatlama davranışı “self injury behavior” terimini; deriyi kesme, kazıma ve yakma gibi orta derece vücut deranjman formlarına yol açan self mutilatif davranışlar için kullanımı önerilmektedir ancak sıklıkla “self mutilatif davranış” veya kendine zarar verme davranışı “self harming behavior” terimleriyle özdeş olarak kullanılmaktadır.

Kendine zarar verme davranışı (Self Harming Behavior): Kendini yaralama davranışlarına ek olarak ayrıca, yeme, içki ve sigara içme alışkanlıkları gibi sağlığa zarar veren dolaylı kendine zarar verme modlarını da içeren kendine zarar verme davranışları için kullanılır.

Parasuicide: ölüm amacı taşımayan intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışlarını tanımlamaktadır.

İntihar niyeti ile kendine zarar vermenin birlikte ele alınması kavram karışıklığına yol açmakta; aslında iki fenomenin birbirinden farklı amaçlara hizmet ettiği gerçeğinin üzerini örtmektedir [11]. Özellikle, bu iki davranışın ayırt edilmesi ve uygun bir tanımının yapılması; ergenleri başarıyla tedavi etmek ve doğru bir şekilde kavramlaştırma için hayati önem taşımaktadır [12]. Bu nedenlerle, son yıllarda “**intihar niyeti taşımayan kendine zarar verme**” (Nonsuicidal self-injury) araştırmacılar tarafından kabul gören bir terim olmaya başlamıştır [13,14].

Yazında, KZVD ile ilgili tanımlarda ortak olan özellikler; vücudun belirli bölümlerine zarar verilmesi, kasıtlı olması ve ölüm niyetinin olmamasıdır. Vücut bütünlüğünün zarar gördüğü ancak kültürel olarak kabul gören piercing, dövme yaptırma gibi durumlar ya da nesiller arası

aktarılan kültürel ritüeller, dinsel ayinler bu kavramın dışında bırakılmıştır. Kasıtlı olarak yapılan kendini kesme, çizme, yakma, kafayı duvara vurma, duvara yumruk atma, saç çekme ve benzeri davranışlar KZVD'ları arasında yer almaktadır [15,16].

Favazza (1992), kendine zarar verme davranışını tanımlarken dört ölçüt önermiştir;

- 1) Kendini kesme ya da yakma davranışlarından birisini sürekli tekrarlaması,
- 2) Kendine zarar vermeden önce gerilim duygusuna sahip olması,
- 3) Fiziksel acıyla beraber rahatlama, zevk alma ve hoşuna gitme duygusunu yaşaması,
- 4) Utanma duygusu ve sosyal olarak damgalanma korkusu karşısında kendine zarar vermenin izlerini ya da kanı gizlemeye çalışmasıdır [17].

Son dönemde KZVD'nin farklı bir klinik durum olduğu konusunda fikir birliği oluşmuştur. KZVD'nin basım aşamasında olan DSM-5'te ayrı bir klinik durum (disorder) olarak ele alınmasına karar verilmiştir [18]. Mevcut DSM-5 önerisine göre, kendine zarar verme davranışının tanı ölçütleri şu şekildedir:

Kendine zarar verme davranışı

A. Kişi, geçen sene içerisinde; 5 ya da daha fazla günde, kasıtlı olarak, yalnızca hafif ya da orta şiddette zarar verme niyeti ile ve kültürel olarak kabul edilmeyen bir şekilde (ör: piercing, dövme), vücut yüzeyinde hasar oluşturmuş ya da kanama, zedelenme veya ağrı ile sonuçlanan (kesme, yakma, vurma, sürme vb) bir eylemde bulunmuştur. İntihar amacının olmaması ya hastanın kendisi tarafından belirtilmiştir, ya da hastanın ölümcül olmadığını bildiği metodları sıklıkla kullanması söz konusudur (net değil ise BTA olarak kodlanır). Davranış tırnak yeme, yara kabuğu ile oynama gibi önemsiz değildir.

B. Kasıtlı zarar verme aşağıdakilerden en az iki tanesi ile ilişkilidir:

1. Kendine zarar vermenin hemen öncesinde depresyon, anksiyete, gerginlik, öfke, genel stres, kendini eleştirme gibi olumsuz his ya da düşünceler vardır.
2. Davranış öncesinde niyet edilen eylem ile uğraş ve direnme güçlüğü vardır.
3. Kendine zarar verme isteği; her zaman eyleme dönüşmese de sık sık hissedilir.
4. Eylem bir amaca yönelik olarak gerçekleştirilir; bu olumsuz bir duygudan veya zihinsel süreçten, ya da kişiler arası ilişkiden kaynaklanan güçlükten kurtulma veya pozitif bir his

yaratma amacı olabilir. Kişi zarar verme sırasında ya da hemen sonrasında bunun gerçekleşeceğini beklemektedir.

C. Davranış ve sonuçları klinik olarak belirgin sıkıntı ya da kişiler arası, akademik veya diğer alanlarda işlevsellikte bozulma ile sonuçlanır.

D. Davranış, psikotik atak sırasında, deliryum ya da entoksikasyon halinde ortaya çıkmamıştır. Gelişimsel bozukluğu olan kişilerdeki stereotipik davranışın bir parçası değildir. Başka bir ruhsal ya da tıbbi hastalığın parçası değildir (ör: psikotik bozukluk, yaygın gelişimsel bozukluk, mental retardasyon, Lesch Nyhan Sendromu)

2.2. Kendine zarar verme davranışının sınıflandırılması

KZVD birçok yazar tarafından sınıflandırılmaya çalışılmıştır;

Pattison ve Kahan 1983; Kendine zarar verme davranışı ölümcül olup olmama, kullanılan yöntem ve sayısına göre sınıflandırmışlardır [19].

Feldman 1988; Kuramsal temelden bağımsız olarak zarara uğrayan beden bölgelerine göre kendini kesme, gözünü ve cinsel organını kesme olarak sınıflandırmışlardır[20].

Winchel ve Stanley 1991; Hastaların tipi ve ortaya çıkan klinik durumlara göre zeka geriliği olan kişilerde, psikotik hastalarda ve ön planda borderline ve kişilik bozukluğu olanlarda görülen kendine zarar verme davranışı olarak sınıflandırmışlardır[21].

Favazza ve Rosenthal 1993; Yüzeysel ya da hafif derecede , major ve stereotipik kendine zarar vermek üzere üç grupta sınıflandırmışlardır[24].

Favazza, kendine zarar verme davranışı sınıflamasını daha da geliştirerek major, stereotipik, kompulsif ve impulsif kendine zarar verme şeklinde dört gruba ayırmıştır [22].

Major kendine zarar verme; yaşamı ciddi olarak tehdit edebilen veya geri dönüşümsüz vücut hasarı oluşturan kendine zarar verme davranışlarını tanımlamaktadır. Gözünü çıkartma, kastrasyon, kol ve bacak amputasyonu gibi bu grupta yer alan zarar verme davranışları, özellikle psikotik bozukluklarda görülmektedir. Psikotik bozukluğu olmayan kişilerde “cinsel günaha” karşı kendini cezalandırma, “cinsel günahtan” kurtulma gibi niyetlerle göz ve cinsel organlarına zarar verme davranışı görülebilmektedir [22].

Stereotipik kendine zarar verme; herhangi bir kişisel ve sosyal içerikten bağımsız, tekrarlayıcı, monoton, ritmik, çoğu zaman dürtüsel şekilde hafif veya yaşama zarar verici boyutta olabilen kendine zarar verme davranışlarını içermektedir. Başına vurma, başını duvara vurma gibi ve benzeri davranışlar mental reterdasyonu ve ağır yaygın gelişimsel bozukluğu olan olgularda görülmektedir. Bilinçli bir eylemden çok biyolojik yönü güçlü dürtüsel davranışlardır [22].

Kompulsif kendine zarar verme; gün içerisinde sıklıkla tekrar eden, genelde bilinçsiz ve ritüalistik şekilde saç yolma, tırnak yeme, deriyi kopartma ve çizme gibi davranışları tanımlar. Kronikleştikten sonra bu davranışları yapmamak, kişide stres oluşturabilir ve devam eden davranışlar vücutta şekil bozukluklarına yol açabilmektedir [22].

İmpulsif kendine zarar verme; impulsif agresyonun dışı vuruk şekilde ortaya çıkması sonucunda, eylemi yapan kişiye stres karşısında hızlı ve kısa süreli rahatlama sağlayan davranışları içerir. Deriyi kesme, yakma, yontma, şekil kazıma, yara iyileşmesine engel olma, kendine vurma, kemiklerini kırma, iğne batırma gibi davranışlar bu grupta sık görülmektedir. İntihar niyeti taşıyan davranışlar ile açlıktan ölme ve madde kullanma gibi dolaylı yollardan kendine zarar verme bu tanımın dışında bırakılmıştır. İmpulsif kendine zarar verme, epizodik ve tekrarlayıcı kendine zarar verme şeklinde ikiye ayrılmaktadır. *Epizodik tip*, düzensiz bir şekilde ve sınırlı sayıda kendine zarar vermeyi içermektedir. Bu kişiler kendilerini daha iyi hissetmek veya duygularını kontrol almak için kendilerine zarar vermektedir. *Tekrarlayıcı tipte* ise, sık ve çok sayıda kendine zarar verme davranışı görülmektedir [22]. Bu davranışlar bağımlılığa da vurgu yapan bir şekilde, kişinin kimlik algısının kabul edilmiş bir yüzünü; içsel ve dışsal uyaranlara karşı otomatik cevap verme tarzını temsil edebilmektedir [23].

2.3. Tarihçe

Kendine zarar verme davranışı konusundaki yazılar antik çağlara kadar uzanmaktadır. Herodot, Tarihin Altıncı Cildi'nde “*kendini dilim dilim kesen bir kişiyi*” anlatırken; Eski Ahit'te, “*bıçak ve neşter ile kendilerini kesen bir gruptan*”; Markos incili 5:5'te ise repetitif olarak kendine zarar veren birinden, “gece gündüz mezarların etrafında ve tepelerin eteklerinde feryat figan ağlayıp kendini taşlarla kesen” bir adamdan bahsedilir[24,25]. Yunan mitolojisinde de Sophocles'in Kral Oedipus trajedisinde Kral Oedipus'un babasını öldürüp annesiyle evlendiğini öğrendiğinde suçluluk ve günahkarlık duyguları içinde nasıl gözlerini

çıkarıp Tebai kentini terk ettiği anlatılmıştır[26]. 13. Yüzyılda ise Marco Polo anılarında Bağdat'ta tanıştığı bir ayakkabı tamircisinin bir bayanın terliğini onarıırken müşterisinin bacağına baktığı için günah duyguları ile sağ gözünü kör ettiğini anlatmıştır. Tıbbi literatürde kendisine zarar verme davranışıyla ilgili olarak 1946'da her iki göz nüvesini, içinde bulunduğı suçluluk düşüncelerinden kurtulmak için çıkartan ilk kadın hastadan bahsedilir.

Erken dönem psikanalitik çalışmalarda, genital yaralanmalara ve organ kayıplarına yol açan KZVD'ları; kastrasyon korkusu, mastürbasyon ve sapkın cinsel arzuların önüne geçmek için yapılan davranışlar olarak değerlendirilmiştir. 19. Yüzyılda da bir çok göz enükleasyonu ve kendi kendini hadım etme vaka raporları oluşturulmuştur.

Emerson (1913), kendini kesmeyi mastürbasyonun sembolik bir görünümü olarak değerlendirdiğı bir çalışmada, ilk kez kendine zarar verme (self mutilation) kavramını kullanmıştır [27]. Simpson (1976), KZVD'nın (kendini kesme) ölüm düşüncesinden hızlı bir geriye dönüş sağladığı savı ile kendine zarar vermenin, intiharı önleme işlevi olduğunu iddia etmiştir [28].

1960 ve 1970'li yıllardaki araştırmalar, self-mutilasyon kavramını çoğunlukla bileklerini kesme ve kendini kesme merkezinde ele almıştır; çocukluk çağı ayrılma-bireyleşme sorunları ve bu sorunların ergenlik dönemi yansımalarına odaklanmıştır. Kendine zarar verme davranışını, gerçek dışılık ve boşluk duyguları ile baş etmenin ilkel bir yolu olduğu ileri sürülmüştür [29].

Favazza (1996), kendine zarar verme ile intiharın ayrı kavramlar olduğunu özellikle vurgulamıştır. Ayrıca Favazza, kültürel etkileri de göz önüne almış ve kendine zarar verme davranışını kültürel olarak onay gören kendine zarar verme ve kültür dışı (onaylanmayan) kendine zarar verme olarak ikiye ayırmıştır [30].

2.4. Epidemiyoloji

Ergenlik, intihar düşünce ve girişimlerinde olduğu gibi, kendini yaralama davranışında da artan bir risk dönemi gibi görünmektedir. Araştırmalar, toplumdaki ergenlerin %14-%39'unun ve psikiyatrik yatılı ünitelerdeki ergenlerin %40-%61'inin bu tip davranışları gösterdiğini önermektedir [31,32].

Yapılan çalışmalardan elde edilen veriler, Amerikan yetişkin toplumunun yaklaşık %4'ünde KZVD öyküsü olduğunu ve %1' nin tekrarlayıcı ve şiddetli şekilde kendine zarar verdiğini

göstermiştir [33,34]. Üniversite öğrencileri arasında ise, KZVD sıklığı %7 ile %17 arasındadır [35,36]. Jacobson ve Gould (2007), kendine zarar verme davranışı olan ergenlerle yapılmış araştırmaları gözden geçirdikleri çalışmalarında; KZVD'nin hayat boyu yaygınlığını %13.0-23.2; bir yıllık yaygınlığını da %2.5-12.5 olarak bildirilmiştir [37].

KZVD, genellikle 10-24 yaş arasında başlamaktadır ve ortalama başlama yaşı 13-14 yaş olarak bildirilmektedir [34,38]. İzmir' de lise öğrencileri arasında yapılmış bir çalışmada KZVD başlama yaşı 13.6 olarak saptanmıştır [39]. KZVD'nin ne kadar süre devam ettiği konusunda bilgiler sınırlı olmakla birlikte; bir çalışma, ergenlerin %40'ının 1 sene içinde, %80'nin de 5 yıl içinde kendine zarar vermeyi bıraktığını göstermiştir [40].

Yazında KZVD'nin kızlar ve erkekler arasında dağılımı konusunda farklı sonuçlar mevcuttur. Kimi çalışmalar KZVD'yi, kızlarda ve erkeklerde eşit oranlarda [33,41,42] raporlamış; diğerleri de kızlarda, erkeklere göre daha sık bildirmiştir [32,43]. Erkeklerin daha çok vurma ve yakma şeklinde kızların ise keserek kendine zarar verdiği belirtilmiştir [2,44]. Ergenlerde yapılan çalışmalarda en sık kullanılan KZVD yöntemlerinin, kendini kesme ve vurma olarak belirtilmiştir [2,41].

Ülkemizde, KZVD konusunda yapılmış sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. İstanbul'da lise öğrencileri arasında Zoroğlu ve ark. (2003) tarafından yapılmış olan bir çalışmada, KZVD sıklığı % 21.4 olarak bulunmuştur; kız ve erkek katılımcılar arasında fark bulunmamıştır [41]. Bu oldukça yüksek bir orandır ve ülkemizde KZVD'nin ergenler arasındaki yaygınlığını bize göstermesi açısından önemlidir. Yine İstanbul'da 1258 ergenin katıldığı bir çalışmada, çalışmaya katılan olguların oldukça yüksek bir oranda; %57'sinin en az bir kez kendine zarar verdiği bildirilmektedir [25]. 2006 yılında iki devlet üniversitesinden 636 katılımcının yer aldığı bir çalışmada ise, öğrencilerin %15.4'ünde kendine zarar verme davranışı saptanmıştır [45].

2.5. Kendine zarar verme davranışı ve intihar

1980'lerden itibaren yapılmış birçok çalışmada KZVD olan kişilerin normal popülasyona göre kıyaslandığında intihar girişimi risklerinin 25 kat artmış olduğu; kaza ile ölüm risklerinin 7 kat artmış olduğu; doğal yolla ölüm risklerinin ise 2 kat daha artmış olduğu saptanmıştır [46]. KZVD öz kıyım girişiminin güçlü bir yordayıcısıdır [1]. Bir çalışmada kendine zarar verenlerin 6 ay içinde acil servise öz kıyım girişimi ile başvurma oranları %0.6 olarak saptanmıştır [47]. Başka bir bakış açısı intihar düşüncesine sahip olmayı kendini yaralama

davranışı için risk faktörü olarak tespit etmiştir [48]. Joiner (2005) bu konudaki hipotezinde, kendine zarar veren bireyin, buna bir süre sonra alıştığını ve ağrı duygusunun azaldığını; böylece daha korkutucu bir eylem olan intihar için cesaret ve motivasyonun arttığını öne sürmüştür; bu nedenle, kendini yaralamanın intiharın bir öncülü olabileceğini savunmuştur [49].

Bir başka bakış açısıyla da, kendine zarar verme davranışının işlevleri arasında “*intihardan kaçınma, intihar dürtüsünü kendine zarar vererek engelleme*” hipotezi sayılmaktadır [38,50]. Böylece kendine zarar verme davranışları, hem intihar davranışına zemin hazırlayan hem de intihardan kaçınma işlevi gören bir role sahiptir.

2.6. Etiyoloji

Kendine zarar verme davranışının nedenlerine baktığımızda istismarın ve biyolojik nedenlerin önemli olduğu belirtilmiş, ayrıca psikodinamik ve davranışçı kurama göre nedenlerinden bahsedilmiştir.

2.6.1. Psikodinamik etkenler

Kendini kesmeyi en çok etkileyen faktör istismardır. “*A Psychotherapeutic Approach To Self Harm*” kitabında Fiona Gardner (2001); kendini kesen kişinin eylem sonrasında geçici bir rahatlama yaşaması ve baş edilemeyen bunaltıcı duyguların kendini kesme yolu ile hafiflemesini vurgulanmıştır; bunun yanı sıra, kişinin kendisini bu yolla gerçek hissettiği, bedeninin kontrolünü ele geçirdiği ve başkaları ile arasında sınır çizdiğini belirtilmiştir. Gardner’a göre; emosyonel sıkıntı, umutsuzluk ve bozgun “*bedene eziyet yolu*” ile çözüm bulur. Kendini kesen kişi, başkalarına karşı; bazen de, kontrol edemediği kendi arzularına karşı; duyduğu öfkeyi, kendisine döndürür ve bedenine saldırır; sonuçta bir rahatlama oluşur. Bu yolla “*emosyonel acı*”, yerini başa çıkması daha kolay olan, “*fiziksel acıya*” bırakır ve metaforik olarak birbirinden ayrılmış olan, beden ve kendilik bütünleştirilir. “*Kontrol edilemeyen*”, kontrolü ele geçirilmiş olur; aynı zamanda zarar vermeye bağlı bir haz duygusu da, buna eşlik eder. Bu nedenle kesme, “*bağımlılık yapıcı*” şekilde süregider. Genellikle kendini kesme; çocukluk çağında örseleyici olaylar yaşayanlarda, ihmal ya da istismara uğrayanlarda ya da terk edilenlerde siktir ve kesme, “*acıyı kesip çıkartma*” anlamı taşır [51].

Glasser'in (1992) tanımladığı, “çekirdek yapı-core complex” ve *agresyonun içe döndürülmesi*; “ülküleştirilmiş anne ile kaynaşma ve tek bir bütün olma düşlemi” ile yutulma anksiyetesi sonucunda gelişen, ambivalans ve bu çatışmanın çözümü için kullanılan savunmalar; içeride kendiliğe, yüzeyde bedene yönelen agresyona neden olur [52].

Anne tasarımı, kendilik tasarımı ile narsistik bir bağlantı içindedir. Bir yandan, annenin talep edici olarak algılanması sonucunda, “kaynaşma düşlemi” ile kendiliği yitirme tehdidi bir alışım oluşturur. Bu durum, yutulma, zapt edilme ve ihlal edilme düşüncelerinde kendini yansıtır. Diğer yandan da; anne duygusal gereksinimleri yeterince anlamayan ve doyuramayan birisi olduğu algısı ile kayıtsız ve ilgisiz olarak görülmeye başlanır ve daima reddedilme duyguları ile birliktedir. Bütün bu yapılanma; yutulma anksiyetesi ile sonuçlanır; eşlik eden savunmalar, narsistik geri çekilme ve kendiliği koruyan agresyondur [52].

Narsistik geri çekilme; terk edilme endişeleri, çökkünlük, izolasyon ve değersizlik duygularında azalma için bir yatkınlık oluşturur. Bu da, tekrar “kaynaşma düşlemlerine” geri dönüş sağlar. Glasser; çekirdek yapıdaki bu bölümünün, *kötü bir kısır döngü* olduğuna dikkat çeker. *Kendini koruyan agresyon ise*; yıkıcı ve güçlü olarak algılanan anneyi, yok etme ya da etkisizleştirme amacını taşır [52].

Annenin kayıtsız algılanması sonucunda da, benzer savunmalar ortaya çıkar. Bu savunmaların eş zamanlı olarak görülmesi nedeniyle, agresyon aynı zamanda kendiliğe döndürülür. Ruhsal çatışma savunmacı bir uzlaşmaya neden olur. Çatışmanın çözümü düşmanlıktır ve bu düşmanlık dışarıya ve dış nesnelere yönlendirilmek yerine içeride kendiliğe ve bedene yönlendirilir. Yutulma anksiyetesi ve içe döndürülen agresyon kendine zarar verme davranışıyla sonuçlanır [52].

Erken dönemde yaşanan örseleyici deneyimler ve birincil nesnelerle ilişkilerden kaynaklanan saldırganlık, kendini kesme ile sonuçlanır. Kendine zarar verme, içselleştirilmiş örseleyici acı veren deneyimlerin ve içsel çatışmaların, “somut” şekilde kendini tekrar etmesidir. Örselleyen ve örseleyici, aynı bireyde birleşik durumdadır. Kendine zarar verme; aynı zamanda güç gösterisi, meydan okuma, özerkliğin ve bağımsızlığı dışavurumu ve umutsuz bir kendini kontrol çabası olarak işlev görür [53].

Yazında, sıklıkla kendine zarar verme davranışı ile şiddetli örselenmeler arasında güçlü bir bağın olduğu bildirmektedir. Ergenlerde, dönemin çözülmemiş sorunları ile örselenmeler birbirlerini şiddetlendiren bir etkileşim içindedir. Kendine zarar verenler, ne içinde

bulundukları tehlikeyi algılar, ne de korunma gereği duyarlar. Aynı zamanda, tehlikeli eylemler tümgüçlülüğün sergilenmesidir [53].

2.6.2. Psikososyal Etkenler

İstismar

İstismara uğrayan kişi zaman zaman yaşadığı bu travmatik yaşam deneyimleri aklına gelir ve bu kişiye sıkıntı verir. Geçmişte kendilerine karşı yapılan istismar akıllarına geldiğinde bu kişilerin kendilerini daha çok kestikleri görülmektedir. Bu istismarlar fiziksel, zihinsel, duygusal ya da seksüel olabilir. İstismara uğrayan çocukların ciddi bir şekilde vücutlarını sarsmayı öğrendiklerini, yaşadıkları dayanılmaz duygulara geçiş yolu olarak görmektedir [17]. Kendine zarar verme davranışı, cinsel istismar kadar fiziksel istismar ve ihmal ile de koşut gitmektedir [54]. Muehlenkamp ve ark. (2010) cinsel ve fiziksel istismar ile KZVD ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında fiziksel istismar ile KZVD arasında cinsel istismara göre daha güçlü bir ilişki bulmuşlardır [55]. Vakalarda kendine zarar verme davranışının yüksek kaygı düzeylerinde ortaya çıktığı, yalnız kaldıklarında denedikleri ve yara izlerini saklama eğilimi içinde oldukları gözlenmektedir. Bu takdim biçimi ile kendine zarar verme davranışının manipulatif olmaktan çok, yüksek derecedeki kaygının bedensel acı ile yer değiştirerek azaltılmasına yardımcı olduğu belirtilmiştir [56]. Çocukluğunda cinsel istismara uğrayan kadınların duygusal acılarını bastırmak için kendilerini kestikleri belirtilmektedir. İstismarı özellikle bir aile bireyi yaparsa, bu daha sonra cinsel sorunlara dönebilmektedir. Ensest vakaları kendilerinden utandıkları için kendilerine yönelik cezalandırıcı davranışlarda bulunmaktadır. Suçluluk, utanma, olumsuz kendilik algısı, ihanete uğrama hisleri çocuklukta yaşadıkları istismarlar sonucunda oluşmaktadır. Kendinden utanma, nefret etme ve değersiz hissetmenin sonucunda ortaya çıkmaktadır. Çocuklukta ailenin baskı uygulaması, çocuğun ilişkilerini engellemesi sosyal yeteneklerin zayıflamasına neden olmaktadır bu da çocukta çaresizlik duygularını artmasına neden olmaktadır. Böylece çocuk, ben ve diğerleri ayırımına gitmektedir. İstismara uğrayan çocuklar istismar sırasında utanma yaşamamaktadırlar, utanma daha çok rüyalarda ya da zihinsel etkinliklerde ortaya çıkmaktadır. Depresyon genellikle istismara uğrayan çocuklarda sık görülmektedir. Kendine zarar verme, intihar girişimi ya da diğer davranışlar, üzgün olma, geri çekilme, aşırı bitkinlik, halsizlik gibi semptomlar görülmektedir. Çocuk, istismarın yarattığı hayal kırıklığı ve öfkeye karşılık, kendine zarar vererek güç elde etmektedir. Kendini kesme, depersonalizasyona karşı alınmış bir önlem olarak kullanılmaktadır. Öfke ve kendini cezalandırma olarak da karşımıza

çıkmaktadır [57]. Ayrıca kendine zarar verme davranışı ve cinsel istismarın ilişkili olduğu ve kendine zarar verme davranışının cinsel istismarın varlığı için bir sinyal işlevi gördüğü söylenebilir [58]. Bu kişiler geçmişte yaşadıkları kötü olaylar ya da kendilerine zarar veren kişiler akıllarına geldiğinde öfkelerini ve kızgınlıklarını kendilerine zarar vererek azaltmaktadırlar.

