



T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

**İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN VE OLMAYAN  
KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI  
GÖSTEREN ERGENLERDE VE  
ANNELERİNDE PSİKIYATRİK ÖZELLİKLER  
VE BAĞLANMA BİÇİMLERİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. ESRA EREN ÖZDEMİR

DANIŞMAN

Doç. Dr. SEVCAN KARAKOÇ DEMİRKAYA

AYDIN-2018

T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

**İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN VE OLMAYAN  
KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI  
GÖSTEREN ERGENLERDE VE  
ANNELERİNDE PSİKIYATRİK ÖZELLİKLER  
VE BAĞLANMA BİÇİMLERİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. ESRA EREN ÖZDEMİR

DANIŞMAN

Doç. Dr. SEVCAN KARAKOÇ DEMİRKAYA

**AYDIN-2018**

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından **TPF-16018** numaralı proje olarak desteklenmiştir.

## Önsöz ve Teşekkür

Çalışma konusunun belirlenmesinde ve çalışmanın hazırlanma sürecinin her aşamasında bilgilerini, tecrübelerini benimle paylaşan güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen ve bana her fırsatta yardımcı olan saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Sevcan KARAKOÇ DEMİRKAYA'ya,

Asistanlık sürem boyunca değerli bilgilerini bizlerle paylaşan, kullandığı her kelimenin hayatıma kattığı önemini asla unutmayacağım anabilim dalı başkanı Doç. Dr. Hatice AKSU'ya yine eğitimime katkıda bulunan Yrd. Doç. Dr. Sibelnur AVCİL'e

Çalışmam boyunca hasta bulma aşamasında bana yardımcı olan, gelecekteki hayatında çok daha başarılı olacaklarına inandığım kıymetli çalışma arkadaşlarım Dr. Nevzat YILMAZ, Dr. Hacer Gizem GERÇEK, Dr. Kutay TAŞ, Dr. Kemal Can KARADIŞ, Dr. Süheyla TAĞCI, Dr. Ahmet YASİN, Dr. Berna GÜNDÜZ ÇITIR, Dr. Doğa SEVİNÇOK, Dr. Mutlu Muhammed ÖZBEK, Dr. Mustafa Tolga TUNAGÜR, Dr. İsmet AŞIKHASAN, Dr. Sema SALİHOĞLU, Dr. Fatma ÖZER ARI, Dr. Hasan Can ÖZBAY'a

Eğitim sürecinde gittiğim çocuk nöroloji ve psikiyatri rotasyonlarımda bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan öğretim üyelerine ve birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma, psikologlara ve sekreterlerimize,

Bu zorlu tez süreci sırasında hayatıma katılmasıyla bana güç veren, ilham getiren biricik oğlum Pamir Alp'e, maddi manevi desteklerinden dolayı eşim Dr. Ferdi Özdemir'e ve aileme teşekkürü borç bilirim.

## İÇİNDEKİLER

Önsöz ve Teşekkür.....	i
İçindekiler.....	ii
Tablo Dizini.....	iii
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini.....	v
Ekler Dizini.....	vi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kendine zarar verme davranışı.....	3
2.2. İntihar.....	7
2.3. Epidemiyoloji.....	9
2.4. Etiyoloji .....	10
2.5. Bağlanma .....	14
2.6. Öfke .....	15
2.7. Kendine zarar verme davranışının tedavisi.....	16
3. ÇALIŞMANIN AMACI VE HİPOTEZLER.....	17
3.1. Çalışmanın amacı.....	17
3.2. Çalışmanın hipotezleri.....	17
4. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	18
4.1. Örneklem .....	19
4.2. Veri toplama araçları.....	20

4.3. Uygulama.....	25
4.4. Etik kurul.....	26
5. BULGULAR.....	27
6. TARTIŞMA.....	42
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54



## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Kişisel kendine zarar verme öyküsü DSM – 5 tanı kriterleri.....	5
Tablo 2. Katılımcıların anne ve babalarının yaşlarına göre hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması.....	27
Tablo 3. Katılımcıların demografik özelliklerine göre hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması.....	28
Tablo 4. Katılımcıların sigara, alkol, madde kullanma durumlarının hasta ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması.....	30
Tablo 5. Katılımcıların psikiyatrik geçmişlerinin karşılaştırılması.....	30
Tablo 6. Katılımcıların aldığı psikiyatrik tanıların karşılaştırılması.....	32
Tablo 7. Psikiyatrik değerlendirme ölçeklerinin hasta kontrol gruplarına göre karşılaştırılması .....	33
Tablo 8. Annelerin SCL-90 R alt ölçeklerinden aldıkları puanların hasta kontrol grupları ile karşılaştırılması.....	34
Tablo 9. Ergenler ve annelerinin bağlanma biçimlerine göre hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması.....	35
Tablo 10. Ergenler ve annelerinin öfke ifadesi şekline göre hasta kontrol gruplarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 11. Ergenler ve annelerinin sürekli öfke puanlarının hasta kontrol gruplarına göre karşılaştırılması.....	36
Tablo 12. Dürtüsellik durumuna göre hasta gruplarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 13. Kendine zarar vermeye başlama yaş ortalamalarının hasta gruplarında karşılaştırılması.....	37
Tablo 14. Kendine zarar verme davranışının özellikleri açısından hasta gruplarının karşılaştırılması.....	38
Tablo 15. İntihar girişiminin özellikleri.....	39
Tablo 16 Kendine zarar verme davranışının otonom işlevleri açısından hasta gruplarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 17. Kendine zarar verme davranışının sosyal işlevleri açısından hasta gruplarının karşılaştırılması.....	41

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>KZVD</b>	Kendine Zarar Verme Davranışı
<b>DSM-4-TR</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4. Edition Text Revision - Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması El Kitabının Gözden Geçirilmiş 4. Sürümü
<b>DSM-5</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. Edition - Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması El Kitabını 5. Sürümü
<b>APA</b>	American Psychiatric Association
<b>BTA</b>	Başka Türü Adlandırılmayan
<b>İG</b>	İntihar Girişimi
<b>DEHB</b>	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
<b>HPA</b>	Hipotalamo – Pitüiter - Adrenal Aks
<b>5-HT</b>	Serotonin
<b>TSSB</b>	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>K-SADS</b>	Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children - Present and Lifetime Version
<b>KZVDDE</b>	Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri
<b>ÇATÖ</b>	Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği
<b>ÇDÖ</b>	Çocuklar için Depresyon Ölçeği
<b>EDYÖ</b>	Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği
<b>SÖÖTÖ</b>	Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği
<b>İÖA</b>	İlişki Ölçekleri Anketi

<b>SCL -90</b>	Symptom Distress Check List
<b>KOKGB</b>	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
<b>BAP</b>	Bilimsel Araştırma Projeleri





## EKLER DİZİNİ

Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu .....	68
Ek 2. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi şimdi ve yaşam boyu şekli görüşmesi kısa form örneği .....	71
Ek 3. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri .....	75
Ek 4. Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği .....	79
Ek 5. Çocuklar için Depresyon Ölçeği .....	81
Ek 6. Beck Umutsuzluk Ölçeği .....	83
Ek 7. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği .....	85
Ek 8. Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği .....	88
Ek 9. İlişki Ölçekleri Anketi Ergen Formu .....	90
Ek 10. Ruhsal Belirti Tarama Listesi .....	91
Ek 11. İlişki Ölçekleri Anketi .....	94
Ek 12. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği .....	96
Ek 13. Etik Kurul Onayı .....	98
Ek 14. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	99

## 1. GİRİŞ

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) özellikle ergenlik döneminde önemli bir problemdir. Kendine zarar verme (KZV) intihar niyeti olsun ya da olmasın her türlü vücut dokusunu tahrip edici bir davranış olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle ölümlerle sonuçlanabilecek eylemleri içerebileceği gibi (intihar girişimi), intihar niyeti olmayan sıkıntıyı gidermek veya hoş olmayan duyguları azaltmak amacını taşıyan eylemleri de içermektedir. Klinik açıdan önemli olan bu alana ilgi giderek artmaktadır[1].

Kendine zarar verme davranışı her yaşta ortaya çıkabilir. Ancak bu davranış ergenlerde ve genç erişkinlerde dikkat çekici biçimde yüksek oranlarda saptanmıştır [2]. Ergenlerde KZVD geçici bir sıkıntı dönemini temsil ediyor ve daha ileri risk taşıyor olabileceği gibi, öte yandan yakın zamandaki çalışmalarda KZVD'nin yaşamın sonraki döneminde ruh sağlığı problemlerine ve gelecekteki intihar riskinin güçlü bir şekilde arttırabileceği bildirilmektedir[3]. Bu davranış pek çok araştırmacı tarafından, kendine acı veren duyguları hafifletme ve gerilimi azaltma stratejisi veya uyumsuz olmayan (non-adaptif) bir başa çıkma mekanizması ya da emosyonel regülasyon stratejisi olarak düşünülmektedir ayrıca kişilerarası ilişkileri engeller ve kasıtsız da olsa ölümlerle sonuçlanabilir[4].

Yapılan çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerin ailelerinde sağlıklı kontrol grubuna oranla daha fazla işlev bozukluğu saptanmıştır. Kendine zarar veren grubun aileleri ile değil, daha çok tek başlarına, akrabalarıyla ya da arkadaşlarıyla birlikte yaşadıkları bulunmuştur[5]. Sırlarını aileleriyle daha az paylaştıkları, fiziksel kötüye kullanıma daha fazla maruz kaldıkları ve annelerinin daha fazla oranda intihar girişiminde buldukları bildirilmiştir[6,7]. Annedeki depresyon, özellikle doğumdan sonraki ilk yıllarda anne-çocuk ilişkisini ve çocuğun anneye bağlanma biçimini olumsuz yönde etkilemekte, annenin depresif duygudurumu ile özdeşim yapan çocukta kendine zarar verici davranışlar görülmektedir[6]. Aile özellikleriyle ilgili yapılan çalışmalarda, erken dönemlerde izolasyon duygusu ya da ayrılık anksiyetesi yaşamaları, fiziksel ya da cinsel istismara uğramaları çocukların kendilerine zarar vermesine neden olmaktadır[7]. Kendilerini cezalandırmak ve yoğun olarak yaşadıkları bu sıkıntıları kontrol etmek için kendilerine zarar vermektedirler[8]. Ailede de benzer KZVD varlığında çocuklar ailenin

sıkıntılarla baş etme şekli ve öfkenin dışavurumunu içselleştirmekte ve sıkıntılarla karşılaştıkları zaman bu yöntemleri kullanmaktadırlar[9].

Kendine zarar verme davranışında bulunan ergenlerde psikiyatrik bozuklukların sık görüldüğü, en sık rastlanan psikiyatrik bozuklukların depresif bozukluk, madde kullanım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, özkıyım düşüncesi ve girişimi, bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, cinsel kimlik bozuklukları, yeme bozuklukları ve akut ve kronik psikotik bozukluklar olduğu bulunmuştur[10]. İhmal ve istismara uğrayan veya suç işleyen ergenlerde kendine zarar verme davranışının sıklığı daha fazladır[11].

Bu çalışmanın amacı; KZVD gösteren ergenlerin ruhsal özelliklerini, eşlik eden psikiyatrik tanılarını, annelerindeki psikolojik faktörleri ve bağlanma durumlarını değerlendirmek ve intihar niyeti olan ve olmayanlar olarak incelemek ve sağlıklı kontrol grupları ile karşılaştırmaktır. Elde edilecek bulgularla hem kendine zarar veren ergenlere yönelik tedavi stratejileri geliştirilebilir ve hem de sağlıklı ergenlere yönelik önleyici yaklaşımların ortaya konması sağlanabilir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kendine zarar verme davranışı

#### 2.1.1. Tanımı

Kendine zarar verme davranışı ile ilgili çeşitli tanımlamalar yapılmıştır: Farberow, kişinin kendini ciddi bir şekilde zarar verecek biçimde kesmesi ya da vücudunun belirli bölümlerine zarar vermesi olarak tanımlarken[12], Favazza ve Conterio kişinin içinde bulunduğu durumuna katlanamaması, başa çıkamaması sonucu oluşan sabırsızlığın yarattığı baskıya karşın, kendi kendine yardım etme ve rahatlama amacıyla yapmış olduğu davranışlar olarak tanımlamışlardır[13].

Bu tanımlamalardan anlaşılacağı gibi KZVD'nin çoğu tanımında intihar niyeti dışlanmış olsa da klinik uygulamada ayırt etmek çok güvenilir değildir. İntihar girişimi olan kişilerde çoğunlukla KZVD'nin görülmesi bu hastalarda ölüm niyetinin ambivalan olabileceği ya da kişi tarafından saklanabileceğini düşündürmüştür [14].

Tedavi örnekleminde yapılan bir çalışmada en yaygın görülen kendine zarar verme şekli cilt kesmedir ve kendine zarar verenlerin %70'i tarafından kullanılmaktadır[15]. Kişinin kendisine vurması, kendisini yakması da görece sık görülen kendine zarar verme davranışlarıdır. Bununla beraber tedavi başvurusu olmayan örnekleme yapılan büyük bir çalışmada deri çizme en yaygın form olarak bulunmuştur[16]. Aynı çalışmada vücutta en çok zarar verilen bölgeler sırasıyla kollar, eller, bilekler, bacaklar ve karın olarak bildirilmiştir[16]. Kendine zarar veren bireyler birden fazla yöntemi kullanmaktadırlar. Kendine zarar verenlerin çoğu bir ya da birkaç kez bunu yapmaktadırlar. Çok az bir kısmı süregelen bir şekilde yapmaya devam etmektedirler[15].

Kendine zarar verme davranışı her yaşta ortaya çıkabilir. Çalışmalarda, kendine zarar vermenin ilk önce ergenlik döneminde ortaya çıkma eğiliminde olduğu[17], çeşitli psikiyatrik zorluklarla ilişkili olduğu[15], çoklu kişilerarası ve kişisel işlevleri yerine getirdiği ve artmış intihar eğilimiyle anlamlı şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir[18]. Duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, davranım bozukluğu, yeme bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, madde kullanım bozuklukları ve özellikle sınır kişilik bozukluğu olmak üzere diğer kişilik bozukluklarında KZVD görülebilir. Bu davranışın daha çok ergenlikte ve kadın cinsiyette ortaya çıktığını bildiren çalışmalar

mevcuttur [16]. Özellikle eşlik eden psikiyatrik hastalıklar varlığında sıklığı artar. Son yapılan araştırmalarda KZVD sıklığı; psikiyatri kliniğinde yatışı olan ergen klinik popülasyonda %35 iken, toplum örnekleminde %10 olarak bildirilmiştir[19].

### 2.1.2.Tarihçe

Kendine zarar verme davranışını anlatan yazılar antik çağlara kadar uzanır. Herodot, Tarihin Altıncı Cildi adlı kitabında “kendini dilim dilim kesen bir kişiyi” anlatır. Eski Ahit’te, “bıçak ve neşterle kendilerini kesen bir gruptan”, Yeni Ahit’te ise “cinlerin etkisindeki bir adamın gece gündüz bağırıp çağırıldığı ve kendisini taşla kestiğinden” söz edilmiştir[10]. Yunan mitolojisinde Sofokles’in Kral Oedipus trajedisinde Kral Oedipus’un babasını öldürüp annesiyle evlendiğini öğrendiğinde suçluluk ve günahkârlık duyguları ile gözlerini çıkarıp Tebai kentini terk ettiği anlatılır. Norveç mitolojisinde ise Odin, sularında bilgelik ve zekâ taşıyan Mirmir ırmağının suyundan tek bir yudum içebilmek için gözlerinden birini verir. On üçüncü yüzyılda ise, Marco Polo anılarında Bağdat’ta tanıştığı bir ayakkabı tamircisinin müşterilerinden bir kadının terliklerini onarıırken bacağına baktığı için günah duyguları ile sağ gözünü nasıl kör ettiğini anlatır[13].

Kendini yaralama davranışı üzerine basılı ilk tıbbi makale ise kendini çok büyük bir günahkâr olmakla suçlayan 48 yaşında manik depresif dul bir kadının vaka raporudur[20].

Kendini yaralama davranışının psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olduğu uzun zamandan beri bilinmesine rağmen hiçbir zaman tek başına hastalık tanısı olarak yer almamıştır. Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması El kitabının gözden geçirilmiş 4. sürümünde (DSM-IV-TR) kendini yaralama davranışı ile seyreden tanı grupları; stereotipik hareket bozuklukları, trikotillomani, başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozuklukları ve sınır kişilik bozukluğudur. Bu hastalıklar ya tanısal ölçüt olarak kendini yaralama davranışını içermekte ya da doğrudan kendini yaralama davranışına uyarlanabilmektedir. İlk kez hastalık olarak KZVD, Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması El Kitabının 5. Sürümünde (DSM-5) “Kişisel kendine zarar verme öyküsü” olarak geçmektedir. “Klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar” başlığı altında yer almaktadır[21].

**Tablo I. DSM–5 tanı kriterleri (APA 2013)**

A. Kişinin son bir yıl içinde, beş veya daha fazla günde, kendi bedeni üzerinde ağrı, kanama veya bereye yol açacak şekilde istemli olarak hasar oluşturması (örn, kesme, yakma, bıçaklama, vurma, aşırı miktarda ovalama) ve bunu sosyal amaçlı (küpe, dövme vb.) değil, sadece hafif veya orta düzeyde bir fiziksel zarara yol açma beklentisiyle yapması.

Ölüm niyeti olmadığı ya hasta tarafından bildirilir, ya da hastanın deneyimlerinden, ölüme yol açma potansiyeli olmadığını bildiği yöntemleri kullanmasından anlaşılır (Eğer emin olunamıyorsa, BTA Tip 2 ile kodlanır). Bu davranış sık görülen ve önemsiz bir nitelikte olmamalıdır, örneğin yara yolma veya tırnak yeme gibi.

B. İstemli yapılan bu yaralama aşağıdakilerden en az ikisi ile ilintili olmalıdır:

1. Kendine zarar verme eyleminin hemen öncesinde depresyon, kaygı, gerginlik, öfke ve genel bir huzursuzluk hali veya özeleştirici gibi olumsuz duygu ve düşüncelerin ortaya çıkması.

2. Bu eylemde bulunmadan önce kişinin bir süre yapmak istenen ve karşı konması güç olan bu davranışla meşgul olması.

3. Her seferinde kendine zarar verme eyleminin ortaya konmasına neden olmasa da, kendini yaralama itkisinin sık olarak hissedilmesi.