Ailesel Etkenler

Aile özellikleriyle ilgili olarak yapılan izlem çalışmalarına göre ailesinden ayrı olan, çocukluğunda bir süre de olsa ailesinden ayrı kalan veya ailesi boşanmış ergenlerin kendine zarar verme riski daha yüksekken; olumlu ailesel ilişkilere sahip olan ergenlerin kendine zarar verme riski düşük bulunmuştur [45].

Ailesel faktörlerin, başka dışsal faktörlerle birlikte ergenlerin sorunlarını çözmede yetersizliğe neden olduğu ve ergenlerde kendine zarar verme için riskli psikolojik süreçlere yol açtığı öne sürülmektedir. Ayrıca uygun olmayan ailesel ve dışsal süreçlerin ergenlerin özsaygı ve kimlik oluşumuna olumsuz etki yaptığı, bunun kendine zarar verme ile ilişkisi gösterilmiş depresyon ve umutsuzluğa yol açtığı belirtilmiştir [59].

Kendine zarar verenlerin ailelerinde kendine zarar verme öyküsü sıktır. Aile bireylerinden birinde fiziksel bir hastalık veya psikopatoloji olması, alkol ve madde kullanım bozukluğu, ergenlerin kendine zarar verme davranışı ile ilişkilidir [5,60].

Bulaşma

Ergenlerin arkadaş etkisiyle madde kullanımı, şiddet ve diğer riskli davranışlarda bulunduğu bilinmektedir. Ergenlerin arkadaş etkisinde kalması; kendisiyle ortak ilgi alanları olan yaşlılarıyla arkadaşlık kurmak veya arkadaşlarının etkisinde kalarak onlara benzeyerek sosyalleşme süreçleri sonucunda olmaktadır [61]. Kendine zarar veren ergenlerin en azından bir kısmında bulaşma etkisinin kendine zarar verme davranışına yol açtığı belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %82'si en az bir tane kendine zarar veren arkadaşı olduğunu bildirmiştir [62]. Kızların ve yaşı küçük ergenlerin bulaşma etkisine daha çok maruz kaldığı ifade edilmektedir [61].

2.6.3. Biyolojik etkenler

Kendine zarar vermenin; bağımlılık ve ağrı ile ilişkisinden dolayı endojen opiyatlar; agresyon ve impulsif doğasından dolayı serotonin; kompulsif doğasından dopamin üzerinde çalışmalar yoğunlaşmıştır. Ancak kendine zarar verme davranışının, nörobiyolojik yönü henüz açık olarak anlaşılmış değildir.

Opiyat sistemi

Mental retardasyon, otizm ve borderline kişilik bozukluklarındaki kendine zarar verici davranışlar ile endojen opiyat sistemi arasında ilişki olduğu ileri sürülmektedir [63,64]. Bu görüşü destekler şekilde, opiyat reseptör antagonistlerinin borderline kişilik bozukluğu, mental retardasyon ve otizmde kendine zarar verici davranışları azalttığı gösterilmiştir [65,66]. İntihar niyeti olmaksızın kendine zarar veren kişilerde yapılan bir çalışmada, kendine zarar veren grubun BOS β -endorphin ve met-enkephalin düzeyleri belirgin derecede düşük bulunmuştur [67,68]. Endojen opiyatların kendine zarar verme davranışlarındaki rolünü açıklamak için, iki temel varsayım vardır. Birinci varsayımda, kendine zarar veren kişi kendi endojen opiyatlarına bağımlı hale gelmiştir ve kendine zarar verme davranışında bulunarak endojen opiyat salınmasını sağlamaktadır [69]. İkinci varsayım ise, ağrı ile ilişkilidir. Endojen opiyatlar, ağrı eşiğini yükselterek; eylem sırasında ağrı duyulmasını önlemektedir. Kendine zarar veren ve yüksek ağrı eşiği olan kişilerle yapılmış olan çalışmalarda, merkezi ve periferik opiyat düzeylerinin yüksek olduğunun gösterilmesi; bu görüşü desteklemektedir [70].

Dopaminerjik Sistem

Kendine zarar verme davranışlarının, kompulsif ve stereotipik olarak gözlendiği Lesch-Nyan sendromunda, kendine zarar verici davranışla ile dopaminerjik sistem bozukluğu ve dopamin resöptör aşırı duyarlılığı arasında bağlantı kurulmuştur [71]. Dopamin ile tekrarlayıcı şekilde kendine zarar verme ilişkisi mental retardasyon ve yaygın gelişimsel bozukluğu olan olgularda da gösterilmiştir [72]. Hayvan deneylerinde postsinaptik dopamin D₁ ve D₂ reseptörlerinin duyarlı hale getirilmesi kendine zarar verme ile ilişkili bulunmuştur. Yaygın gelişimsel bozukluklarda görülen kendine zarar verme davranışları dopamin antagonist etkileri olan antipsikotiklerle azalmaktadır [70]. Bu bulguların aksine intihar niyeti olmadan kendine zarar veren kişilerin BOS dopamin metabolitleri açısından kontrol grubundan farklı olmadığı bildirilmiştir [67].

Serotonerjik sistem

Erken dönem çalışmalarda kendine zarar verme davranışları, intihar girişimi ile birlikte ele alınmıştır. Bu çalışmalarda kendine zarar verme davranışı olan kişilerin BOS incelemesinde serotonin metaboliti 5-hidroksiindolasetikasit (5- HIAA) düzeyleri düşük olarak saptanmış; düşük serotonin düzeylerinin kendine zarar verme ve şiddet davranışı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir [73].

İntihar niyeti olmayan kendine zarar verici davranışlarda da BOS serotonin düzeyinin azaldığı bildirilmektedir [74]. Kendine zarar verme davranışının yaygın olduğu borderline kişilik bozukluğunda, serotonin geri alım inhibitörlerinin kendine zarar verme davranışını azalttığı gösterilmiştir [75]. İntihar niyeti olmadan kendine zarar verme öyküsü olan kız ergenlerde yapılan bir çalışmada periferik serotonin düzeyi kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur [76]. Bu bulgularla birlikte genç yetişkin ve yetişkinlerle yapılan bir çalışmada ise intihar niyeti olmadan kendine zarar veren kişilerle kontrol grubu karşılaştırılmış ve BOS 5-hidroksiindolasetikasit (5- HIAA) düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır [67]. Serotoninle ilgili genetik araştırmaların derlendiği bir çalışmada serotonin taşıyıcı gen polimorfizmiyle kendine zarar verme ve intihar davranışları arasında bir bağlantı bulunamamış; aynı psikiyatrik tanıli hastalardan kendine zarar verme davranışı olanların genotipinde daha sık “S” allelli saptanmıştır [77].

Hipotalamik-hipofizer-adrenokortikal eksen

Erken dönemde travmatik olaylara maruz kalmanın, kişilerin HPA ekseninde ve beynin ağrı işleme merkezlerinde bozukluklara yol açtığı ileri sürülmüş; aynı zamanda her iki sistemin emosyon regülasyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [68]. Kendine zarar verenlerin çok büyük kısmının ağrı hissetmedikleri ve emosyon regülasyonunda güçlükler yaşadığı bilinmektedir [68].

2.6.4. Kişisel psikolojik etkenler

Kendine zarar verme davranışı olan ergenler çok çeşitli kişisel psikolojik etkenlere sahiptir. Başlıcalarına aşağıda değinilmiştir.

Duyguları dışa vurmada güçlükler: kendine zarar veren ergenlerin deneyimlerine uygun duygulanım yaşamadıkları, duygulanımlarını uygun şekilde ifade edemedikleri ve duygularının tam olarak farkında olmadıkları gösterilmiştir [38].

Olumsuz kendilik algısı: Kendine zarar veren ergenlerde; kendini aşırı eleştirme, kendinden hoşlanmama, kendine yöneltilmiş yoğun öfke bulunmaktadır. Kendini cezalandırma isteği ve kendine öfke duyma kendine zarar verme davranışı için güçlü motivasyon sağlayan öğelerdir. Kendine zarar verme davranışı olumsuz kendilik algısını artırırken, özsaygıyı azaltmakta ve böylelikle kendine zarar verme için bir kısır döngü oluşmaktadır [38].

Olumsuz duygulanım (negatif affekt): Kendine zarar verenlerin kendine zarar vermeyenlere göre günlük hayatlarında daha sık ve şiddetli olumsuz duygulanımlar yaşadığı bilinmektedir. Kendine zarar verenlerin olumsuz mizaç özellikleri daha sık, emosyon regülasyonu bozuk, depresyon ve kaygı düzeyleri yüksektir [38]. Olumsuz duygulanım kendine zarar verme için bir risk faktörü olabileceği gibi, kendine zarar verme olumsuz duygulanımdan kurtulmak için bir işlev görüyor olabilir.

Sosyal problem çözme becerisindeki güçlükler: Bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin sosyal problem çözme becerilerinin kendine zarar vermeyen ergenlere göre kötü olduğunu gösterilmiştir [78].

Düşük stres toleransı: Kendine zarar veren 12-19 yaş aralığındaki ergenlerin sağlıklı ergenlerle karşılaştırıldığı bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin stres karşısında daha az dayanıklı oldukları bulunmuş, problemler karşısında fizyolojik olarak yüksek stres düzeylerine ulaştıkları deri iletkenlik testiyle gösterilmiştir [78].

İmpulsivite: Kendine zarar veren kişilerin kontrollere göre daha impulsif olduğu belirtilmektedir. Kendine zarar verenlerin çoğu eylemi beş dakikadan daha kısa bir süre içerisinde gerçekleştirmektedirler. Ayrıca alkol-madde kullanımı, patolojik kumar, tıknırcasına yeme bozukluğu gibi impulsivitenin belirgin olduğu durumlarda kendine zarar verme daha sık görülür. Glenn ve Klonsky (2010) çalışmalarında KZVD'si olan kişilerin impulsivitenin, olumsuz durumlarda ani karar verme, eylem öncesi plan yapabilmek için eylemi geciktirme, heyecan arama gibi alt boyutlarının kendine zarar verme davranışını yordadığını bulmuşlardır [79].

Disosiyatif yaşantılara yatkınlık: Yapılan çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerin sağlıklı ergenlere göre daha çok disosiyatif belirti gösterdiği bulunmuştur. Özellikle kendini keserek zarar veren ergenlerde bu belirtilerin yüksek olduğu bildirilmiştir [80].

İkincil kazançlar: Bazı kendine zarar verme davranışları, kişinin kendisini yaralaması sonucu elde edeceği ikincil kazançlar sağlar. İkincil kazançlar için kendine zarar verme davranışı, daha sık olarak tutuklular ve askerler gibi belirli popülasyonda bulunur. Bu gruplarda kendine zarar verme davranışı sorumluluktan kaçmak, can sıkıntısından kurtulmak, fiziksel tehlikelerden korunmak ve daha az kısıtlayıcı ortamlara gönderilmeyi sağlamak amacını taşır [33,81]. Bu kişilerdeki semptomlar, amaca ulaşıldıktan hemen sonra yatışmaktadır [6].

2.6.5. Psikiyatrik bozukluklar

Kendine zarar veren ergenlerde depresyon, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, disosiyatif bozukluk, madde kullanım bozuklukları, davranım bozukluğu, yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları (Borderline kişilik bozukluğu başta olmak üzere) en sık görülen ruhsal rahatsızlıklardır [3].

Klinik örnekleme yapılan çalışmalarda kendine zarar vermeye yüksek oranda psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. Yapılan bir çalışmada 15 yaşından büyük kendine zarar veren (intihar girişimini de içeren) kişilerin %92' sinde en az bir psikiyatrik tanı bulunmuştur [82]. Finlandiya'da yapılan bir çalışmada kendine zarar veren (kendini kesme) ergenlerin %79'una bir eksen I psikiyatrik tanı konulmuştur [83].

Majör depresyon

Yapılan çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerin %42-68'inde majör depresyon saptanmıştır. Diğer depresif bozukluklar eklendiğinde bu oran yaklaşık %89'a çıkmaktadır [3]. Toplum örneklemleri bir çalışmada ise kendine zarar veren ergenlerin %63'ü majör depresyon tanısı almıştır [83].

Kendine zarar veren ergenlerle yapılan toplum örneklemleri çalışmalarda ölçeklerle değerlendirilen depresif belirtiler sağlıklı ergenlere göre anlamlı olarak fazla bulunmuş ve depresif belirtiler kendine zarar verme için bir risk faktörü olarak saptanmıştır [32,84]. Depresyon aynı zamanda kendine zarar verme sıklığı ile de ilişkili bulunmuştur [85].

Anksiyete bozuklukları

Klinik örnekleme kendine zarar veren ergenlerle yapılan bir çalışmada ergenlerin %39'unda bir anksiyete bozukluğu saptanırken [86], toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada ise kendine zarar veren ergenlerin %37'sinde bir anksiyete bozukluğu bulunmuştur [83].

Ergenlerle yapılan toplum örneklemleri çalışmalarda ölçeklerle değerlendirilen anksiyete belirtileri sağlıklı ergenlere göre anlamlı olarak fazla bulunmuş ve anksiyete kendine zarar verme için bir risk faktörü olarak saptanmıştır [32,84]. Yapılan bir alan çalışmasına göre ise kendine zarar veren ergenlerde özgül fobi kendine zarar vermeyi 8.5 kat, obsesif kompulsif bozukluk 5.3 kat artırmaktadır. Hem depresyon hem de anksiyete bozukluklarının olumsuz kendilik ve bozuk emosyon regülasyonunu üzerinden kendine zarar vermeye yol açtığı öne sürülmektedir [38].

Yıkıcı davranış bozuklukları

Ülkemizde toplum örnekleminde kendine zarar veren ergenlerin alındığı bir çalışmada yıkıcı davranış bozuklukları %25 olarak bulunmuştur [25]. Klinik örneklemin değerlendirildiği çalışmalarda yıkıcı davranış bozuklukları kendine zarar veren ergenlerin %24-63'ünde saptanmıştır [86,87]. Toplum örneklemlerinde yıkıcı davranış bozuklukları belirtileri arasında görülen davranış problemlerinin, suça yönelik davranışların kendine zarar verme ile ilişkisi önceki çalışmalarda gösterilmiştir [88,89] Ergenlerle yapılan bir başka çalışmada ise hem davranış bozukluğu belirtilerinin hem de karşı olma karşı gelme bozukluğu belirtilerinin kendine zarar verme ile ilişkili olduğu görülmüştür [90].

Yeme bozuklukları

Yeme bozukluğu olan kişilerde kendine zarar verme davranışı oldukça sık görülmektedir. Bulimiya nervosa olgularının %26-55, anoreksiya nervosa olgularının %27-61' inde kendine zarar verme davranışı vardır [61]. Yeme ataklarının ve kusmaların kendine zarar verme davranışlarında da rol alan olumsuz duygulanım ve regülasyonu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir [3]. Yeme bozuklukları ile ergenlerde kendine zarar verme ilişkisi yetişkinlerde olduğu kadar iyi çalışılmamıştır. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada yeme bozuklukları belirtileri ile kendine zarar verme arasında ilişki bulunmuştur [35]. Ancak bu ilişki tüm çalışmalarda gösterilememiş, kendine zarar veren ergenlerin büyük çoğunluğunun yeme bozukluğuna sahip olmadığı ileri sürülmüştür [3]. Toplumumuzda yapılan bir alan çalışmada ise ergenlerin yeme tutumları değerlendirilmiş, patolojik yeme tutumları olan ergenlerde kendine zarar verme %11.7 oranında, sağlıklı ergenlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur [91].

Madde kullanım bozuklukları

Madde bağımlılığı olan kişilerin %25-33'ünde kendine zarar verme öyküsü vardır [92]. Klinik örnekleme kendine zarar veren ergenlerin %60'ında bir madde kullanım bozukluğu saptanmıştır [86]. Avrupa'da yedi ülkede çok merkezli olarak yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenler kendine zarar verme epizodlarının % 20' sinde alkol etkisinde olduklarını, %13'ünde madde etkisinde oldukları bildirilmişlerdir [93]. Madde kullanımının kişinin kendine yönelik şiddeti kolaylaştırdığı ileri sürülmüştür [94].

Disosiyatif Bozukluklar

Disosiyatif bozukluğu olan kişilerin %69'unda kendine zarar verme öyküsü saptanmıştır [33]. Disosiyatif belirtilerin ergenlerdeki kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi adli, klinik ve toplum örneklemelerinde yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur [41, 80, 95, 96].

Borderline kişilik bozukluğu

Kendine zarar verme davranışı borderline kişilik bozukluğu için bir DSM-IV tanı kriteridir. Borderline kişilik bozukluğu tanısında kullanılan dokuz ölçütten bir tanesi tekrarlayan intihar davranışları, tehditleri ya da kendine zarar verme davranışıdır [8].

Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan kişilerin yaklaşık olarak %70-75'inde kendine zarar verme davranışı vardır [92]. Kendine zarar veren ergenlerle klinik örnekleme yapılan çalışmalarda borderline kişilik bozukluğu belirtileri %37-52 oranında saptanmıştır [87]. İtalya'da yapılan bir çalışmada ergenlerin kendine zarar verme davranışı ile borderline kişilik bozukluğu semptomları arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur [88]. Olumsuz kendilik ve emosyon regülasyonu bozukluğunun hem borderline kişilik bozukluğunda hem de kendine zarar verme davranışında temel çekirdek özellikler olarak yer alması iki durum arasındaki yoğun ilişkiyi açıklamak için kullanılmıştır [38].

2.7. Kendine zarar verme davranışını açıklayan modeller ve kendine zarar verme davranışının işlevleri

Kendine zarar verme davranışlarını anlamaya yönelik açıklayıcı ve fonksiyonel modeller geliştirilmiştir. Kendine zarar verme davranışını tek bir işlevle açıklamak güçtür. Aynı kişide birden fazla işlevin birbiriyle etkileşim içinde olması daha olasıdır [38].

Lloyd-Richardson ve arkadaşları (2009); KZVD'yi açıklamaya yönelik dört işlev tanımlamışlardır [97]. Bu işlevlerden en az birinin davranışın ortaya çıkmasında ve devamında görüldüğü belirtilmiştir. Bunlar şu şekildedir:

1. *Otomatik-olumsuz pekiştirme:* Örneğin gerginliğin azaltılması veya diğer olumsuz duygulanımlardan kurtulmayı vurgulamaktadır.

2. *Otomatik-olumlu pekiştirme:* Kendine zarar verme sonrasında arzu edilir içsel bir duruma ulaşmayı hedefler. Zarar verme davranışı ile “yaşadığını hissetmek, duygularını hissetmek” buna örnek verilebilir.

3. *Sosyal olumsuz pekiştirme:* Kendine zarar verme davranışı ile kendi ile ilgili veya kişiler arası görevlerden ve sorumluluklardan kaçılır. Kendine zarar verme davranışı, örneğin okula gitmeme gibi bir isteğin karşılanmasını sağlar.

4. *Sosyal olumlu pekiştirme:* Kendine zarar verme aile, arkadaşlar, sevgili gibi sosyal çevrenin dikkatini ve ilgisini üzerine çeker.

Messer ve Fremouw (2008); ergenlerde kendini yaralama konusunda bugüne dek getirilmiş açıklayıcı ve işlevsel modelleri inceleyen araştırmaları gözden geçirmiş ve 7 ana model belirlemiştir:

1. *Seksüel model/sadomazoşizm:* Bu modele göre kendini kesme cinsel doyum sağlayan bir mastürbasyon eşdeğeridir ya da kendini kesen ergen cinsel dürtülerini kontrol altına alma amacı gütmekte ve bu dürtülerden dolayı kendini cezalandırmaktadır. Mastürbasyona karşı bir mücadele vardır ve agresif ve libidinal dürtülerin yer değiştirmesi söz konusudur.

2. *Depersonalizasyon modeli:* Gerçekliğini ve varlığını hissetmeyen, disosiasyon yaşayan ergen selfi hissetmek ve kimliğini yeniden kurmak amacıyla kendini yaralar. Bu modele göre kalan yara izleri ergenin var olduğunun ve kimliğinin hatırlatıcısıdır.

3. *İnterpersonal/sistemik model:* Bu modele göre kendini yaralama aile ve çevre işlevselliğindeki aksaklıkların semptomatik olarak yansımasıdır. Ergen bu işlevsel olmayan ortamdan kurtulma ve dikkati üzerine çekme amacı taşır. Çevre farkında olmadan bu davranışı destekliyor ve pekiştiriyor olabilir.

4. *Suisid modeli*: Kendini yaralama intihara doğru yol alan ya da intihardan kaçma görevi gören bir davranış şeklidir. İntihar düşünceleri ve planlarının devamlılığında, bir çeşit mikrosuisid davranıştır.

5. *Fizyolojik ve biyolojik model*: Psikolojik faktörlerin yanı sıra biyolojik faktörler de kendini yaralama davranışında etken olabilir. Anormal nörotransmitter sistemi ya da kendini yaralama sonrasında gerginliğin azalmasıyla sonuçlanan anormal psikofizyolojik cevap ile açıklanabilecek biyolojik vulnerabilite söz konusudur.

6. *Affekt regülasyon modeli*: Artmış gerginlik, anksiyete ve olumsuz duygulardan, kendine karşı olan hostiliteden kurtulmak için kendine zarar verme davranışı gerçekleştirilir, zarar verme eyleminden sonra rahatlama ya da sakinleşme olmaktadır.

7. *Davranışsal-çevresel model*: Bu model kendini yaralamayı başlatan ve sürdüren çevresel faktörler üzerinde durur. Kendini yaralama ya çevresel kazanımlar ya da içsel rahatlama doğrultusunda devam eder. Pekiştirme, erken çocukluk dönemindeki istismarı ya da işlevsel olmayan aileyi ağrı ile ilişkilendirme doğrultusunda öğrenilmiş olabilir ya da dikkat çekme, bir gruba dâhil olma ya da bulaşma vasıtasıyla olabilir. Bu model, emosyonel regülasyona, davranışı sürdüren pozitif pekiştirme aracı olarak atıfta bulunur [98].

Klonsky (2007); kendine zarar verme davranışının işlevlerini araştırdığı bir çalışmada işlevleri şu şekilde tanımlanmıştır:

1. *Affekt regülasyonu*: Hemen hemen tüm çalışmalarda en sık vurgulanan işlevdir. Olumsuz ve yoğun duygularla başa çıkmak, bu olumsuz duyguları azaltmak ya da bu duygulardan kurtulmak için kendine zarar verme bir çözüm olarak kullanılır. Yazında affekt regülasyonu ile duygudurum veya emosyon regülasyonu birbirinin yerine kullanılmış ya da anksiyete ve hostilite gibi spesifik emosyonlar etiketlenmiştir.

2. *Anti-disosiasyon*: Kendine zarar veren bazı kişiler kendini gerçek dışı, yokmuş (hiçmiş) gibi hissettiklerinden bahsetmektedir. Kendine zarar verme davranışı hiçlik duygusundan, gerçek dışılık duygusundan ve hissizlikten kurtulmak için, yani bu disosiyatif atağı durdurup kendini hissetmek için yapılmaktadır.

3. *Anti-suisid*: Bazı kişilerde kendine zarar verme davranışının intihara direnme için bir başa çıkma mekanizması olarak ve intiharı önlemek için yapıldığı ileri sürülmüştür.

4. *Kişiler arası sınırlar*: Kendine zarar verme davranışı kendiliğin sınırlarını belirlemek için yapılır. Anneye güvensiz bağlanma ve sonucunda ayrılma bireyleşme süreçlerinde yaşanan güçlüklerden dolayı normal bir kendilik sınırının oluşmasında sorunlar vardır. Bu sorunlar nedeni ile kendine zarar vererek kendini çevreden ve başkalarından ayırır ve özerkliğini hissetmeye çalışır.

5. *Kişiler arası etkileşim*: İlişki içinde oldukları insanları etkilemek ve manipüle etmek için kendine zarar verici davranışlar yapılmaktadır. Dikkati üzerine çekmek, olumsuz durumlardan kurtulmak, daha ciddiye alınmak, sevdiği ya da değer verdiği birinden ilgi görmek için yapılmaktadır. Bu davranışlardan sonra çevreden alınan olumlu ya da olumsuz pekiştireçler önemlidir.

6. *Kendini cezalandırma*: Kendine zarar verenlerde kendine yönelen öfkenin varlığı ve olumsuz kendilik algısı saptanmaktadır. Bu kişiler için kendine zarar verme bildik, benliğe yabancı olmayan bir deneyimdir ya da stres karşısında kendini rahatlatma işlevi görür.

7. *Heyecan arama*: Bazı kendine zarar veren kişiler için bu davranış heyecan veren bir deneyim gibi algılanır. Diğer işlevlerin aksine genellikle arkadaşlarla birlikteyken meydana gelmektedir [38,99].