4. Bu eylem bir amaç için yapılır: olumsuz bir duygu/biliş durumunu veya kişiler arası oluşan bir zorluğu giderebilmek veya olumlu bir duygudurumu başlatabilmek için. Hasta bunları ya kendine zarar verdiği sırada veya hemen sonrasında elde edebilmek için yapar.

C. Bu davranış ve bu davranışın sonuçları kişiler arası, akademik veya diğer önemli işlevsellik alanlarında belirgin düzeyde sıkıntı veya bozulma yaratır.

**Tablo I. DSM–5 tanı kriterleri (devamı)**

D. Bu davranış özellikle psikoz, deliryum veya entoksikasyon durumlarında ortaya çıkmamalıdır. Gelişimsel bozukluğu olan kişilerde bu davranış, tekrarlayıcı stereotipi örüntüsünün bir parçası olmamalıdır. Bu davranış, diğer akıl hastalıkları veya tıbbi bozukluklardan dolayı ortaya çıkmamalıdır. (Psikotik bozukluk, Otizm spektrum bozukluğu, zihinsel yetersizlik, Lesch-Nyhan Sendromu)

Potansiyel Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Kategorileri:

Tip1, Eşik-altı: Son 12 ay içinde 5'ten daha az sayıda kendine zarar verir.

Tip2, Niyet belirsizdir; özkıyımına da eğilimlidir[21].

### **2.1.3. Sınıflandırma**

Kendine zarar verme davranışı major, stereotipik, kompulsif ve dürtüsel kendine zarar verme olarak dört gruba ayrılmaktadır[22].

#### *Major kendine zarar verme*

Hayatı ciddi olarak tehdit edebilen veya geri dönüşümsüz organ veya vücut hasarı oluşturan davranışları tanımlamaktadır. Kastrasyon, gözünü çıkartma, organ amputasyonu gibi kendine zarar verme davranışları bu grubun içindedir. 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 bir şekilde olan tekrarlayıcı, ritmik, çoğu zaman dürtüsel şekilde genelde hafif bazen de yaşamı tehdit edici boyutlara ulaşabilen davranışları içerir. Başına tekrarlayıcı bir şekilde vurma, başını sert zeminlere vurma gibi davranışlar bu kategoride yer almaktadır. Zekâ geriliği ve yaygın gelişimsel

bozukluğu olan olgularda gözlenir. Bilinçli bir eylemden çok biyolojik yönü güçlü dürtüsel davranışlar olarak kabul edilmektedir.

#### *Kompulsif kendine zarar verme*

Genelde bilinçsiz ve ritüelistik bir şekilde olan ve gün içinde tekrarlayan saç yolma, tırnak yeme, deriyi kopartma ve çizme gibi davranışlar bu grupta yer almaktadır. Stres sırasında farkında olmadan ortaya çıkabilir. Bu davranışlara engel olmak kişide stres oluşturabilir. Uzun süren bu davranışlar kozmetik olarak vücutta şekil bozukluklarına yol açabilir[22].

#### *Dürtüsel kendine zarar verme*

Stres karşısında veya agresyon duygusunun dışı vurulması sonucunda yapılan KZVD kişiye hızlı ve kısa süreli rahatlama sağlar. Cilt kesme, yakma, kazıma, yara iyileşmesine engel olma, iğne batırma, kendine vurma gibi davranışlar bu grupta sık olarak görülmektedir. Bu davranışlar intihar niyeti taşımamaktadır. Dürtüsel olarak kendine zarar verme, epizodik ve tekrarlayıcı olmak üzere iki grupta incelenir. Epizodik olarak dürtüsel kendine zarar verme, kişilerin kendilerini daha iyi hissetmek veya duygularını kontrol etmek amacıyla düzensiz bir şekilde yaptıkları kendine zarar verme davranışlarını içermektedir. Tekrarlayıcı olarak dürtüsel kendine zarar verme ise, düzenli olarak, sık ve çok sayıda kendine zarar verme davranışlarını içermektedir. Bu davranışlar kişinin içsel ve dışsal uyaranlara karşı otomatik cevap verme tarzı olarak değerlendirilmektedir[23].

## **2.2. İntihar**

İntihar girişimi (İG); açık ya da gizli bir biçimde ölme niyeti güderek yapılan ve kişinin ölümü ile sonuçlanmayan kendine zarar verme eylemidir. İntihar davranışını kendini yaralama davranışından ayıran en önemli fark, kişinin bu davranışına 'ölüm niyetinin' eşlik ediyor olmasıdır.

İntihar, dünyadaki 15-29 yaşları arasında en sık ikinci ölüm nedeni olduğu için önemli bir endişe kaynağıdır[24]. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 15-19 yaşları arasındaki ergenlerin %4-8'i intihar davranışı sergilemektedir[25]. İntihar davranışı yaşla birlikte artmaktadır. İntihar düşüncesi ergenliğin başında daha yaygın iken, intihar



girişimi ergenliğin sonlarında daha fazla görülmektedir. Ölümle sonuçlanan intiharların görülme sıklığı genç erişkinlikte artmaktadır[19]. İntihar girişimi genç kızlarda erkeklerden daha yüksek olmasına rağmen, ergenlerde cinsiyete göre ölümle sonuçlanan intihar oranları henüz aydınlatılamamıştır. Çocuk ve ergenlerde intiharın risk faktörlerini araştıran birçok çalışma yapılmıştır. Depresyon, intihar girişimi öyküsü, intihar düşüncesi, umutsuzluk, kötü aile bağları, düşük akran ilişkileri, öfke, düşmanlık, cinsel taciz öyküsü ve akrabalarındaki önceki intihar girişimleri, çocuklarda ve ergenlerde intiharın risk faktörleri arasındadır[26, 27]. Bunlar içinde intiharla en yakından ilişkili psikiyatrik durumun depresyon olduğu bildirilmiştir[28].

İntihar davranışı kendini öldürme düşüncesinden ölümle sonuçlanan eylemlere kadar değişen bir alanı kapsamaktadır. İntihar davranışları tamamlanmış intiharlar, intihar girişimleri ve intihar düşüncesini içermektedir [26].

### **2.2.3. Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar**

Ergenlerde intihar girişimi, intihar niyeti olmaksızın kendine zarar verme davranışından daha az görülmektedir fakat bu iki davranışın birbirleriyle ilişkili olduğu bilinmektedir. Kendine zarar verme davranışı ve intihar sıklıkla birlikte görülürler. İntihar girişimi olan birçok ergen aynı zamanda kendine zarar verme davranışı da göstermektedir[29]. Ayrıca kendine zarar veren ergenlerde intihar düşüncesi, zarar vermeyenlere göre iki kat daha fazladır[30]. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin %70'i en azından bir kez, %55'i ise birkaç kez intihar girişiminde bulunmuştur[15].

Süregelen kendine zarar verme davranışının intihar girişimi için bir risk faktörü olduğunu belirten çalışmalar olduğu gibi, KZVD'nin tek başına gerilimi azaltmak ve olumsuz duygulanımı düzeltmek için kullanılan intihar davranışından ayrı bir davranış olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur[19]. Kendine zarar verme davranışı ve intihar girişiminin sıklıkla birliktelik göstermesi, bu iki davranış arasındaki bağlantının yapısını ve KZVD'nin kavramsallaştırılma biçimlerini ayırt etmemizi gerektirmektedir.

Kendine zarar verme ve intihar davranışının terminolojisindeki bilgi eksikliği nedeniyle ayırım henüz net değildir. En çok kullanılan terimler; kendine zarar verme (self injury), kasıtlı kendine zarar verme (deliberate self injury), intihar niyeti olmaksızın kendine zarar vermedir (nonsuicidal self injury). Bu çalışmada kullanılan

“intihar girişimi olmaksızın kendine zarar verme davranışı”, bedensel dokuların tahrip edilmesine veya bozulmasına neden olan kasıtlı ve sosyal olarak kabul edilemez davranışları içermektedir. Bilinçli bir intihar niyeti olmadan gerçekleştirilen, kendi isteğiyle yapılan, psikolojik sıkıntıyı azaltmak için kullanılan küçük veya orta derecede fiziksel yaralamalar kendine zarar verme davranışı olarak kabul edildi.

Kendine zarar verme davranışı ve intihar davranışı ortak risk etmenlerine sahiptir. Benzer psikiyatrik komorbiditeler arasında; depresyon, sınırda kişilik bozukluğu, madde kötüye kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu, dürtüsellik, davranım bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) yer almaktadır[15, 31]. Ortak bağlamsal ve travmatik faktörler arasında; cinsel istismar öyküsü, fiziksel istismar ve ailede işlev bozukluğu öyküsü vardır[32].

Kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimini (İG) karşılaştıran çalışmalarda KZVD+İG birlikte görülen grupta, yalnızca İG ya da KZVD olan gruplara göre daha fazla psikiyatrik semptomlara rastlanmıştır ve KZVD+İG olan grupta daha fazla majör depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu tanıları bulunmuştur. Olguların sahip oldukları belirtilerde özeleştirici, dürtüsellik ve anhedoni daha sıktır. Ayrıca bu grupta aile işlevselliğinde bozukluk daha fazla bulunmuştur[33].

### 2.3. Epidemiyoloji

Kendine zarar verme davranışı genellikle ergenlik döneminde başlamaktadır ve ergenlik ve genç erişkinlik döneminde daha fazla görülmektedir[34]. Genellikle bu davranış 10-24 yaş arasında başlar ve ortalama başlama yaşı 13'tür[35]. Erişkin popülasyonda sıklığı yaş arttıkça azalmaktadır.

Ülkemizde lise örnekleminde yapılan bir çalışmada intihar girişimi oranı %10,1 iken, kendine zarar verme davranışı ise %21,4 oranında bulunmuştur[11]. Toplum temelli lise örnekleminde inceleyen başka bir çalışmada ise KZVD sıklığı %15-25 olarak bildirilmiştir[36]. Genç erişkinleri inceleyen bir çalışmada KZVD yaygınlık oranı %7,5 olarak bulunmuştur[37]. Psikiyatri servisindeki ergen grupta ise KZVD oranı daha yüksektir, oranlar %30-40 arasında değişmektedir[38].

Kendine zarar verme davranışı insidansı ile ilgili dünya verileri ise şöyle özetlenebilir: İngiltere’de yapılan bir çalışmada 6 aylık KZVD insidansı %6 bulunmuştur[39]. Norveç’te yapılan bir çalışmada ergenlerde KZVD’nin yıllık insidansı

%3,3-5,3 olarak saptanmıştır[40]. İntihar girişimi ile ilgili Amerika Birleşik Devletleri'nde 1 yıllık insidans %1,3 olarak bulunmuşken[41], Norveç'te yapılan bir çalışmada ise %0,9–1,7 oranında bulunmuştur[42]. Avrupa'da toplum temelli yapılan bir anket çalışmasında, her 10 kız ergenden en az biri son bir yıl içinde kendine zarar verme davranışı göstermiştir[43].

## **2.4. Etiyoloji**

Kendine zarar verme davranışını açıklayan tek bir etmen yoktur. Henüz netleşmeyen durumlar olsa da birçok faktörün etkili olduğu bilinmektedir. Tüm psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi kendine zarar verme davranışı da genetik, çevresel, biyolojik etkenlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır.

### **2.4.1.Nörobiyolojik Etmenler**

Nörobiyolojik açıdan, serotonerjik, dopaminerjik ve opioid sistemin yanı sıra hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) ekseninin de KZVD'nin ortaya çıkışında ve sürdürülmesinde etkili olduğu düşünülmektedir[44]. Genetik altyapısının serotonerjik sinir iletiminde rol alan genlerle bağlantılı olduğu düşünülmüş ancak tutarlı sonuçlar elde edilememiştir. Bazı çalışmalarda serotonin transporter polimorfizm (5-HTTLPR) veya triptofan hidroksilaz gibi serotonerjik sinir iletimine katılan genlerin KZVD ile ilişkisi olduğu düşünülmüş fakat başka araştırmalarda ilişki bulunamamıştır [45].

#### *Serotonin*

Kendine zarar verme davranışının serotonerjik (5-HT) sistemdeki anormalliklerle ilişkili olduğu bildirilmektedir ve 5-HT'deki azalmanın dürtüsel ve agresif davranışlar, intihar girişimleri ve depresyon ile korelasyon gösterdiğine dair kanıtlar vardır [46]. Kendine zarar veren kişilerin öfkeli, dürtüsel, anksiyeteli ve agresif olduğu ve bunun beyindeki serotonin miktarının azalmasına bağlı olduğu belirtilmiştir[47].

#### *Dopamin*

Kendine zarar verme davranışında dopamin seviyelerinde artış ile ilgili sınırlı sayıda kanıt vardır. Dopamin ve KZVD arasındaki korelasyon borderline kişilik

bozukluğu popülasyonu ile yapılan çalışmalardan ve hayvan araştırmalarından elde edilmiştir[48]. Farelerde yapılan bir çalışmada amfetamin maruziyeti sonrası dopamin agonistlerinin kendini ısırma davranışında artışa yol açtığı görülmüştür[49]. Fakat B-kümesi kişilik bozukluğu tanısı olan kişilerle yapılmış bir çalışmada ise intihar girişimi olan, KZVD davranışı olan ve olmayan gruplarda bir dopamin metaboliti olan homovalinik asit düzeylerinde herhangi bir farklılık bulunmamıştır[44].

### *Kortizol*

Kendine zarar verme davranışı olan bireylerde kortizol üzerine yapılan çalışmalarda kortizol salınımında azalma gözlenmiştir. Kortizol salınımına etkileyen HPA aksı endojen opiatlar ve serotonerjik sistem ile etkileşime girer. Stres, artmış kortizol seviyeleri ile ilişkilidir[50]. Heim ve arkadaşlarına göre travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kronik stres ve stresle ilişkili hastalıklar düşük seviyedeki kortizol salınımıyla korelasyon göstermektedir[50]. Bir başka çalışmada ise KZVD gösteren ergenlerin sağlıklı kontrollere göre HPA aksının stresli durumlarda daha düşük yanıt verdiği gözlenmiştir[51]. Ancak HPA aksındaki bu düşük yanıtın mı KZVD'ye yol açtığı, yoksa KZVD'nin mi HPA aksının yanıtını etkilediği henüz aydınlatılamamıştır[48].

### *Endojen opiyatlar*

Opiyatlar ağrı algılama ve bağımlılık davranışlarıyla ilgilidir. Endojen opiyatlar borderline kişilik bozukluğu ya da yaygın gelişimsel bozukluklar gibi KZVD ve kendini sakatlama davranışı görülebilen birçok hastalıkla ilişkilidir. Tekrarlayıcı KZVD olan bireylerde endojen opiyatların düşük bulunması, bu davranışların 'bağımlılık yapma özelliğini' açıklayabilir. Bu etkiyi araştıran çalışmalarda endojen opiyatların KZVD'de önemli yere sahip olabileceği vurgulanmıştır[52].

Organizmanın kendisine en uygun dengeyi sağlamak ve sürdürülebilmek için doğuştan var olan veya sonradan kazanılan gereksinimleri, dürtü ve güdüleridir ve bunların birbiriyle bağlantılı olarak biyolojik, psikolojik, sosyolojik düzeylerde denge halinde olması homeostaz olarak adlandırılır. Bu homeostaz modeline göre çocukluk çağında ihmal ve genetik yatkınlık varlığında kronik olarak endojen opiyat seviyelerinde düşüklük KZVD'ye neden olabilir[44].

### 2.4.2. Psikolojik Kuramlar

Mevcut yazın incelendiğinde kendine zarar verme davranışının işlev ve motivasyonlarını araştıran çalışmalardan elde edilen bulgular şöyle özetlenebilir:

1. Kendine zarar verme davranışı genellikle disosiyasyonu olan bireylerin gerçekliğe dönüşünü sağlamak, gerilimi azaltmak, otokontrol, güven ve benzersizlik sağlama, başkalarını etkileme ve onların dikkatini çekmek ve öfkenin dışa aktarımı gibi işlevleri gerçekleştirir[4].

2. Reentegrasyon, repersonalizasyon, öfke ifadesi ve affekt regülasyonu, gerilimin boşaltılması, öfke ya da intikam ifadesi, ilgi ve bakım isteği, kişinin kendisinden nefret etme, kendi kendini cezalandırma ve başkalarını cezalandırma amacına hizmet eder[53].

3. Kendine zarar verme davranışı heyecanlanma, dikkati psişik açıdan başka yere çekme, intikam alma, öfkeyi dağıtma, disforik durumlardan kaçış ve başkalarına acı vermenin farklı bir ifade şeklidir[11].

### 2.4.3. Risk Faktörleri ve Sosyodemografik Özellikler

#### *Yaş*

Kendine zarar verme davranışının genellikle 13-19 yaşlarında başladığı belirtilmektedir. Kendine zarar verici davranışının görülme yaşı 6'dan 75'e kadar değişmekle beraber bunların %78'i 30 yaş altında olup, %60'ında girişim yaşı 16 ile 25 arasındadır[53]. Türkiye'de yapılan bir çalışmada bireyler özellikle 16-20 yaşları arasındayken kendini kesme davranışının başladığı belirtilmiştir[54].

#### *Cinsiyet*

Kendine zarar verme davranışının cinsiyete göre dağılımı konusunda farklı sonuçlar mevcuttur. Bazı çalışmalarda KZVD kızlarda ve erkeklerde eşit oranlarda bildirilirken[2], bazılarında ise kızlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir[55].

#### *Travma*

Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili diğer durumlar istismar ve bununla ilişkili disosiyasyondur. Yapılan araştırmalarda cinsel istismarın kendine zarar verme

davranışı için risk faktörü olduğu bildirilmiştir[56]. Ayrıca kendine zarar veren ergenlerin sağlıklı kontrollere göre daha fazla disosiyatif belirti gösterdiği bulunmuştur[57].

### *Aile yapısı*

Ebeveynde ruhsal sorun ve/veya ailesel işlev bozukluğu, tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışı için risk faktörü olarak ileri sürülmektedir[58]. Bu kuvvetli ilişkinin mekanizması ise net değildir. Ebeveyndeki psikopatoloji varlığı çocukta doğrudan problemlere yol açarak çocukların kendilerine zarar vererek baş etmelerine neden olabilir. Ayrıca ebeveyndeki ruhsal sorun, aile anlaşmazlığı veya istismarı gibi üçüncü bir değişkenle bağlantılı olarak ergende intihar düşüncesine yol açabilir. Aynı zamanda psikopatolojiye sahip ebeveynin çocuklarına bakma ve yol gösterme yeteneklerinin azaldığı düşünülmektedir[58]. Aile bireylerinden birinde fiziksel veya ruhsal bir hastalık olması ile alkol ve madde kötüye kullanımı da ergenlerin kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Aile ortamını bozan en önemli olaylardan biri; ebeveynler arasında yaşanan sorunlar ve ayrılıklardır. Boşanma, çocuk ya da ergenin psikolojik uyumunu ve iyilik halini genellikle olumsuz etkilemektedir. İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan depresif hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada intihar girişimi olan grupta boşanma, terk edilme veya ayrı kalmaya bağlı ebeveyn kaybı daha fazla oranda bulunmuştur[59]. Ayrıca aile içi çatışmalar ve yetersiz ebeveyn-çocuk etkileşimi yine intihar davranışları olan ergenlerde daha sık görülmektedir[60].

## **2.5. Bağlanma**

Bağlanma teorisi, bebeklerin bakım verenleriyle duygusal bir bağ oluşturmaları için biyolojik olarak programlandığını ve bağlanma figürünün de çaresiz bebeğe fiziki güvenlik ve rahatlık sağlamaya çalıştığını ileri sürmektedir[61]. Güvenli bağlanmış bebekler için bakım veren stres anında ulaşılabilir ve duyarlıdır. Aynı zamanda çevreyi keşfetme sırasında bebek için ‘güvenli bir üs’ görevini sağlamaktadır. Bu rahat keşif, bebekte duygu düzenleme, özgüven ve problem çözme becerilerinin gelişmesini sağlamaktadır. Ayrıca bağlanma figürü ile uygun etkileşimler kişinin kendisi ve diğerleriyle ilişkileri açısından olumlu temsillerin ortaya çıkmasını sağlar[62]. Bu becerilerin, çocukların çevrelerine uyumunu artırdığı ve hayatı boyunca bu uyum

sürecini etkilediği düşünülmektedir. Birincil bakım veren çocuğun ihtiyaçlarına karşı duyarsız ve tutarsız olduğunda, çocuk bakım verenle iletişim kurma ve ayrılık karşısında kaygı duymaya yatkın hale gelmektedir. Bu nedenle güvensiz bağlanma biçimleri sosyal ve duygusal gelişimi, zorlu durumlarda gerekli başa çıkma stratejileri ve problem çözme becerileri geliştirmeyi engelleyebilir[63].

Genetik ve çevresel etkilerin bebeklerde ve çocuklarda bireysel farklılıklara olan etkisini araştıran çalışmaların bazıları, Bowlby'nin de öngördüğü gibi bağlanma üzerinde genetik değil çevresel faktörlerin etkisini bulmuşlardır[64]. Yapılan bir ikiz çalışmasında ise ergen bağlanmasında genetik etkilerin olabileceği bulunmuştur[65]. Bu çalışmaya göre farklılığın %35'i genlere atfedilebilir. Bu bulgular, çocuğun kalıtsal özelliklerinin ergenlik dönemindeki bağlanma durumlarında rol oynadığını göstermektedir; çocuğun mizaç özelliklerinin bakıcı tarafından sağlanan bakımın hassasiyetinde değişikliklere neden olması mümkündür. Bu, çocuk bakıcı ilişkisindeki bağlanmanın güvenli olup olmamasını da etkiler. Bu nedenle, ebeveyn etkileri, çocuk etkileri ve iki yönlü ebeveyn-çocuk etkileri bağlanmada rol oynayabilir[66].

Anne ile bebek arasında gelişen bağlanmanın özellikleri, annenin bebekliğinde kendi annesiyle geliştirdiği bağlanma özelliklerinden etkilenebilmektedir. Anne bebekten kendi annesi ile sıcak, sevgi dolu ve güvenli bir bağlanma kurmuşsa bu durum evliliğine ve çocuğu ile olan ilişkisine de yansıtılabileceği; dolayısıyla annenin kendi annesiyle daha önceden kurduğu bağlanma stiline, kendi bebeğiyle kurduğu bağlanma stiline de etki edebileceği öne sürülmüştür [67]. Bu bağlamda kendi annesiyle güvenli olmayan bağlanma geliştirmiş bir annenin, kendi bebeğiyle güvenli bağlanma geliştirmesinde sorun olabileceği düşünülebilir.

Bowlby erişkin ruhsal bozuklukların birçoğunun kökeninde erken çocukluk dönemindeki güvenli olmayan bağlanmanın yattığına inanmıştır. Klinik örnekleme içeren çalışmalarda güvensiz bağlanma ergenlerdeki KZVD ile ilişkili bulunmuştur [68]. Yapılan prospektif boylamsal çalışmalar güvensiz bağlanmanın ergenlerde kendine zarar verme davranışında önemli bir risk faktörü olabileceğini göstermiştir[69]. Güvensiz bağlanma stilleri olan ergenler aileleriyle tartışmaları sırasında gereksiz öfke göstermekte ve problem çözmede kaçınma davranışı sergilemektedirler. Olumsuz duygularıyla baş etmek için uygun olmayan yollar geliştirmektedirler[70]. Ergenlerin kendine zarar verme davranışları zayıf problem çözme becerileriyle ilişkilidir.

## 2.6. Öfke

Kendine zarar verme davranışı gösterenlerin öfke kontrolünde sorun yaşadıkları da bilinmektedir[71]. Tetikleyici olay karşısında hissedilen öfke üç şekilde ifade edilir; içe yönlenebilir, dışa yönlenebilir ya da kontrol edilebilir. Öfkeyi içe yönelten çocuklar bu öfke duygusunu içinde tutamazlarsa ve dışa vurmaya da teşvik edilmedilerse, bu çocuklarda öfke kendi bedenine yönlendirilir[72]. Kendine zarar veren ergenlerin sağlıklı grupla karşılaştırıldığı bir çalışmada KZVD olanların stres karşısında daha az dayanıklı oldukları bulunmuştur[73].

Ailenin sosyal yaşamı, çocuğun yaşantılarıyla ilişkisinin gelişiminde etkili olan duygusal ortamı içermektedir. Ailede öfke, şiddet, gerginlik taşıyan olumsuz bir duygusal ortamın varlığı, çocuğun da toplumsal ilişkilerinde olumsuz duygulanım göstermesine neden olur[74]. Okul çağı(6–12 yaş arası) çocukların aile işlevlerini algılayışları ile kızgınlıklarını ifade etme biçimlerini araştıran bir çalışmada; çocukların kızgınlığı ifade etmeyi küçük yaştan itibaren öğrendikleri belirlenmiştir. Çocuklar ailenin sıkıntılarla baş etme yöntemini ve öfkenin dışavurumunu içselleştirmekte ve sorunlar karşısında bu yöntemleri kullanabilmektedirler[75]. Ayrıca dışa yönelik öfkenin, ailede ve sosyal destek sisteminde bir problemin varlığına işaret ettiği de gösterilmiştir[76].

## 2.7. Kendine zarar verme davranışının tedavisi

Kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerin tedavisine yönelik çeşitli yaklaşımlar kullanılmaktadır ancak KZVD bir bozukluk değil bir davranış şekli olarak tanımlandığından bu duruma özgü ilaç tedavisi uygulamaları net değildir. Öncelikle altta yatan psikiyatrik hastalığın tedavisinin yapılması önerilmektedir. İlaç tedavisinin yanı sıra sorun çözme terapisi, bilişsel davranışçı terapiler ve grup psikoterapileri gibi terapötik yaklaşımlar kullanılmaktadır[1]. Kendine zarar verici davranışı olan ergenlerin birçoğunda depresif belirtiler olmasına rağmen az bir kısmı depresif bozukluk tanısı almaktadır. Bu durumda antidepresan tedavi gündeme gelebilir. Antidepresan tedavilerden seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGİ) çocuk ve ergenlerdeki depresif bozuklukta ilk tercih edilen ilaçlar olması sebebiyle depresif belirtilerin eşlik ettiği KZVD olan ergenlerde SSGİ'lerin kullanılabileceği bildirilmektedir[77].



Ergene uygulanacak tedavilerin yanında, aileye yönelik psikoterapötik yaklaşımların (problem çözümüne dayalı ya da sistemik terapiler) uygulanması da önerilmektedir. Terapi yaklaşımlarımdan özellikle problem çözmeye dayalı terapinin önemi üzerinde durulmaktadır. Bu terapide öncelikle çözülmesi gereken sorunları ve hedefleri belirlemek, bu hedefler doğrultusunda atılması gereken adımları saptamak, adımların nasıl aşılacağını kararlaştırmak, ilerlemeyi belirlemek ve bunu engelleyen durumlarla başa çıkmak terapinin temellerini oluşturmaktadır[1].

Diyalektik davranışçı terapi Linehan tarafından borderline kişilik bozukluğu olan erişkinler için geliştirilmiş geniş kapsamlı prensip tabanlı multimodal bir tedavidir[78]. Yapılan birçok randomize kontrollü çalışmada KZVD'yi azalttığı, hastaların tedaviye uyumunu, kişisel ve sosyal işlevselliğini arttırdığı gösterilmiştir[79]. Diyalektik davranışçı terapi Miller ve arkadaşları tarafından kendine zarar veren borderline kişilik özellikleri olan ergenlerin ayaktan tedavisi için uyarlanmıştır. Tedavinin süresi 12 aydan 3 ile 5 aya kısaltılmış, aile ve diğer bakım verenler için haftalık beceri eğitimi grupları ve duygu düzenleme bozukluğu olan ergenler ve ailelere bu eksiklikleri gidermek için yeni beceri modülleri eklenmiştir[80]. Bazı çalışmalarda ergen-diyalektik davranışçı terapinin tedaviye uyum ve memnuniyeti artırarak kendine zarar vermeyi azaltmada etkili olabileceği öne sürülmektedir[81, 82].

### 3. ÇALIŞMANIN AMACI VE HİPOTEZLER

#### 3.1. Çalışmanın amacı

Bu çalışmada Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine bir yıl içinde başvuran ve intihar niyeti olarak ya da intihar niyeti olmadan kendine zarar verme davranışları olan ergenlerin sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerinin ve annelerindeki psikiyatrik özelliklerin belirlenmesi, hem ergenlerde hem de annelerindeki öfke ifade becerileri ve bağlanma biçimleri arasında bir ilişkinin olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek verilerle bir yandan kendine zarar veren ergenlere yönelik tedavi stratejileri geliştirilirken, diğer yandan sağlıklı ergenlere yönelik önleyici yaklaşımların ortaya konması öngörülmektedir.

#### 3.2. Çalışmanın hipotezleri

- İntihar niyeti olmadan kendine zarar veren ergenler (KZV) ve intihar girişimi olan (İG) ergenler sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla psikopatolojiye sahiptir.
- Sağlıklı kontrol grubuna göre İG ve KZVD olan ergenlerde umutsuzluk, öfke, dürtüsellik ve disosiyatif yaşantılar daha fazladır.
- Sağlıklı kontrol grubuna göre KZVD ve İG olan ergenlerin annelerinde daha fazla psikiyatrik belirtiler vardır.
- Sağlıklı kontrollere göre KZVD ve İG olan gruplarda güvensiz bağlanma biçimlerinin daha fazladır.
- İntihar girişimi olan grup intihar niyeti olmadan sadece KZVD olan grupla kıyaslandığında daha fazla psikiyatrik ek tanılara sahiptir. Yine İG grubu sadece KZVD grubuna göre daha fazla umutsuzluk yaşantısına sahiptir.

## 4. YÖNTEM VE GEREÇLER

### 4.1. Örneklem

Çalışmaya Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 2016 Haziran– 2017 Haziran tarihleri arasında başvuran 12-18 yaş arası intihar niyeti ve girişim olarak kendine zarar verici davranışı olan (n=30), intihar niyeti ve girişimi olmadan sadece kendine zarar verici davranışı olan (n=30) ve herhangi bir girişimi veya davranışı olmayan sağlıklı kontrollerden (n=30) oluşmak üzere toplam 90 ergen dahil edilmiştir. Çalışmadaki örneklem büyüklüğü güç analizine göre belirlenmiştir. Örnek araştırma üzerinde F-testi kullanılarak yapılan analizde alfa= 0,05 ve %80 istatistiksel güç ile çalışmayı yürütmek için her grupta en az 29 katılımcının olması gerektiği hesaplanmıştır[83].

#### İçleme ölçütleri:

Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvurmuş olmak,

- Kendine zarar verici davranış ve/veya intihar girişiminde bulunmuş olmak,
- 12-18 yaş aralığında olmak,
- Annenin sağ olması,
- Annenin ve ergenin okur yazar olması,
- Gönüllü olmak ve onam vermektir.

#### Dışlama ölçütleri:

- Klinik olarak zeka geriliğinin olması,
- Ergenlerde psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu veya yaygın gelişimsel bozukluk tanısı olmasının,
- Ergenin ek fiziksel ve nörolojik bir hastalığının olması,
- Annenin psikiyatrik tanısının olması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemesi olarak belirlenmiştir.

## 4.2. Veri Toplama Araçları

### 4.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik Veri Formu araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup anne, baba ve ergenin yaşı, eğitim durumları, gelir düzeyi, ergenin sigara/alkol/madde kullanım durumları, daha önceki psikiyatrik başvuru ve ilaç kullanım bilgileri, kendine zarar verme davranışı varlığı, varsa intihar girişimi, intihar girişimi sayısı, intihar girişimi yöntemi, pişmanlık durumu gibi bilgileri sorgulamaktadır (EK-1).

### 4.2.2. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli görüşmesi

Çalışmaya alınan ergenler ve annelerine “Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli”-(*Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children-Present and Lifetime version: K-SADS*) uygulanmıştır. Kauffman ve arkadaşları (1996) tarafından DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre 6–18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde, psikopatoloji taramak amacıyla geliştirilen, öğrenme güçlüğü, gelişimsel bozukluklar ve negatif belirtili şizofreni dışındaki psikiyatrik bozuklukları tarayan, yarı-yapılandırılmış bir psikiyatrik görüşme çizelgesidir[84]. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır[85](EK-2).

### 4.2.3. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE), Klonsky ve Glenn (2009) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bildik ve ark. (2012) tarafından yapılmıştır. İki bölümden oluşan bir ölçektir. İlk bölümde (Davranışlar), “kasıtlı olarak yapılan ve intihar amacı taşımayan” 12 çeşit kendine zarar verici davranışın yaşam boyu sıklığı sorgulanır. Kendini kesme, kendini ısırma, cilde harf/şekil kazıma, yakma, çimdikleme, saç kopartma, tırnaklama, kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma, yara iyileşmesine engel olma, cildi sert bir yere sürme, kendine iğne batırma, tehlikeli/zararlı madde içme/yutma sorgulanan davranışlardır. Bu bölümde katılımcılara, her davranışı kaç kez gerçekleştirdiği sorulur. Ayrıca beş ek soru ile bu davranışların tanımlayıcı ve yapısal özellikleri araştırılır.

Envanterin ilk bölümünde “bir ve daha fazla sayıda KZVD belirten” katılımcılar, ölçeğin ikinci bölümünü (İşlevler) yanıtlamaya yönlendirilir. Bu bölümde toplam 39 soru ile iki ayrı boyut altında (Otonom ve Sosyal işlevler) 13 soru ile KZVD'nin işlevi sorgulanır. Otonom işlevler 5 alt boyuttan oluşmaktadır: affekt regülasyonu, özkıyımı önleme, sıkıntıyı etiketleme, kendini cezalandırma ve çözülmeyi önleme. Sosyal işlevler ise 8 alt boyuttan oluşmaktadır: kişiler arası sınırlar, kişiler arası etkileşim, intikam alma, heyecan arama, akranlarla bağ kurma, dayanıklılık, özerklik ve kendiyile ilgilenme. Her işlevdeki sorular, “hiç uygun değil-0”, “kısmen uygun-1”, “çok uygun-2” olmak üzere 3 dereceli bir ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Sosyal ve otonom işlevlere ait her bir alt işlev puanı toplanarak “toplam sosyal” ve “toplam otonom işlev” puanları elde edilir. Ayrıca envanterin tüm maddelerinin toplanması ile “KZVDDE İşlevler toplam puanı” da elde edilmektedir [86] (EK-3).

#### **4.2.4. Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama ölçeği**

Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) (Self-report for Childhood Anxiety Related Disorders; SCARED), Birmaher tarafından geliştirilmiş anksiyete bozukluklarının değerlendirilmesinde kullanılan bir öz-bildirim ölçeğidir. Panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, seperasyon anksiyetesi, sosyal fobi ve okul korkusunun semptomlarını sorgulayan 41 madde bulunmaktadır. Her soru için “hiçbir zaman”, “bazen” ve “her zaman” seçenekleri vardır. Bu seçenekler sırası ile “0”, “1” ve “2” olarak puanlanır ve toplam puan elde edilir. Kesim değeri olarak 25 ve üzeri puan kaygı bozukluğu için uyarı olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde geçerlilik güvenilirliği Çakmakçı tarafından yapılmıştır[87](EK-4).

#### **4.2.5. Çocuklar için Depresyon Ölçeği**

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (Children's Depression Inventory; CDI), çocukluk depresyonunu araştırmada kullanılan, 6-17 yaş arası çocukların kendini değerlendirdiği bir ölçektir ve Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak geliştirilmiştir. Cinsellikle ilgili sorular çıkarılarak okul durumu ve arkadaş çevresi ile ilgili sorular eklenmiştir[88]. Türkçe geçerlik güvenilirliği Öy tarafından yapılmıştır[89]. Ölçekte 27 madde yer alır ve cevaplarda 0, 1 veya 2 puanlık üç ayrı seçenek bulunmaktadır. Ölçek

puanlaması sonucunda 0-54 arasında bir değer bulunur. Depresyon için kesme puanı 19'dur (EK-5).

#### **4.2.6. Beck Umutsuzluk Ölçeği**

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) (Beck Hopelessness Scale; BHS), Beck ve arkadaşları (1974) tarafından umutsuzluk derecesini objektif olarak belirlemek amacıyla geliştirilmiş 20 maddelik kendini değerlendirme türünde bir ölçektir. Bu ölçekle, bireyin geleceğe yönelik karamsarlık derecesinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Sorular "doğru veya yanlış" şeklinde yanıtlanmakta ve olumsuz beklentileri yansıtmaktadır. Verilen anahtar ile uyumlu her yanıt 1 puan almakta, uyum sağlamayan yanıtlara ise puan verilmemektedir. Elde edilen toplam puan "umutsuzluk" puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin puan aralığı 0-20 arasında olup, sorular duygusal, motivasyonel ve bilişsel boyutları kapsamaktadır. Ölçek "Gelecek ile İlgili Duygular", "Motivasyon Kaybı", ve "Gelecek ile İlgili Beklentiler" olmak üzere üç faktörden oluşmaktadır. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Seber ve arkadaşları (1993) ile Durak (1994) tarafından yapılmıştır[90] (EK-6).