Walsh (2006); çevresel, biyolojik, bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutların karmaşık bir şekilde etkileşerek kendine zarar verme davranışına neden olduğunu ileri sürüdüğü biyopsikososyal modeli tanımlamıştır:

1. *Çevresel boyut*: ailenin geçmiş öğelerini (ör: ailede kendine zarar verme öyküsü, pekiştirme, modelleme gibi kavramların etkisini), kişisel geçmiş öğeleri (ör: istismar, travma, kendine zarar verme davranışına ve etkisine maruz kalma, ailenin emosyonel dışavurumu) ve mevcut çevresel etkileri (ör: arkadaş ve aile sorunları, okul ve akademik sorunlar) içerir.

2. *Biyolojik boyut*: Kendine zarar verme davranışının biyolojik bileşenleri bilinen depresyon, bipolar bozukluk ve borderline kişilik bozukluğunda sık görüldüğü bilinmektedir. Ayrıca kendine zarar veren kişilerde emosyon regülasyonunda, limbik devrelerde, serotonin, endojen opiyat ve ağrı düzenleme sistemlerinde bozukluk olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bu görüşlere dayanılarak kendine zarar verme davranışı olanlarda biyolojik yatkınlıktan söz edilmektedir.

3. *Bilişsel boyut*: Çevresel olayların bilişsel yorumları ve kendilik ile ilgili oluşan bilişsel yorumlardan oluşmaktadır. Kendine zarar verenlerde çevresel olayların yorumlanmasında çeşitli gerçek dışı düşünceler ve bilişsel çarpıtmalara rastlanılmaktadır. Örneğin uzun süre istismara uğrayan bir ergen “istismarın sürmesini istemiş olmalıyım, yoksa bu kadar uzun sürmezdi” diye düşünebilir. Bu düşünceler olumsuz ve suçlu benlik algısına yol açmaktadır. Kendilik ile ilgili oluşan bilişsel yorumlar özgül herhangi bir çevresel etki olmadan oluşan olumsuz bilişsel süreçlerdir.

4. *Duygusal boyut*: Diğer modellerde ve işlevlerde bahsedilen affekt regülasyonunu tanımlar. Kendine zarar verme duygusal yüklerden rahatlama ve kurtulmak için uyuma yönelik olmayan bir çözüm yolu olarak kullanılmaktadır.

5. *Davranışsal boyut*: Kendine zarar verme davranışı öncesindeki, sırasındaki ve sonrasındaki davranışlara vurgu yapan boyuttur. Bu boyut aile veya arkadaş anlaşmazlıkları gibi kendine zarar verme öncesindeki olayları, kendine nerede, nasıl ve neyle zarar verdiğini, kendine zarar verdikten sonra neler yaptığını incelemeyi ve davranışın nedenlerini anlamayı içermektedir [100].

2.8. Ergenlik dönemi ve kendine zarar verme davranışı

Ergenlik döneminde kontrol edilemeyen bedensel değişiklikler sıkıntı, heyecan, kafa karışıklığı, utanç gibi duygulara neden olur. Bedensel değişiklikler kendilik ve bedenin birbirinden ayrışması ile sonuçlanabilir. Beden, başedilmesi gereken, cezalandırılacak ve disiplinize edilecek olan nesne gibi algılanabilir. Kendine zarar veren kişi bedenini kendinden ayrı düşünebilir. Çözülme, bedenden ayrışma ve kırılgan kendilik; kendine zarar verme vasıtası ile beden üzerinde kontrol sağlama imkânı bulur [51].

Ayrıca, duyulan cinsel dürtülere karşı öfke; değişen bedenden nefret etme; agresyonun bedene yönelmesi ve bedene zarar verilmesi ile sonuçlanır. Süperegö, cinsel dürtüleri cezalandırıcı davranarak genital yaralanmalar, organ kayıplarına yol açan kendine zarar vermeye neden olur [101].

Önceki dönemlerde olumlu beden algısı oluşamamışsa puberte döneminde oluşan bedensel değişikliklerin beden algısını belirgin şekilde bozduğu belirtilmektedir. Böylelikle bedene olan yabancılaşma kendine zarar vermenin yordayıcısı olarak kabul edilmektedir [102].

Gardner (2002), kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olan ergenliğin zihinsel süreçlerini 5 ana başlıkta özetlemiştir [51]:

1. *Agresif dürtü ve süreçlerin yoğunlaşması*: Bu süreçler açık bir şekilde kendini kesmenin bir yönünü oluşturur. Büyüme aslında başlı başına bir agresif süreçtir. Winnicot’a göre “Erken büyüme fantezilerinin devamında gelen “ölüm” vardır; ergenlikte ise “cinayet”; çünkü büyümek anne ve babanın yerini almak demektir. Bu düşünceler dışa vuruk agresyon ya da içe döndürülmüş agresyon şeklinde yaşanır.

2. *Narsisizm*: Alterantif sevgi nesneleri bulunur. Bu süreç, “büyüklenmeci kendine yeterlik” “omnipotans” ve “oto-erotik aktiviteler” ile gösterilir. Gardner’a göre tüm bunlar, kendine zarar verme davranışını karakterize eder. Genellikle ergenlerde bu çeşit bir narsisizm; selfe aşırı değer biçilmesi, benmerkezcilik, aynı zamanda alınganlık ve kırılganlık ve olumsuz mizaç ile sonuçlanır. Böyle bir narsisizm, tatmin eden anne-babadan vazgeçmede güçlükler ve zalim içsel nesne ilişkilerinden uzaklaşma çıkmazı ile ilişkili olabilir.

3. *Artmış hassasiyet (hipersensitivite), kabarmış duygular ve başkaları hakkında fantezi beklentiler ve anksiyete*: Kendine zarar veren kişilerde, başkalarının davranışlarına aşırı dikkat; kendisi hakkında ne düşünüyor ya da konuşuyor olabileceklerine dair yoğun düşünce uğraşları vardır. Diğerlerinin eylemleri, tepki ve davranışları kendine zarar veren kişi için çok fazladır; “son damla” olmuştur. Bu durum genellikle kendine zarar vermenin bir tetikleyicisi yerine geçer ve kesme yoluyla ani artan baskı ve sıkıntı azaltılır, rahatlama sağlanır. Reddedilmeye ve teslim alınmaya karşı aşırı hassasiyet; mimik ve jestlerden anlam çıkartma, başkalarının tepkilerine karşı tetikte olma söz konusudur.

4. *“Acting out”- Artan eyleme dönük davranış gösterme eğilimi*: Bu durum acı veren hislere ya da ebeveynlere bağımlılığa karşı bir savunma, aynı zamanda bir çeşit kendini ifade etme ve otorite ile kontrolü ele geçirmedir. Doğal olarak artan enerji ve fiziksel değişiklikler ile bağlantılıdır. Kendine zarar verme açık bir şekilde “fazla düşünme”nin yerini alan bir eylemdir.

5. *“Ölüm” hakkında artan zihinsel uğraşlar*: Ergenlik döneminde ölümlülüğü kabul etme ve eş zamanlı, doğurganlık-yaşam verme yetisine sahip olma vardır. Bu yan-yana olma hali bir hem bağımsızlık hem de belirsizliği doğurur. Ölümlülüğün manipüle edilebilir olduğu bilgisi heyecan yaratır ve kesme davranışı -ölüm niyeti içermese de bedeni hasarlama; ölüm ve ölüm içgüdüleri ile uğraş anlamındadır.

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA YERİ VE ZAMANI

Araştırma Kasım 2012-Mart 2013 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniği'nde yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ

Araştırma örneklemini Kasım 2012-Mart 2013 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran, 12-18 yaş aralığında olan ve kasıtlı kendine zarar verme davranışı olan ergenler ve ebeveynleri ile bunlarla yaş cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından eşleştirilmiş kontrol grubu oluşturmuştur. Kontrol grubunu herhangi bir nedenle Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran ancak kendine zarar verme davranışı olmayan ergen ve aileleri oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışma kriterlerine uygun ergenlerden ve ailelerinden yazılı onam alınmıştır.

Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

1. Klinik olarak normal düzeyde zekaya sahip ergenler
2. Son 1 yıl içerisinde en az bir defa kendine zarar verme davranışı olan ergenler.
3. Kendilerinden ve/veya kendileri hakkında karar vermeye yetkili birinci derecede yakınlarından çalışmaya katılmak için yazılı onamı alınmış olan ergenler.

Çalışmadan Dışlama Kriterleri

1. Tıbbi duruma bağlı psikoz ve mani
2. Madde kullanımına bağlı psikoz ve mani
3. Madde bağımlılığı
4. Mental Retardasyon (Klinik olarak)
5. Otistik bozukluk
6. Şizofreni ve Bipolar bozukluk

3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ:

- Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin (psikiyatrik tanıdan bağımsız olarak) aile işlevsellikleri psikiyatrik tedavi gören ancak kendine zarar vermeyen ergenlere göre daha düşüktür.
- Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin (psikiyatrik tanıdan bağımsız olarak) hem aileden hem de arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek düzeyi psikiyatrik tedavi gören ancak kendine zarar vermeyen ergenlere göre daha düşüktür.
- Kendine zarar verme davranışları olan ergenlerin ebeveynlerinde, daha fazla oranda psikopatoloji riski vardır.

3.4. ARAŞTIRMA TİPİ

Çalışma; tek merkezli, tek disiplinli, olgu-kontrol bir araştırma olarak planlanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonundan etik onay alınmıştır.

3.5. UYGULAMA

Belirtilen tarihlerde Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran olgu ve kontrol grubundaki ergenler ve ebeveynleri sırayla çalışmaya alınmıştır. Her ergen ve ailesine yarı yapılandırılmış bir görüşme olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) uygulanmış, ayrıca görüşmede sosyodemografik veri formu araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Her ergene ve ulaşılabilen ebeveynlere Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Mc Master Family Assessment Device) doldurtulmuştur. Ergenlere Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (Inventory of Statements About Self Injury-ISAS), Arkadaşlardan ve Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ-Aile, ASDÖ-Arkadaş) (Perceived Social Support from Friends and Family Scales- PSS-Fr/Fa), ulaşılabilen ebeveynlere Genel Sağlık Anketi-12 doldurtulmuştur.

3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form ergenlerin sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi toplama amacıyla literatür temel alınarak, yazarlar tarafından oluşturulmuştur. Formda ergenin yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik düzeyi, akademik durumu, arkadaş ilişkileri, alkol madde kullanım öyküsü, göç öyküsü ve aileye yönelik bilgilerin araştırıldığı sorular mevcuttur.

2. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (*Inventory of Statements About Self Injury-ISAS*)

Kendine zarar verme davranışını araştırmaya yönelik geliştirilmiş 2 bölümden oluşan bir ölçektir. İlk bölümde (Bölüm I: Davranışlar) kasıtlı olarak yapılan ve intihar niyeti taşımayan 12 çeşit kendine zarar verme davranışının yaşam boyu frekansı sorgulanır. Kesme, ısırma, cilde harf/şekil kazıma, çimdikleme, saç kopartma, tırnaklama, kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma, yara iyileşmesine engel olma (yara yeriyle oynama, kabuklarını kaldırma), cildi sert bir yere sürme, kendine iğne batırma, tehlikeli/zararlı madde içme/yutma sorgulanan davranışlardır. Katılımcılara her davranışı kaç kez gerçekleştirmiş oldukları sorulur. Çoktan seçmeli yanıtlanan 5 ek soru ile de ilk zarar verme yaşı, zarar verme sırasında acı hissi, kendine zarar verme davranışının yalnız ya da başkalarıyla beraberken gerçekleştirilmesi durumu, istek ve eylem arasında geçen süre ve kişinin kendine zarar verme davranışını sonlandırma isteği gibi davranışların tanımlayıcı ve yapısal özelliklerini araştırılır.

Envanterin ilk bölümünün geçerlik güvenirlik çalışması Klonsky ve Onlino (2008) (815 kişilik kolej öğrencilerinden oluşan örneklem içinde kendine zarar verme davranışı olan 205 kişide yapılmış çalışma) tarafından gerçekleştirilmiştir [103].

Ölçeğin ilk bölümünde 1 ve daha fazla sayıda KZVD belirten katılımcılar, ölçeğin ikinci bölümünü yanıtlamaya yönlendirilmektedir. Bu bölümde toplam 39 soru ile 13 ayrı kendine zarar verme davranışı işlevi sorgulanmaktadır (Bölüm II: İşlevler): affekt regülasyonu (affect regulation, *örnek soru: kendimi sakinleşmiş hissedirim*), anti-suisit (anti-suicide, *örnek soru: intihar girişimi dürtümden kaçınmış olurum*) sıkıntıyı vurgulama (marking distress, *örnek soru: kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum*), kendini cezalandırma (self-punishment, *örnek soru: değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum*), anti-disosiasyon (anti dissociation, *örnek soru: uyuşukluk hissinden*

kurtulmak için acı oluşturmuş olurum), dayanırlık (toughness, *örnek soru: acıya dayanıklılığımı görmüş olurum*), intikam alma (revenge, *örnek soru: birisinden hıncımı çıkartmış olurum*), kişiler arası sınırlar (inter-personal boundaries, *örnek soru: kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum*), kişiler arası etkileşim (inter-personal influence, *örnek soru: başkalarının hissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarını sağlamış olurum*), heyecan arama (sensation seeking, *örnek soru: heyecan ve coşku yaratan bir şey yapmış olurum*) akranlarla bağ kurma (peer bounding, *başkalarına uyum sağlamış olurum*), kendine yetme (autonomy, *örnek soru: başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum*), kendine özen gösterme (self-care, *örnek soru: duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum*). Her fonksiyon 3 soru ile değerlendirilmektedir. Sorular, “çok uygun-2”, “kısmen uygun-1”, “hiç uygun değil-0” şeklinde yanıtlanmaktadır. Dolayısıyla her işlev için kişi 0-6 puan arasında puan alır.

Bu bölümün psikometrik özellikleri ve geçerlik güvenirliği Klonsky ve Glenn (2009) (235 kolej öğrencisinde yaptıkları çalışma) tarafından rapor edilmiştir [104].

Bildik ve ark. (2013) kendine zarar verme davranışı envanteri Türkçe çevirisi ve geçerlik güvenirlik çalışması İzmir ili genelinde lise öğrencileri arasında kendine zarar verme davranışının değerlendirildiği çalışma kapsamında 529 lise öğrencisi ile yapılmıştır [105]. Buna göre ölçeğin birinci bölümünde yer alan 12 kendine zarar verme davranışı için iç tutarlık Cronbach $\alpha=.71$ bulunmuştur. Ölçeğin işlevlere yönelik ikinci bölümün geçerlik güvenirlik değerlendirmesinde faktör çıkarsama yöntemi olarak Anabileşenler Analizi kullanılmış ve özdeğeri birden büyük iki faktör elde edilmiştir. Birinci faktör kişiler arası/sosyal işlevleri (interpersonal functions) değerlendiren alt boyutların kümelendiği bir faktördür. “Kişiler arası sınırlar”, “kişiler arası etkileşim”, “akranlarla bağ kurma”, “kendine özen gösterme”, “heyecan arama” ve “dayanırlık” “özerklik” işlevleri birinci faktör altında toplanmıştır. İkinci faktör otonom işlevleri (intrapersonal functions) değerlendirir. “affekt regülasyonu”, “anti-disosiasyon”, “anti-suisit”, “sıkıntıyı vurgulama”, “kendini cezalandırma” ve “intikam alma” işlevleri ise otonom işlevler altında toplanmıştır. Alt boyutların iki faktöre dağılımları Klonsky ve Glenn’in bulguları ile tutarlıdır. Yalnızca “intikam alma” alt boyutu Klonsky ve Glenn’in çalışmasından farklı olarak sosyal işlevler yerine otonom işlevler altında yer almıştır. Bu farklılığın çalışma grubunun lise çağını kapsamıyla bağlantılı olabileceği düşünülmüştür.

Sosyal ve otonom işlevlere ait her bir işlev toplanarak toplam sosyal ve otonom işlev skoru elde edilmiştir; sosyal ve otonom işlevler için iç tutarlılığı yansıtan alpha değerleri çok iyi düzeyde olduğu belirtilmiştir: Sosyal işlevler için .86, otonom işlevler için .87. Toplam işlev puanları için ise .90 düzeyinde iç tutarlılık katsayısı belirtilmektedir.

3. Aileden ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ-Aile, ASDÖ-Arkadaş) (Percieved Social Support from Friends and Family Scales- PSS-Fr/Fa)

Procidano ve Heler (1983) tarafından geliştirilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır [106]. 20'şer soruluk 2 ölçekten oluşur. Her bir ölçeğin faktör analizi sonucu bir faktör vermiştir. Sorular “evet”, “hayır” ve “bilmiyorum” şeklinde yanıtlanmaktadır. Her iki ölçekte sosyal destek algılandığına yönelik yanıtlar “1”, sosyal destek algılanmadığına yönelik yanıtlar “0” olarak skorlanır. “Bilmiyorum” yanıtının karşılığı da “0” puandır. Her bir ölçekten alınan puanlar toplanarak ayrı ayrı arkadaştan ve aileden algılanan sosyal destek puanı elde edilir. Artan puanlar, artan aile ve arkadaş desteği algısına (destek, geribildirim ve bilgilendirme konusundaki beklentilerinin arkadaşları ve ailesi tarafından ne kadar karşılandığı yönündeki algısı) işaret eder. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması kolej öğrencilerinde yapılmış ve ASDÖ-Arkadaş için .88, ASDÖ-Aile için .90 iç tutarlık α değerleri bildirilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirisi ve geçerlik güvenirlik çalışması Eskin ve ark. (1993) tarafından yapılmıştır [107]. Eskin ve ark. çalışmalarında iç tutarlık α değerlerini ASDÖ-Arkadaş ölçeği için .76, ASDÖ-Aile ölçeği için .85 bulmuştur.

4. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi- Şimdi ve yaşam boyu versiyonu (ÇDGŞG-ŞY) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Life-time Kiddie-SADS-PL)

K-SADS-PL Kauffman ve ark (1997) tarafından 6-18 yaşlar arasındaki çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam-boyu psikopatolojiyi taramak amacıyla geliştirilmiş, yarı-yapılandırılmış bir görüşmedir [108]. ÇDGŞG-ŞY, DSM-IV (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) tanı ölçütleri doğrultusunda uygulanmıştır. Form; sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı ilk bölüm, şimdi ve geçmiş psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı ikinci bölüm ve çocuğun değerlendirme yapıldığı andaki genel işlevinin değerlendirildiği üçüncü bölümden oluşmaktadır.

Görüşmede duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, yeme

bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. ÇDGŞG-ŞY'nin Türkçe çevirisi ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve ark (2004) tarafından yapılmıştır [109].

5. Aile Değerlendirme Ölçeği (Mc Master Family Assessment Device)

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), ABD'de Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde aile işlevlerini çeşitli boyutlarda ölçmek üzere geliştirilmiştir. Problem Çözme (PRÇ), İletişim (İLT), Roller (ROL), Duygusal Tepki Verebilme (DTV), Gereken İlgiyi Gösterme (GİG), Davranış Kontrolü (DVK) ve Genel Fonksiyonlar (GNF) adı altında yedi alt ölçekten oluşan ADÖ 60 maddedir. Ölçek 'aynen katılıyorum' bir puan ile 'hiç katılmıyorum' dört puan arasında değişen dört seçenek üzerinden puanlanmaktadır (Ek 5). On iki yaş üzerindeki tüm aile üyelerine ve deneğin kendisine aile işlevlerini değerlendirmek amacıyla uygulanabilmektedir. Teorik olarak iki puanı sağlıklı ve sağlıklı işlevleri ayırt eden bir puan olarak kabul edilmiştir. Bir ile dört arasında değişen puanlara göre ikinin kesim puanı olarak alınmış olması sağlıksızlık alanının daha geniş tutulduğunu göstermektedir. Ölçeğin ülkemize uyarlama çalışması Bulut (1990) tarafından yapılmıştır. Güvenilirlik çalışması, iç tutarlılık ve puan değişmezliği açısından incelenmiştir. Alt ölçeklerin Cronbach-alfa katsayıları 0.38 ile 0.86 arasında değişmektedir, ölçeğin bir toplam puanı olmadığından, her alt ölçek için test-tekrar test korelasyonu Pearson-Momentler Çarpımı ile hesaplanmıştır. Alt ölçekler için korelasyon katsayıları en düşük 0.62 ile en yüksek 0.90 arasında verilmiştir, ölçeğin geçerlilik çalışması yapı geçerliliği ve uyum geçerliliği ile sınanmıştır. Yapı geçerliliği boşanma sürecinde olan ve olmayan, ruh hastası üyesi bulunan ve bulunmayan gruplarla araştırılmıştır. Ölçek, grupları anlamlı düzeyde ayırt etmektedir. Ölçeğin uyum geçerliliği Evlilik Yaşam Ölçeği ölçüt alınıp 25 evli çiftte her iki ölçek uygulanarak yapılmıştır. Genel Fonksiyonlar alt ölçeği ile hesaplanan korelasyon katsayısı 0.66'dır. Bu bulgular, ölçeğin psikometrik özelliklerinin yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir [110].

6. Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) (General Health Questionnaire)

Genel Sağlık Anketi; ruhsal hastalıkları inceleyen toplumsal çalışmalarda ilk aşama tarama testi olarak kullanılan bir ölçektir. 12 soruluk Genel Sağlık Anketi kısa olduğu, vakaları ayırmada yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu ve çeşitli sosyokültürel ortamlarda kullanılabileceği için yaygın olarak tercih edilmektedir. Kılıç (1996) tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alpha) .78 test tekrar test korelasyon katsayısı .84'tür. Ölçeğin, psikotik

olmayan depresyon ve bunaltı belirtilerinin saptanmasında güvenle kullanılabileceği belirtilirken psikotik ve manik hastalarda ve kronik ruhsal hastaların saptanmasında kullanılması önerilmemektedir.

Ölçek 12 sorudan oluşmakta ve her soru dört seçenektir (“hiç olmuyor”, “her zamanki kadar”, “her zamankinden sık”, “çok sık”). Puanlamada GSA’nın değerlendirilmesinde kullanılan GHQ tipi puanlama adı verilen yöntem kullanılmaktadır. Buna göre ilk iki kolon 0, son iki kolon 1 olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan ise 12’dir. Puandaki artma ruhsal hastalık riskine işaret etmektedir. Genel sağlık anketinin 12 maddelik formunda 2 puan ve üzerinde puan alan kişilerde psikiyatrik bir rahatsızlık bulunma olasılığının yüksek olduğu açıklanmaktadır. Literatürde “distress”, well-being” ve “mental health” kavramları genel sağlık anketi kullanılarak değerlendirilmektedir [111].

3.7. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 15.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçümle elde edilen değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler yüzde ve sayı şeklinde ifade edilmiştir. Sayısal değişkenlerden normal dağılım gösteren iki grup arasındaki ortalama karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılım göstermeyenlerde nonparametrik test olan Mann Whitney U testi kullanılmış olup, kategorik değişkenler Pearson ki-kare testi ve Fishers’s Exact testi ile değerlendirilmiştir. $p<0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir. [Sonuç tablosu verilirken normal dağılan sayısal değişkenlerde ortalama (ort) ve standart sapma (sd), normal dağılmayan sayısal değişkenlerde ortalama, median (ortanca) ile minimum ve maksimum değerleri verilmiştir.]

Sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve düzeyini belirlemek için normal dağılım gösterenlerde Pearson, normal dağılım göstermeyenlere Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) olan grup 37, kontrol grubu ise 31 ergenden oluşmuştur. Ayrıca olgu grubundaki 51 ebeveyne, kontrol grubundaki ise 47 ebeveyne ulaşılmıştır. Grupların tanımlayıcı özellikleri aşağıda verilmiştir.

4.1.1. Yaş

Olgu ve kontrol grupları arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($T=1.268$, $p>.05$) (Tablo 1).

Tablo 1 : Olgu ve kontrol grubunun yaş ortalamalarının karşılaştırılması

	Olgu grubu N(37)		Kontrol grubu N(31)		P
Yaş ortalaması	Ort	SS	Ort	SS	
	15.3	1.3	15.6	1.1	0.446

Student T Testi

4.1.2. Cinsiyet

Olgu ve kontrol grupları arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. ($\chi^2=0.22$, $p>.05$) (Tablo 2).

Tablo-2: Olgu ve kontrol grubunun cinsiyet açısından karşılaştırılması

	Olgu grubu (N=37)		Kontrol grubu (N=31)		χ^2	P
Cinsiyet	N	%	N	%		
Kız	27	73	21	67.7	0.22	0.637
Erkek	10	27	10	32.3		

Ki-kare testi

4.1.3. Okul başarısı

Olgu ve kontrol grupları arasında okul başarısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($\chi^2=1.73$, $p>.05$) (Tablo 3) .

Tablo-3: Olgu ve kontrol grubunun okul başarısı açısından karşılaştırılması

	Olgu grup (N=37)		Kontrol grubu (N=31)		χ^2	P
Okul başarısı*	N	%	N	%		
İyi	8	21.6	11	35.5	1.73	0,420
Orta	13	35.1	10	32.3		
Kötü	16	43.2	10	32.3		

Ki-kare testi,

* Olguların okul başarıları kendi algıları doğrultusunda verilmiştir.