#### **4.2.7. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği**

Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (EDYÖ) (Adolescent Dissociative Experiences Scale; ADES), ergen yaş grubunda disosiyatif bozuklukları saptamada yararlı olan, geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş, öz bildirim dayalı bir ölçme aracıdır. Armstrong ve Putnam tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek tanı koydurucu bir araç olmayıp daha çok tarama ya da disosiyatif yaşantıları derecelendirme amacıyla kullanılmaktadır. Ülkemizde geçerlik-güvenirlik çalışmasını Zoroğlu ve arkadaşları gerçekleştirmiştir. Ölçek 30 maddeden oluşur ve her bir madde için 0(hiç) ile 10 (her zaman) arasındaki değerlendirme puanlarından birisi işaretlenir. Toplam EDYÖ puanı 30 maddeden alınan puanların toplanıp madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Puan ortalaması 3,7 ve üzerinde olduğu durumlarda disosiyatif psikopatoloji açısından değerlendirilmelidir [91] (EK-7).

#### 4.2.8. Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği

Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği (The State-Trait Anger Scale; SÖÖTÖ): Spielberger tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun çevirisi ve geçerlilik çalışması Özer ve ark. tarafından yapılmıştır[92]. Ölçek, “Sürekli Öfke, Öfke-İçte, Öfke-Dışa ve Öfke Kontrol” alt ölçeklerinden oluşur. Kişiler ölçekte verilen tümcelerin kişiyi ne kadar tanımladığı sorusuna "1" hiç tanımlamıyor, "2" biraz tanımlıyor, "3" oldukça tanımlıyor ve "4" tümüyle tanımlıyor şeklinde yanıtlar verilmektedir. Sürekli Öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu, Öfke Kontrol alt ölçeğindeki yüksek puanlar yüksek öfke kontrol düzeyini, Öfke-Dışa alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade edilir olduğunu ve Öfke-İçte alt ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir[93] (EK-8).

#### 4.2.9. İlişki Ölçekleri Anketi Ergen Formu

İlişki Ölçekleri Anketi-Ergen Formu, Bartholomew ve Horowitz tarafından ergenler için geliştirilen bir bağlanma ölçeğidir[94]. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sümer ve Güngör tarafından yapılan bu ölçek bağlanma stillerini ölçmek için kullanılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı 0.82'dir. Ölçek 17 maddeden oluşmakta ve 4 bağlanma stilini tanımlamaktadır: Güvenli, korkulu, saplantılı ve kayıtsız[95]. Güvenli bağlanma biçimine sahip kişiler kendiliklerini değerli ve sevilebilir algılandıkça, diğer insanları ulaşılabilir ve duyarlı olarak görürler. Bu kişilerin benlik saygıları yüksektir ve yakınlık kurmaktan rahatsız olmazlar. Korkulu bağlanma biçimine sahip kişiler kendiliklerini değersiz görmekte ve diğerlerini olumsuz değerlendirmektedir. Kendisinin sevilmeye layık birisi olmadığını ve başkalarının da reddedici olduğunu düşünür. Kişi bu nedenle yakın ilişki kurmaktan kaçınır veya kurduğu ilişkilerde sorun yaşar. Saplantılı bağlanan kişiler kendiliklerini değersiz bulurken diğerlerini olumlu değerlendirmektedirler. Bu kişiler başkalarının onayı ve kabulünü kazanmaya çalışırlar ve bu durumla aşırı meşgul olurlar. Başkalarıyla yakın ilişkiler kurmayı arzu ederler. Onlarla yapışkan biçimde ilişki kurmak istediklerinden, diğerlerini kendilerinden uzaklaştırabilmektedirler. Kayıtsız bağlanan kişiler kendiliklerini değerli ve sevilebilir olarak görürler fakat diğerlerine karşı olumsuz değerlendirmeleri vardır. Bu kişiler hayal kırıklığına uğramamak ve reddedilmemek için yakın ilişkilerden kaçınırlar,

böylece bağımsız ve güçlü olmaya çalışarak olumlu kendilik algılarını devam ettirirler.[96](EK-9).

#### 4.2.10. Ruhsal Belirti Tarama Listesi

Ruhsal Belirti Tarama Listesi (Symptom Distress Check List) (SCL-90 R), Derogatis ve ark. tarafından Hopkins Symptom Check List olarak bilinen envanterden yararlanılarak geliştirilmiştir. Bireylerin kendilerinin tanımladığı çeşitli ruhsal belirtileri tanıyıp ölçmeye yönelik 90 sorudan oluşan bir ölçektir ve 10 alt grubu vardır:

1. Somatizasyon (SOMA) grubu: Çeşitli bedensel işlevlere ilişkin zorlanmaları,
2. Obsesif-kompulsif (OB-KO) grubu: Kişinin düşünmekten ve/veya yapmaktan kendini almadığı istenmeyen düşünce ve davranışların yarattığı zorlanmaları,
3. Kişilerarası Duyarlık (KADU) grubu: Bireyin yetersizlik ve kendini aşağılama duygularından kaynaklanan zorlanmayı,
4. Depresyon (DEPR) grubu: Depresif ruh hali ve duygulanımla, yaşam isteğinin azalması, enerji kaybı ve intihar düşünceleri gibi zorlanmaları,
5. Anksiyete (ANKS) grubu: Aşırı düzeyde kaygı ile bağlantılı zorlanmaları,
6. Düşmanlık (DÜŞM) grubu: Öfke, saldırganlık ve kırgınlık duygularından kaynaklanan zorlanmayı,
7. Fobik anksiyete (FOKA) grubu: Kaçma ve kaçınma gibi fobik davranışlarla belirginleşen tablonun yarattığı zorlanmayı,
8. Paranoid Düşünce (PADÜ) grubu: Yansıtıcı, kuşkucu ve düşmanca düşüncelerle grandiyöze ve otonomi kaybı gibi korku ve sanrıların ön plana çıktığı zorlanmayı,
9. Psikotizm (PSİK) grubu: Sosyal çevreden uzaklaşmayı, şizoid yaşam biçimi veya şizofrenik sanrı ve varsanıların belirgin olduğu zorlanmayı,
10. Ek ölçek (EKÖL): Yemek yeme, uyku bozuklukları ve suçluluk duyguları gibi genel zorlanma belirtilerini ölçmektedir.

Ölçeği cevaplayan kişi her soru için “hiç-0”, “çok az-1”, “orta derece-2”, “oldukça fazla-3”, “ileri derecede-4” şeklinde işaretlemelerde bulunarak beş dereceli ölçüm ifadesi vermektedir. Bireyin her bir alt ölçeğe verilen skorlar toplanıp o alt ölçekteki maddelerin sayısına bölünmesiyle puan elde edilir. Toplam belirti puanının toplam madde sayısına bölünmesiyle de genel semptom ortalaması elde edilmektedir.



Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Kılıç tarafından (1991) yapılmıştır [97](EK-10).

#### **4.2.11. İlişki Ölçekleri Anketi (Anne formu)**

İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA), Griffin ve Bartholomew (1994) tarafından geliştirilmiş olup 30 maddeden oluşur ve dört bağlanma prototipini ölçmeyi amaçlamaktadır[98]. Katılımcılar, her bir maddenin kendilerini ve yakın ilişkilerdeki genel tutumlarını ne derece tanımladığını 7 basamaklı bir ölçek üzerinde işaretlerler. “Güvenli” ve “kayıtsız” bağlanma stilleri beşer maddeyle ölçülürken, “saplantılı” ve “korkulu” bağlanma stilleri dörder madde ile ölçülmektedir. Dört bağlanma stilini yansıtan sürekli puanlar, bu stilleri ölçmeyi hedefleyen maddelerin toplanmasından ve bu toplamın her bir alt ölçekteki madde sayısına bölünmesinden elde edilmektedir. Böylece, alt ölçeklerden alınabilecek puanlar 1 ile 7 arasında değişmektedir. Bu yolla elde edilen sürekli puanlar katılımcıları bağlanma stilleri içerisinde gruplandırmak için de kullanılmaktadır. Gruplandırma sürecinde her bir katılımcı, en yüksek puana sahip olduğu bağlanma kategorisine atanmaktadır [95] (EK-11).

#### **4.2.12. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği**

Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (TURGAY-9) Atilla Turgay tarafından DSM-IV tanı ölçütleri temel alınarak geliştirilmiştir. Ölçek; 9'u dikkat eksikliğini, 9'u aşırı hareketlilik ve dürtüselliği, 8'i karşıt olma karşı gelme bozukluğunu (KOKGB), 15'i davranım bozukluğunu (DB) sorgulayan 41 sorudan oluşmuştur. Her madde 0- hiç yok, 1-biraz, 2- oldukça fazla, 3-çok fazla biçiminde puanlanmaktadır ve 2 ya da 3 puan almış olması o belirti için pozitif sayılmaktadır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı için 9 dikkat eksikliğini sorgulayan maddenin en az 6'sının, 9 aşırı hareketlilik ya da dürtüselliği sorgulayan maddenin en az 6'sının; KOKGB tanısı için 8 maddenin en az 4'ünün ve DB tanısı için ise 25 maddenin en az 2'sinin 6 ay ya da 1 yıl süreyle pozitif yanıtla karşılanması gerekmektedir. Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışması Ercan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır[99] (EK-12).

### 4.3. Uygulama

Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri(BAP) TPF-16018 numaralı uzmanlık tez projesi ödeneği ile bütçesi ile gerçekleştirilmiştir. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Polikliniği'ne başvuran 12-18 yaş arası gençler arasında kendine zarar verme davranışı gösteren ergenler ve acil birimlere intihar girişimi ile başvuran ve polikliniğimize yönlendirilen ergenler ve annelerine çalışma hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alınmıştır. Çalışmadaki sağlıklı kontrol grubu içleme ve dışlama ölçütlerine uyan ancak herhangi bir fiziksel veya psikiyatrik belirtisi olmayan hasta kontrol grubuna benzer sosyodemografik özelliklere sahip ergenler ve annelerinden oluşmaktadır.

Sosyodemografik veri formu ile genel bilgi alındıktan sonra, psikiyatrik değerlendirme K-SADS ile yapılmış ve katılımcıların şimdiki tanıları belirlenmiştir. Tüm ergenlere Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği, Çocuklar için Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği, İlişki Ölçekleri Anketi-Ergen Formu verilmiştir.

Ergenlerin annelerine ise Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90), Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği, Atilla Turgay Yıkıcı Davranım Bozuklukları Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, İlişki Ölçekleri Anketi verilmiştir.

### 4.4. İstatistiksel Yöntem

Bu tez çalışmasında istatistiksel analizler SPSS 20.0 [100] yazılımı kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) incelendi. Tanımlayıcı analizler normal dağılan değişkenler için ortalama, standart sapmalar ve medyan kullanılarak verildi. Gruplar Pearson Ki-Kare ve Fisher's Exact Testleri ile karşılaştırıldı. Bonferroni düzeltmesi ve post-hoc analizler uygulandı. Verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda 2'li gruplar Mann Whitney U testi ile, 2'den fazla gruplar ise Kruskal Wallis testi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık için p değerinin 0.05'in altında olması kabul edildi.

#### **4.5. Etik kurul**

Bu tez çalışması için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2016/879 sayılı karar ile onay alındı (EK-13). Tüm ergenlere ve annelerine "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" okutuldu ve imzalatıldı (EK-14).



## 5. BULGULAR

### 5.1. Sosyodemografik özellikler

Çalışmadaki tüm katılımcıların (n=90) yaş ortalaması 15,7±1,2'dir. Katılımcılardan 71'i (%79) kız, 19'u (%21) erkektir. Cinsiyete göre gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Aile demografik verileri incelendiğinde annelerin yaş ortalaması 42,3±5,7'dir. Babaların yaş ortalaması 45.6±5.3'dür. Katılımcıların yaşı, anne yaşı ve baba yaşı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur (p>0,05)(Tablo2).

**Tablo 2: Gruplardaki katılımcı yaşı, anne yaşı ve baba yaşının karşılaştırılması**

	KZVD (n=30)			İG+KZVD (n=30)			KONTROL(n=30)			p*
	Ortalama	SS	Medyan	Ortalama	SS	Medyan	Ortalama	SS	Medyan	
<b>Yaş</b>	15,67	1.18	16,00	15,87	1.11	16,00	15,27	0.91	15,00	0,051
<b>Anne yaşı</b>	42,33	5.37	42,00	43,03	7.32	42,00	41,43	4.35	40,50	0,775
<b>Baba yaşı</b>	45,47	4,55	45,00	45,33	5,76	46,00	45,90	5,60	46,00	0,852

KZVD: Kendine zarar veren davranış

İG+KZVD: İntihar girişimi ile kendine zarar veren davranış

Kontrol: Sağlıklı kontrol

SS: Standart sapma

p: Kruskal-Wallis Testi

Katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığında, orta öğretim olan 10 kişi (%11,1), lise öğrencisi olan 64 kişi (%71,1), okulu terk eden 16 kişi (%17,8)'dir. Okulu terk etme durumu İG+KZVD olan grupta en fazladır (p=0,013) (Tablo 3).

Çalışmadaki katılımcıların gelir düzeyine bakıldığında ise çoğunluğun (%64,4'ünün) gelir seviyesinin düşük olduğu görülmüştür. Ailelerin büyük çoğunluğunun (%83,3) çocuk sayısı en fazla 3'tür. İntihar niyeti olmadan kendine zarar verme davranışı olan grupta anne eğitim seviyesi daha düşüktür (p=0,003). Ailede psikiyatrik hastalık tanısı KZVD grubunda anlamlı bir şekilde diğer gruplardan daha fazladır (p=0,044). Sağlıklı kontrol grubunda daha fazla anne-baba birlikteliğine rastlanmıştır (p=0,022). Gelir düzeyi,

çocuk sayısı, babanın eğitim düzeyi, ailede tıbbi hastalık olması, ailede intihar girişimi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 3).

**Tablo 3: Ergenlerin demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

		KZVD		İG+KZVD		KONTROL		p <sup>1</sup>
		(n=30)		(n=30)		(n=30)		
		n	%	n	%	n	%	
<b>Okul</b>	Ortaokul	3	10,0	1	3,3	6	20,0	<b>0,013*</b>
	Lise	20	66,7	20	66,7	24	80,0	
	Okul Terk	7	23,3	9	30,0	0	0,0	
<b>Cinsiyet</b>	Kız	21	70,0	25	83,3	25	83,3	0,344
	Erkek	9	30,0	5	16,7	5	16,7	
<b>Gelir düzeyi</b>	Alt düzey	20	66,7	21	70,0	17	56,7	0,220
	Orta düzey	7	23,3	7	23,3	13	43,3	
	Yüksek düzey	3	10,00	2	6,7	0	0,00	
<b>Anne Eğitim Durumu</b>	Okuryazar değil	2	6,67	0	0,0	0	0,0	<b>0,003</b>
	İlk Okul	18	60,0	14	46,7	12	40,0	
	Orta Okul	1	3,33	4	13,3	4	13,3	
	Lise	6	20,0	10	33,3	11	36,7	
	Yüksek Okul	3	10,0	2	6,7	3	10,0	
<b>Baba Eğitim Durumu</b>	Okuryazar değil	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,665
	İlk Okul	10	33,3	8	26,7	9	30,0	
	Orta Okul	4	13,3	3	10,0	6	20,0	
	Lise	12	40,0	16	53,3	12	40,0	
	Yüksek Okul	4	13,3	3	10,0	3	10,0	
<b>Anne baba birliktelik durumu</b>	Evli	21	70,0	19	63,4	30	100,0	<b>0,022*</b>
	Boşanmış	7	23,3	7	23,3	0	0,0	
	Ayrı	0	0,0	1	3,3	0	0,0	
	Ölü	2	6,7	3	10,0	0	0,0	

**Tablo 3: Ergenlerin demografik özelliklerinin karşılaştırılması (devamı)**

		KZVD (n=30)		İG+KZVD (n=30)		KONTROL (n=30)		p <sup>1</sup>
		n	%	n	%	n	%	
<b>Ailede Tıbbi hastalık</b>	Var	4	13,3	4	13,3	0	0,00	0,111
	Yok	26	86,7	26	86,7	30	100,0	
<b>Ailede Psikiyatrik tanı</b>	Var	8	26,7	6	20,0	1	3,3	<b>0,044*</b>
	Yok	22	73,3	24	80,0	29	96,7	
<b>Ailede İntihar girişimi</b>	Var	2	6,7	4	13,3	0	0,00	0,117
	Yok	28	93,3	26	86,7	30	100,0	

KZVD: Kendine zarar veren davranış

İG+KZVD: İntihar girişimi ile kendine zarar veren davranış

Kontrol: Sağlıklı kontrol

p<sup>1</sup> Ki-kare (Fisher's Exact)

Tüm katılımcılar incelendiğinde sigara kullanan 35 kişi (%38,89), alkol kullanan 28 kişi (%31,11) ve madde kullanan 14 kişi (%15,56) bulunmaktadır. Sigara, alkol ve madde kullanımı İG+KZVD grubunda diğer gruplara göre daha yüksek oranda saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 4).

**Tablo 4: Ergenlerin sigara, alkol, madde kullanma durumlarının karşılaştırılması**

		KZVD		İG+KZVD		KONTROL		p <sup>1</sup>
		(n=30)		(n=30)		(n=30)		
		N	%	n	%	n	%	
<b>Sigara</b>	Yok	19	63,3	8	26,7	28	93,3	<b>&lt;0,001*</b>
	Var	11	36,7	22	73,3	2	6,7	
<b>Alkol</b>	Yok	20	66,7	15	50,0	27	90,0	<b>0,004*</b>
	Var	10	33,3	15	50,0	3	10,0	
<b>Madde</b>	Yok	25	83,3	21	70,0	30	100,0	<b>0,006*</b>
	Var	5	16,7	9	30,0	0	0,00	

KZVD: Kendine zarar veren davranış

İG+KZVD: İntihar girişimi ile kendine zarar veren davranış

Kontrol: Sağlıklı kontrol

p<sup>1</sup> Ki-kare (Fisher's Exact)

Daha önce psikiyatrik yardım arama, zamanı ve daha önce psikiyatrik ilaç kullanma durumları gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Buna göre KZVD olan grup, 1 yıldan daha uzun süre önce psikiyatrik başvuru yapmıştır (p< 0,01). Daha önce ilaç kullananların sayısı ise İG+KZVD grubunda diğer gruplara göre anlamlı bir şekilde daha fazladır (p=0,01) (Tablo 5).

**Tablo 5: Ergenlerin psikiyatrik geçmişlerinin karşılaştırılması**

		KZVD		İG+KZVD		KONTROL		p*
		(n=30)		(n=30)		(n=30)		
		N	%	n	%	n	%	
<b>Daha önceki psikiyatrik başvuru</b>	yok	19	63,3	14	46,7	29	96,7	<b>&lt;0,001</b>
	<1 ay	0	0,0	1	3,3	0	0,0	
	2-6ay	3	10,0	7	23,3	0	0,0	
	7-12ay	0	0,0	3	10,0	0	0,0	
	>1 yıl	8	26,7	5	16,7	1	3,3	
<b>Daha önce ilaç kullanımı</b>	yok	26	86,7	22	73,3	30	100,0	<b>0,01</b>
	var	4	13,3	8	26,7	0	0,0	

KZVD: Kendine zarar veren davranış, İG+KZVD: İntihar girişimi ile kendine zarar veren davranış, Kontrol: Sağlıklı kontrol, p\* Ki-kare (Fisher's Exact)

## 5.2. Ergenlerin aldıkları psikiyatrik tanılar

Tüm katılımcılarla psikiyatrik görüşme yapılmış ve K-SADS uygulaması sonucuna göre şimdiki tanıları değerlendirilmiş ve gruplar karşılaştırılmıştır. Sağlıklı kontrol grubu örneklem seçilirken beklenildiği üzere herhangi bir psikiyatrik tanıyı karşılamamaktaydı. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu(DEHB), davranım bozukluğu(DB), yaygın anksiyete bozukluğu(YAB) ve majör depresyon tanıları açısından iki grup arasında (KZVD ve İG+KZVD) arasında anlamlı farklılık vardı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu varlığı KZVD olan grupta İG+KZVD olan gruptan anlamlı bir şekilde fazladır ( $p<0,05$ ).Olgu gruplarından İG+KZVD olan ergenlerde DB, YAB ve depresyon tanıları KZVD olan gruptan anlamlı bir şekilde fazladır ( $p<0,05$ ) (Tablo 6).



**Tablo 6: Hasta gruplarının aldığı psikiyatrik tanıların karşılaştırılması**

	KZVD		İG+KZVD		P*
	N	%	n	%	
<b>Madde kötüye kullanım</b>	3	10,0	3	10,0	0,275
<b>Yeme bozukluğu</b>	0	0,0	1	3,3	0,364
<b>TSSB</b>	2	6,7	3	10,0	0,227
<b>Panik bozukluk</b>	1	3,3	0	0,0	0,364
<b>Sosyal fobi</b>	3	10,0	2	6,7	0,227
<b>Özgül fobi</b>	3	10,0	3	10,0	0,160
<b>Karşıt olma karşı gelme</b>	2	6,7	1	3,3	0,355
<b>DEHB</b>	13	43,3	7	23,3	<b>0,000*</b>
<b>Davranım bozukluğu</b>	8	26,7	11	36,7	<b>0,002</b>
<b>YAB</b>	8	26,7	9	30,0	<b>0,005*</b>
<b>Depresyon</b>	12	40,0	18	60,0	<b>0,000*</b>

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

KZVD: Kendine zarar veren davranış

İG+KZVD: İntihar girişimi ile kendine zarar veren davranış

p<sup>1</sup> Ki-kare

### 5.3. Ergenlerdeki psikiyatrik belirtiler

Katılımcıların kaygı, depresyon, umutsuzluk düzeyleri ve disosiyatif yaşantılamalarını belirlemek için kullanılan ÇDÖ, ÇATÖ, BUÖ, EDYÖ ölçeklerin puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre tüm ölçeklerden elde edilen toplam puanlar İG+KZVD grubunda diğer gruplara göre anlamlı bir şekilde yüksektir ( $p<0,01$ ). (Tablo 7).

**Tablo 7: Gruplardaki psikiyatrik belirtilerin ölçek puanlarına göre değerlendirilmesi**

		Ortalama	SS	Medyan	P
<b>ÇDÖ</b>	KZVD	19,73	8,60	21,00	
	İG+KZVD	25,67	8,04	25,00	<b>&lt;0,001</b>
	KONTROL	7,87	3,61	8,50	
<b>ÇATÖ</b>	KZVD	31,27	13,61	34,00	
	İG+KZVD	38,33	12,51	38,00	<b>&lt;0,001</b>
	KONTROL	17,63	9,23	16,00	
<b>EDYÖ</b>	KZVD	3,31	1,67	2,93	
	İG+KZVD	4,48	2,47	3,89	<b>&lt;0,001</b>
	KONTROL	1,82	1,50	1,46	
<b>BUÖ</b>	KZVD	8,40	4,02	9,50	
	İG+KZVD	10,77	4,50	11,00	<b>&lt;0,001</b>
	KONTROL	4,73	3,38	4,00	

ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği

EDYÖ: Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği

KZVD: Kendine zarar veren davranış

İG+KZVD: İntihar girişimi ile kendine zarar veren davranış

Kontrol: Sağlıklı kontrol

SS: Standart Sapma

p<sup>1</sup> Kruskal-Wallis Test

### 5.4. Annelerin psikiyatrik belirtileri

Annelere uygulanan psikiyatrik belirtileri tarama (SCL-90) karşılaştırıldığında, somatizasyon, obsesif-kompulsif, depresyon, kişiler arası duyarlılık alt puan belirtileri KZVD olanlarda diğer gruplara göre anlamlı olarak fazladır ( $p<0,05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8: Annelerin SCL-90 R alt ölçeklerinden aldıkları puanların karşılaştırılması**

	KZVD			İG+KZVD			KONTROL			p
	Ortalama	S.S.	Medyan	Ortalama	S.S.	Medyan	Ortalama	S.S.	Medyan	
<b>Genel belirti ortalaması</b>	1,29	0.8	1,05	1,14	0.7	0,93	0,84	0.5	0,77	0,068
<b>Somatizasyon</b>	1,59	1.0	1,41	1,47	0.9	1,37	0,98	0.7	0,75	<b>0,020</b>
<b>Anksiyete</b>	1,14	0.9	0,80	1,04	0.7	0,80	0,84	0.7	0,72	0,423
<b>Obsesif kompulsif</b>	1,59	0.8	1,60	1,17	0.7	1,20	0,76	0.5	0,66	<b>&lt;0,01</b>
<b>Depresyon</b>	1,67	1.0	1,54	1,40	0.8	1,34	1,07	0.6	1,09	<b>0,038</b>
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	1,46	1.0	1,33	1,18	0.9	1,06	0,83	0.6	0,83	<b>0,026</b>
<b>Psikotizm</b>	0,73	0.7	0,50	0,53	0.5	0,35	0,39	0.5	0,20	0,224
<b>Paranoid düşünce</b>	1,04	0.8	0,92	0,99	0.9	0,78	0,58	0.6	0,50	0,051
<b>Öfke</b>	1,19	1.0	0,92	0,88	0.7	0,50	0,78	0.7	0,71	0,160
<b>Fobik anksiyete</b>	0,63	0.6	0,57	0,60	0.6	0,50	0,54	0.4	0,53	0,998
<b>Ek Belirtiler</b>	1,41	0.9	1,28	1,35	0.9	1,35	1,01	0.7	0,85	0,178

p<sup>1</sup> Kruskal-Wallis Test

KZVD: Kendine zarar veren davranış

İG+KZVD: İntihar girişimi ile kendine zarar veren davranış

Kontrol: Sağlıklı kontrol

### 5.5. Bağlanma biçimleri

Tüm katılımcı ergenler ile annelerinin bağlanma biçimleri karşılaştırılmıştır. Buna göre “ergenlerde saplantılı bağlanma” KZVD olan grupta anlamlı bir şekilde diğer gruplara göre daha fazladır (p=0,009). Sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerde güvenli bağlanma en sık (%63) oranda görülürken, güvenli bağlanmaya KZVD grubunda %23, İG+KVZD

grubunda %20 oranında rastlanmıştır. Annelerin bağlanması ise tüm gruplarda en çok “güvenli bağlanma” biçimindedir. (Tablo 9).

**Tablo 9: Gruplardaki ergenler ve annelerinin bağlanma biçimlerinin karşılaştırılması**

		KZVD		İG+KZVD		KONTROL		P
		N	%	n	%	n	%	
<b>Ergen</b>	Güvenli	7	23,3	6	20,0	19	63,4	<b>0,009*</b>
	Saplantılı	10	33,4	8	26,7	4	13,3	
	Korkulu	4	13,3	8	26,7	3	10,0	
	Kayıtsız	9	30,0	8	26,7	4	13,3	
<b>Anne</b>	Güvenli	11	36,7	12	40,00	21	70,0	0,119
	Korkulu	8	26,7	11	36,67	4	13,3	
	Saplantılı	5	16,6	4	13,33	2	6,7	
	Kayıtsız	6	20,0	3	10,00	3	10,0	

KZVD: Kendine zarar veren davranış

İG+KZVD: İntihar girişimi ile kendine zarar veren davranış

Kontrol: Sağlıklı kontrol

p<sup>1</sup> Ki-kare (Fisher's Exact)

## 5.6. Öfke ve öfke ifadeleri

Gruplardaki ergenler ve anneleri öfke ifadesi şekline göre karşılaştırılmıştır. Buna göre ergenlerde dışa vurulan öfke ifadesi KZVD grubunda ve İD+KZVD grubunda eşit oranda görülmektedir ve sağlıklı kontrol grubuna göre çok fazladır ( $p<0,01$ ). Annelerin öfke ifadesine bakıldığında ise daha çok kontrol altında öfkeye sahip oldukları görülmüştür (Tablo 10)

**Tablo 10: Ergenler ve annelerinin öfke ifadesi şekillerinin karşılaştırılması**

		KZVD		İG+KZVD		KONTROL		P
		N	%	n	%	n	%	
<b>Ergende Öfke</b>	Kontrol altında	2	6,67	1	3,33	20	66,67	<b>&lt;0,001</b>
	Dışa vurulan	21	70,00	21	70,00	3	10,00	
	İçte tutulan	7	23,33	8	26,67	7	23,33	
<b>Annede Öfke</b>	Kontrol altında	19	63,33	21	70,00	23	76,67	0,800
	Dışa vurulan	4	13,33	4	13,33	2	6,67	
	İçte tutulan	7	23,33	5	16,67	5	16,67	

KZVD: Kendine zarar veren davranış

İG+KZVD: İntihar girişimi ile kendine zarar veren davranış

Kontrol: Sağlıklı kontrol

p<sup>1</sup> Ki-kare (Fisher's Exact)

Gruplardaki ergenler ve annelerine uygulanan “Sürekli öfke ve öfke ifadesi tarzı ölçeğiyle” belirlenen sürekli öfke puanlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Buna göre ergenlerde İG+KZVD ve KZVD olan gruplarda sürekli öfke puanları sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksektir. (p<0,001). Annelerin sürekli öfke puanlarında ise gruplar arası anlamlı farklılık yoktur (p>0,05) (Tablo 11).

**Tablo 11: Ergenler ve annelerinin sürekli öfke puanlarının karşılaştırılması**

		KZVD	İG+KZVD	KONTROL	P
<b>Ergende Sürekli öfke puanı</b>	Ortalama	29,3	30,83	19,86	<b>&lt;0,001</b>
	SS	5,3	6,5	5,6	
	Medyan	29,00	33,00	19,00	
<b>Annede Sürekli öfke puanı</b>	Ortalama	20,86	18,30	18,80	0,344
	SS	7,0	4,5	4,9	
	Medyan	20,00	18,00	19,00	

KZVD: Kendine zarar veren davranış

İG+KZVD: İntihar girişimi ile kendine zarar veren davranış

Kontrol: Sağlıklı kontrol

SS: Standart sapma

p<sup>1</sup> Kruskal-Wallis Test

### 5.7. Dürtüsellik

Tüm ergenlerin Atilla Turgay Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği- dürtüsellik bölümü puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre KZVD ve İG+KZVD gruplarının dürtüsellik puanları birbirlerine benzer ancak sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksektir ( $p<0,001$ ). (Tablo 12)

**Tablo 12: Grupların dürtüsellik puanlarının karşılaştırılması**

	KZVD (n=30)			İG+KZVD (n=30)			KONTROL(n=30)			p*
	Ortalama	SS	Medyan	Ortalama	SS	Medyan	Ortalama	SS	Medyan	
<b>Dürtüsellik</b>	5,56	2,2	6,5	5,53	2,3	6,0	2,13	2,0	1,5	<b>0,001</b>

KZVD: Kendine zarar veren davranış

İG+KZVD: İntihar girişimi ile kendine zarar veren davranış

Kontrol: Sağlıklı kontrol

SS: Standart sapma

p: Kruskal-Wallis Testi

### 5.8. Kendine zarar verme davranışı ve intihar girişiminin özellikleri

Kendine zarar verme davranışının başlangıç yaşı gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Buna göre başlangıç yaş ortalamaları açısından intihar niyeti olan ve olmayan iki grup arasında farklılık yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 13)

**Tablo 13. Kendine zarar verme davranışı başlangıç yaşı**

	KZVD			İG+KZVD			P*
	Ortalama	SS	Medyan	Ortalama	SS	Medyan	
<b>İlk zarar verme yaşı</b>	13,47	1,5	14,00	13,33	1,8	13,50	0,852

KZVD: Kendine zarar veren davranış

İG+KZVD: İntihar girişimi ile kendine zarar veren davranış

SS: Standart Sapma

p<sup>1</sup> Mann Whitney U

Kendine zarar verme davranışı özelliklerine bakıldığında ise; davranış sırasında yalnız olma, fiziksel acı hissi duyma, kendine zarar verme dürtüsü oluşuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirdiği ve davranışı sona erdirme istekleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14: Kendine zarar verme davranışının özellikleri açısından hasta gruplarının karşılaştırılması**

		KZVD		İG+KZVD		p <sup>1</sup>
		n	%	n	%	
<b>Kendine zarar verme çeşidi</b>	<b>Kesme</b>	21	70,0	19	79,2	0,660
	<b>Isırma</b>	2	6,7	1	4,2	
	<b>Yakma</b>	0	0,0	1	4,2	
	<b>Yolma</b>	2	6,7	1	4,2	
	<b>Vurma</b>	5	16,7	2	8,3	
<b>Davranış sırasında yalnızlık durumu</b>	<b>Evet</b>	22	73,3	21	87,5	0,392
	<b>Bazen</b>	7	23,3	3	12,5	
	<b>Hayır</b>	1	3,3	0	0,0	
<b>Acı hissi</b>	<b>Evet</b>	6	20,0	5	20,8	0,807
	<b>Bazen</b>	15	50,0	10	41,7	
	<b>Hayır</b>	9	30,0	9	37,5	
<b>Dürtüden sonraki eyleme kadar geçen süre</b>	<b>&lt;1 saat</b>	24	80,0	19	79,2	0,101
	<b>1-3 saat</b>	3	10,0	3	12,5	
	<b>&gt;1 gün</b>	3	10,0	2	8,3	
<b>Sona erdirme</b>	<b>Evet</b>	19	63,3	12	50,0	0,325
	<b>Hayır</b>	11	36,8	12	50,0	

p<sup>1</sup>ki-kare

KZVD: Kendine zarar veren davranış

İG+KZVD: İntihar girişimi ile kendine zarar veren davranış

İntihar girişimi olan katılımcıların intihar girişim sayısı, yöntemi, planlaması ve sonrasındaki pişmanlık durumları incelenmiştir. Buna göre intihar sayısı 3 ve üstü olan 8 kişidir (%13,33). İntihar girişimi olan 30 kişiden 28 tanesi (%93,3) yöntem olarak ilaç intoksikasyonunu seçmiştir. Planlama açısından 27 kişi (%90,0) intihar girişimini düşünmeden yapmıştır. Girişim sonrası pişmanlık 16 kişide (%53,3) biraz varken, 6 kişi (% 20,0) hiç pişmanlık duymamıştır (Tablo 15).

**Tablo 15: İntihar girişiminin özellikleri**

		n	%
<b>İntihar girişimi sayısı</b>	1 ve 2 kez	22	73,3
	3 ve üstü	8	26,7
<b>Yöntemi</b>	İlaç içme	28	93,3
	Kesici alet	1	3,3
	Yüksekten atlama	1	3,3
<b>Girişim planı</b>	Aniden /düşünmeden	27	90,0
	Planlı	3	10,0
<b>Pişmanlık durumu</b>	Hiç yok	6	20,0
	Biraz var	16	53,3
	Tamamıyla	8	26,7

### 5.9. Kendine zarar verme davranışının işlevleri

Kendine zarar verme davranışının otonom işlevleri değerlendirildiğinde “Genel puan” ortalamasında iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Otonom işlevler ölçeğinin alt gruplarının puanları karşılaştırıldığında “kendini cezalandırma” alt boyutunda gruplar arasında anlamlı farklılık vardır, İG+KZVD olan kişilerde sadece KZVD olan kişilere göre daha yüksektir (p=0,023). Diğer alt boyutlarda ise gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. (Tablo 16).



**Tablo 16: Kendine zarar verme davranışının otonom işlevleri açısından hasta gruplarının karşılaştırılması**

	KZVD			İG+KZVD			p <sup>1</sup>
	Ortalama	SS	Medyan	Ortalama	SS	Medyan	
<b>Otonom işlevler</b>	11,37	5,1	12,0	14,42	6,5	14,0	0,097
<b>Affekt regülasyonu</b>	3,40	1,5	3,5	4,00	1,5	4,0	0,086
<b>Çözülmeyi önleme</b>	1,77	1,2	2,0	2,38	1,5	2,0	0,173
<b>Kendini cezalandırma</b>	1,53	1,1	2,0	2,75	2,0	3,0	<b>0,023</b>
<b>İntihar önleme</b>	2,17	1,6	2,0	1,96	1,7	2,0	0,449
<b>Sıkıntıyı etiketleme</b>	2,40	2,0	3,0	3,33	2,0	4,0	0,078

KZVD: Kendine zarar veren davranış

İG+KZVD: İntihar girişimi ile kendine zarar veren davranış

SS : Standart Sapma

p<sup>1</sup> Kruskal-Wallis Test

Kendine zarar verme davranışının sosyal işlevler puanları hasta gruplarında karşılaştırılmıştır. Sosyal işlevler genel puan ortalaması KZVD grubunda 10,8 iken, İG+KZVD grubunda 13,8 olarak bulunmuştur. Sosyal işlevler genel puanı ve alt boyutlarındaki puanlar her iki grupta da benzerdir ( $p>0,05$ ) (Tablo 17).