4.1.4. Sigara, alkol ve madde kullanımı

Sigara kullanımı hiç kullanmamış, sadece bir defa denemiş, nadiren kullanıyor ve düzenli kullanıyor şeklinde şıklarla değerlendirilmiştir. Düzenli kullananlar miktar açısından da sorgulanmıştır ancak elde edilen sayılar istatistiksel analiz yapmak için yeterli olmadığından, hiç kullanmamış ve sadece bir defa denemiş olanlar “sigara kullanmıyor”, nadiren kullananlar ve düzenli kullananlar “sigara kullanıyor” başlığı altında toplanmıştır ve istatistiksel analiz buna göre yapılmıştır. Olgu grubunun %64’u (n=24) sigara kullandığını; kontrol grubunun ise %38.7’si (n=12) sigara kullandığını belirtmiştir. Sigara kullanımı açısından iki grup birbirinden istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır ($\chi^2=4.63$, $p<.05$) (Tablo 4).

Alkol kullanımı hiç kullanmamış, sadece bir defa denemiş, nadiren kullanıyor ve düzenli kullanıyor şeklinde şıklarla değerlendirilmiştir. Olgu ve kontrol grubunda düzenli alkol kullanan saptanmamıştır. Hiç kullanmamış ve sadece bir defa denemiş olanlar “alkol kullanmıyor”, nadiren kullananlar “alkol kullanıyor” başlığı altında toplanmıştır ve istatistiksel analiz buna göre yapılmıştır. Olgu grubunun %67.6’sı (n=25) alkol kullandığını; kontrol grubunun ise %41.9’u (n=13) alkol kullandığını belirtmiştir. Alkol kullanımı açısından iki grup birbirinden istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır ($\chi^2=4.50$, $p<.05$) (Tablo 4).

Olgu grubunun %18.9’u (n=7) en az bir defa uyuşturucu madde kullandığını belirtirken, kontrol grubunda ise sadece 1 kişi bir defa uyuşturucu madde kullandığını belirtmiştir. Olgu

grubunda en az bir defa uyuşturucu madde kullanımı yüzdesinin yüksek oluşu dikkat çekse de iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.63$) (Tablo 4).

Tablo-4:Olgu ve kontrol grubunun sigara,uyuşturucu madde ve alkol kullanımı açısından karşılaştırılması

	Olgu Grubu (N=37)		Kontrol grubu (N=31)		P
Sigara	N	%	N	%	
Kullanım yok	13	35.1	19	61.3	0.031
Kullanım var	24	64.9	12	38.7	
Alkol					
Kullanım yok	12	32.4	18	58.1	0.034
Kullanım var	25	67.6	13	41.9	
Uyuşturucu madde					
Kullanım yok	30	81.1	30	96.8	0.63
Kullanım var	7	18.9	1	3.2	

Ki-kare testi

4.1.5. İstismar öyküsü

Olgu grubunda %56.8 (n=21), kontrol grubunda ise %22.6 (n=7) fiziksel istismar öyküsü mevcuttur. Gruplar arası fiziksel istismar öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark elde edilmiştir ($\chi^2=8.13$, $p<.001$) (Tablo 5).

Olgu grubunun %43.2 (n=16), kontrol grubunun ise %19.4'ü (n=6) duygusal istismara uğradığını belirtmiştir. İki grup arasında duygusal istismar açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark elde edilmiştir. ($\chi^2=4.40$, $p<.05$) (Tablo 5).

Olgu grubunun %24.3'ü (n=9); kontrol grubunun %22.6' cinsel istismara uğradığını belirtmiştir. İki grup arasında cinsel istismar açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır (Tablo 5).

Tablo-5: Olgu ve kontrol grubunun fiziksel ve duygusal istismar öyküsü açısından karşılaştırılması

	Olgu grubu (N=37)		Kontrol grubu (N=31)		x ²	P
Fiziksel istismar	N	%	N	%	8.13	0.004
Var	21	56.8	7	22.6		
Yok	16	43.2	24	77.4		
Duygusal istismar					4.40	0.036
Var	16	43.2	6	19.4		
Yok	21	56.8	25	80.6		
Cinsel istismar					0.29	0.87
Var	9	24.3	7	22.6		
Yok	28	75.7	24	77.4		

Ki-kare testi

4.1.6. Arkadaş ilişkileri

Olgu grubu ve kontrol grubu arasında arkadaş ilişkileri açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 6).

Tablo-6: Olgu ve kontrol grubunun arkadaş ilişkileri açısından karşılaştırılması

	Olgu grubu (N=37)		Kontrol grubu (N=31)		x ²	P
Arkadaş ilişkileri*	N	%	N	%	1.84	0.175
Çok iyi- iyi	23	62.2	24	77.4		
Orta- kötü	14	37.8	7	24.6		

Ki-kare testi

* Olguların arkadaş ilişkileri kendi algıları doğrultusunda verilmiştir.

4.1.7. Çevreye zarar verme

Olgu grubunun %62.2'si (n=23), kontrol grubunun %16.1'i (n=5) zaman zaman insanlara zarar verdiğini belirtmiştir. İnsanlara zarar verme açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ($\chi^2=14.76$, $p<.01$) (Tablo 7).

Olgu grubunun %56.8'i (n=21), kontrol grubunun ise %22.6'sı (n=7) zaman zaman eşyalara zarar verdiğini belirtmiştir. Eşyalara zarar verme açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ($\chi^2=8.13$, $p<.01$) (Tablo 7).

Tablo-7: Olgu grubu ve kontrol grubunun çevreye zarar verme açısından karşılaştırılması

	Olgu grubu (N=37)		Kontrol grubu (N=31)		χ^2	P
İnsanlara zarar verme	N	%	N	%		
Var	23	62.2	5	16.1	14.76	0.000
Yok	14	37.8	26	83.9		
Eşyalara zarar verme						
Var	21	56.8	7	22.6	8.13	0.004
Yok	16	43.2	24	77.4		

Ki-kare testi

4.1.8. Öğretmenlerle sorun yaşama

Olgu grubunun %48.6'sı (n=18) öğretmenleriyle sorun yaşadığını belirtirken, kontrol grubunun %16.1'i (n=5) öğretmenleri ile sorun yaşadığını belirtmiştir. Öğretmenlerle sorun yaşama açısından iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ($\chi^2=7.97$, $p<.01$) (Tablo 8).

Tablo-8: Olgu grubu ve kontrol grubunun öğretmenle sorun yaşama açısından karşılaştırılması

	Olgu grubu (N=37)		Kontrol grubu (N=31)		χ^2	P
Öğretmenle sorun yaşama	N	%	N	%		
Var	18	48.6	5	16.1	7.97	0.005
Yok	19	51.4	26	83.9		

Ki-kare testi

4.1.9. Sosyoekonomik düzey

Olgu grubunun %10.8'i (n=4) yüksek, %62.2'si (n=23) orta, %27'si (n=10) düşük; kontrol grubunun %19.4'ü (n=6) yüksek, %64.5'i (n=20) orta, %16.1'i (n=5) düşük sosyoekonomik düzeyde yer almaktadır. Sosyoekonomik düzey açısından gruplar birbiri ile benzer bulunmuştur ($\chi^2=1.76$, $p>.05$) (Tablo 9).

Tablo-9: Olgu ve kontrol grubunun sosyoekonomik düzey açısından karşılaştırılması

Sosyoekonomik düzey*	Olgu grup (N=37)		Kontrol grubu (N=31)		x²	P
	N	%	N	%		
Yüksek	4	10.8	6	19.4	1.76	0.415
Orta	23	62.2	20	64.5		
Düşük	10	27	5	16.1		

Ki-kare testi

* Olguların sosyoekonomik düzeyleri kendi algıları doğrultusunda verilmiştir.

4.1.10. Olgu ve kontrol grubundaki annelerin sosyodemografik özellikleri

Olgu grubundaki 2 annenin, kontrol grubundaki 1 annenin sağ olmadığı bildirilmiştir. Olgu grubunun annelerinin yaş ortalaması 42.7 ± 5.5 , kontrol grubunun annelerinin yaş ortalaması 41.8 ± 5.7 olarak saptanmıştır (Tablo 10). Yaş ortalaması sağ olan anneler üzerinden hesaplanmıştır.

Olgu grubunun annelerinin %2.7'si (n=1) "okur yazar değil", %2.7'si (n=1) "okur-yazar", %45.9'u (n=17) "ilkokul mezunu", %8.1'i (n=3) "ortaokul mezunu", %16.2'si (n=6) "lise mezunu", %24.3'ü (n=9) "üniversite mezunu", kontrol grubunun annelerinin %38.7'si (n=12) "ilkokul mezunu", %12.9'u (n=4) "ortaokul mezunu", %25.8'i (n=8) "lise mezunu", %22.6'sı (n=7) "üniversite mezunu" olarak saptanmıştır. Ancak istatistiksel analiz yapılabilmesi açısından eğitim grupları birleştirilmiştir. Buna göre olgu grubunun annelerinin %40.5'i (n=15); kontrol grubunun annelerinin ise %48.4'ü (n=15) lise ve üstü eğitime sahipti (Tablo 10).

Tablo-10: Olgu ve kontrol grubunun annelerinin sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması

	Olgu grubu (N=35)		Kontrol grubu (N=31)		P
Anne yaşı ortalaması	42.7±5.5		41.8±5.7		0.43*
Anne eğitim düzeyi	(N=37)		(N=31)		
	n	%	n	%	
Okur-yazar	22	59.5	16	51.5	0.516**
değil/ilköğretim					
Lise ve üstü	15	40.5	15	48.4	

*Student T testi, **Ki-kare testi

4.1.11. Olgu ve kontrol grubundaki babaların sosyodemografik özellikleri

Olgu grubundaki 5 babanın, kontrol grubundaki 1 babanın sağ olmadığı bildirilmiştir. Kontrol grubundaki babalardan birinin yaşı ise anne baba boşanmış olduğundan bilinmemektedir. Olgu grubundaki babalarının yaş ortalaması 46.8±6.0 kontrol grubundaki babaların yaş ortalaması 46.6±5.0 olarak saptanmıştır(Tablo 11).

Olgu grubunun babalarının %45.9'u (n=17) "ilkokul mezunu", %10.8'i (n=4) "ortaokul mezunu", %16.2'si (n=6) "lise mezunu", %21.6'sı (n=8) "üniversite mezunu" olarak saptanmış ancak %5.4'ünün (n=2) eğitim durumları hakkında bilgi edinilememiştir. Kontrol grubunun babalarının %3.2'si (n=1) "okur-yazar", %25.8'i (n=8) "ilkokul mezunu", %16.1'i (n=5) "ortaokul mezunu", %22.6'sı (n=7) "lise mezunu", %32.3'ü (n=10) "üniversite mezunu" olarak saptanmıştır. Ancak istatistiksel analiz yapılabilmesi açısından eğitim grupları birleştirilmiştir. Buna göre olgu grubunun babalarının %37.8'i (n=14); kontrol grubunun babalarının ise %54.8'i (n=17) lise ve üstü eğitime sahipti (Tablo 11).

Tablo-11: Olgu ve kontrol grubunun babalarının sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması

	Olgu grubu (N=32)		Kontrol grubu (N=29)		P
Baba yaşı ortalaması	46.8±6.0		46.6±5.0		0.88*
Baba eğitim düzeyi	(N=37)		(N=31)		0.20**
	N	%	N	%	
Okur-yazar değil/ilköğretim	21	56.8	14	45.2	
Lise ve üstü	14	37.8	17	54.8	
Bilinmiyor	2	5.4	-	-	

*Baba yaşı ortalaması parametrik kriterleri karşılamadığından Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

**Ki-kare testi

4.1.12. Aile yapısı

Olgu grubunun %70.3'ü (n=26) ebeveynlerinin birlikte olduğunu, %29.7'si (n=11) ebeveynlerinin boşanmış/ayrı veya ebeveynlerinden birinin vefat etmiş olduğunu; kontrol grubunun ise %74.2'si (n=23) ebeveynlerinin birlikte olduğunu, %25.8'i (n=8) ebeveynlerinin boşanmış/ayrı veya ebeveynlerinden birinin vefat etmiş olduğunu belirtmiştir. Olgu grubu ve kontrol grubu aile yapısı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.13$, $p>.05$) (Tablo 12).

Tablo 12: Olgu grubu ve kontrol grubunun aile yapısı açısından karşılaştırılması

	Olgu grubu (N=37)		Kontrol grubu (N=31)		χ^2	P
Aile Yapısı	N	%	N	%		
Birlikte	26	70.3	23	74.2	0.13	0.72
Parçalanmış/ebeveyn vefatı	11	29.7	8	25.8		

Ki-kare testi

4.1.13. Ailede ebeveyn geçimsizliği ve aile içi şiddet

Ailede ebeveynler arasında geçimsizlik; olgu grubunun %56.8'inde (n=21), kontrol grubunun %32.3'ünde (n=10) bildirilmiştir. Gruplar arasında ebeveynler arasındaki geçimsizlik açısından fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=4.08$, $p<.05$) (Tablo 13).

Ailede içi şiddet; olgu grubunun %40.5'inde (n=15), kontrol grubunun %25.8'inde (n=8) bildirilmiştir. Gruplar arasında aile içi şiddet açısından fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>.05$) (Tablo 13).

Tablo-13: Olgu grubu ve kontrol grubunun ailede ebeveyn geçimsizliği ve aile içi şiddet açısından karşılaştırılması

	Olgu grubu (N=37)		Kontrol grubu (N=31)		χ^2	P
Ebeveyn geçimsizliği	N	%	N	%	4.08	0.043
Var	21	56.8	10	32.3		
Yok	16	43.2	21	67.7		
Aile içi şiddet	(n=37)		(n=31)		1.64	0.201
Var	15	40.5	8	25.8		
Yok	22	59.5	23	74.2		

Ki-kare testi

4.1.14. Ailede kendine zarar verme öyküsü

Aile içinde kendine zarar verme davranışı öyküsü, olgu grubunun %25'inde (n=9), kontrol grubunun %12.9'unda (n=4) bildirilmiştir. Gruplar arasında aile içinde KZVD öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>.05$) (Tablo 14).

Tablo-14: Olgu grubu ve kontrol grubunun ailede KZVD öyküsü açısından karşılaştırılması

	Olgu grubu (N=37)		Kontrol grubu (N=31)		χ^2	P
Ailede KZVD öyküsü	N	%	N	%		
Var	9	25.0	4	12.9	1.56	0.21
Yok	27	75.0	27	87.1		

Ki-kare testi

4.1.15. Göç öyküsü

Olgu ve kontrol grupları arasında göç öyküsü açısından fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2=1.84$, $p>.05$) (Tablo 15).

Tablo-15: Olgu grubu ve kontrol grubunun göç öyküsü açısından karşılaştırılması

	Olgu grubu (N=37)		Kontrol grubu (N=31)		χ^2	P
Göç öyküsü	N	%	N	%		
Var	23	62.2	23	77.4	1.84	0.176
Yok	14	37.8	8	22.6		

Ki-kare testi

4.2. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI

4.2.1. Kendine zarar verme yöntemleri

Olgu grubu son bir yıl içerisinde en az bir yöntemle, en az bir defa kendine zarar verme davranışı olan olgulardan oluşmuştur. **Kendini kesme**, olgu grubunun %89.2'sinde (n=33) görülmüştür. Kendini kesme davranışı olgu grubunda en sık saptanan kendine zarar verme yöntemidir. **Yara iyileşmesine engel olma** şeklindeki kendine zarar verme davranışı olgu grubunun %67.6'sında (n=25), **cilde harf veya şekil kazıma** olgu grubunun %54.1'inde (n=20), **kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma** olgu grubunun %48.6'sında (n=18), **turnaklama** olgu grubunun %45.9'unda (n=17), **tehlikeli veya zararlı madde içme**

veya yutma olgu grubunun %40.5’inde (n=15), *yakma* olgu grubunun %29.7’sinde (n=11), *kendini ısırma* olgu grubunun %27’sinde (n=10), *çimdikleme* olgu grubunun %24.3’ünde (n=9), *kendine iğne batırma* olgu grubunun %24.3’ünde (n=9), *cildi sert bir yüzeye sürtme* olgu grubunun %18.9’unda (n=7), *saç kopartma* olgu grubunun %16.2’sinde (n=6) görülmüştür (Tablo 16).

Tablo-16: Olgu grubunun kendine zarar verme yöntemlerinin dağılımı

	Olgu grubu (n=37)	
	N	%
Kesme	33	89.2
Yara iyileşmesine engel olma (kabuk kopartma gibi)	25	67.6
Cilde harf veya şekil kazıma	20	54.1
Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma	18	48.6
Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)	17	45.9
Tehlikeli veya zararlı madde içme veya yutma	15	40.5
Yakma	11	29.7
Isırma	10	27.0
Çimdikleme	9	24.3
Kendine iğne batırma	9	24.3
Cildi sert bir yüzeye sürtme	7	18.9
Saç kopartma (kökünden)	6	16.2

4.2.2. Kendine zarar verme yöntemlerinin sıklığı

Kendine zarar verme davranışı sıklığı, “hiç yok”, “1-4 kez”, “5-9 kez” ve “10 ve üzeri kez” olarak sınıflandırılmıştır (Tablo 17).

Tablo-17: Olgu grubunda kendine zarar verme sıklığının yöntemlere göre dağılımı

	Olgu grubu (n=37)			
	Hiç yok n(%)	1-4 kez n(%)	5-9 kez n(%)	≥10kez n(%)
Kesme	4 (10.8)	10 (27.0)	5 (13.5)	18 (48.6)
Yara iyileşmesine engel olma (kabuk kopartma gibi)	12 (32.4)	5 (13.5)	4 (10.8)	16 (43.2)
Cilde harf veya şekil kazıma	17 (45.9)	11 (29.7)	4 (10.8)	5 (13.5)
Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma	19 (51.4)	3 (8.1)	3 (8.1)	12 (32.4)
Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)	20 (54.1)	5 (13.5)	4 (10.8)	8 (21.6)
Tehlikeli veya zararlı madde içme veya yutma	22 (59.5)	9 (24.3)	4 (10.8)	2 (5.4)
Yakma	26 (70.3)	5 (13.5)	4 (10.8)	2 (5.4)
Isırma	27 (73.0)	2 (5.4)	3 (8.1)	5 (13.5)
Çimdikleme	28 (75.7)	4 (10.8)	1 (2.7)	4 (10.8)
Kendine iğne batırma	28 (75.7)	4 (10.8)	2 (5.4)	3 (8.1)
Cildi sert bir yüzeye sürme	30 (81.1)	4 (10.8)	-	3 (8.1)
Saç kopartma (kökünden)	31 (83.8)	1 (2.7)	1 (2.7)	4 (10.8)

4.2.3. Kendine zarar verme davranışının ilk başlama yaşı ve son zarar verme zamanı

Çalışmaya alınan olguların belirttikleri ilk kendine zarar verme yaşı ortalaması 12.6 ± 1.9 , en son zarar verme zamanı ortalaması 9.7 hafta (min:1 hafta, max:40 hafta) olarak saptanmıştır.

(Bu veri istatistiksel açıdan normal dağılım göstermemektedir.)

4.2.4. Kendine zarar verme isteğinden eyleme kadar geçen zaman

Olgu grubunun %89.2'si (n=33), kendilerine zarar verme isteği hissetmelerinin ardından 1 saat içinde; %10.8'i (n=4) ise 1 saat veya daha uzun bir süre içinde zarar verme eylemini gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir.

4.2.5. Kendine zarar verme davranışı ve fiziksel acı hissetme

Olgu grubunda yer alan ergenlerin %24.3'ü (n=9) kendine zarar verme davranışı sırasında “her zaman” acı hissettiklerini, %40.5'i (n=15) “bazen” acı hissettiklerini, %35.1'i (n=13) de “hiçbir zaman” acı hissetmediklerini belirtmişlerdir (Tablo 18).

4.2.6. Tıbbi müdahale gerektirecek düzeyde kendine zarar verme davranışı öyküsü

TKZV grubu olgularının %10.8'i (n=4) en az bir kez tıbbi müdahale (dikiş, sargı, alçı, hekim kontrolü vb.) gerektirecek düzeyde kendine zarar verme davranışı öyküsü bildirmiştir. (Tablo 18)

4.2.7. Kendine zarar verme davranışı sırasında yalnız ya da başkalarıyla birlikte olma durumu

Olgu grubunda yer alan ergenlerin %75.7'si (n=28) kendine zarar verme davranışı sırasında “her zaman yalnız olduklarını”, %21.6'sı (n=8) “yalnız ya da başka bir kişi ile birlikte olabildiklerini”, %2.7'si (n=1) de “hiç bir zaman yalnız olmadıklarını” belirtmiştir (Tablo 18).

4.2.8. Kendine zarar verme davranışını bitirme isteği

Olgu grubunun %62.2'si (n=23) zarar verme davranışını sonlandırmak istediğini ifade ederken, %37.8'i (n=14) zarar verme davranışını sonlandırmak istemediğini belirtmiştir (Tablo 18).

Tablo-18: Olgu grubunda kendine zarar verme davranışı özellikleri

	Olgu grubu (N=37)	
Fiziksel acı hissetme	N	%
Evet	9	24.3
Bazen	15	40.5
Hayır	13	35.1
Tıbbi yardım gerekliliği		
Evet	4	10.8
Hayır	33	89.2
Zarar verme sırasında yalnız mı olursunuz?		
Evet	28	75.7
Bazen	8	21.6
Hayır	1	2.7
Zarar verme davranışınızı sonlandırmak ister misiniz?		
Evet	23	62.2
Hayır	14	37.8

4.3. İNTİHAR DAVRANIŞI

4.3.1. İntihar girişimi, intihar planı ve intihar düşüncesi

Olgu grubunda yer alan ergenlerin %67.6'sında (n=25) intihar girişimi, %21.6'sında (n=8) intihar planı ve %81.1'inde (n=30) intihar düşüncesi (hayat boyu en az 1 kez) bildirilmiştir. Kontrol grubunda yer alan ergenlerin %12.9'unda (n=4) intihar girişimi, %6.5'inde (n=2) intihar planı ve %64.5'inde (n=20) intihar düşüncesi mevcuttur. İki grup arasında intihar planı ve intihar düşüncesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, intihar girişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede fark saptanmıştır. (sırasıyla, $\chi^2=20.6$, $p<.001$; $p>.05$; $\chi^2=2.38$, $p>.05$) (Tablo 19)

Tablo-19: Olgu grubu ve kontrol grubunun intihar davranışı (girişim, düşünce ve plan) açısından karşılaştırılması

	Olgu grubu (N=37)		Kontrol grubu (N=31)		x ²	P
	N	%	N	%		
İntihar girişimi	25	67.6	4	12.9	20.61	0.000
İntihar planı (girişim olmaksızın)	8	21.6	2	6.5	3.10	0.97
İntihar düşüncesi (girişim ve plan olmaksızın)	30	81.1	20	64.5	2.38	0.12

Ki-kare testi

4.3.2. İntihar girişimi sayısı

Olgu grubunda yer alan ergenlerin intihar girişimi sayısı ortalaması 1.65; kontrol grubunda yer alan ergenlerin intihar girişimi sayısı ortalaması 0.35 olarak bulunmuştur. İki grup, intihar girişimi sayısı açısından birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır (p<.001) (Tablo 20).

Tablo-20: Olgu grubu ve kontrol grubunun intihar girişimi sayısı açısından karşılaştırılması

İntihar girişimi sayısı	Olgu grubu (n=37)			Kontrol grubu (n=31)			P
	Ortalama	Median	Min-max	Ortalama	Median	Min-max	0.000*
	1.65	1	1-10	0.35	0	0-4	

*Mann Whitney U testi

4.3.3. İntihar yöntemleri

Olgu grubunda ve kontrol grubunda kullanılan intihar yöntemleri Tablo 21’de belirtilmiştir.

Tablo-21:Olgu grubu ve kontrol grubunda kullanılan intihar yöntemlerinin dağılımı

İntihar yöntemleri	Olgu grubu (N=25)		Kontrol grubu (N=4)	
	N	%	N	%
İlaç içme	20	80	2	50
Kesi (bileğini kesme vb.)	2	8	-	-
Yüksekten atlama	1	4	-	-
Birden fazla yöntem	2	8	2	50

4.4. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞININ İŞLEVLERİ

4.4.1. Kendine zarar veren ergenlerde işlevlerin kullanım sıklığı

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) işlevleri, toplam 13 işlevi araştıran *Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri- işlevler bölümü* ile değerlendirilmiştir. Her bir işleve yönelik 3 soru vardır. Ölçeği KZVD olan ergenler doldurmuştur. Buna göre işlevlerden **affekt regülasyonuna** (affect regulation) yönelik soruları, ergenlerin %91.9'u kendileri için uygun (%62.2 çok uygun, %29.7 kısmen uygun); %8.1'i de kendileri için uygun değil olarak belirtmişlerdir. Affekt regülasyonu KZVD işlevleri arasında en sık olarak kullanılan işlev olmuştur.

Kendini cezalandırma (self-punishment) işlevini araştıran soruları, ergenlerin %86.5'i uygun (%29.7 çok uygun, %56.8 kısmen uygun); %13.5'i uygun değil olarak belirtmişlerdir. En sık kullanılan 2. işlev olarak saptanmıştır.

Akranlarla bağ kurma (peer bounding) işlevini araştıran soruları, ergenlerin %32.4'ü uygun (%8.1 çok uygun, %24.3 kısmen uygun); %67.6'sı uygun değil olarak belirtmişlerdir. Akranlarla bağ kurma işlevi en nadir kullanılan işlev olarak saptanmıştır (Tablo 22).

Tablo-22: Kendine zarar veren ergenlerde kendine zarar verme davranışları işlevleri oranları

	Toplam uygun	Uygun değil
<i>İşlevler</i>	%	%
Affekt regülasyonu	91.9	8.1
Kendini cezalandırma	86.5	13.5
Kendiyle ilgilenme	83.8	16.2
İntikam alma	81.1	18.9
Sıkıntıyı etiketleme	75.7	24.3
Kişiler arası sınırlar	73.0	27
Özkıyımı önleme	70.3	29.7
Çözümü önleme	70.3	29.7
Dayanıklılık	64.9	35.1
Kişiler arası etkileşim	64.9	35.1
Özerklik	59.5	40.5
Heyecan arama	56.8	43.2
Akranlarla bağ kurma	32.4	67.6

4.5. KENDİNE ZARAR VERME ÖYKÜSÜ OLAN VE OLMAYAN ERGENLERDE PSİKİYATRİK TANILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.5.1. Mevcut tüm psikiyatrik tanı

Olgu ve kontrol gruplarında yer alan ergenlerle yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (ÇDGŞG-ŞY) yapılarak mevcut ve geçmiş eksen I psikiyatrik tanıları değerlendirilmiştir. Buna göre; olgu grubunun % 94.6'sında (n=35), kontrol grubunun % 93.5'inde (n=29) en az bir psikiyatrik tanı saptanmıştır (Tablo 23).

Tablo-23: Olgu ve kontrol gruplarının mevcut psikiyatrik tanıları

	Olgu grubu	Kontrol grubu
Eksen 1 tanıları	N (%)	n (%)
Depresif Bozukluk	19 (51.3)	11 (35.5)
Davranım Bozukluğu	12 (32.4)	-
KOKGB	10 (27.0)	2 (6.5)
DEHB	7 (18.9)	8 (25.8)
Anksiyete Bozukluğu	-	8 (25.8)
PTSB	-	3 (9.7)
Trikotillomani	-	2 (6.5)
Tik Bozukluğu	-	1 (3.2)
OKB	-	1 (3.2)
Yok	2 (5.4)	2 (6.5)

4.6. SOSYAL DESTEK ALGISI

4.6.1. Aileden algılanan sosyal destek ölçeği

Aileden algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı, veriler normal dağılım göstermediği için Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre aileden algılanan sosyal destek puanına göre; olgu grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p>.05$) (Tablo 24).

4.6.2. Arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeği

Arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı, veriler normal dağılım göstermediği için Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre arkadaşta algılanan sosyal destek puanına göre; olgu grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p>.05$) (Tablo 24).

Tablo-24: Olgu grubu ve kontrol grubunun aileden ve arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Olgu grubu (n=37)			Kontrol grubu (n=31)			P
	Ortalama	Median	Min-max	Ortalama	Median	Min-max	
Aileden algılanan sosyal destek	8.9	9	3-16	9.3	9	4-15	0.68
Arkadaştan algılanan sosyal destek	11.6	13	1-16	11.0	12	3-15	0.32

Mann-Whitney U

4.7. AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ PUANLARI

4.7.1.Çalışmaya katılan ergenlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin Aile Değerlendirme Ölçeği problem çözme, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar alt ölçek puanları normal dağılım göstermediği için Mann-Whitney U testi ile, roller ve iletişim alt ölçek puanları ise Student T testi ile karşılaştırılmıştır.

Olgu grubundaki ergenlerin kontrol grubundaki ergenlere göre aile değerlendirme ölçeği tüm alt ölçek puanları daha yüksekti. Ancak sadece gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, iletişim ve genel fonksiyonlar alt ölçek puanları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıydı (Tablo 25). ADÖ'nün alt ölçeklerinden alınan puanlar yükseldikçe söz konusu işlev alanının problemlili olduğu düşünülmektedir.

Tablo-25: Olgu grubu ve kontrol grubundaki ergenlerin aile değerlendirme ölçeği alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Olgu grubu (n=37)			Kontrol grubu (n=31)			P
	Ort	Median	Min-max	Ort	Median	Min-max	
Gereken ilgiyi gösterme	2.4	2.43	1.4-3.3	2.1	2.0	1.3-3.6	0.002*
Davranış kontrolü	2.1	2.11	1.3-3.2	1.9	2.11	1.2-2.8	0.022*
İletişim	2.5	2.44	1.1-4.0	2.1	2.11	1.0-3.3	0.026**
Genel fonksiyonlar	2.5	2.50	1.2-4.0	2.1	2.5	1.1-3.9	0.015*
Problem çözme	2.6	2.67	1.0-3.8	2.3	2.17	1.0-3.8	0.16*
Roller	2.4	2.36	1.0-3.6	2.1	2.0	1.1-3.3	0.098**
Duygusal tepki verebilme	2.5	2.50	1.0-4.0	2.2	2.0	1.2-3.5	0.106*

*Mann-Whitney U Testi, **Student T testi

4.7.2.Çalışmaya katılan ergenlerin ebeveynlerinin Aile Değerlendirme Ölçeği alt ölçek puanlarının değerlendirmesi

Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin ebeveynlerinin Aile Değerlendirme Ölçeği problem çözme, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alt ölçek puanları normal dağılım göstermediği için Mann-Whitney U testi ile, genel fonksiyonlar, roller ve iletişim alt ölçek puanları ise Student T testi ile karşılaştırılmıştır.

Olgu grubundaki ergenlerin ebeveynlerinin kontrol grubundaki ergenlerin ebeveynlerine göre aile değerlendirme ölçeği tüm alt ölçek puanları daha yüksekti. Ancak sadece problem çözme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, iletişim ve genel fonksiyonlar alt ölçek puanları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıydı (Tablo 26). ADÖ'nün alt ölçeklerinden alınan puanlar yükseldikçe söz konusu işlev alanının problemlili olduğu düşünülmektedir.

Tablo-26: Olgu grubu ve kontrol grubundaki ergenlerin ebeveynlerinin aile değerlendirme ölçeği alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Olgu grubu (n=51)			Kontrol grubu (n=47)			P
	Ort	Median	Min-max	Ort	Median	Min-max	
Gereken ilgiyi gösterme	2.42	2.29	1.43-3.71	2.13	2.0	1.43-3.71	0.011*
Davranış kontrolü	2.07	2.11	1.22-3.0	1.81	1.67	1.0-3.44	0.009*
İletişim	2.11	2.11	1.33-3.56	1.78	1.89	1.11-3.44	0.027**
Genel fonksiyonlar	2.24	2.33	1.25-3.75	1.86	1.83	1.08-3.42	0.002**
Problem çözme	2.27	2.33	1.0-4.0	1.89	1.83	1.17-3.0	0.007*
Roller	2.31	2.36	1.27-3.45	2.18	2.09	1.27-3.18	0.205**
Duygusal tepki verebilme	1.93	2.17	1.0-3.3	1.93	2.0	1.0-3.17	0.108*

*Mann-Whitney U Testi, **Student T testi

4.7.3.Çalışmaya katılan olgu grubundaki ergenlerin ve ebeveynlerinin Aile Değerlendirme Ölçeği alt ölçek puanlarının ilişkisi

Olgu grubundaki ergenlerin ve ebeveynlerinin ADÖ roller, davranış kontrolü ve problem çözme alt ölçek puanları arasında pozitif yönde zayıf korelasyon, iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve genel fonksiyonlar alt ölçek puanları arasında negatif yönde zayıf korelasyon saptanmıştır. Alt ölçek puanları arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 27).

Tablo-27: Olgu grubundaki ergen ve ebeveynlerinin ADÖ alt ölçek puanlarının ilişkisi

	r	P
İletişim	-.10	0,55*
Roller	.19	0,27*
Duygusal tepki verebilme	-.01	0,96*
Gereken ilgiyi gösterme	-.20	0,24*
Davranış kontrolü	.08	0,63*
Genel fonksiyonlar	-.06	0,72*
Problem Çözme	.11	0,51**

*Pearson Korelasyon Analizi, **Spearman Korelasyon analizi

4.7.4.Çalışmaya katılan kontrol grubundaki ergenlerin ve ebeveynlerinin Aile Değerlendirme Ölçeği alt ölçek puanlarının ilişkisi

Kontrol grubundaki ergenlerin ve ebeveynlerinin ADÖ genel fonksiyonlar ve duygusal tepki verebilme alt ölçek puanları arasında pozitif yönde zayıf korelasyon, problem çözme ve iletişim alt ölçek puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alt ölçek puanları arasında negatif yönde zayıf korelasyon, roller alt ölçeği puanı arasında negatif yönde orta düzeyde bir korelasyon saptanmıştır. Problem çözme alt ölçek puanı arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır, diğer alt ölçek puanları arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 28).

Tablo-28: Kontrol grubundaki ergen ve ebeveynlerinin ADÖ alt ölçek puanlarının ilişkisi

	r	P
İletişim	.33	0.75*
Roller	-.26	0.17*
Duygusal tepki verebilme	.06	0.75**
Gereken ilgiyi gösterme	-.21	0.27**
Davranış kontrolü	-.20	0.28**
Genel fonksiyonlar	.14	0.52**
Problem Çözme	.44	0.014**

*Pearson Korelasyon Analizi, **Spearman Korelasyon analizi,

4.7.5.Çalışmaya katılan olgu grubundaki ergenlerin kendini kesme sayıları ve Aile Değerlendirme Ölçeği alt ölçek puanlarının ilişkisi

Olgu grubundaki ergenlerin kendini kesme şeklindeki KZVD sayısı ile ADÖ problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve genel fonksiyonlar alt ölçek puanları arasında orta düzeyde pozitif korelasyon saptanmış, ayrıca bu korelasyon istatistiksel açıdan anlamlıdır (Tablo 29).

Tablo-29: Olgu grubundaki ergenlerin kendini kesme sayıları ile ADÖ alt ölçek puanlarının ilişkisi

	r	p*
Problem Çözme	.33	0.046
İletişim	.35	0.03
Roller	.42	0.009
Duygusal tepki verebilme	.33	0.047
Gereken ilgiyi gösterme	.44	0.006
Genel fonksiyonlar	.38	0.02
Davranış kontrolü	.24	0.154

*Spearman Korelasyon Analizi

4.8. GENEL SAĞLIK ANKETİ

Çalışmaya katılan ergenlerin ebeveynlerine uygulanmıştır. GSA'e göre olgu grubundaki ebeveynlerin %70.6'sı, kontrol grubundaki ebeveynlerin %50.0'ı 2 ve üzeri puan almışlardır. Gruplar arasında GSA açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=4.3$, $p<0.5$) (Tablo 30).

Tablo-30: Olgu ve kontrol grubundaki ebeveynlerin Genel Sağlık Anketi açısından karşılaştırılması

	Olgu grubu (n=51)		Kontrol grubu (n=47)		χ^2	P
GSA	N	%	N	%	4.3	0.038
≥ 2	36	70.6	23	50		
$2 >$	15	29.4	23	50		

Ki-kare testi

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞININ BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada yer alan olgu grubu ve kontrol grubunun, sosyodemografik özellikleri ve psikososyal özellikleri gruplar arasında karşılaştırmalar yapılarak değerlendirilmiştir. Buna göre iki grup arasında yaş ve cinsiyet açısından, anne ve babalarının da yaş, eğitim ve sosyoekonomik düzeyleri açısından istatistiksel fark yoktur.

Sigara-alkol kullanımı, fiziksel ve duygusal istismar öyküsü, ailede ebeveynler arası geçimsizlik, çevreye zarar verme ve öğretmenlerle sorun yaşama açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş; okul başarısı, uyuşturucu madde, cinsel istismar, arkadaş ilişkileri, aile yapısı, aile içi şiddet, ailede kendine zarar verme davranışı öyküsü ve göç öyküsü açısından ise fark bulunmamıştır. Bulgular aşağıda tartışılmıştır.

5.1.1. Akademik başarı algısı ve okul ortamındaki sorunlar

Araştırma kapsamına alınan ergenlerin kendi algıladıkları okul başarısı değerlendirildiğinde; olgu grubunun kendi algıladıkları okul başarısı, kontrol grubuna göre düşük olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yapılan bazı çalışmalar okul başarısının çocuk ve ergenleri duygusal ve davranışsal bozukluklardan koruduğunu göstermiştir [112-113]. KZVD gösteren ergenlerin değerlendirildiği toplum örneklemleri çalışmalarda okul başarısızlığı KZVD ile ilişkili bulunmuştur [39,89,114]. Çalışmamızda kontrol grubunda yer alan ergenlerin herhangi bir duygusal ve davranışsal sorununun bulunuyor olması nedeniyle aradaki fark anlamlı bulunmamış olabilir.

Lüleci ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada KZVD olan ve olmayan gruplar, okulda ceza alma açısından karşılaştırıldığında fark bulunmamıştır [25]. Çalışmamızda ise öğretmenle sorun yaşama açısından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Bu sonuç kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin ebeveynleri ve öğretmenleri ile sorun yaşamalarının temelde otorite figürü ile zorluk yaşamaları ile ilişkili olduğunu düşündürmüştür.

5.1.2. Sigara, alkol ve madde kullanım öyküsü

Araştırmanın sonuçlarına göre; sigara kullanımı, olgu grubunda belirgin derecede daha fazladır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, kendine zarar veren ergenlerin %36'sında sigara kullanımı saptanırken; sağlıklı ergenlerde bu oran %5'tir [25]. Ayrıca yapılan diğer bir çalışmada sigara kullanımının, özellikle kız ergenlerde KZVD riskini yaklaşık 2-3 kat arttırdığı bulunmuştur [89]. İzmir'de yapılmış bir çalışmada ise sigara kullanımının KZVD riskini 9 kat arttırdığı saptanmıştır [39]. Yapılan çalışmalarda; sigara kullanımı, kendine zarar veren ergenler ile KZVD göstermeyen sağlıklı ergenlerle karşılaştırılmış ve sonuçta KZVD gösteren ergenlerde yüksek oranda sigara kullanıldığı görülmüştür. Çalışmamızda ise düzenli sigara kullanımını olgu grubunun %51'inde, kontrol grubunun ise %16'sında saptanmıştır. Bu nedenle; çalışmamız sigara kullanımı ile KZVD arasındaki ilişkiyi daha da güçlü olarak saptamıştır.

Alkol kullanım öyküsü, olgu grubunda kontrol grubuna göre daha sıktır. Yapılan başka çalışmalarda da, alkol kullanımı ile KZVD arasında bir ilişki saptanmıştır [84,115]. Lise öğrencilerinin alındığı bir çalışmada alkol kullanımının KZVD riskini 2.7 kat arttırdığı saptanmıştır [39]. Avrupa'da yedi ülkede yapılan, kendine zarar verme (intihar girişimi kendine zarar verme tanımı içinde) davranışı ile alkol kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada; bir yıl içerisinde *en az dört kez sarhoş olacak kadar alkol alımı olanlar* “ağır içici” olarak tanımlanmıştır; bu şekilde alkol kullanımının, kızlarda kendine zarar verme davranışını 2.2 kat, erkeklerde 2.9 kat arttırdığı gösterilmiştir [116]. Çalışmamızda en az bir defa madde denemiş olmak olgu grubunda kontrol grubuna göre daha yüksektir. İstatistiksel olarak anlamlı çıkmamasının nedenlerinden biri madde bağımlılığının dışlama kriterlerinden biri olmasıdır. Ayrıca kontrol grubunda sadece bir ergenin madde denediğini belirtmiş olması istatistiksel analiz yapılması açısından güçlük doğurmuştur. Yazında; diğer toplum örneklemli yapılan çalışmalarda da, çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde madde kullanımı kendine zarar veren ergenlerde daha fazla bulunmuştur [2,16,84].

5.1.3. İstismar öyküsü

Çalışmamızda kontrol grubuna göre; olgu grubunda, fiziksel istismara uğrama oranı anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, yazında klinik ve toplum örneklemli çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerde fiziksel istismara uğrama oranının yüksek olduğunu bildiren sonuçlar ile paralellik göstermektedir [41, 117,118,119,120-121].

Yapılan araştırmalarda; kendine zarar veren ergenlerde, fiziksel istismar daha fazla oranda bulunsa da; fiziksel istismarın KZVD için bir risk faktörü olduğu az sayıdaki çalışmada gösterilmiştir [3,122]. Ayrıca Muehlenkamp ve arkadaşları (2010), fiziksel istismar ve KZVD arasında önemli bir ilişki olduğunu vurgularken; cinsel istismar ile KZVD arasında daha zayıf bir ilişki olduğunu öne sürmektedir [55]. Ülkemizde Zoroğlu ve ark. (2003) tarafından yapılan çalışmada fiziksel istismarın KZVD için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada; KZVD’si olan ergenlerin %28’inde fiziksel istismar bulunmuştur [41]. Çalışmamızda; KZVD’si olan ergenlerin %56.8’i fiziksel istismara uğradığını belirtmiştir. Zoroğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada örneklemin tamamının %34’ü, intihar girişiminde bulunanların %80’i, kendine zarar verenlerin %59’u fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmalden en az birini yaşadığını bildirmiştir. İstanbul toplum örnekleminde yapılan diğerk bir çalışmada, kendine zarar veren ergenlerde; duygusal kötüye kullanım, fiziksel kötüye kullanım ve duygusal ihmal kontrol grubu ergenlere göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur [25]. Sonuçta bu üç çalışma toplumumuzda fiziksel istismara maruz kalan ergenlerin, kendine zarar verme davranışı açısından yüksek risk taşıdığını göstermektedir.

Çalışmamızda; cinsel istismar öyküsü olgu grubunda anlamlı derecede daha fazladır. Yazında KZVD ile cinsel istismar arasındaki ilişki bir çok çalışmada gösterilmesine rağmen, cinsel istismarın kendine zarar verme için orta düzeyde bir risk faktörü olduğu görüşü hakimdir [123]. Özellikle disosiyatif belirtilerin eşlik ettiğı kendine zarar veren ergenlerde cinsel istismar riski yüksektir [41].

Çocukluk çağında fiziksel veya cinsel istismar mağdurlarında, özellikle kesme davranışı “acıyı kesip çıkartma anlamı” taşıyabilir. Erken travma ve kötü muameleden kaynaklanan artmış içgüdüsel agresif dürtüler kendini kesme ile sonuçlanır. Kendine zarar verme içşelleştirilmiş travmanın “somut” şekilde kendini tekrar etmesi olarak görülebilir [51].

5.1.4. Arkadaş ilişkileri

Yapılan çalışmalarda olumlu arkadaş ilişkilerinin akran zorbalığını önleyerek, ergenleri KZVD’den koruduğı ve arkadaş ilişkilerindeki güçlüklerin emosyon regülasyonu yoluyla KZVD gelişimi üzerinde etkili olduğu görüşü vurgulanmıştır [124,125]. Arkadaş ilişkilerindeki güçlüklerin, kendine zarar verme sıklık ve şiddetini artırdığı belirtilmektedir [125]. Çalışmamızda, 2 grup karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı sonuç saptanmamış olsa da olgu grubunda yer alan ergenlerin (%37.8), kontrol grubundaki ergenlere (%22.6) göre daha yüksek oranda arkadaş ilişkilerini olumsuz algıladığı dikkat çekmekle

birlikte, her iki grupta da bu oranların yüksek olduğu görülmüştür. Ancak *arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeği* açısından iki grup karşılaştırıldığında olgu grubunun puan ortalamalarının kontrol grubuna göre minimal düzeyde daha yüksek olduğu ve istatistiksel açıdan iki grup arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Bu ölçekle saptanan düşük değerler arkadaş ilişkilerinde zorluklar olduğuna işaret etmektedir. Bu bilgiler ışığında; hem olgu hem de kontrol grubundaki ergenlerin psikiyatrik tedaviye ihtiyaç duydukları ve temelde var olan psikopatolojilerinin arkadaş ilişkilerini olumsuz etkilediği ve sorunlarının benzer olduğu, bu nedenle de arkadaş ilişkilerindeki zorlukların adeta KZVD'nı etkilemediği şeklinde sonuçlar doğurmuş olabileceği düşünülmüştür.

5.1.5. Ailesel etkenler

Çalışmamızda olgu ve kontrol grubu arasında aile yapısı açısından fark bulunmamıştır. Benzer şekilde; İstanbul'da yapılan toplum örneklemlili bir çalışmada da, aile yapısı açısından KZVD olan ergenler ile kontrol grubu arasında bir fark saptanmamıştır [25]. Yazında ise, ailesinden ayrı kalan ya da ailesi boşanmış ergenlerde KZVD'nın daha sık görüldüğünü bildiren çalışmaların yanısıra; farklılık bildirmeyen çalışmalar da vardır [16,60].

Çalışma bulgularına göre, ebeveyn geçimsizliği olgu grubunda daha yüksek oranda bulunmuştur. İzmir'de yapılmış bir çalışmada ebeveyn geçimsizliğinin KZVD'nı yordayabileceği belirtilmektedir [39]. Ebeveyn geçimsizliği olan ergenler, olmayan ergenlere göre daha sık özkıyım girişimini de içeren şekilde kendine zarar vermektedir [126]. Çalışmamızda aile içi şiddet açısından iki grup arasında fark bulunmamıştır. Buna karşın; Finlandiya'da yapılan bir çalışmada, aile içi şiddetin ergenlerin kendine zarar vermesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır [127]. Aile ortamında tartışma, şiddet, uygun duygusal iklimin sağlanamaması ve istismar gibi sorunlar doğrudan ya da dolaylı yoldan emosyonel regülasyonda bozulma ile KZVD gelişimine yol açar [125].

KZVD olan ergenlerin ailelerinde kendine zarar verme öyküsü, KZVD olmayan ergenlere göre daha sıktır [5,60,128]. Çalışmamızda ailelerinde kendine zarar verme öyküsü açısından iki grup arasında istatistiksel fark saptanmamakla birlikte, literatürle uyumlu olarak olgu grubunda 2 kat daha fazla oranda ailede kendine zarar verme öyküsü olduğu dikkat çekmektedir.

5.2. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

5.2.1. Kendine zarar verme yöntemleri

Toplum çalışmalarında en sık görülen kendine zarar verme yönteminin cilde harf veya şekil kazıma olduğunu bildiren çalışmaların yanında, sert bir yere vurma ya da kendini kesme olduğunu bildiren çalışmalar vardır [25,36,90, 93] Yapılan çalışmalarda klinik örneklemede en sık görülen kendine zarar verme yöntemi kendini kesmedir [33,86]. Kendini kesme diğer kendine zarar verme yöntemlerine göre psikopatoloji ile en ilişkili olan yöntemdir [129]. Bu literatür bilgisiyle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da olgu grubunda kendine zarar verme yöntemi olarak en sık kendini kesme saptanmıştır.

5.2.2. Kendine zarar verme yöntemlerinin sıklığı

Olgu grubunda 10 kez ve üzeri kullanılan en sık kendine zarar verme yöntemleri; sırasıyla kendini kesme, yara iyileşmesine engel olma ve kendini sert bir yere çarpma yada kendine vurmaktır. Bu grupta yer alan ergenlerin %49'u en az 10 kez kendine zarar verme yöntemi olarak kendini kesmeyi kullanmıştır. Toplum örneklemlili çalışmalarda hayat boyu 10 kez ve üzerinde kendine zarar verme oranı %4-48 arasında değişmektedir [2,25].

5.2.3. Kendine zarar verme davranışı başlama yaşı ve son kendine zarar verme davranışı zamanı

Çalışmamızda olgu grubunda yer alan ergenlerin kendine zarar verme davranışına başlama yaşı ortalama 12.6 yaş olarak bulunmuştur. İstanbul'da liseli ergenlerle yapılan bir çalışmada kendine zarar verme başlama yaşı ortalaması 12 yaş olarak bulunmuş, kendine zarar vermenin en sık 13 yaşında başladığı vurgulanmıştır [25]. Diğer çalışmalarda da kendine zarar verme davranışının en sık 13-14 yaşlarında başladığı bildirilmiştir [38].

Avrupa'da yapılan çok merkezli bir çalışmada; son bir yıl içinde KZVD'yi tekrar etme durumu diğer kendine zarar verme yöntemlerine kıyasla, kendini kesenlerde sık bulunmuştur. Ergenlerin %60'nın son bir yıl içinde, kendini kestikleri rapor edilmiştir [93]. Başka bir çalışmada ise ergenlerin son bir yılda %46'sının en azından bir kez kendine zarar verdiği görülmüştür [16]. Kendini kesme davranışı gösteren olguların yarısından fazlasının bir sene içerisinde kendisini kesme davranışını yapmış olması kendini kesmenin süregelen bir psikopatoloji ile ilişkisine işaret ediyor olabileceği anlamına gelebilir. Bizim çalışmamıza son bir yıl içerisinde KZVD gösteren ergenler dahil edildiğinden en son kendine zarar verme davranışı açısından tartışılmamıştır.

5.2.4. Kendine zarar verme isteğinden eyleme kadar geçen zaman

Çalışmamıza göre olgu grubunun %89.2'si kendilerine zarar verme isteğinden sonra bir saat içinde kendine zarar verme eylemini gerçekleştirmiştir. Bir çalışma, ergenlerin %90'ının kendine zarar verme isteğinden sonra 1 saat içinde kendine zarar verdiğini göstermiştir [62]. Bu çalışmada ergenlerin yaklaşık %52'si kendine zarar verme düşüncesi geldiği an kendine zarar verdiğini, %37'si bir kaç saniye ya da dakika içinde kendine zarar verdiğini belirtmiştir [79]. Favazza da kendine zarar veren 240 kız ile yaptığı bir çalışmada, kendine zarar vermenin plan yapmadan impulsif bir tarzda ortaya çıktığını göstermiştir [130]. Bizim çalışmamızda ve diğer çalışmalarda görüldüğü gibi kendine zarar verme davranışının impulsif bir doğası vardır. Favazza da KZVD'nı sınıflandırırken; bizim çalışmamızda ele aldığımız tipte KZVD'yi impulsif tipte kendine zarar verme davranışı olarak ele almıştır [22].