**Tablo 17: Kendine zarar verme davranışının sosyal işlevlerinin değerlendirilmesi**

	KZVD			İG+KZVD			p <sup>1</sup>
	Ortalama	SS	Medyan	Ortalama	SS	Medyan	
<b>Sosyal İşlevler</b>	10,80	6,2	10,0	13,83	8,5	12,0	0,225
<b>İntikam</b>	1,93	1,4	2,0	1,87	1,7	2,0	0,722
<b>Heyecan Arama</b>	1,00	1,1	1,0	1,54	1,5	1,0	0,179
<b>Akranlarla Bağ</b>	0,80	1,1	0,0	0,63	1,3	0,0	0,193
<b>Kişiler Arası Etkileşim</b>	1,23	1,0	1,0	1,46	1,6	1,0	0,892
<b>Dayanıklılık</b>	1,63	1,4	1,5	2,33	2,0	2,0	0,241
<b>Kişiler Arası Sınır</b>	1,40	1,5	1,0	1,83	1,8	1,0	0,434
<b>Kendiyle İlgilenme</b>	1,73	1,5	2,0	2,42	1,6	2,0	0,136
<b>Özerklik</b>	1,10	1,4	0,5	1,75	2,01	1,0	0,307

KZVD: Kendine zarar veren davranış

İG+KZVD: İntihar girişimi ile kendine zarar veren davranış

S.S. : Standart Sapma

p<sup>1</sup> Kruskal-Wallis Test

## 6. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında intihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan kendine zarar verici davranışlar gösteren ergen hasta grupları sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Gruplardaki ergenlerin psikiyatrik tanıları ve annelerindeki psikolojik belirtiler, öfke ifade şekilleri, dürtüsellik ve bağlanma biçimleri incelenmiştir. Kendine zarar verici davranışları detaylandırılmış ve karşılaştırılmıştır. Bu bölümde, elde edilen araştırma bulguları güncel yazın eşliğinde tartışılacak ve sonuçlar yorumlanmaya çalışılacaktır.

### 6.1. Sosyodemografik özelliklere ilişkin bulgular

Bu çalışmaya Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 12-18 yaş arası KZVD olan 30 ergen ve İG+ KZVD olan 30 ergen ile benzer sosyodemografik özelliklere sahip fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı 30 ergen olmak üzere toplam 90 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılan ergenlerin yaş ortalaması KZVD olan grupta 15,7; İG+KZVD olan grupta 15,9 ve kontrol grubunda 15,3 olarak bulunmuştur. Yaş açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur. Katılımcıların %79'unu kızlar, %21'ini erkekler oluşturmaktadır. Cinsiyet dağılımı gruplar arasında benzerdir. Ülkemizde KZVD olan ergenleri inceleyen toplum temelli çalışmalarda cinsiyet açısından farklılık bulunmamıştır[11]. Fakat yapılan klinik örnekleme içeren çalışmalarda ise kız cinsiyeti daha çok oranda bulunmuştur[101, 102]. Kliniğimize başvuran KZVD gösteren ergenlerde kız cinsiyetinin yoğunlukta olması, ergen kızların erkeklere göre daha çok yardım arayışında olmaları, erkeklerde öfke dışavurumunun daha çok yıkıcı davranışlar şeklindeyken, kızlarda ise mevcut öfkenin kendine yönelmesi ile ilişkili olabilir.

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde İG+KZVD olan grupta okul terki diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde lise örnekleminde yapılan bir çalışmada okul başarısızlığı olan ergenlerde depresif belirtilerin daha yüksek olduğu saptanmıştır [103]. Ayrıca intihar girişiminde bulunan ergenlere depresyon tanısı sıklıkla eşlik ettiği bildirilmiştir [104]. İntihar niyetiyle kendine zarar verenlerde, intihar niyeti olmaksızın kendine zarar verenlere göre daha yüksek depresif belirtiler ve daha düşük eğitim düzeyleri olduğu saptanmıştır[105]. Bu nedenle intihar girişimiyle kendine zarar

verenlerin okul sorunları içinde buldukları depresyonla ilişkili olabilir. Benzer olarak bizim çalışmamızda da İG+KZVD olan grup, sadece KZVD olan gruba göre daha çok depresyon ve davranım bozukluğu tanılarını karşılamaktaydı. Bu okul terki hem depresyonun sonucu olabileceği gibi, depresyon nedeniyle işlevsellikte düşme okul terkine yol açmış olabilir. Ayrıca okuldan kaçma veya devamsızlık gibi davranım bozukluğu özellikleri de İG+KZVD grubunda daha fazla bulunmuştur.

Aile durumu incelendiğinde anne yaşı, baba yaşı, gelir düzeyi ve kardeş sayısı, baba eğitim düzeyi arasında gruplar arasında farklılık bulunamamıştır. Ergenin içinde bulunduğu sosyoekonomik düzeyle mevcut kendine zarar verici davranışın ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur [106]. Çalışmamızda anne eğitim düzeyi KZVD ile ilişki bulunmuştur. İlginç olarak intihar girişimi olmayan KZVD grubunda anne eğitim düzeyi daha farklı bulunmuştur, KZVD grubunun anneleri çoğunlukla ilkökul mezunuydu. Lüleci ve arkadaşları KZVD ile anne baba eğitim düzeyleri arasında ilişki bulunamamıştır. İngilterede yapılan Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) kohort çalışmasındaki verilerde kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi olan ergenler in anne eğitim düzeyiyle arasında ilişki bulunamamıştır [105, 107]. Annelerin ilkökul mezunu olmasının sadece KZVD grubunda çoğunlukta olmasını açıklayacak daha geniş örnekleme çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kendine zarar verici davranışları olan ergenlerin aile yapısı incelendiğinde daha çok parçalanmış aileye sahip oldukları görülmektedir[32, 108]. Buna benzer olarak çalışmamızda parçalanmış aile yapısı (anne-baba ayrılığı) KZVD ve İG+KZVD olan gruplarda sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazladır. Çalışmalarda ergenin tek ebeveyni ile yaşaması intihar girişimi için risk faktörü olduğu bildirilmektedir[106].

Bu tez çalışmasında kendine zarar verici davranışı olan ergenlerin en az %20'sinin ailesinde psikiyatrik hastalık olduğu görülmüştür. Bu sonuç yapılan çalışmaların sonuçları ile tutarlılık göstermektedir[75]. Aile içi bağlılığın ve iyi bir iletişimin olması KZVD için koruyucu bir etmen olduğu bildirilmektedir [32, 109]. Ailede ruhsal hastalık olması aile içi ilişkileri veya doğrudan ergenle iletişimi bozarak ruhsal patolojileri artıracak gibi [75] genetik yatkınlık nedeniyle de ergende psikopatolojilerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Ailede intihar girişimi öyküsü sorgulandığında KZVD olan grupta % 6,7 oranında iken İG+KZVD olan grupta %13,3'tür. Erişkinlerde yapılan bir çalışmada intihar girişimi olan kişilerin ailelerinde intihar öyküsü oranları %13,2 bulunmuştur[110]. İntihar girişimi olan

ve olmayan kendine zarar verme davranışı gösteren genç erişkinlerle yapılan bir çalışmada ise ailede intihar girişimi açısından gruplar arasında farklılık bulunmamıştır [111]. İntihar girişimi öyküsünün intihar girişiminde çok olması hem genetik, hem nörobiyolojik olarak ergende görülebileceği gibi hem de ailede zayıf sorun çözme becerisinin öğrenilmiş olmasından kaynaklanmış olabilir.

Ailede tıbbi hastalık durumu ile KZVD ve İG arasında ise ilişki bulunmamıştır. Kronik hastalık varlığı aile üzerinde stres yaratıp aile üyelerinde KZVD de dahil çeşitli psikiyatrik problemlere neden olabilir[112]. Ancak bunu destekleyecek veriye çalışmamızda ulaşamadık. Bunun nedeni ciddi kronik hastalığı olan annelerin hali hazırda poliklinik başvurusu yapmasının zor olabileceği, bu durumdaki ergenlerin annelerden ziyade başka bir aile üyesi ile muayeneye getirileceği ve bu olguların da dışlama ölçütlerini içerdiği dahil edilmemiş olmasından kaynaklanmış olabilir.

Ergenlerin sigara, alkol ve madde kullanımları incelendiğinde, kullanım oranlarının en çok İG+KZVD grubunda, daha sonra KVZD grubunda olduğu görülmüştür ve sağlıklı kontrol grubuna göre belirgin derecede yüksektir. Alkol ve madde kullanımı ile kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişki iki yönlüdür. Hem alkol-madde kullananlarda KZVD'ye daha sık rastlanırken, hem de KZVD olan bireylerde alkol-madde kullanımı daha fazladır. Bunun nedeni maddeye yönelik yoksunluk, aşırma gibi özelliklerle baş etme, zayıf sorun çözme becerisi veya bu bireylerde dürtüsellik özelliklerin daha sık olması ile ilişkili olabilir [10]. Langlo ve ark. 92 ergen ve genç erişkinle yaptıkları bir çalışmada intihar girişiminde bulunmuş kişilerde alkol-madde kullanımının kontrollere göre daha fazla olduğunu tespit etmiştir[113]. Çalışmamızda bulduğumuz veriler literatür bilgilerine benzerlik göstermektedir.

Psikiyatrik başvuru öyküleri incelendiğinde KZVD grubunun %63,3'ü; İG+KZVD grubunun %46,7'si daha önce psikiyatrik başvuru yapmamıştır. Kendine zarar verici davranışı olup da intihar girişimi olmayan grubun psikiyatrik başvurusunun daha az olması; bu davranışın psikiyatrik bir problem olarak algılanmaması, eylem nedeniyle utanç hissetmeleri, çevreden alabilecekleri tepkiler sonucu yardım arayışından kaçınmaları nedeniyle olabilir. Başvuru tarihlerine göre ilişki olup olmadığına bakıldığında KZVD grubunda 1 yıl ve öncesinde başvuru yapanların sayısı diğer gruplardan anlamlı olarak daha fazladır. Bu KZVD olan grubun psikiyatrik sorunlarının ve/veya psikiyatrik yardım arayışlarının daha önce başladığını işaret etmektedir. İntihar girişimi ve KZVD görülen

grubun daha fazla oranda psikiyatrik başvuru yaptığı ve bu başvuruların da son intihar girişiminden önceki yakın tarihlerde olduğu görülmüştür. Daha önce psikotrop ilaç kullanım öyküsü ise İG+KZVD olan grupta daha fazla bulunmuştur. Bu farklılığı İG+KZVD psikolojik belirti skorlarından yüksek puan almaları ve daha fazla psikiyatrik komorbiditelerinin olması, bu nedenle daha çok başvuru yapmaları ve tedavi önerisi almaları ile açıklayabiliriz. Ayrıca depresyon tedavisi sırasında ilk başta vejetatif belirtiler düzeldikçe depresif temalar, çaresizlik, umutsuzluk vb. kognisyon zamanla düzelmektedir [114]. Sadece ilaç tedavisi ile etkin sorun çözme becerisi kazandırılmayan bu ergenlerin psikiyatrik başvuru sonrası intihar girişiminde bulunmuş olabilecekleri ileri sürülebilir. Bu bilgiyi netleştirebilmek için bu ergenlerin daha önceki farmakolojik ve psikoterapötik tedavisinin daha ayrıntılı incelenmesine ihtiyaç vardır.

## **6.2. Bağlanma özellikleri**

Bu çalışmadaki ergenlerin ebeveynlerine bağlanma biçimleri incelendiğinde güvenli bağlanma oranları KZVD, İG+KZVD ve kontrol gruplarında sırasıyla %23,3, %20,0 ve %63,3 olarak bulunmuştur. Beklenildiği üzere güvenli bağlanma oranı sağlıklı kontrol grubunda belirgin olarak yüksektir. Araştırmalarda güvenli bağlanması olan bireylerin sosyal uyumlarının ve becerilerinin daha yüksek olduğu, yaşadıkları sorunlar karşısında problem odaklı başa çıkma biçimini kullanma eğiliminde oldukları ve kişisel yetkinlik gösterdiklerini bildirilmiştir[115]. Saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma stili olarak ayrılabilen diğer güvenli olmayan bağlanma biçimlerinde ise bireyler kendileri ve/veya diğerleriyle ilgili olarak olumsuz bir içsel modele sahiptirler [94]. Bağlanma biçiminin duyguları düzenleme (emosyon regülasyonu) ile ilişkili olduğu bilinmektedir. [116]. Ayrıca güvenli bağlanma geliştirmiş kişilerin yakın ilişkilerindeki olumsuz duyguları güvensiz bağlanma biçimi olanlara göre daha yapıcı şekilde düzenledikleri bildirilmiştir[117]. Bu tez çalışmasında güvensiz bağlanma biçimlerinden ‘saplantılı’ bağlanma biçimi KZVD grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. İntihar girişimi olan ergenlerde bağlanma biçimlerini inceleyen bir çalışmada olgu grubunda en sık saplantılı bağlanma ve ayrılmamış bağlanma biçimleri tespit edilen çalışmalar olduğu gibi ilişki bulunmamış çalışmalar da mevcuttur[60]. Saplantılı bağlanma özellikleri olanlar yanlış anlaşıldıklarına, gerçekte olana göre kendilik-değerlerinin daha düşük algılandığına

inanırlar ve başka kişileri güvenilmez bulurlar, onları kalıcı, uzun süreli ilişkiler için vaatte bulunmaya isteksiz olarak algırlar [118]. O halde saplantılı bağlanan kişilerde en belirgin özellik, kendine-güven eksikliğidir ve o nedenle hem reddedilmekten hem de yakın bir ilişkide karşı tarafın terk etmesinden çok korkarlar. Ergenlik dönemi kendi içerisinde ebeveynlere karşı yakınlık duyma ve uzaklaşma çabalarını barındıran ambivalan bir dönemdir bu dönemde özellikle saplantılı bağlanma biçimine sahip olan ergenler olası terk veya reddedilme durumlarını etkili sorun çözümü yerine KZVD ile atlarmaya çalışabilirler. Bu da çalışmamızın sonucuna göre KZVD eylemlerinin %90'ının düşünmeden gerçekleştirilmesini de açıklayabilir.

Ergenlerde kendine zarar verme davranışını ve ergenlerin bağlanma biçimlerini inceleyen çalışmalar olmasına rağmen annelerinin bağlanma biçimini araştıran çalışmaya rastlanmamıştır[66, 119, 120]. Bu tez çalışmasında kendine zarar verici davranışı olmayan ve psikiyatrik ve fiziksel açıdan sağlıklı olan ergenlerin annelerinde güvenli bağlanma biçimi daha yüksek oranlarda bulunmuş olsa da bağlanma biçimleri bakımından hasta kontrol grupları arasında farklılık bulunmamıştır.

Kayıtsız bağlanma biçimi KZVD olan grubun annelerinde %20 oranında bildirilirken; diğer sağlıklı kontrol ve İG+KZVD gruplarında ise %10 oranında bulunmuştur. Kayıtsız bağlanmada, bağlanma ihtiyaçlarının görmezden gelindiği veya Bowlby'nin tanımıyla, bağlanma sisteminin deaktive edildiği çok daha karmaşık bir strateji vardır. Bağlanma figürünün reddedişi karşısında olumlu bir benlik imgesini sürdürmenin tek yolu, kendini bu figürden uzak tutmak ve olumsuz duyguları önemsizleştirecek bir benlik modeli geliştirmektir. O nedenle bu kişiler, yakın ilişkilerden pasif bir şekilde kaçır; bağımsızlığa aşırı değer verir ve ilişkilerin çok da önemli olmadığına inanmaya başlarlar. Bunun sonucu hayatın belli bir şahsa (bağlanma figürüne) bağlı olmayan boyutlarına (iş, meslek, hobiler ve diğer uğraşlar gibi) odaklanma eğilimi sergilerler [94]. Buradan yola çıkarak KZVD grubundaki ergenlerin annelerinin daha çok kendilerine dönük ve çocuklarının sinyallerini yeterince algılayamayan anneler olduklarını ileri sürebiliriz. Ancak bunun için daha geniş örneklem grubuna ve annelerin mizaç özellikleri, ev ve iş yaşantıları hakkında daha detaylı bilgiye sahip olmamız gerekmektedir.

Kişinin kendine zarar vermesi sıkıntıyı etiketlemek ve bakım verene ihtiyaç duymak için tehditlere yanıt olarak üretilen bir davranış olarak kabul edilirse, güvenli bağlanmaya sahip olan ergenlerin bu sıkıntıyı tanıyan ebeveyn ve akranlara sahip olduğu bu nedenle bu

davranışa uygun kaygı, yardım ve destek sağlayacağı düşünülebilir. Ya da güvenli bağlanma özelliklerine sahip ebeveynler eğer KZVD ile karşılaşılırsa çocuğun ihtiyaçlarına daha dikkatli bir şekilde yaklaşım daha güvenli bir ortam oluşturup çocuğun sıkıntıyla başa çıkabilmesi için geliştireceği uyumsal beceriler konusunda yardımcı olabilirler. Böylece güvenli bağlanmış ebeveynlerin desteği ve yardımıyla bu ergenlerin yetkin problem çözümüne sahip olması ve kendine zarar verme davranışların önlenmesi mümkün olabilir.

### **6.3. Annelerin ve ergenlerin sürekli öfke durumları ve öfke ifadeleri**

Çalışmamızda hem ergenlerin ve hem de annelerinin sürekli öfke durum puanları ve öfkeyi ifade şekilleri değerlendirilmiştir. Sürekli öfke puanları İG+KZVD grubunda 30,8 ve KZVD grubunda 29,3 olup aralarında fark yokken, sağlıklı kontrol grubunda 19,9 olarak düşük düzeyde bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kendine zarar verme davranışı gösteren kişilerin yüksek öfke düzeylerine sahip oldukları saptanmıştır[121]. Öfke ifadesi, dışavurulmuş öfke olarak hem KZVD ve hem de İG+KZVD grubunda sağlıklı kontrollere göre daha fazla bulunmuştur. Kız ergenlerle yapılan bir çalışmada öfke ifade şekli dışavurum şeklinde olan ve sürekli öfke skorları yüksek olan ergenlerin daha fazla riskli davranışlar sergilediği ve suç unsuru içeren olaylara daha fazla karıştığı belirtilmiştir[122]. Bu durum öfke kontrolünde zorlanmayı göstermekte, sorun çözme becerilerindeki eksiklik ve dürtüselliklerinin fazla olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca kendine zarar verici davranışları olan ergenlerde davranım bozukluğunun da sık görülen bir hastalık olmasıyla ilgili olabilir.

Ergenlerin öfke düzeyleri ile ilgili yayınlar mevcutken, kendine zarar verici davranışları olan ergenlerin annelerinin öfke ifadeleri ile ilgili verilere rastlanmamıştır. Bu çalışmada ise annelerinin öfke ifade şekillerine ve sürekli öfke puanlarına bakılmış ancak gruplar arasında bir farklılık bulunmamıştır. En yüksek öfke puanı ortalamasına KZVD grubu sahiptir. Annelerdeki öfke ifade şekli ise her 3 grupta da “kontrol altına alınmış öfke ifadesi” olarak bulunmuş ve gruplar arası fark yoktur. Buradan yola çıkarak annelerin öfke düzeyleri ile çocukların öfke düzeyleri arasında ilişki olmadığı; öfke modellemesi dışında bağlanma ve diğer süreçler ile belki de ergenin nörobiyolojik yapısının KZVD’ye yatkınlık oluşturabileceği ileri sürülebilir.



#### 6.4. Ergenlerin psikiyatrik belirtileri

Çalışmamızda ergenlerin depresif belirtilerini belirlemek ve ölçek derecelendirmesi için “Çocuklar için Depresyon Ölçeği” verilmiştir. Depresyon puanları ortalaması İG+KZVD grubunda 25,7 ve KZVD grubunda 19,7 iken sağlıklı kontrol grubunda 7,9 olarak bulunmuştur. Depresyon ölçeği puanları, intihar girişimi olan kendine zarar verici davranışları olan grupta önemli derecede yüksektir. Her iki olgu grubunda puan ortalamaları ölçek kesme puanı 19’u üzerindedir. Ergenlerde KVZD ve intihar düşüncelerine en sık eşlik eden tanının depresyon olduğu bilinmektedir[30, 123]. Bu nedenle bu çalışmamızın sonucu bu verilerle tutarlıdır. Tekrar eden KZVD’nin intihar için risk faktörü olduğu çalışmalarda belirtilmiştir[19]. Ergende kendine zarar verici davranışa depresif belirtiler de eşlik ettiğinde bu durumun tedavisiz kalması mevcut kliniğin ağırlaştırarak gençlerde intihar davranışları riskini daha da arttırıyor olabilir.

Bu araştırmada, “Çocukluk çağı Anksiyete Tarama Ölçeği” puan ortalamaları İG+KZVD grubunda 38,3 ve KZVD grubunda 31,3 iken, sağlıklı kontrol grubunda 17,6 olarak bulunmuştur. Her iki hasta grubunda da ÇATÖ puanları kesme puanı olan 25’in üzerindedir. Kendini zarar verme davranışı olan kişilerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bilinmektedir ve artan anksiyetenin kendine zarar verme davranışının önemli bir öncülü olduğu düşünülmektedir[124]. Bireyler kendine zarar verme davranışından hemen önce genellikle aşırı gerginlik, kaygı, öfke ya da korku hissettiklerini belirtmişlerdir. Kendine zarar verme davranışının tekrarlayıcı hale gelmesinde bu olumsuz duyguları azaltmasının etkili olduğu düşünülmektedir[4]. Ancak bu rahatlamanın kısa süreli ve geçici olması ve altta yatan psikopatolojiyi düzeltmemesi nedeniyle kişi KZVD’yi tekrarlamaktadır.

İntihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı gösteren kişilerde istismar ve ihmal ve beraberinde disosiyatif yaşantıların diğer hasta gruplarına göre daha sık olduğu bildirilmektedir[125]. Bu disosiyatif yaşantıları değerlendirebilmek için çalışmamızda “Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği” kullanılmıştır. Mevcut yazına benzer olarak çalışmamızda EDYÖ puanları hem KVZD hem de İG+KZVD gruplarında sağlıklı kontrollere göre yüksektir, ayrıca disosiyatif belirtiler İG+KZVD grubunda anlamlı olarak daha fazladır. Bu nedenle disosiyatif psikopatolojilerinde KVZD özellikleri olan hastaları değerlendirirken göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Kendine zarar verme davranışı sorun çözmede başarısızlık ve umutsuzluğun bir belirtisi olabilir. Çalışmamızda “Beck Umutsuzluk Ölçeği” kullanılmış ve puan ortalamaları İG+KZVD grubunda anlamlı derece en fazla olarak bulunmuştur. İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmadan kendine zarar veren ergenler arasında yapılan çalışmalarda İG ve KZVD gösteren grupta diğer gruplara göre umutsuzluk ve majör depresyonun daha fazla olduğu bulunmuştur[126]. Bizim bulgularımız literatürdeki bilgilerle benzerlik göstermektedir. İntihar düşünceleri ve sonucundaki girişim kişinin umutsuzluk içerisinde aldığı bir kararın sonucu olduğunu olabilir.

Kendine zarar verici davranış, özbidirimlerde daha çok dürtüsel bir kararlar gerçekleştiriliyor olarak belirtilmiştir. Ayrıca özellikle ergen yaş grubunda kendine zarar verme davranışının ve intihar girişiminin genellikle dürtüsel bir şekilde gerçekleştiği bilinmektedir. Çoğu ergen olaydan önce sadece birkaç dakika düşündüğünü bildirmiştir [1]. Bizim çalışmamızda da KVZD özellikleri olanların %90’ı düşünmeden eyleme geçtiklerini belirtmiş ve “Dürtüsellik” ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur.

#### **6.5. Ergenlerin psikiyatrik tanıları**

Çalışmamızda ergenlerdeki belirtileri taramak için ölçekler kullanılmış ayrıca psikiyatrik tanıları değerlendirmek için ise yarı yapılandırılmış görüşme olan K-SADS uygulanmıştır. Hasta grupları arasında DEHB tanısı KZVD grubunda anlamlı olarak sık iken, yaygın anksiyete bozukluğu, davranım bozukluğu ve majör depresyon İG+KZVD grubunda anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Depresyon en sık görülen tanıdır. KZVD gösterenlerin %40’nda, İG+KZVD gösterenlerin %60’ında depresyon tanısı mevcuttur.

Bazı yazarlara göre intihar girişimi olmadan kendine zarar verme davranışı, intiharın son nokta olduğu bir kendine zarar verme davranışı süreci şeklinde kavramsallaştırılmıştır [30] Buradan yola çıkarak intihar girişimi olmadan KZVD gösteren gruptaki psikopatolojilerin süreç boyunca daha da ağırlaşması bu nedenle aldığı tanılarının daha fazla olmasına neden gösterilebilir. Kendine zarar verici davranışları olan ergenlerde DEHB tanısına daha sık rastlanmıştır bu İG+KZVD grubunda bulunan çoğu ergendeki mevcut depresif semptomların DEHB belirtilerini gizlemiş olabileceğini düşündürmektedir. Sürecin başında DEHB belirtileri olan ergenler yine sürecin başında KZVD davranışı gösterebilmekte ve eğer tedavi almazlarsa bu kişiler depresyon, davranım

bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve YAB gibi ek psikopatolojiler geliştirebilmekte ve intihar davranışlarına daha yatkın hale gelmektedirler [127].

Yapılan çalışmalarda depresif bozukluğu olan ergenlerde anksiyete bozukluğunun eşlik etmesi durumunda artmış intihar davranışı riski söz konusudur[128]. Ayrıca intihar düşüncesinin eşlik ettiği KVZD özellikleri olan ergenlerde intihar davranışının eşlik etmediği KZVD gösteren ergenlere göre daha fazla psikopatoloji saptandığı ve birden fazla psikiyatrik bozukluk varlığının intihar riskini artırdığını belirten çalışmalar mevcuttur[19, 30]. Çalışmamızda İG+KZVD grubunda daha fazla psikiyatrik tanılarının bulunması mevcut verileri destekler niteliktedir.

#### **6.6. Annelerdeki psikiyatrik belirtiler**

Kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerin aile özellikleri ile ilgili çalışmalar mevcutken annelerinin psikolojik durumlarını araştıran kısıtlı sayıda çalışma vardır. Çalışmamızda annelerdeki ruhsal belirtileri saptamak için “SCL-90 Ruhsal Belirti Tarama Listesi” verilmiş ve alt gruplarından alınan puanları karşılaştırılmıştır. Kendine zarar verme davranışları olan her iki olgu grubundaki tüm belirti puanları sağlıklı kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. Ölçeğin alt gruplarına bakıldığında “somatizasyon, obsesif kompulsif belirti, kişiler arası duyarlılık” belirti kümeleri KZVD grubunda diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu da var olan belirtilerin tanısal açıdan detaylı değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Hem KZVD hem de İG+KZVD grubunda benzer olarak somatizasyon ve depresyon puanları oldukça yüksek bulunmuştur. Annelerindeki depresif belirtiler ve somatizasyon belirtilerinin ergenin ruhsal durumunu etkileyerek, ergende psikopatoloji ortaya çıkarabileceği gibi; ergenin ruhsal sorunları ve devam eden KZVD özellikleri de annelerini ruhsal açıdan etkilemiş olabilir. Annelerdeki depresyonun ergenlerde intihar girişimi için risk faktörü olduğu bilinmektedir[129].

Çocuklardaki ruhsal sorunların anneleri üzerine olan etkilerini inceleyen çalışmalardan, DEHB tanısı alan çocukların annelerinde sağlıklı çocuk annelerine göre daha fazla psikolojik belirtiler görülmüş, ve DEHB'ye yıkıcı davranış bozukluğu eşlik ettiğinde ise SCL-90-R alt ölçeklerinden alınan puanların daha yüksek olduğu tespit edilmiştir[130]. Dürtüsellik yıkıcı davranış bozukluklarında sık olan bir belirtidir. Bu çalışmadaki KZVD grubunda dürtüsellik ve DEHB sağlıklı ergenlere göre daha sık

görülmüştür. Bu da KZVD grubundaki annelerin psikopatolojisi DEHB tanılı çocukların annelerine benzer profil göstermesini açıklayabilir.

Bizim çalışmamızda KVZD özellikleri olan ergenlerin annelerinde “somatizasyon, obsesif kompulsif belirti, kişiler arası duyarlılık” yüksek bulunmuştur. Obsesif kompulsif belirtilere sahip annelerin daha fazla kural koyucu, denetleyici olduğu düşünülürse esnek olmayan anne-ergen ilişkisi ergenin ihtiyaçlarına yönelik değişimler göstermez. Otoriter ebeveynlerin çocuklarda intihar davranışı ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur [131] Kişiler arası duyarlılık, bireyin yetersizlik ve kendini aşağılama duygularından kaynaklanan zorlanmayı ifade etmektedir. Bu özelliğe sahip annelerdeki özgüven eksikliği ile özdeşim yapan ergen sosyal hayatındaki sorunlar üzerine kontrol duygusunu kendine zarar vererek vücudu üzerinde deneyimleyebileceğini öne sürebiliriz.

#### **6.7. İntihar davranışı ile kendine zarar verme davranışının özellikleri**

Kendine zarar verme davranışının genellikle ergenlikte başladığı başlangıç yaş aralığının ise 13-15 arası olduğu bildirilmiştir[132]. Çalışmamızda bu verilerle uyumlu olarak kendine zarar verme başlangıç yaş ortalaması KZVD grubunda 13,5 iken, İG+KZVD grubunda 13,3 olarak ilk ergenlik yıllarındadır.

Gençlerin kendine zarar verme yöntemi olarak en çok ‘kesme’yi kullandıkları bildirilmiştir[2]. Sıklıkla bileklerini kesme şeklinde olan kendini kesme diğer kendine zarar verme yöntemlerine (yakma, vurma, ısırma gibi) göre psikopatoloji ile en ilişkili olan yöntemdir[133]. Bizim çalışmamızda da olgu grubunda kendine zarar verme yöntemi olarak en sık kendini kesme saptanmıştır. Çalışmamızdaki KZVD grubundaki ergenlerin %70’i, İG+KZVD grubundaki ergenlerin %79’u kesme yöntemini kullanmaktadır.

Kendine zarar verme davranışının işlevleri otonom işlevler ve sosyal işlevler olarak karşılaştırılmıştır. Her iki hasta grubunda da en yüksek puan otonom işlevlerden “afekt regülasyonundan” elde edilmiş ve “sıkıntıyı etiketleme” bunu takip etmiştir. Kendine zarar verici davranışların işlevlerini değerlendiren çalışmalarda affekt regülasyonu en sık sebep olarak bulunmuştur[18]. Kendine zarar verme davranışında affekt regülasyonu işlevi; olumsuz ve yoğun duygularla başa çıkmak ve bu olumsuz duyguları azaltmak ya da bu duygulardan kurtulmaktır. Bazı psikolojik ve biyolojik mekanizmalar ortaya atılmış olsa da, kendine zarar vermenin olumsuz affekti nasıl azalttığı hala tam olarak

bilinmemektedir[18]. Otonom işlevler arasında ‘kendini cezalandırma’, İG+KZVD olan grupta KZVD grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kendini cezalandırma işlevi; öfke, saldırganlık ve suçluluk duygularını kişinin kendisine yöneltmesi ve kendisini değersizleştirme anlamı taşır. İntihar girişimi olan kişilerde daha yoğun bir şekilde kendini aşırı eleştirme, kendinden hoşlanmama, kendine yöneltilmiş öfke bulunmaktadır. Bu nedenle intihar girişiminde bulunmuş olan ergenlerde kendini cezalandırma işlevi daha yüksek bulunmuş olabilir. Kendine zarar verici davranışların sosyal işlevleri açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Her iki hasta grubunda en az belirtilen işlev ilginç olarak sosyal işlevlerden olan ‘akranlarla bağ kurma’ olarak bulunmuştur. Ergenlik döneminde akranlarla grup oluşturma ve aidiyet önem taşır, ancak akranlarla bağ kurma amacıyla KZVD gerçekleştirmedikleri görülmüştür. Bu veriyi daha detaylı değerlendirebilmek için ergenin arkadaş grubu ve arkadaşlarının benzer kendine zarar verici davranışlarının olup olmadığının sorgulanması gerekirdi.

Kendine zarar verme davranışının olayla ilişkili özellikleri (yalnız olma, acı hissi, sona erdirmeye isteği gibi) incelendiğinde; İG+KZVD grubu ile KZVD grubu benzerlik göstermiştir. İntihar niyeti olmayan KZVD grubundakilerin %73’ü, İG+KZVD grubundakilerin %88’i kendine zarar verme eylemi sırasında yalnız olduğunu belirtmiştir. Lüleci’nin (2007) yaptığı bir çalışmada ergenlerin %74’ünün bu eylemi yalnızken gerçekleştirdiği saptanmıştır [107]. Eylem sırasında KZVD grubunun %30’u, İG+KZVD grubunun %37,5’i herhangi bir acı hissetmediklerini belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda kendine zarar veren bireylerin eylem sırasında daha az acı hissettikleri belirtilmiş, bunun eylem sırasında salınan endojen opioidlere bağlı olabileceği bazı çalışmalarda ileri sürülmüştür[44]. Ayrıca kendine zarar verme davranışının süresi, eşlik eden disosiyatif yaşantılar ve travmatik deneyimlerin varlığının da acı hissini azaltan faktörler olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur[134]. Ergenlerin çoğunluğu kendine zarar verme dürtüsü geldikten sonra 1 saat içinde eylemi gerçekleştirmektedir. Çalışmamızda da ergenlerin dürtüsel olarak plan yapmadan KZVD gösterdikleri bulunmuştur.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunmuş olanların yöntem olarak en sık(%93) ilaç içmeyi kullandıkları saptandı. Yapılan çalışmalarda acil servise intihar girişimi ile başvuran ergenlerin %66,5’inin ilaç alarak kendini zehirlenme şeklinde intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir[135]. Ergenlerin %90’ı intihar girişimi eylemlerini aniden düşünmeden yapmıştır ve %20’si davranış sonrasında pişmanlık duymamıştır. Girişim

sayısı 3 ve daha çok olan ergenlerin oranı ise %27 olup, aslında tekrarlayan intihar girişimlerinin ailelerce ve sağlık çalışanlarınca dikkate alınmadığını işaret etmektedir. Tamamlanmış intiharlar için en önemli risk etmeni önceki intihar girişimleridir, bu nedenle önlenebilir genç ölümleri olarak intihar olgusu ciddi olarak ele alınmalıdır[26, 136].

## **6.8. Çalışmanın kısıtlılıkları**

Çalışmamızda örneklem büyüklüğü belirlenirken güç analizi yapılmış ve buna uygun sayıya ulaşılmış olsa da, daha geniş örnekleme içerebilirdi. Ayrıca araştırmamızda kendine zarar verici davranışı olup klinik başvurusu olan grubu çoğunlukla kızlar oluşturduğu için, örneklemin çoğunluğu kızlardan oluşmaktadır. Bu nedenle bulgularımızı her iki cinsiyete genellemek zordur. Ayrıca çalışmamızda kendine zarar verici davranışları olan ergenler poliklinik başvurusu olan klinik örneklemden elde edildiği için, genel toplumdaki kendine zarar verici davranışlar için genelleme yapamayız.

Çalışmadaki ergenlere uygulanan ölçekler öz bildirim şeklindedir, bu nedenle daha az veya daha çok sorun belirtilmiş olup, değerlendirmeyi etkilemiş olabilir. Ayrıca annelerin psikiyatrik belirtileri de öz bildirim ölçekleriyle belirlenmiştir. Annelere ölçek doldururken soruları okuyup, puanlama yapabilmelerinde araştırmacı tarafından yardım edilmiş olsa da, öz bildirime dayalı ölçeklerin güvenilirliğini düşük eğitim seviyesi etkilemiş olabilir. Bu nedenle annelerde psikopatolojilerin belirlenmesi için klinik görüşmelere dayalı ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Ülkemizde çocuk psikiyatrisi polikliniklerine çocuk ve ergenler genellikle tek ebeveyn ve sıklıkla anneleriyle başvurmaktadır. Temel bakım verenler de anneler olduğu için, çalışmamızda sadece anneler değerlendirilmiştir. Kendine zarar verici davranışlar üzerine ebeveyn psikopatolojisi ve bağlanma özellikleri anneler temel alınarak incelenmiştir, babalar da araştırmada yer alsaydı ebeveynlerin etkisi için daha net bilgiler elde edilebilirdi.