5.2.5. Kendine zarar verme davranışı ve fiziksel acı hissetme

Olgu grubunun %35.1'i kendine zarar verme sırasında hiç bir zaman ağrı duymadığını belirtmektedir. Yapılan çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerin %27-74'ünün kendine zarar verme eylemi sırasında ağrı duymadığı belirtilmektedir [16,103]. Bu durum, istismar, travma, emosyon regülasyonu, bağımlılık ve benzeri nedenlerle kendine zarar veren kişilerde ağrı işleme merkezlerinin bozulması ile açıklanmaktadır [68].

5.2.6. Tıbbi müdahale gerektirecek düzeyde kendine zarar verme öyküsü

Avrupa'da yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %12'sinin KZVD sonrası hastaneye başvurduğu bildirilmiştir [93]. İstanbul'da yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %9'unun acil servise başvurduğu belirtilmiştir [25]. Çalışmamızda ise olgu grubunun %10.8'inde en az bir kez tıbbi müdahale gerektirecek düzeyde kendine zarar verme öyküsü bulunmuştur ve bu bilgi literatür ile uyumludur.

5.2.7. Kendine zarar verme davranışı sırasında yalnız veya başkalarıyla birlikte olma durumu

Çalışmamızda olgu grubunun %75.7'si kendine zarar verme eylemi esnasında tek başına olduklarını bildirmiştir. İstanbul'da kendine zarar veren ergenlerle yapılan çalışmada da ergenlerin %74'ünün kendine zarar verme davranışı sırasında yalnız olduklarını göstermiştir [25].

5.2.9. Kendine zarar verme davranışını bitirme isteği

Çalışmamızda olgu grubunun %62.2'si kendine zarar verme davranışını sonlandırmak istediğini bildirmiştir. Kendine zarar veren ergenlerin kendine zarar verme davranışını durdurmak istemesine rağmen kendine zarar verme davranışına devam etmesi kendine zarar verme davranışının dürtüsel doğasına bağlanabilir. Bununla birlikte kendine zarar veren ergenlerin önemli bir kısmının ergenliğin ilerleyen yıllarında bu davranışı bıraktığı ve erişkin yaş grubunda KZVD yaygınlığının ergenlik dönemine göre daha az olduğu bilgisi, KZVD'yi bırakmak isteyen ergenlerin önemli bir kısmının ilerleyen dönem içinde bunu gerçekleştirdiğini göstermektedir.

5.2.10. Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevleri

Otonom işlevler

Affekt regülasyonu: KZVD olan ergenlerin %91.9'u affekt regülasyonu işlevini değerlendiren soruları, kendisi için çok uygun ve kısmen uygun olarak belirtmiştir ve *affekt regülasyonu* tüm KZVD öyküsü olanlar arasında, “en sık belirtilen” KZVD işlevi olmuştur. Kendine zarar verme sayısı arttıkça KZVD işlevlerinin daha çok kullanıldığı belirtilmiştir [103]. Özellikle KZVD sayısı arttıkça otonom işlevlerin (en çok affekt regülasyonu) kullanımı artmaktadır [103]. Affekt regülasyonu işlevi, emosyon regülasyonu, olumsuz ve yoğun duygularla başa çıkmak, bu olumsuz duyguları azaltmak ya da bu duygulardan kurtulmak amacıyla KZVD'yi kullanma anlamını da taşır. KZVD işlevlerinin araştırıldığı bir başka çalışmada affekt regülasyonu ergenlerin en sık belirttiği işlev olarak saptanmıştır [39]. Linehan (1993), erken dönemin olumsuz çevresel koşullarının etkisi sonucunda, emosyonel sıkıntı ile baş etme stratejilerinin gelişiminin önlendiğini ileri süren bir kuram geliştirmiştir [131]. Böyle psikososyal ortamlarda yetişen ve/veya duygu düzenleme güçlüklerine biyolojik yatkınlığı olan bireyler, KZVD'yi uyuma yönelik olmayan (maladaptif) bir duygu düzenleme stratejisi olarak kullanmaktadır. Bazı psikolojik ve biyolojik mekanizmalar ortaya atılmış olsa da, kendine zarar vermenin olumsuz affekti nasıl azalttığı hala tam olarak bilinmemektedir [99].

Kendini cezalandırma: KZVD olan ergenlerin %86.5'i kendini cezalandırma işlevini değerlendiren soruları, kendisi için “çok uygun ve kısmen uygun” olarak belirtmiştir. Kendini cezalandırma işlevi; “suçluluk, öfke ve saldırganlık duygularını” kişinin kendisine yöneltmesi ve kendisini değersizleştirme anlamı taşır [99]. Linehan (1993), kendine zarar verenlerin,

çevrelerinden “kendilerini cezalandırma ve değersizleştirmeyi” öğrendiklerini ileri sürmüştür [131]. Dolayısıyla KZVD, alışılmış ve ego-sintonik olarak algılanır; stres verici bur durum ile karşılaşıldığında, kendini rahatlatmanın yolu olarak işlev görür [102]. KZVD olan ergenlerde; kendini aşırı eleştirme, kendinden hoşlanmama, kendine yöneltilmiş yoğun öfke bulunmaktadır. *Kendini cezalandırma isteği ve kendine öfke duyma*, KZVD için güçlü motivasyon sağlayan öğelerdir.

Sıkıntıyı Etiketleme: Çalışmamızda, KZVD olan ergenlerin %75.7’si sıkıntıyı etiketleme işlevini değerlendiren soruları, kendisi için “çok uygun ve kısmen uygun” olarak belirtmiştir. Sıkıntıyı etiketleme işlevi, kişinin kendisini berbat hissettiğine dair bir işaret bırakması, duygusal acısının gerçekliğini kendisine göstermesi ve yaşadığı stresi anlamlandırması gibi anlamlar taşımaktadır.

Özkıyımı önleme: Çalışmamızda, KZVD olan ergenlerin %70.3’ü özkıyımı önleme işlevini değerlendiren soruları, “çok uygun ve kısmen uygun” olarak bildirmiştir. Özkıyımı önleme modeli, özkıyım dürtüsü ile başa çıkma işlevi görür. Bu yönden KZVD, “ölüm riskini göze almadan, intihar düşüncelerini ifade etme” biçimi olabilir ve özkıyımı gerçekleştirme isteği ile yer değiştirerek işlev görür [50]. Klonsky (2007), KZVD işlevlerini gözden geçirdiği derlemesinde, özkıyımı önleme işlevini araştıran üç çalışmada; özkıyımı önleme işlevinin orta derecede destek bulunduğunu bildirmiştir [99]. Bunların ilki borderline kişilik bozukluğu olan kadın hastalarla yapılmıştır ve bu çalışmada özkıyımı önleme işlevi 7. sırada yer almıştır [132]. İlginç bir şekilde özkıyımı önleme, sıklık sıralamasında bizim çalışmamızda da 7. sırada ancak yer almaktadır. Diğer iki çalışmada, birisi yataklı tedavi gören ergenler ile yapılan çalışmada, yarının biraz altında özkıyımı önleme işlevini kendisi için “uygun” olarak değerlendirmiştir [133]; toplum örnekleminde ergenler ile yapılan diğer çalışmada ise, bu oran %41 bulunmuştur [2]. Klinik örnekleme yapılmış son çalışmalardan biri son bir ay içerisinde kendine zarar verme davranışı gösterenlerin tamamlanmış özkıyım için yüksek riskli grup olduğunu vurgulamıştır [134]. KZVD ve intihar arasındaki ilişki halen karmaşıklığını sürdürmektedir.

Çözülme (Disosiyasyon) önleme: KZVD olan ergenlerin %70.3’ü çözülme önlemeye yönelik soruları, kendisi için “uygun” olarak değerlendirmiştir. Çözülme önleme işlevi, KZVD’yi “hiçlik, gerçek dışılık duygusundan ve hissizlikten kurtulmak, kendisini gerçek hissetmek” için; yani bu atağı durdurup kendini hissetmek için yapan kişileri tanımlar. Kendine zarar verme, kişide “fiziksel duyum” yaratarak, “kendisini gerçek hissetmesini”

sağlayabilir. “Fiziksel yaralama” ile sistemde “şok etkisi yaratarak” kişinin “kendisini tekrar hissetmesini” sağlıyor olabilir [28].

Sosyal işlevler:

Kendiyle ilgilenme: Çalışmamızda yer alan kendine zarar veren ergenlerin %83.8’i, *kendiyle ilgilenme* işlevini değerlendiren soruları, “çok uygun ve kısmen uygun” olarak değerlendirmiştir. Kendiyle ilgilenme işlevi; “*kendisine özen göstermek için bir yol bulma (yara iyileşmesi gibi), duygusal stresinin yerine baş etmesi daha kolay diğer bir ilgi alanı koyma (yaranın iyileşmesi gibi) ve yara iyileşmesine odaklanarak kendisi için tatmin edici bir durum yaratma*” anlamları taşır. Bu işlevle ilgili bir çalışmaya rastlanılmamakla birlikte Nock Prinstein tarafından geliştirilen geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan “*Kendini yaralama işlevleri değerlendirmesi- Functional assessment of self mutilation*” ‘de yer alan, “*yalnızken kendine yapacak bir şey bulma*” maddesi bir anlamda kendiyle ilgilenme işlevi ile benzerlik göstermektedir.

Kişiler arası sınırlar: Çalışmamızda KZVD olan ergenlerin %73’ü, *kişiler arası sınırlar* işlevini değerlendiren soruları, “çok uygun ve kısmen uygun” olarak değerlendirmiştir. Kişiler arası sınırlar modeli, “*kendiliğin sınırlarını belirleme*” işlevi taşır [50]. Temelini *nesne ilişkileri* ve *ayrılma-bireyleşme* kuramından almıştır. Anneye güvensiz bağlanma ve anneden ayırışamama nedeniyle, normal kendilik algısının gelişemediği belirtilmektedir [52,101]. Ergen deriyi işaretleyerek, kendini çevreden ve başkalarından ayırır; bu yolla kendilik duygusunu hisseder.

Dayanıklılık: Çalışmamızda KZVD olan ergenlerin, %64.9’u *dayanıklılık* işlevini değerlendiren soruları, “çok uygun ve kısmen uygun” olarak bildirmiştir. Dayanıklılık işlevi, “*bireyin acıya dayanıklılığını görmesi, fiziksel ağrıya katlanabileceğini kanıtlaması ve güçlü ve dayanıklı olduğunu*” göstermesi anlamlarını taşır. Bu işlevsellikle ilgili herhangi bir literatür bilgisine ulaşılamamakla birlikte; Odağ, “*Nevrozlar 3*” kitabında kendine zarar veren ergenlerin korunma gereği duymadıklarından ve tehlikeli eylemlerin tüm güçlülüğün sergilenmesi anlamına geldiğinden bahsetmektedir [53].

Kişiler arası etkileşim: Çalışmamızda KZVD olan ergenlerin %64.9’u, *kişiler arası etkileşim* işlevini değerlendiren soruları, “çok uygun ve kısmen uygun” olarak değerlendirmiştir. Kişiler arası etkileşim modeli, “*çevredeki kişileri etkilemek ve yönlendirmek*” işlevi taşır [135]. Bu anlamda, “*dikkati çekme, olumsuz durumlardan kurtulma, daha ciddiye alınma, yardım*

arayışı, sevdiği ya da değer verdiği birinden ilgi görme” gibi sonuçlar yaratır. Bu davranışlar sonrası, çevreden olumlu ya da olumsuz pekiştireçler alınabilir. İstanbul’da yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %13’ü ortam ve şartların değişmesi için başkalarını etkilemeyi, %10.8’i ise olaylar ya da düşünceler üzerinde büyüsel kontrol sağlamayı amaçladıklarını belirtmişlerdir [25].

Özerklik: Çalışmamızda KZVD olan ergenlerin %59.5’i, *özerklik* işlevini değerlendiren soruları, “çok uygun ve kısmen uygun” olarak değerlendirmiştir. Özerklik işlevi; kişinin “*kendi kendine yettiğini, başkalarının yardımına bel bağlamadığını, bağımsızlığı ortaya koyabilmesi*” anlamları taşır. Bu ergenler, bağımlılık ihtiyaçlarını inkâr eden ya da görmezlikten gelen ve bunu savunma olarak kullanan bireyler olabilir. Gardner (2002), beden üzerindeki eylemler ile kimi hallerde “güç” ve “özerklik” sağlandığından bahsetmiştir [51]. Odağ da (2009), kendine zarar vermenin bazen bağımsızlığın, özerkliğin ve tüm güçlülüğün dışı vurumu olduğunu belirterek bu işleve gönderme yapmıştır [53].

Heyecan arama: Çalışmamızda KZVD olan ergenlerin %56.8’i, *heyecan arama* işlevini değerlendiren soruları, “çok uygun ve kısmen uygun” olarak değerlendirmiştir. Heyecan arama işlevi, bazı kendine zarar veren kişiler için bu davranış “heyecan veren bir deneyim gibi” algılanır. Diğer işlevlerin aksine, genellikle arkadaşlarla birlikteyken meydana gelmektedir.

Akranlarla bağ kurma: Çalışmamızda KZVD olan ergenlerin %32.4’ü, akranlarla bağ kurma işlevini değerlendiren soruları, “çok uygun ve kısmen uygun” olarak değerlendirmiştir. Bu işlev ile “*akranlara uyum sağlama ya da arada dostluk bağı kurma*” gibi durumlar anlatılır. Kendine zarar vermenin, sosyalleşme amacıyla kullanılması, grup içinde kendine rol bulma ve bulaşıcılık etkilerine gönderme vardır.

5.3. İNTİHAR DAVRANIŞI

Literatürde kendini yaralama davranışı bulunan olguların %63.3’ünün daha önce intihar girişiminde bulundukları özellikle de süregelen kendini yaralama davranışı olanlarda sıklıkla ciddi intihar girişimleri ile karşılaşıldığı, bu girişimlerin tipik olarak kendini yaralamada kullanılan yöntemlerin dışında bir yöntemle (sıklıkla aşırı dozda ilaç alımı gibi) olduğu bildirilmektedir [24]. Çalışmamızda; olgu grubunda yer alan ergenlerin %67.6’sı intihar

girişiminde bulunduğunu, %21.6'sı hayatında en az bir kez intihar planı yaptığını ve %81.1'i herhangi bir dönemde intihar etmeyi düşündüğünü belirtmiştir. İstanbul'da liseli ergenlerle yapılan toplum örneklemine dayalı bir çalışmada, KZVD'si olan ergenlerin %31'inin intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir [25].

Kendine zarar veren ergenlerde intihar girişimi sayısı anlamlı olarak fazladır. Bu bulgudan yola çıkarak daha fazla sayıda KZVD gösteren ergenlerin daha fazla intihar girişiminde bulunduğu düşünülmüştür. İntihar girişiminde en sık seçilen yöntem aşırı doz ilaç alımıdır. 18-24 yaş arası 2875 genç erişkin ile yaptıkları çalışmada, KZVD sayısının artmış intihar davranışı ile pozitif ilişki içinde olduğunu bulmuşlardır [136]. Yine, Nock ve ark. yataklı birimde tedavi almakta olan ergen hasta grubu ile yaptıkları çalışmada; KZVD sayısı, süresi ve kullanılan yöntem çeşitliliğini, artmış intihar riski ile ilişkili bulmuşlardır [86]. Buna paralel şekilde tekrarlayıcı ve kendini kesme gibi ağır formlarda KZVD'si olan ergenlerin %28'inin; sınırlı sayıda ve hafif formlarla kendine zarar veren ergenlerin %10'unun intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır [16]. Bir başka çalışmada da birden fazla sayıda KZVD öyküsü olan kişilerin %39'unun, bir kez KZVD öyküsü olan kişilerin ise %21'inin intihar davranışı (intihar girişim, plan, düşünce) gösterdiği belirlenmiştir [36]. Lise öğrencilerinin katıldığı bir çalışmada KZVD olan ergenlerin %26'sının en az bir defa intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır [39].

Kendine zarar verme ile intihar davranışı arasındaki ilişki iki yönlü gibi görünmektedir. Bir çalışmada intihar düşüncesi kendine zarar verme davranışı için risk faktörü olarak tespit edilmiştir [48]. Aynı zamanda kendine zarar verme öyküsü olan ergenlerin intihar girişimi için artmış risk taşıdığı da belirtilmektedir [85,137]. Joiner (2005) bu konudaki hipotezinde; kendine tekrarlayan şekilde zarar veren kişinin kendine zarar vermeye alıştığını, böylece korku ve ağrı duygusunun azaldığını; ve intihar için cesaret ve motivasyonun arttığını öne sürmüştür. Bu nedenle kendine zarar vermenin intiharın bir öncülü olabileceğini savunmuştur [49]. Whitlock ve Knox (2007), kendine zarar veren kişinin artmış stres altında olduğunu, bunun da intihar riskini artıracağını belirtmiştir [136]. Bu görüşün yanında kendine zarar vermenin intihar girişimi ile başa çıkma yolu olarak işlev gördüğü de öne sürülmüştür [86]. Ölümle sonuçlanacak ağır girişimler yerine daha hafif yöntemlerle kendine zarar verme; intihar düşüncesiyle yer değiştirme veya intihar arzusu ile uzlaşma sağlamaktadır [99].

5.4. ERGENLERDE PSİKOPATOLOJİ

Klinik ve toplum örneklemli çalışmalar, kendine zarar veren ergen ve yetişkinlerde depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarının en sık bulunan psikiyatrik eştanılar olduğunu göstermiştir [30].

Klinik örneklemli bir çalışma, kendine zarar veren ergenlerin %88'inin en az bir tane psikiyatrik bozukluğa sahip olduğunu göstermiştir [86]. Bizim çalışmamızda da literatür bilgisine paralel şekilde olgu grubunun %95.6'sında en az bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Psikiyatrik rahatsızlığı nedeniyle klinikte izlenen ergenlerin ise %40 ile %80'i kendine zarar verme davranışında bulunmaktadır. [92]. Çalışmamızda kontrol grubunda yer alan ergenlerin %93.5'i psikiyatrik bir bozukluğa sahiptir ve bu bulgunun kontrol grubunun psikiyatri kliniğine başvurmuş ergenlerden oluşmasıyla bağlantılı olduğu düşünülmüştür.

Klinik örneklemde kendine zarar veren ergenlerle yapılan çalışmalarda en sık görülen tanı major depresyondur; kendine zarar veren ergenlerin %42-68'inde major depresyon saptanmıştır. Diğer depresif bozukluklar eklendiğinde bu oran yaklaşık %89'a çıkmaktadır [37]. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak olgu grubundaki ergenlerin %51.3'ü major depresyon tanısı almıştır. Yapılan çalışmalar depresif belirtilerin kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğunu göstermektedir [32,87,138].

Klinik örneklemin değerlendirildiği çalışmalarda yıkıcı davranış bozuklukları, kendine zarar veren ergenlerin %24-63'ünde saptanmıştır [5,86]. Bizim çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerin %56.8'inde en az bir yıkıcı davranış bozukluğu olduğu gözlenmiştir. Toplum örneklemli çalışmalarda, çeşitli ölçeklerle değerlendirilen dikkat, impulsivite ve davranış problemlerinin KZVD ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [88,90,139]. İmpulsivite (dürtüsellik) KZVD ve yıkıcı davranış bozukluklarında merkezi bir rol oynamaktadır [140,141]. Bu durum kendine zarar verme davranışı ile yıkıcı davranış bozuklukları arasında bulduğumuz bu yüksek birlikteliği açıklayabilir. Hem KZVD hem de yıkıcı davranış bozukluklarında duygu düzenleme güçlükleri olduğu bilinmektedir [99,142]. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda (DEHB), davranış inhibisyonunda güçlükler olduğu; ayrıca bozukluğun klinik görünümünün bir parçası olarak irritabilite, hostilite, duygusal dengesizlik (instabilite) görüldüğü bilinmektedir. DEHB'si olan ergenlerin özellikle agresif alt gruplarının, duygu düzenlemede güçlükler yaşadığı bildirilmiştir [103].

Klinik örnekleme yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %60'ında en az bir madde kullanım bozukluğu saptanmıştır [86]. Toplum örnekleminde alkol madde kullanım bozuklukları yerine, genellikle alkol madde kullanım öyküsü ele alınmaktadır. İstanbul'da yapılan çalışmada; KZVD'si olan ergenler arasında 4 kişide (%8.9) alkol kullanım bozukluğu, 5 kişide (%11.1) de madde kullanım bozukluğu belirlenmiştir [25]. Çalışmamızda alkol madde bağımlılığı dışlama kriteri olduğundan iki grup alkol madde kullanım öyküsü açısından karşılaştırılmış, literatür ile uyumlu olarak alkol madde kullanımı olgu grubunda daha yüksek oranda saptanmıştır. Alkol madde kullanımının kendine zarar verme davranışını kolaylaştırdığı, alkol madde kullananların daha ölümcül kendine zarar verme yöntemleri kullandıkları ve daha çok intihar girişiminde bulundukları bildirilmiştir [30].

5.5. SOSYAL DESTEK ALGISI

Sosyal destek, stresli yaşam olaylarına karşı tampon görevi görür ve kişisel iyilik halini destekler [144]. Bu çalışma kapsamında KZVD'si olan ergenlerin ailelerinden ve arkadaşlarından algıladıkları sosyal desteğin kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla aileden ve arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeği kullanılmıştır.

5.5.1. Aileden algılanan sosyal destek

2.5 yıllık izlem sonuçlarının yer aldığı boylamsal bir çalışmada sosyal desteğin (arkadaş ve aile) 2.5 yıl sonraki KZVD'yi yordadığı ve risk faktörü olduğu gösterilmiştir [145]. Hawton ve ark (1996) KZVD'si olan 755 ergenle yaptıkları çalışmada, yetersiz aile desteği ve aile ile ilişkilerde yaşanan sıkıntıların KZVD ile ilişkisini göstermiştir [146]. Tulloch ve ark. (1997) da, ebeveyn-çocuk iletişimindeki yetersizlikler ve zayıf aile bağları ile KZVD arasında güçlü bir ilişkili bulmuştur [147]. Çalışmamızda ise olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin aileden algılanan sosyal destek puanları arasında fark saptanmamakla birlikte aile içi yaşanan problemler açısından iki grup arasındaki fark Aile Değerlendirme Ölçeği başlığı altında tartışılacaktır.

5.5.2. Arkadaştan algılanan sosyal destek

Çalışmaya katılan ergenlerin arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeği ile değerlendirilmiştir. İki grup arasında arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeği puanları açısından fark saptanmamıştır. Literatürdeki çoğu çalışmada arkadaş ilişkilerindeki güçlükler ile KZVD ilişkisini ortaya koymuştur. Yakın tarihli 2.5 yıl izlem

sonuçlarının yer aldığı boylamsal bir çalışmada sosyal desteğin (arkadaş ve aile) 2.5 yıl içinde ortaya çıkacak KZVD'yi yordadığı; KZVD için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir [145]. Adrian ve ark. (2011), arkadaş ilişkilerindeki güçlüklerin doğrudan duygu düzenlemeyi olumsuz şekilde etkilediğini ve duygu düzenleme güçlükleri aracılığı ile dolaylı yoldan KZVD'ye yol açtığını belirtmişlerdir [125]. Çalışmamızda iki grup arasında arkadaşan algılanan sosyal destek ölçeği puanları açısından fark saptanmaması, kontrol grubundaki ergenlerin mevcut psikopatolojilerinin sosyal-duygusal ilişkilerini olumsuz etkilemiş olabileceğini düşündürmüştür.

5.6.AİLE İŞLEVSELLİĞİ

Çalışmamızda ailenin yapı ve işlevselliği Aile Değerlendirme Ölçeği kullanılarak her iki gruptaki ergenler ve ebeveynleri arasında karşılaştırılmıştır. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin, kontrol grubundaki ergenlere kıyasla tüm alt işlev puanları yüksek olmakla birlikte gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, iletişim ve genel işlevler alt ölçekleri anlamlı düzeyde daha yüksekti. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin ebeveynlerinin, kontrol grubundaki ergenlerin ebeveynlerine göre tüm alt işlev puanları daha yüksekti. Ancak problem çözme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, iletişim ve genel işlevler alt ölçeklerindeki yükseklik istatistiksel olarak anlamlıydı. Rubenstein ve ark. (1998), aile içi bağların sağlamlığının ve aile bütünlüğünün KZVD için koruyucu faktör olduğunu; aile içi çatışmaların KZVD için risk faktörü olduğunu belirtmiştir [148]. Tulloch ve ark. (1997) da, ebeveyn-çocuk iletişimindeki yetersizlikler ve zayıf aile bağları ile KZVD arasında güçlü bir ilişkili bulmuştur [147].

Problem çözme boyutu, ailenin etkili işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisini göstermektedir [149]. Çalışmada kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin anne ve babalarının problem çözme alt ölçeğinden aldıkları yüksek puanlar nedeniyle problem çözme becerilerinin zayıf olduğu, güçlüklerle baş etmede esneklik gösteremedikleri düşünülebilir.

İletişim işlevi, aile üyeleri arasındaki bilgi alışverişi biçiminde ele alınmaktadır. Burada ailenin etkili bir iletişim içinde olup olmadığı, üyeler arası sözlü iletişimin içeriğinin açık olup olmadığı, kişilerin doğrudan ya da dolaylı iletişim kalıpları ortaya çıkmaktadır [149]. Çalışmamızda kendine zarar verme davranışı olan ergenler ve ebeveynleri kontrol grubuna

göre daha fazla aile içi iletişimde sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Martin ve ark. (1995) ve Kerfoot ve ark (1996), aile içi iletişimde ve aile işlevlerindeki yetersizlik ile KZVD ilişkisini rapor etmişlerdir [150,151].

Davranış kontrolü ailenin, üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Burada, psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir [149]. Çalışmamızda kendine zarar verme davranışı olan ergenler ve ebeveynleri kontrol grubuna göre kural koyma ve disiplin sağlanması açısından aile içinde daha fazla sorun yaşandığını düşünmektedir.

Duygusal tepki verebilme işlevi, aile üyelerinin her türlü uyaran karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Burada, sevgi, mutluluk ve neşe yanında; kızgınlık, üzüntü, korku gibi duygular yer alır [149]. Çalışmamızda kendine zarar verme davranışı olan ergenler ve ebeveynleri kontrol grubuna kıyasla duygularını ifade etmede güçlükler yaşadıklarını belirtmektedirler. Olgü grubunda yıkıcı davranış bozukluğu oranının ve belirtilen fiziki şiddete maruz kalma oranının daha fazla olması bu gruptaki ergen ve ebeveynlerinin özellikle öfke kontrolünde güçlükleri olduğunu düşündürmektedir.

Roller işlevi, ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. Burada, ailenin kaynakların kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda davranış kalıbı geliştirip geliştirmediği araştırılır [149]. Çalışmamızda olgü grubundaki ergenlerin ve ebeveynlerinin kontrol grubuna kıyasla bu alanda daha fazla sorun olduğunu belirtmişlerdir.

Gereken ilgiyi gösterme işlevi, aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi içerir. Çok ilgilenme, aile üyelerinin birbirlerine fazla bağımlı olduğunun, az ilgilenme ise birbirlerine az sevgi ve ilgi gösterdiklerinin belirleyicisidir [149]. Çalışmamızda kendine zarar verme davranışı olan ergenler ve ebeveynleri bu alanda kontrol grubuna kıyasla daha fazla sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. İşlevsel olmayan aile ortamı, bağlanma problemleri ve emosyonel ihmal; KZVD gelişimi ile ilişkili bulunan ve çalışmalarda sıklıkla tekrarlanan durumlardır [152,153].

Genel fonksiyonlar, ADÖ'de yer alan problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü gibi altı alt boyutu kapsayacak şekilde ailelerden bilgi toplamayı amaçlayan bir alt ölçektir [149]. Çalışmamızda kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin ve ebeveynlerinin kontrol grubuna göre bu alt ölçek

puanının yüksek olması, ADÖ'nün diğer alt ölçeklerinden yüksek puan almalarıyla ilişkili olabilir. Olgı grubundaki ergenler ve ebeveynleri ailede birden fazla işlev alanında problem yaşandığını belirtmişlerdir.

McLaughlin ve ark (1996), KZVD'si olan ergenlerin aile ile daha fazla oranda problem yaşadığını belirtmiş ve bu sorunları; en önemli güçlükler arasında tanımlamıştır [154]. Webb (2002); psikososyal risk faktörler ile KZVD ilişkisini değerlendirdikleri gözden geçirme çalışmasında; aile problemlerinin varlığından daha çok; aile ilişkili koruyucu faktörlerin eksikliğinin KZVD grubunu ayırt ettiğini belirtmektedir [59]. Aile birçok işlevin yürüdüğü ve ergenlik süreçlerinde hayati anlamı olan bir kurumdur. Bu nedenle KZVD gelişiminde etkisi olan süreçlerde, aile desteğindeki yetersizlik önemlidir [155]. Çalışmamızda kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde, kendini kesme sayısı ile ADÖ alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı olarak orta düzey güçlükte pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu bulgu literatür bilgisi ile uyumludur.

Literatürde aile işlevselliğinin değerlendirilmesi amacıyla ADÖ'nün ya ergenlere ya da ebeveynlere uygulandığı dikkat çekmektedir. Ancak bu çalışmanın, ADÖ'nün hem ergene hem de ebeveynlerine uygulanması, aileyi her bakış açısıyla değerlendirmesi ve nesnelliği arttırması açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.7. EBEVEYNLERİN RUHSAL İYİLİK HALLERİ

Çalışmaya katılan ergenlerin ebeveynlerin ruhsal iyilik hallerini değerlendirmek amacıyla ebeveynlere Genel Sağlık Anketi-12 uygulanmıştır. Genel Sağlık Anketinden 2 puan ve üzerinde puan alan kişilerde depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunların bulunma olasılığının yüksek olduğu düşünülmektedir. Olgı grubunun ebeveynleri, kontrol grubunun ebeveynlerine kıyasla daha yüksek oranda 2 ve üzeri puan almışlardır. Bu bulgu istatistiksel açıdan anlamlıdır. Bir gözden geçirme çalışmasında, anne ve babada bulunan depresyonun çocuklardaki davranışsal problemlere eşit katkı sağladığı, çocuklardaki duygusal sorunlarla ise annenin depresyonu arasında ilişki olduğu belirtilmiştir [156]. Morgan ve ark. (2013), ebeveynlerin olumsuz ruhsal durumlarının ergenlerde görülen kendine zarar verme davranışı için önemli bir risk faktörü olduğunu, ancak ebeveynlerin de ruhsal durumlarının ergenlerin kendine zarar verme davranışından olumsuz etkilenebildiğini, bu nedenle hangisinin daha önce başladığının net bir biçimde bilinemeyeceğini vurgulamıştır [157]. Yapılan bir kohort

alışmasında ergenin 12 yaşında olduğu dönemde, var olan annenin ruhsal problemlerinin ve anne-babanın yetersiz iyilik hallerinin, ergen 15 yaşına geldiğinde kendine zarar verme davranışı için önemli bir risk faktörü olduğunu saptanmıştır [43]. Ayrıca literatürdeki bazı çalışmalar, ebeveynlerin ruhsal sorunları ile ergenlerin özkıym girişimleri arasında güçlü bir ilişki olduğunu vurgulamışlardır [158,159]. Bu bilgiler ışığında çalışmamızda elde edilen bulgular literatür ile uyumludur.

BÖLÜM VI

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Çalışmada yer olgu grubu ve kontrol grubunun, sosyodemografik özellikleri ve psikososyal özellikleri gruplar arasında karşılaştırmalar yapılarak değerlendirilmiştir. Sigara-alkol kullanımı, fiziksel ve duygusal istismar öyküsü, ailede ebeveynler arası geçimsizlik öyküsü, çevreye zarar verme ve öğretmenlerle sorun yaşama açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Gruplar arası karşılaştırmalarda, okul başarısı, uyuşturucu madde kullanım öyküsü, cinsel istismar, arkadaş ilişkileri, aile içi şiddet, ailede kendine zarar verme davranışı öyküsü, aile yapısı ve göç öyküsü açısından fark bulunmamıştır.

Kendine zarar veren ergenler arasında en sık kullanılan KZVD yöntemi, kendini kesme olmuştur. Literatürde klinik örneklemleri yapılan çalışmalarda, kendini kesme en sık kullanılan kendine zarar verme yöntemi olarak belirtilmektedir.

Gruplar arası karşılaştırmalarda intihar düşüncesi ve planı açısından farklılık saptanmamış; ancak intihar girişimi açısından ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. İntihar girişiminde en sık seçilen yöntemin aşırı doz ilaç alınması olduğu belirlenmiştir.

Kendine zarar verme davranışının işlevleri değerlendirildiğinde; en sık affekt regülasyonu, kendini cezalandırma ve kendiyi ilgilenme işlevi amacıyla kullanıldığı saptanmıştır.

Psikopatoloji açısından değerlendirildiğinde; en sık major depresif bozukluk ve yıkıcı davranış bozukluklarının kendine zarar verme davranışına eşlik ettiği gözlenmiştir; bu bilginin literatür bilgisine paralel olduğu saptanmıştır.

Aile işlevselliği açısından değerlendirildiğinde; kendine zarar verme davranışı olan ergenler ile olmayan ergenler arasında ADÖ'nün özellikle ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, iletişim ve genel işlevler alt ölçekleri arasında anlamlı fark saptanmıştır. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin ebeveynleri ise özellikle problem çözme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, iletişim ve genel işlevler açısından daha çok sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerin kesme davranışı ile

ADÖ alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır. bu bulgu da bu konudaki hipotezimizi destekler niteliktedir.

Ebeveynlerin ruhsal iyilik hallerinin değerlendirildiği GSA sonuçlarına göre; kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin ebeveynlerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla psikopatoloji olma riski saptanmıştır. Ayrıca bu bilgi de literatür bilgisi ile uyumludur.

6.2. ÖNERİLER

1. Kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerin intihar girişimi açısından riskli konumda oldukları gözlenmiştir. Bu nedenle klinik izlemde intihar girişimine yönelik koruyucu önlemler alınması gerekmektedir.
2. Kendine zarar verme davranışının sıklıkla duygusal zorluklarla baş etme ve kendini cezalandırma amacıyla olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle duygusal baş edebilirliği arttırmak amacıyla destekleyici görüşmeler yapmak klinik izlemde faydalı olabilir.
3. Yıkıcı davranış bozuklukları (DEHB vb.), depresif bozukluklar gibi ruhsal rahatsızlıkların etkin ve doğru tedavisi KZVD ortaya çıkmasını ve devam etmesini önleyecektir.
4. Çalışmada kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin aile işlevselliğinde birçok alanda sorun saptandığı için, ailenin iyi işlemeyen sistemleri tedavi planı içerisinde aile görüşmeleri ile gözden geçirilmelidir.
5. Ebeveynlerin ruhsal iyilik halleri açısından bakıldığında kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin ebeveynlerinde daha fazla psikopatoloji riski saptandığından, ebeveynlerin de psikiyatrik destek ve tedavi almaları, hem aile işlevselliklerine olumlu yansıyacaktır, hem de ergenlerin duygusal zorlukları ile baş etmelerine, dolayısıyla kendine zarar verme davranışlarına yönelik engelleyici/durdurucu bir rol oynayacaktır.
6. Araştırmanın bulgularının genellenebilmesi için çok merkezli, büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

BÖLÜM VII

ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

1. Çalışmamızın örneklemini kliniğe başvuran ergenlerden oluşmuştur. Bu nedenle kliniğe başvurmamış ergenler örnekleme temsil edilmemiştir. Bu ergenlerde KZVD doğası daha farklı olabilir.
2. Çalışmada her ergenin hem anne hem babası değerlendirmeye alınmak ve formları doldurmak üzere davet edilmiştir, ancak sadece bir kısmının her iki ebeveyni davete yanıt vermiştir. Bazı anne veya babalara ulaşamamıştır.
3. Çalışmada anne ve babaların ruhsal iyilik halleri yalnızca ölçek ile değerlendirilmiş, tanısal görüşme yapılamamıştır.
4. Örneklem sayısının az olması çalışmanın bir başka kısıtlılığıdır.

KAYNAKLAR

1. Hawton, K., et al., Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990–2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2003. 44(8): p. 1191-1198.
2. Laye-Gindhu, A. and K. Schonert-Reichl, Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 2005. 34(5): p. 447-457.
3. Jacobson, C.M. and M. Gould, The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res*, 2007. 11(2): p. 129-47.
4. Portzky G, van Heeringen K. Deliberate self-harm in adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 2007 Jul; 20(4): 337-42
5. Skegg K (2005) Self-harm. *Lancet* 366:1471-1483.
6. Herpertz, S., Self-injurious behaviour Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995. 91(1): p. 57-68.
7. Muehlenkamp, J. J., Swanson, J. D., & Brausch, A. M. (2005). Self-objectification, risk taking, and self-harm in college women. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 24–32.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
9. World Health Organization: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1993
10. Favazza, A.R., The Coming of Age of Self-Mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1998. 186(5): p. 259-268.
11. Welch, S.S., A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population. *Psychiatr Serv*, 2001. 52(3): p. 368-375.
12. Gratz, K., Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2001. 23(4): p. 253-263.
13. American Psychiatric Association DSM-5 development
www.dsm5.org/ProposedRevisions/pages/sitesinden 21-07-2011 tarihinde indirilmiştir.
14. Ernst, C., Morton CC, Gusella JF. Self-injurious behaviours in people with and without intellectual delay: implications for the genetics of suicide. *Int J. Neuropsychopharmacol*. 2010 May;13(4):527-8.
15. Favazza, A.R., The Coming of Age of Self-Mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1998. 186(5): p. 259-268.
16. Lloyd-Richardson, E.E., et al., Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*, 2007. 37(8): p. 1183-92.

17. Favazza AR: Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals* 1992; 22(2);60-63.
18. American Psychiatric Association DSM-5 development
www.dsm5.org/ProposedRevisions/pages sitesinden 21-07-2011 tarihinde indirilmiştir.
19. Pattison EM, Kahan J: The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry* 1983; 14:867-872.
20. Feldman MD: The challenge of self-mutilation: a review. *Compr Psychiatry* 1988; 29:252-69.
21. Winchel RM, Stanley M: Self-injurious Behavior: Assessment and Treatment. Washington, American Psychiatric Publishing, 2001.
22. Simeon, D., Favazza AR. Self-injurious Behaviors: Phenomenology and Assessment. In: Simeon D, Hollander E, eds. Self-injurious Behaviors: Assessment and Treatment. Washington D. C.: American Psychiatric Press; 2001:1-28.
23. Miller, D.N., Brock SE (2011) Developmental Psychopathology at School Identifying, Assessing and Treating Self Injury at School. Springer Science + Business Media
24. Favazza, A.R. and R.J. Rosenthal, Diagnostic Issues in Self-Mutilation. *Hosp Community Psychiatry*, 1993. 44(2): p. 134-140.
25. Lüleci, S., (2007) Kendini Yaralama Davranışı Olan Ergenlerin Psikiyatrik ve Sosyokültürel Özellikleri, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
26. Serim ve ark. (2009) Ergenlerde Kendine Zarar Verme Davranışı, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* : 16 (1) 2009
27. Emerson, L.E., (1913), "The case of Miss A: A preliminary report of a psychoanalysis study and treatment of a case of self-mutilation", *Psychoanalytic Review* (William A. White, MD & Smith Ely Jelliffe, MD): 41-54, retrieved 2009-06-15.
28. Simpson, E., (1976) Self mutilation in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*:45.5:428-38
29. Ray, E.H., (2007) A Multidimensional Analysis of Self-Mutilation In College Students, Yayınlanmamış Tez Çalışması, The University of Texas at Austin, Texas USA.
30. Favazza, A.R., Bodies Under Siege: Self Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry. 2 ed. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1996.
31. Lloyd, E. E. (1998). Self-mutilation in a community sample of adolescents (Doctoral dissertation, Louisiana State University, 1998). *Dissertation Abstracts International*, 58, 5127.
32. Ross, S. and N. Heath, A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 2002. 31(1): p. 67-77.

33. Briere, J. and E. Gil, Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*, 1998. 68(4): p. 609-20.
34. Klonsky, E.D., T.F. Oltmanns, and E. Turkheimer, Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *Am J Psychiatry*, 2003. 160(8): p. 1501-1508.
35. Rodham, K., K. Hawton, and E. Evans, Reasons for Deliberate Self-Harm: Comparison of Self-Poisoners and Self-Cutters in a Community Sample of Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2004. 43(1): p. 80-87.
36. Whitlock, J., J. Eckenrode, and D. Silverman, Self-injurious Behaviors in a College Population. *Pediatrics*, 2006. 117(6): p. 1939-1948.
37. Jacobson, C.M. and M. Gould, The Epidemiology and Phenomenology of Non-Suicidal Self-Injurious Behavior Among Adolescents: A Critical Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 2007. 11(2): p. 129-147.
38. Klonsky, E.D. and J.J. Muehlenkamp, Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 2007. 63(11): p. 1045-1056.
39. Kabukçu Başay B. Lise Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışı: İşlevleri, Emosyonel Regülasyon ve Ayrılma Bireyselleşme, İzmir 2011 Tez çalışması
40. Whitlock, J., J. Eckenrode, and D. Silverman, Self-injurious Behaviors in a College Population. *Pediatrics*, 2006. 117(6): p. 1939-1948.
41. Zoroglu, S.S., et al., Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2003. 57(1): p. 119-126.
42. Stanley, B., et al., Are Suicide Attempters Who Self-Mutilate a Unique Population? *Am J Psychiatry*, 2001. 158(3): p. 427-432
43. Sourander, A., et al., Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *Journal of Affective Disorders*, 2006. 93(1-3): p. 87-96.
44. Claes, L., W. Vandereycken, and H. Vertommen, Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 2007. 42(4): p. 611-621.
45. Toprak, S., et al., Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry Research*, 2011. 187(1-2): p. 140-144.
46. Neeleman J. A continuum of premature death: meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 154–62.
47. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L (2005). Suicide after deliberate self-harm : a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry* 162, 297–303.
48. Wong, J.P.S., et al., Risk Factors Associated with Suicide Attempts and Other Self-injury Among Hong Kong Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007. 37(4): p. 453-466.

49. Joiner, T.E., (2005). Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press.
50. Suyemoto, K.L., The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 1998. 18(5): p. 531-554.
51. Gardner, F., [2001]: Self-harm: a psychotherapeutic approach. London: Brunner-Routledge
52. Glasser, M., Problems in the psychoanalysis of certain narcissistic disorders. *The International Journal of Psychoanalysis*, 1992. 73(3): p. 493-503.
53. Odağ, C., (2009) Nevrozlar-3. Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri, Org. Ltd. Şti Yayınları No:12, İzmir
54. Walsh BW, Rosen PM. Self-mutilation theory, research, and treatment. New York, Guilford Press 1988.
55. Muehlenkamp, J.J., et al., Abuse Subtypes and Nonsuicidal Self-Injury: Preliminary Evidence of Complex Emotion Regulation Patterns. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2010. 198(4): p. 258-263
56. Langbehn D, Pfohl B. Clinical correlates of selfmutilation among psychiatric inpatients. *Ann Clin Psychiatry* 1993;5:45-53
57. Shapiro S. Self-mutilation and self blame in incest victims. *Am J Psychol* 1987;XLI:46-53.
58. Baral I, Kora K, Yüksel Ş, Sezgin U. Cinsel istismara uğramış erişkin kadınlarda kendine zarar verme davranışı ve tedavisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1996;33:49-54
59. Webb, L., Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors. *J Adv Nurs*, 2002. 38(3): p. 235-44.
60. Fliege, H., et al., Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 2009. 66(6): p. 477-493.
61. Prinstein, M., et al., Peer Influence and Nonsuicidal Self Injury: Longitudinal Results in Community and Clinically-Referred Adolescent Samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2010. 38(5): p. 669-682.
62. Nock, M.K. and M.J. Prinstein, Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 2005. 114(1): p. 140-146.
63. Schmahl, C.G., T. H. McGlashan & J. D. Bremner: Neurobiological correlates of borderline personality disorder. *Psychopharmacol Bull* 36, 69-87 (2002).
64. Sandman, C.A., & P. Touchette: Opioids and the maintenance of self-injurious behavior. In: *Self-Injurious Behavior: Gene-Brain-Behavior Relationships*. Eds: Schroeder S. R., Oster-Granite M. L., Thompson T., American Psychological Association, Washington, DC 191-204 (2002).
65. Sandman, C.A., W. Hetrick, D. V. Taylor & A. Chicz- DeMet: Dissociation of POMC peptides after self-injury predicts responses to centrally acting opiate blockers. *Am J Ment Retard* 102, 182-199 (1997).
66. Symons, F.J., A. Thompson, and M.C. Rodriguez, Self-injurious behavior and the efficacy of naltrexone treatment: A quantitative synthesis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 2004. 10(3): p. 193-200.

67. Stanley, B., et al., Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of Affective Disorders*, 2010. 124(1-2): p. 134-140.
68. Ballard, E., A. Bosk, and M. Pao, Invited Commentary: Understanding Brain Mechanisms of Pain Processing in Adolescents' Non-Suicidal Self-Injury. *Journal of Youth and Adolescence*, 2010. 39(4): p. 327-334.
69. Sandman, C.A. and W.P. Hetrick, Opiate mechanisms in self-injury. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 1995. 1(2): p. 130-136.
70. Tiefenbacher, S., et al., The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: a nonhuman primate model. *Front Biosci*, 2005. 10: p. 1-11.
71. Wong, D.F., et al., Dopamine transporters are markedly reduced in Lesch-Nyhan disease in vivo. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 1996. 93(11): p. 5539-43.
72. Turner, C.A. and M.H. Lewis, Dopaminergic mechanisms in self-injurious behavior and related disorders, in *Self-injurious behavior: Gene-brain-behavior relationships.*, S.R. Schroeder, M.L. Oster-Granite, and T. Thompson, Editors. 2002, Washington, DC, US: American Psychological Association. p. 165-179.
73. Kishore and Stamm, S.K.a.S.S., The snoRNA HBII-52 regulates alternative splicing of the serotonin receptor 2C, *Science* 311(5758) (2006), pp. 230–232.
74. Winchel R. M. & M. Stanley: Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry* 148.
75. Markovitz P. J., J.R.C., S. C. Schulz & H. Y. Meltzer: Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *Am J Psychiatry* 148, 1064-1067 (1991).
76. Crowell, S.E., et al., Psychological, autonomic, and serotonergic correlates of parasuicide among adolescent girls. *Development and Psychopathology*, 2005. 17(04): p. 1105-1127.
77. Lin, P.Y., Tsai G (2004) Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism and suicide: results of a meta-analysis. *Biol Psychiatry* 55: 1023-1030.
78. Nock, M.K. and W.B. Mendes, Physiological Arousal, Distress Tolerance, and Social Problem-Solving Deficits Among Adolescent Self-Injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2008. 76(1): p. 28-38.
79. Glenn, C. R. & Klonsky, E. D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 1, 67-75.
80. Tolmunen, T., et al., Dissociation, self-cutting, and other self-harm behavior in a general population of Finnish adolescents. *J Nerv Ment Dis*, 2008. 196(10): p. 768-71.
81. Van der Kolk B, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry* 1991;148:1665-1671
82. Haw, C., et al., Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British Journal of Psychiatry*, 2001. 178(1): p. 48-54.

83. Hintikka, J., et al., Mental Disorders in Self-Cutting Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2009. 44(5): p. 464-467.
84. Hawton, K., et al., Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*, 2002. 325(7374): p. 1207-1211.
85. Hawton, K., et al., Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors. *Journal of Adolescence*, 1999. 22(3): p. 369-378.
86. Nock, M.K., et al., Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 2006. 144(1): p. 65-72.
87. Jacobson, C.M., et al., Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2008. 37(2): p. 363-75.
88. Bjarehed, J. and L.G. Lundh, Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cogn Behav Ther*, 2008. 37(1): p. 26-37.
89. Brunner, R., et al., Prevalence and Psychological Correlates of Occasional and Repetitive Deliberate Self-harm in Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2007. 161(7): p. 641-649.
90. Cerutti, R., et al., Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 2011. 34(2): p. 337-347.
91. Eker, E., (2006) 2005 Yılında İstanbul ortaöğretim kurumlarında eğitim gören ergenlerin yeme tutumlarının değerlendirilmesi ve kendine zarar verme ile intihar davranışları bakımından karşılaştırılması. İstanbul üniversitesi adli tıp enstitüsü sosyal bilimler anabilim dalı.Yüksek lisans tezi. İstanbul.
92. Kerr, P.L., J.J. Muehlenkamp, and J.M. Turner, Nonsuicidal Self-Injury: A Review of Current Research for Family Medicine and Primary Care Physicians. *J Am Board Fam Med*, 2010. 23(2): p. 240-259.
93. Madge, N., et al., Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry*, 2008. 49(6): p. 667-77.
94. Joiner, T.E., (2005). Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press.
95. Matsumoto, T., et al., Self-burning versus self-cutting: Patterns and implications of self-mutilation; a preliminary study of differences between self-cutting and self-burning in a Japanese juvenile detention center. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2005. 59(1): p. 62-69.
96. Kiesel, C.L., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1034-1039.
97. Lloyd-Richardson, E.E., Nock, M., K., Prinstein, M.J (2009). functions of adolescent nonsuicidal self injury. In M.K. Nixon N.L. Health (Eds), *Self injury in*

- youth; The essential guide to assesment and intervention (pp-59-78). New York: Routledge.
98. Messer, J.M. and W.J. Fremouw, A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 2008. 28(1): p. 162-178.
99. Klonsky, E.D., The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 2007. 27(2): p. 226-239.
100. Walsh, B.W., (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Pres.
101. Friedman, M. and et al., Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: Some observations from a psychoanalytic research project. *The International Journal of Psychoanalysis*, 1972. 53(2): p. 179-183.
102. Walsh, B.W., and Rosen, P.M. (1988). *Self-Mutilation: Theory, Research and Treatment*. The Guilford Press, New York.
103. Klonsky, E.D. and T.M. Olin, Identifying Clinically Distinct Subgroups of Self-Injurers Among Young Adults: A Latent Class Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2008. 76(1): p. 22-27.
104. Klonsky, E. and C. Glenn, Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2009. 31(3): p. 215-219.
105. Bildik T. ve ark. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013;24(1):49-57 .
106. Procidano, M.E. and K. Heller, Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 1983. 11(1): p. 1-24.
107. Eskin, M., Reliability of the turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal behavior, and suicide probability scale. *Journal of Clinical Psychology*, 1993. 49(4): p. 515-522.
108. Kaufman, J., Birmaher B, Brent D ve ark. (1997) Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:980-988. .
109. Gökler, B., Ünal F, Pehlivan Türk B. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-Türkçe uyarlaması'nın geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004; 11:109-16.
110. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Özgül Zeliş Matbaası. Ankara, 1990.
111. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7: 3-11.
112. Crosne, R., K. Ericson, Glasgow, and S.M. Dornbusch, Protective Functions of Family Relationships and School Factors on the Deviant Behavior of Adolescent Boys and Girls. *Youth & Society*, 2002. 33(4): p. 515-544.

113. Rae-Grant, N., et al., Risk, Protective Factors, and the Prevalence of Behavioral and Emotional Disorders in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1989. 28(2): p. 262-268.
114. Landstedt, E. and K. Gillander Gådin, Deliberate self-harm and associated factors in 17-year-old Swedish students. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2011. 39(1): p. 17-25.
115. Haavisto, A., et al., Factors associated with ideation and acts of deliberate self-harm among 18-year-old boys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2005. 40(11): p. 912-921.
116. Rossow, I., et al., Cross-National Comparisons of the Association between Alcohol Consumption and Deliberate Self-Harm in Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007. 37(6): p. 605-615.
117. Gratz, K.L., S.D. Conrad, and L. Roemer, Risk Factors for Deliberate Self-Harm Among College Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2002. 72(1): p. 128-140.
118. Gratz, K.L., Risk Factors for Deliberate Self-Harm Among Female College Students: The Role and Interaction of Childhood Maltreatment, Emotional Inexpressivity, and Affect Intensity/Reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2006. 76(2): p. 238-250.
119. Low, G., et al., Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: A pilot study. *British Journal of Medical Psychology*, 2000. 73(2): p. 269-278.
120. Van der Kolk, B., J. Perry, and J. Herman, Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry*, 1991. 148(12): p. 1665-1671.
121. Pierro R., et al Adolescent nonsuicidal self-injury: the effects of personality traits, family relationships and maltreatment on the presence and severity of behaviours. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2012) 21:511–520
122. Yates, T.M., E.A. Carlson, and B. Egeland, A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, 2008. 20(02): p. 651-671.
123. Klonsky, E.D. and A. Moyer, Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 2008. 192(3): p. 166-170.
124. Hilt, L.M., C.B. Cha, and S. Nolen-Hoeksema, Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship. *J Consult Clin Psychol*, 2008. 76(1): p. 63-71.
125. Adrian, M., et al., Emotional Dysregulation and Interpersonal Difficulties as Risk Factors for Nonsuicidal Self-Injury in Adolescent Girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2011. 39(3): p. 389-400.
126. Beautrais, A.L., Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000. 34(3): p. 420-436.
127. Rissanen, M.-L., J. Kylmä, and E. Laukkanen, Self-mutilation among Finnish adolescents: Nurses' conceptions. *International Journal of Nursing Practice*, 2011. 17(2): p. 158-165

128. O'Connor, R., S. Rasmussen and K. Hawton, *The British Journal of Psychiatry* (2012) 200, 330–335.
129. Klonsky, E.D., The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 2009. 166(2-3): p. 260-268
130. Favazza, A.R. and K. Conterio, Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand*, 1989. 79(3): p. 283-9.
131. Linehan, M.M., *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Diagnosis and treatment of mental disorders*. 1993: New York, NY, US: Guilford Press. xvii, 558.
132. Shearer, S.L., Peters, C.P., Quaytman, M. S., Ogden, R. L. (1994). Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry*. 147. 214-216
133. Nixon, M.K., P.F. Cloutier, and S. Aggarwal, Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self-Injury in Hospitalized Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2002. 41(11): p. 1333-1341.
134. Madsen et al. Deliberate self-harm before psychiatric admission and risk of suicide: survival in a Danish national cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* DOI 10.1007/s00127-013-0690-2
135. Podovall, E.M., (1969) Self-mutilation within a hospital setting: A study of identity and social compliance, *British Journal of Medical Psychology* 42 (1969), pp. 213-221.
136. Whitlock, J. and K.L. Knox, The Relationship Between Self-injurious Behavior and Suicide in a Young Adult Population. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2007. 161(7): p. 634-640.
137. Cooper, J., et al., Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-Year Cohort Study. *Am J Psychiatry*, 2005. 162(2): p. 297-303.
138. Martin, G., et al., Self-injury in Australia: a community survey. *Med J Aust*, 2010. 193(9): p. 506-10.
139. Nixon, M.K., P. Cloutier, and S.M. Jansson (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178(3): p. 306-312.
140. Kutcher, S., et al., (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14(1): p. 11-28.
141. Herpertz, S., H. Sass, and A. Favazza., Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*. 31(4): p. 451-465.
142. Barkley, R.A., (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*, 121(1): p. 65-94
143. Gross, J.J., *Handbook of emotion regulation* (2007): New York, NY, US: Guilford Press.

144. Tuisku, V., et al., Factors associated with deliberate self-harm behaviour among depressed adolescent outpatients. *Journal of Adolescence*, 2009. 32(5): p. 1125-1136.
145. Hankin, B.L. and J.R.Z. Abela,(2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½ year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 186(1): p. 65-70.
146. Hawton, K., J. Fagg, and S. Simkin, Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford, 1976-1993. *Br J Psychiatry*, 1996. 169(2): p. 202-8.
147. Tulloch, A.L., L. Blizzard, and Z. Pinkus, Adolescent-parent communication in self-harm. *J Adolesc Health*, 1997. 21(4): p. 267-75.
148. Rubenstein, J.L., et al., Suicidal behavior in adolescents: stress and protection in different family contexts. *Am J Orthopsychiatry*, 1998. 68(2): p. 274-84.
149. Bulut I. Ruh hastalığının aile işlevlerine etkisi. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı, Ankara, 1993.
150. Martin, G., et al., Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995. 92(5): p. 336-344.
151. Kerfoot, M., et al., Correlates and short-term course of self-poisoning in adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 1996. 168(1): p. 38-42.
152. Gratz, K.L., Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2003. 10(2): p. 192-205.
153. Tantam, D. and J. Whittaker, Personality disorder and self-wounding. *British Journal of Psychiatry*, 1992. 161: p. 451-464.
154. McLaughlin, J.-A., P. Miller, and H. Warwick, Deliberate self-harm in adolescents: hopelessness, depression, problems and problem-solving. *Journal of Adolescence*, 1996. 19(6): p. 523-532.
155. Kerr, D., L. Preuss, and C. King, Suicidal Adolescents' Social Support from Family and Peers: Gender-Specific Associations with Psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2006. 34(1): p. 99-110.
156. Connell, A.M. and S.H. Goodman, (2002). The Association Between Psychopathology in Fathers Versus Mothers and Children's Internalizing and Externalizing Behavior Problems: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 128(5): p. 746-773.
157. Morgan, S., et al. Parents of young people with self-harm or suicidal behaviour who seek help – a psychosocial profile, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2013, 7:13
158. Fergusson, D., Lynskey, M., 1995. Childhood circumstance, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psych.* 34, 612–622.
159. Gould, M.S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., Shaffer, D., 1996. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch. Gen. Psychiatry* 53, 1155–1162.

EKLER

EK 1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:

1)Doğum tarihi:

2) Doğum yeri:

3)Şu anda oturduğu il ve/veya ilçe:

4)Ulaşılması gerektiğinde kullanılacak telefon numaraları:

5)Cinsiyet:

1- Kız 2-Erkek

6)Okuduğu okul ve sınıf:

7)Okul başarısı:

1-Başarılı 2-Orta 3-Başarısız 4-Devamsız

8)Sosyal Güvence:

1-Var 2-Yok

9)Ailenin Ortalama Aylık Geliri:

1- Çok düşük 2- Düşük 3-Orta 4-Yüksek 5-Çok yüksek

10) Nerede yaşıyor?

1-Anne ve baba ile 2-Anne veya babadan biri ile 3-Yakınlarla 4-Kurumda 5-Diğer

11) Anne ve Baba :

1.Birlikte 2.Boşanmış 3.Boşanmamış ancak ayrı yaşıyor

4.Anne vefat etmiş. 5. Baba vefat etmiş. 6. Anne ve baba vefat etmiş.

12) Öz anne:

1-Sağ 2-Ölü 3- Bilinmiyor.

Yaş:

Eğitim: 1- Okur yazar değil. 2-Okur-yazar 3-İlkokul 4-Ortaokul 5-Lise 6- Üniversite

Meslek:

13) Öz baba:

1-Sağ 2-Ölü 3- Bilinmiyor.

Yaş:

Eğitim: 1- Okur yazar değil. 2-Okur-yazar 3-İlkokul 4-Ortaokul 5-Lise 6- Üniversite

Meslek:

14)Göç:

1-Var 2- Yok

15) Göç varsa nereden?

1-Köyden 2-İlçeden 3-İlden 4-Yurt dışından

16)Tibbi hastalık?

1-Var (.....) 2-Yok

17)Önemli kaza veya travma?

1- Var 2-Yok

18)Kullandığı ilaç?

1-Var (.....) Ne zamandır?(.....) 2-Yok

19)Sigara kullanıyor mu?

1-Hiç denememiş 2.Bir kez denemiş 3. Nadiren içiyor. 4. Düzenli içiyor.

20)Sigara düzenli içiyorsa miktarı?

1.Günde 5 adetten az 2.Günde 5-10 adet 3.Günde 10-20 adet 4.Günde 20 adet ve fazla

21)Alkol kullanıyor mu?

1.Hiç denememiş 2.Denemiş ama tekrar kullanmamış 3. Nadiren içiyor 4. Düzenli içiyor.

22) Alkol düzenli içiyorsa miktarı?

1.Hemen hemen her gün 2.Haftada 1-2 kez 3.Ayda1-2 kez 4. Son bir ay içinde hiç kullanmamış.

23) Uyuşturucu madde kullanıyor mu?

1-Hiç denememiş 2.Bir kez denemiş 3. Nadiren kullanıyor. 4. Düzenli kullanıyor.

24) Uyuşturucu madde düzenli içiyorsa miktarı?

1.Hemen hemen her gün 2.Haftada 1-2 kez 3.Ayda1-2 kez 4. Son bir ay içinde hiç kullanmamış.

25)Hangi uyuşturucu maddeleri kullanmış?

1-Esrar 2- Bali 3-Eroin 4-Kokain 5-Stimulan 6-Birden çok madde (.....)

26) Daha önce psikolog ve/veya psikiyatrist başvurusu?

1-Var 2-Yok

27)Daha önce intihar düşüncesi olmuş mu?

1-Var 2-Yok.

28) Hiç intihar planı olmuş mu?

1-Var 2-Yok

29) Daha önce intihar girişimi olmuş mu?

1- Var (Kaç kere, nasıl.....) 2- Yok

30)Kendine zarar verme davranışları ne zamandan beri var?

31)Nasıl kendine zarar veriyor?

32)Tibbi yardım gerektirecek kadar kendine zarar verme davranışı oldu mu?

1-Evet 2- Hayır.

33)Eşyalara zarar verme var mı?

1- Evet 2- Hayır

34)Çevredeki insanlara zarar verme var mı?

1-Evet 2-Hayır.

35)Adli olayı var mı?

1-Evet (.....) 2- Hayır

36)Aile bireyleri arasında kendine kasıtlı zarar veren var mı?

1-Evet (Kim ve nasıl.....) 2- Hayır

37)Ailede ruhsal hastalığı olan var mı?

1- Var (Kim ve hastalık tanısı.....) 2-Hayır

38)Aile de fiziksel hastalığı olan var mı?

1- Var (Kim ve hastalık tanısı.....) 2-Hayır

39)Aile içinde şiddet var mı?

1-Evet 2- Hayır

40) Aile de intihar öyküsü var mı?

1-Var (Kim ve nasıl.....) 2-Yok

41)Aile içinde anne ve baba arasında evlilik sorunları var mı?

1-Var 2- Yok

42)Aile içinde ekonomik sorun var mı?

1-Var 2-Yok

43)Cinsel istismar öyküsü ?

1-Var 2-Yok

44)Duygusal istismar öyküsü?

1-Var 2-Yok

45)Fiziksel istismar öyküsü?

1- Var (Kimden ve nasıl.....) 2-Yok

46) Arkadaş ilişkileri nasıl?

1-Çok iyi 2-İyi 3-Orta 4-Kötü 5-Çok kötü

47)Kendine zarar verme davranışları nerede oluyor?

1-Evde 2-Okulda 3-Sokakta 4-Diğer 5-Yer tanımıyor.

48)herhangi bir operasyon öyküsü?

1-Var..... 2-Yok

49)Öğretmenle ilişki sorunu?

1-Var 2-Yok

EK 2 ARKADAŞLARDAN ve AİLEDEN ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek:

Aşağıda, çoğu insanın **arkadaşlarıyla ilişkilerinde** yaşadıkları duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her bir ifade için: Evet, Hayır ve Bilmiyorum olmak üzere üç yanıt vardır. Lütfen, her ifadeyi okuyarak, duygularınızı yansıtan cevabı her bir ifadenin önündeki karelerden uygun birinin içine bir (x) çarpı koyarak belirtiniz.

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1. Arkadaşlarım bana gereğince manevi destek olurlar.			
2. Pek çok insan arkadaşlarına benim arkadaşlarıma olduğumdan daha yakındır.			
3. Arkadaşlarım fikirlerimi duymaktan hoşlanır			
4. Bazı arkadaşlarım sorunları olduğunda veya danışmak amacıyla bana başvururlar.			
5. Arkadaşlarımdan birinin veya birkaçının bana kızgın olduklarını sezsem bunu kimseye söylemem.			
6. Kendimi arkadaş çevrem dışına hissediyorum.			
7. Bir derdim olduğunda, sonradan komik kaçacağını düşünmeden gidip konuşabileceğim bir arkadaşım var.			
9. Arkadaşlarımla çeşitli konulardaki, düşüncelerimizi birbirimize açık açık söyleriz.			
10. Arkadaşlarım benim kişisel gereksinimlerime karşı duyarlıdır.			
11. Arkadaşlarım duygusal desteğe ihtiyaç duyduklarında bana başvururlar.			
12. Arkadaşlarım sorunlarımı çözmede bana yardımcı olurlar			
13. Arkadaşlarımdan bazısıyla aramda karşılıklı derin bir ilişki vardır.			
14. Arkadaşlarım neyi nasıl yapacakları konusunda benden faydalı fikirler alırlar.			
15. Arkadaşlarıma sırlarımı açmak beni rahatsız eder			
16. Arkadaşlarım tarafından aranan biriyimdir.			
17. Arkadaşlarımdan problemlerini çözmede onlara yardımcı olduğumu düşündüklerini sanıyorum.			
18. Arkadaşlarımdan aramda, diğer insanların arkadaşlarıyla arasındaki kadar yakın bir ilişki yok.			
19. Geçenlerde bir şeyi nasıl yapacağım konusunda arkadaşlarımdan birisinden iyi bir fikir aldım.			
20. Arkadaşlarımdan çok daha farklı olmasını isterdim.			

Aileden Algılanan Sosyal Destek:

Yönerge: Aşağıda, çoğu insanın **ailesiyle ilişkilerinde** yaşadıkları duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her bir ifade için: Evet, Hayır ve Bilmiyorum olmak üzere üç yanıt vardır. Lütfen, her ifadeyi okuyarak, duygularınızı yansıtan cevabı her bir ifadenin önündeki karelerden uygun birinin içine bir (x) çarpı koyarak belirtiniz.

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1. Ailem bana gereğince manevi destek olur.			
2. Neyi nasıl yapacağım konusunda ailemden faydalı öğütler alırım.			
3. Pek çok insan ailesine benim aileme olduğundan daha yakındır.			
4. Ailemde kendime en yakın hissettiğim kişilere bir derdimi açtığımda bunun onları rahatsız ettiği fikrine kapılıyorum			
5. Ailem fikirlerimi duymaktan hoşlanır.			
6. Ailemdeki kişilerle ilgi alanlarımız büyük ölçüde çakışır.			
7. Ailemdeki bazı kişiler sorunları olduğunda veya danışmak amacıyla bana başvururlar.			
8. Ailemin duygusal desteğine güvenirim.			
9. Ailemde, bir derdim olduğu zaman sonradan komik kaçacağını düşünmeden gidebileceğim bir kişi var.			
10. Ailemle çeşitli konulardaki düşüncelerimizi birbirimize açık açık söyleriz.			
11. Ailem benim kişisel gereksinimlerime karşı duyarlıdır.			
12. Ailemdeki kişiler duygusal desteğe ihtiyaçları olduğunda bana başvururlar.			
13. Ailem sorunlarımı çözmede bana yardımcı olur.			
14. Bazı aile fertleriyle aramda karşılıklı derin bir ilişki vardır.			
15. Ailemdeki kişiler neyi nasıl yapacakları konusunda benden faydalı fikirler edinirler.			
16. Ailemdeki kişilere sırlarımı açmak beni rahatsız eder.			
17. Aile fertleri tarafından aranan biriyimdir.			
18. Ailemin problemlerini çözmede onlara yardımcı olduğumu düşündüğünü sanıyorum.			
19. Ailemdeki hiç kimseyle, diğer insanların ailesindeki kişilerle olan ilişkisi kadar yakın bir ilişkim yok.			
20. Ailemin çok daha farklı olmasını isterdim.			

EK 3

GENEL SAĞLIK ANKETİ

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikâyetiniz olmadığı, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları, size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplandırınız. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikâyetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız.

Soruların hepsini cevaplandırmanız çok önemlidir.

Endişeleriniz nedeni ile uykusuzluk çekiyor musunuz?

Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
----------------------	-------------------	---------------------	---------

Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?

Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
----------------------	-------------------	---------------------	---------

Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?

Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
----------------------	-------------------	---------------------	---------

İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?

Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
----------------------	-------------------	---------------------	---------

Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?

Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
----------------------	-------------------	---------------------	---------

Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?

Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
----------------------	-------------------	---------------------	---------

Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?

Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
----------------------	-------------------	---------------------	---------

Değişik yönlerden baktığımızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?

Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
----------------------	-------------------	---------------------	---------

Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?

Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
----------------------	-------------------	---------------------	---------

Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?

Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
----------------------	-------------------	---------------------	---------

Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?

Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
----------------------	-------------------	---------------------	---------

Kendinizi değersiz olarak görüyor musunuz?

Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
----------------------	-------------------	---------------------	---------

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

BÖLÜM I: DAVRANIŞLAR

Aşağıdaki anket çeşitli kendini yaralama davranışlarını sorgulamaktadır. Lütfen yalnızca belirtilen davranışı **kasıtlı olarak (isteyerek, amaçlı)** ve **intihar amacı olmaksızın** gerçekleştirmiş iseniz işaretleyiniz.

1.Lütfen aşağıdaki maddeleri kasıtlı olarak yaşamınız boyunca kaç kez yaptığınızı belirtiniz (0, 5, 10, 100 vb.):

Kesme	.....	Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)	.....
Isırma	.....	Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma	.....
Yakma	.....	Yaranın iyileşmesine engel olma (ör: kabuklarını koparma)	.....
Cilde bir harf/yazı şekil kazıma	.....	Cildi sert bir yüzeye sürtme	.....
Çimdikleme	.....	Kendine iğne batırma	.....
Saç kopartma (kökünden)	.....	Tehlikeli/zararlı madde içme/ yutma	.....
		Diğer	.....

Önemli: Eğer yukarıda belirtilen davranışlardan bir ya da daha fazlasını gerçekleştirmiş iseniz anketin kalan kısmını doldurunuz. Eğer belirtilen davranışlardan hiç birisini gerçekleştirmemiş iseniz anketin kalan kısmını doldurmayınız ve bir sonraki ankete geçiniz.

Lütfen arka sayfaya geçiniz

2.Eğer temel bir kendine zarar verme davranışınız varsa birinci sayfadaki bu tür davranış(lar)ı daire içine alınız.

3.Hangi yaşta?

İlk kez kendinize zarar verdiniz?

En son ne zaman kendinize zarar verdiniz? (yaklaşık gün/ay/yıl)

4.Kendinize zarar verme davranışı sırasında fiziksel acı hisseder misiniz?

Lütfen daire içine alınız

EVET

BAZEN

HAYIR

5.Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?

Lütfen daire içine alınız

EVET

BAZEN

HAYIR

6.Tipik olarak kendinize zarar verme dürtüsü oluştuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz?

Lütfen daire içine alınız

<1 saat

1-3 saat

3-6 saat

6-12 saat

12-24 saat

>1gün

7.Kendinize zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister misiniz / istediniz mi?

Lütfen daire içine alınız

EVET

HAYIR

Lütfen arka sayfaya geçiniz

BÖLÜM II: İŞLEVLER

Yönerge:

Bu anket intihar amaçlı olamayan kendine zarar verme davranışı deneyimini daha iyi anlamamızı sağlamaya yönelik oluşturulmuştur. Aşağıda sizin kendinize zarar verme deneyiminizle ilişkili olabilecek ya da olmayabilecek durumlar bir liste olarak verilmiştir. Lütfen sizin için en uygun olan durumları belirleyiniz.

- Belirtilen durum size **hiç uygun değilse** "0" işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **kısmen uygunsa** "1" işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **çok uygunsa** "2" işaretleyiniz

"Kendime zarar verdiğimde, ...

Yanıt

1....kendimi sakinleşmiş hissedirim	0	1	2
2....kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum	0	1	2
3....kendimi cezalandırmış olurum	0	1	2
4....kendime özen göstermek için bir yol bulmuş olurum (yaramla ilgilenerek)	0	1	2
5... uyuşukluk hissinden kurtulmak için acı oluşturmuş olurum	0	1	2
6....intihar girişimi dürtümden kaçınmış olurum	0	1	2
7....heyecan ve coşku yaşatan bir şey yapmış olurum	0	1	2
8....akranlarımla aramda bir bağ kurulmuş olur	0	1	2
9....başkalarının hissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarını sağlamış olurum	0	1	2
10...acıya dayanıklılığımı görmüş olurum	0	1	2
11...kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum	0	1	2
12...birisinden hincımı çıkartmış olurum	0	1	2
13...kendi kendime yeterliliğimi kanıtlamış olurum	0	1	2
14...içimde biriken duygusal baskıdan kurtulmuş olurum	0	1	2
15...başkalarından ayrı olduğumu göstermiş olurum	0	1	2
16...değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum	0	1	2
17...duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum	0	1	2
18...fiziksel acı bile olsa bir şeyler hissetmiş olurum (hiçbir şey hissetmemektense)	0	1	2
19...İntihar düşüncelerime gerçekten intihar girişiminde bulunmak yerine başka şekilde yanıt vermiş olurum	0	1	2
20...uç bir şey yaparak kendimi veya başkalarını eğlendirmiş olurum	0	1	2
21...başkalarına uyum sağlamış olurum	0	1	2
22...başkalarından ilgi ya da yardım istemiş olurum	0	1	2
23...güçlü veya dayanıklı olduğumu göstermiş olurum	0	1	2
24...duygusal acımın gerçekliğini kendime göstermiş olurum	0	1	2
25...başkalarından intikam almış olurum	0	1	2
26...başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum	0	1	2

"Kendime zarar verdiğimde, ...

Yanıt

Lütfen arka sayfaya geçiniz

27...kaygı, hüsrân, öfke ve diğer bunaltıcı hislerim hafiflemiş olur	0	1	2
28...kendim ve başkaları arasında bariyer inşa etmiş olurum	0	1	2
29...kendimden hoşnut olmamam ya da kendimden iğrenmeme bir yanıt vermiş olurum	0	1	2
30...kendimi yaramın iyileşmesine odaklarım, bu; benim için sevindirici ya da tatmin edici olabilir	0	1	2
31...kendimi gerçek hissetmediğimde hala hayatta olduğumdan emin olmuş olurum	0	1	2
32...intihar düşüncelerimi sonlandırmış olurum	0	1	2
33...sınırlarımı zorlamış olurum (paraşütle atlamak ya da uçta bir şey yapmak gibi)	0	1	2
34...arkadaşlarım ve sevdiklerimle aramda bir dostluk ya da akrabalık bağı simgesi oluşturmuş olurum	0	1	2
35...sevdiğim birinin benden ayrılmasına ya da beni terk etmesine engel olmuş olurum	0	1	2
36...fiziksel acıya katlanabileceğimi kanıtlamış olurum	0	1	2
37...yaşadığım duygusal stresi anlamlandırmış olurum	0	1	2
38...bana yakın birini incitmeye çalışmış olurum	0	1	2
39... özerkliğimi / bağımsızlığımı ortaya koymuş olurum	0	1	2

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, sizin için yukarıda sıralanmış olanlardan daha doğru durumlar var ise bir liste halinde yazınız:

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, size uymasa bile yukarıda sıralanmış olanlara eklenmesi gerektiğini düşündüğünüz durumlar var ise bir liste halinde yazınız:

AÇIKLAMA: İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. **Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.** Her cümle için 4 seçenek söz konusudur. (**Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum**)

Her cümlenin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. **Her cümle için uzun uzun düşünmeyiniz.** Mümkün olduğu kadar **çabuk ve samimi cevaplar** veriniz. **Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz.** Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uyguluyoruz.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()

31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız.	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüz.	()	()	()	()
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()