## 7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kendine zarar verme davranışı intihar girişimi olsun ya da olmasın aileleri endişelendiren ve kimlik sürecinden geçen ergenin sosyal işlevselliğini oldukça bozan, fiziksel hasarlara yol açan ve hatta ölümlle sonuçlanabilecek bir davranıştır. Kendine zarar veren ergenlerde intihar niyetini ayırt etmek oldukça güçtür. Bu durumun bir süreç olacağı düşünülürse kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde intihar niyeti daha detaylı sorgulanabilir ve bu konuda önlem alınabilir.

Bu tez araştırmasında KZVD daha çok ergenlik döneminin ilk yarısında ortalama 13-14 yaşlarında başlamakta ve sıklıkla kızlarda görülmektedir. Ergenler KZVD olarak en çok 'kesme' yöntemini kullanmakta, eylem sırasında genelde yalnız olmayı tercih etmekte ve çoğunlukla eylem sırasında fiziksel acı hissetmemektedirler. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde ise en sık ilaç içme yöntemi kullanılmaktadır. Genelde dürtüsel olarak girişimde bulunmakta ve ergenlerin çoğu girişimden sonra pişmanlık hissetmektedirler ancak birden fazla intihar girişiminde bulunanların sayısı da çoğunluktadır.

İntihar girişiminin eşlik ettiği KZVD gösteren ergenlerin alkol-sigara-madde kullanım oranları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu grupta depresyon, yaygın aksiyete bozukluğu, davranım bozukluğu tanıları ve okulu bırakma daha fazladır.

Bağlanmaları incelendiğinde ise hem KZVD, hem de İG+KZVD grubundakilerde güvensiz bağlanma biçimleri daha fazladır. Güvenli bağlanmanın sağlıklı kontrollerde daha sık olması, güvenli bağlanmanın kendine zarar verici davranışlara karşı koruyucu bir etmen olduğunu desteklemektedir. Güvensiz bağlanma biçimlerinin kişiler arası ilişki kurma ve oluşabilecek sorunları çözme becerilerini etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle koruyucu önlem olarak güvensiz bağlanma örüntüleri olan ergenlerde sağlıklı sorun çözme becerileri ve kişiler arası ilişkiler geliştirilebilir. Kendine zarar verici davranışı olanlarda yüksek öfke puanları elde edilmiş ve öfke ifadesinin dışavurum şeklinde olduğu belirlenmiştir. Bu ergenlerde yapılacak öfke kontrol çalışmaları da KZVD'nin tekrarlanmasını engelleyebilir.

Kendine zarar verme davranışının işlevlerinden en çok otonom işlevler ön plana çıkmıştır. Her iki gruptaki ergenlerin duygu düzenlemede zorluk yaşadıkları ve olumsuz duygularla başa çıkmak için kendine zarar verme davranışı sergiledikleri belirlenmiştir.

İntihar girişimi olan ve olmayan kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerin annelerinde tüm psikiyatrik belirti alt grupları skorları yüksek bulunması bu ergenlerin

değerlendirilmesinde annelere de odaklanılması gerektiğini göstermektedir. Annenin ruhsal durumu göz ardı edilerek yapılacak olan yaklaşım tedaviyi kısır döngüye sokabilir. Annenin ruhsal değerlendirilmesi için yönlendirilmesi ve gerekirse tedavisinin düzenlenmesi, aile içi ilişkileri düzene sokarak iletişim sorunlarını azaltacağı gibi ergenin tedavi sürecinde annenin motivasyon ve desteğini artırarak da yardımcı olabilir.

İntihar genç ölümlerinin en önemli nedenlerinden birisidir ve önlenebilir olması nedeniyle çocuk psikiyatristleri kadar koruyucu ruh sağlığı hizmeti sunanları da ilgilendirir. Kendine zarar verici davranışlar intihar niyeti olsun olmasın ileride gerçekleşebilecek intihar davranışının öncülleri olarak kabul edilir. İntihar niyeti olmadan gerçekleşen KZVD ile intihar girişimi ile KZVD olan ergenlerin ortak psikopatolojik özellikleri olduğu düşünüldüğünde her KZVD ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Bu tez çalışmasının önemli bulgularından birisi de bağlanma özellikleri ve annenin ruhsal sağlığının da ergenin deneyimlediği KZVD üzerindeki etkisinin ortaya konulmasıdır. Koruyucu yaklaşımlar planlanırken tüm bunlar göz önünde bulundurulmalıdır.



# İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN VE OLMAYAN KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI GÖSTEREN ERGENLERDE VE ANNELERİNDE PSİKİYATRİK ÖZELLİKLER VE BAĞLANMA BİÇİMLERİ

## ÖZET

**Giriş :** İntiharlar ergen ölümlerinin en sık nedenlerinden birisidir ve intihar niyeti olsun/olmasın kendine zarar verme davranışı (KZVD) ergenlerde sık görülmektedir. Bu çalışmada intihar niyeti olup ya da olmadan kendine zarar verme davranışları olan ergenlerde ve annelerindeki psikiyatrik belirtiler ve bağlanma biçimleri değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya, Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 2016 Haziran– 2017 Haziran tarihleri arasında başvuran 12-18 yaş aralığında intihar niyeti ve girişimi olup KZVD olan (n=30) (İG+KZVD), intihar niyeti ve girişimi olmadan KZVD olan (n=30) (KZVD) ve sağlıklı kontrol grubu (n=30) dahil edildi. Ergenlere Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli (K-SADS) uygulandı. Ergenlere Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE), Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ), Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Beck umutsuzluk ölçeği (BUÖ), Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (E-DYÖ), Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı ölçeği (SÖÖTÖ), İlişki Ölçekleri Anketi–Ergen (İÖA) ve annelerine ise Belirti Tarama Listesi (SCL-90 R), SÖÖTÖ, İÖA ve Atilla Turgay Yıkıcı davranım bozuklukları tarama ve değerlendirme ölçeği verildi. Sonuçlar SPSS 20.0 ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Tüm katılımcıların (n=90) yaş ortalaması 15,7±1,2 ve 71'i (%79) kız, 19'u (%21) erkektir. Kendine zarar veren ergenler eylemi daha çok dürtüsel bir şekilde yalnızken yapmıştır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) varlığı KZVD olan grupta İG+KZVD grubundan; İG+KZVD olan grupta ise davranım bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyon tanıları KZVD olan gruptan fazladır (p<0,05). İG+KZVD grubunda ÇDÖ, ÇATÖ, EDYÖ, BUÖ puanları diğer gruplardan daha yüksektir (p<0,001). Ayrıca bu grupta alkol-sigara-madde kullanımı ve okul terki diğer gruplara göre daha fazla bulunmuştur (p<0,005). Her iki kendine zarar verme grubunda öfke ifade şekilleri dışı vuran öfke olarak bulunmuştur ve sürekli öfke puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir (p<0,005). Sağlıklı kontrollerde 'güvenli' bağlanma şeklinin ve KZVD grubunda ise 'saplantılı' bağlanma şeklinin daha fazla olduğu saptanmıştır.

( $p<0,005$ ). Annelerin öfke ifadesi ve bağlanma şekillerinde gruplar arasında farklılık bulunamamıştır( $p>0,005$ ). Annelerin psikolojik belirtilerinden ‘obsesif kompulsif’, ‘somatizasyon’, ‘depresyon’, ‘kişiler arası duyarlılık’ alt grubu belirtileri KZVD grubunda daha fazla olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,005$ ).

**Tartışma ve Sonuç:** Kendine zarar veren ergenlerin intihar girişimi olsun/olmasın, daha ağır psikopatolojiye sahip oldukları, özellikle tanı almamış DEHB özellikleri ve ergenlerin ‘güvensiz’ bağlanma biçimleri ve annelerinin ruh sağlığının da önemli bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle kendine zarar verici davranış gösteren ergenleri değerlendirirken bu faktörlerin göz önünde bulundurulması koruyucu önlemlerin geliştirilmesi için gereklidir.

**Anahtar kelimeler:** Kendine zarar verme davranışı, intihar, ergen, anne, öfke ifadesi, bağlanma, psikopatoloji

## PSYCHIATRIC FEATURES AND ATTACHMENT STYLES IN MOTHERS AND ADOLESCENTS HAVING SELF INJURIOUS BEHAVIORS WITH OR WITHOUT SUICIDE ATTEMPT

### **Summary**

**Introduction:** Suicide is the most common reasons for death in youth and self-injurious behaviors(SIB) with or without suicidal intent are common in adolescents. In this study, the aim was to determine the relationship between the psychiatric characteristics and attachment styles of adolescents who had shown self injurious behaviors with and without suicidal intentions.

**Method:** Our study was conducted at the outpatient clinic of the Child and Adolescent Psychiatry Department in Adnan Menderes University in between June 2016 and June 2017. A total of 90 adolescents (12-18 years old) were divided into three groups: those who had SIB with suicide attempt (SIB+SA) (n=30), those who had SIB without suicide attempt (SIB) (n=30), and healthy controls(n=30). Assesment scales used for adolescents were Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children-Present and Lifetime version (K-SADS), Inventory of Statements About Self-injury (ISAS), Self-report for Childhood Anxiety Related Disorders (SCARED), Children's Depression Inventory(CDI), Beck Hopelessness Scale (BHS), Adolescent Dissociative Experiences Scale (ADES), The State-Trait Anger Scale (TSTAS) and Adolescent Relationship Scale Questionnaire (A-RSQ). Symptom Distress Check List (SCL-90 R), Atilla Turgay Disruptive Behavioral Disorders Screening and Evaluation Scale, Relationship Scale Questionnaire and TSTAS were given to mothers. SPSS 20.0 was used for data analysis.

**Results:** The mean age of all participants in the study (n = 90) was  $15.7 \pm 1.2$  and 71 (79%) were female and 19 (21%) were male. Adolescents in SIB and SIB+SA group harmed themselves when they were alone and in a more impulsive way. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is more in SIB group. The adolescents in the SIB+SA group were diagnosed with more depression, anxiety and behavioral disorders, had higher SCARED, CDI, BHS, and ADES scores, and had higher rates of alcohol, tobacco, and substance use than the other groups ( $p < 0.05$ ). The forms of anger expression in both self-injurious groups were found as outbursts of anger, and continuous anger scores were higher than the control group ( $p < 0.05$ ). While insecure attachment patterns were more

common in the SIB+SA and SIB groups, 'preoccupied' attachment patterns were more likely in the SIB group ( $p < 0.05$ ). There were no differences between the groups for anger expression or attachment styles in mothers ( $p > 0.005$ ). Mothers in the SIB group were having more symptoms of 'obsessive compulsive', 'somatization', 'depression' and 'interpersonal sensitivity' than the other groups. ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Adolescents with self harm behaviors with and without suicidal attempts have a heavier psychopathology, especially undiagnosed ADHD properties and 'insecure' attachment styles. Besides their maternal psychiatric problems are also risk factors in self-injurious behavior. Therefore, these factors should be taken into account when evaluating adolescents who exhibit self-injurious behaviors and implementing further protective care.

**Key words :** Self-injurious behavior, suicide, adolescent, mother, anger expression, attachment

## Kaynaklar

1. Hawton, K. and A. James, *Suicide and deliberate self harm in young people*. BMJ, 2005. 330(7496): p. 891-4.
2. 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.
3. Portzky, G. and K. van Heeringen, *Deliberate self-harm in adolescents*. Curr Opin Psychiatry, 2007. 20(4): p. 337-42.
4. Favazza, A.R., *Why patients mutilate themselves*. Hosp Community Psychiatry, 1989. 40(2): p. 137-45.
5. 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. 641-9.
6. Pfeffer, C.R., et al., *Suicidal behavior in latency-age children: an empirical study*. J Am Acad Child Psychiatry, 1979. 18(4): p. 679-92.
7. Rosenthal, R.J., et al., *Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture*. Am J Psychiatry, 1972. 128(11): p. 1363-8.
8. Roy, A., *Self-mutilation*. Br J Med Psychol, 1978. 51(2): p. 201-3.
9. Podvoll, E.M., *Self-mutilation within a hospital setting: a study of identity and social compliance*. Br J Med Psychol, 1969. 42(3): p. 213-21.
10. Favazza, A.R. and R.J. Rosenthal, *Diagnostic issues in self-mutilation*. Hosp Community Psychiatry, 1993. 44(2): p. 134-40.
11. Zoroglu, S.S., et al., *Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation*. Psychiatry Clin Neurosci, 2003. 57(1): p. 119-26.
12. Farberow, N., *The Many Faces of Suicide*. New York, McGraw-Hill Book Co 1980. 1980.
13. Favazza, A.R. and K. Conterio, *Female habitual self-mutilators*. Acta Psychiatr Scand, 1989. 79(3): p. 283-9.
14. Haw, C., et al., *Repetition of deliberate self-harm: a study of the characteristics and subsequent deaths in patients presenting to a general hospital according to extent of repetition*. Suicide Life Threat Behav, 2007. 37(4): p. 379-96.
15. Nock, M.K., et al., *Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts*. Psychiatry Res, 2006. 144(1): p. 65-72.
16. Whitlock, J., J. Eckenrode, and D. Silverman, *Self-injurious behaviors in a college population*. Pediatrics, 2006. 117(6): p. 1939-48.
17. Nock, M.K., *Self-injury*. Annu Rev Clin Psychol, 2010. 6: p. 339-63.
18. Klonsky, E.D., *The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence*. Clin Psychol Rev, 2007. 27(2): p. 226-39.
19. Grandclerc, S., et al., *Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review*. PLoS One, 2016. 11(4): p. e0153760.
20. Favazza, A.R., *The coming of age of self-mutilation*. J Nerv Ment Dis, 1998. 186(5): p. 259-68.

21. APA, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev. Ed.: E Köroğlu)* Hekimler Yayın Birliği, Ankara,, 2013.
22. Siemon, D., Favazza, A., *Self-injurious behaviors : Phenomenology and assesment.* 2001.
23. Miller DN, B.S., *Identifying, Assessing and Treating Self-Injury at School.* Springer, 2010.
24. WHO, *World Health Organization (2015). Suicide prevention (SUPRE).* Retrieved May 2017 from [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/). 2017.
25. Muehlenkamp, J.J. and P.M. Gutierrez, *Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury.* Arch Suicide Res, 2007. 11(1): p. 69-82.
26. Bridge, J.A., T.R. Goldstein, and D.A. Brent, *Adolescent suicide and suicidal behavior.* J Child Psychol Psychiatry, 2006. 47(3-4): p. 372-94.
27. Consoli, A., et al., *Risk and Protective Factors for Suicidality at 6-Month Follow-up in Adolescent Inpatients Who Attempted Suicide: An Exploratory Model.* Can J Psychiatry, 2015. 60(2 Suppl 1): p. S27-36.
28. Levy, S.R., G.L. Jurkovic, and A. Spirito, *A multisystems analysis of adolescent suicide attempters.* J Abnorm Child Psychol, 1995. 23(2): p. 221-34.
29. Mars, B., et al., *Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study.* BMJ, 2014. 349: p. g5954.
30. Brausch, A.M. and P.M. Gutierrez, *Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents.* J Youth Adolesc, 2010. 39(3): p. 233-42.
31. Hargus, E., K. Hawton, and K. Rodham, *Distinguishing between subgroups of adolescents who self-harm.* Suicide Life Threat Behav, 2009. 39(5): p. 518-37.
32. Tulloch, A.L., L. Blizzard, and Z. Pinkus, *Adolescent-parent communication in self-harm.* J Adolesc Health, 1997. 21(4): p. 267-75.
33. Andover, M.S. and B.E. Gibb, *Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients.* Psychiatry Res, 2010. 178(1): p. 101-5.
34. Claassen, C.A., et al., *Epidemiology of nonfatal deliberate self-harm in the United States as described in three medical databases.* Suicide Life Threat Behav, 2006. 36(2): p. 192-212.
35. Klonsky, E.D. and J.J. Muehlenkamp, *Self-injury: a research review for the practitioner.* J Clin Psychol, 2007. 63(11): p. 1045-56.
36. Muehlenkamp, J.J. and P.M. Gutierrez, *An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents.* Suicide Life Threat Behav, 2004. 34(1): p. 12-23.
37. 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.
38. 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.
39. Stallard, P., *Self-harm in young adolescents (12–16 years): onset and short-term continuation in a community sample.* 2013.

40. Larsson, B.S., A., *Prevalence, Course, Incidence, and 1-Year Prediction of Deliberate Self-Harm and Suicide Attempts in Early Norwegian School Adolescents*. 2008.
41. McKeown, R.E., et al., *Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1998. 37(6): p. 612-9.
42. Larsson, B.S.A., *Prevalence, Course, Incidence, and 1-Year Prediction of Deliberate Self-Harm and Suicide Attempts in Early Norwegian School Adolescents*. 2008.
43. 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.
44. Stanley, B., et al., *Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters*. J Affect Disord, 2010. 124(1-2): p. 134-40.
45. Groschwitz, R., *The Neurobiology of Non-suicidal Self-injury (NSSI): A review*. 2012.
46. McCloskey, M.S., et al., *Acute tryptophan depletion and self-injurious behavior in aggressive patients and healthy volunteers*. Psychopharmacology (Berl), 2009. 203(1): p. 53-61.
47. Hawton, K., et al., *Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England*. J Child Psychol Psychiatry, 2012. 53(12): p. 1212-9.
48. Tiefenbacher, S., et al., *The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: a nonhuman primate model*. Front Biosci, 2005. 10: p. 1-11.
49. Kasim, S. and H.A. Jinnah, *Self-biting induced by activation of L-type calcium channels in mice: dopaminergic influences*. Dev Neurosci, 2003. 25(1): p. 20-5.
50. Heim, C., U. Ehlert, and D.H. Hellhammer, *The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders*. Psychoneuroendocrinology, 2000. 25(1): p. 1-35.
51. Kaess, M., et al., *Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury*. Psychoneuroendocrinology, 2012. 37(1): p. 157-61.
52. Nixon, M.K., P.F. Cloutier, and S. Aggarwal, *Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2002. 41(11): p. 1333-41.
53. Herpertz, S., *Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers*. Acta Psychiatr Scand, 1995. 91(1): p. 57-68.
54. Tarlacı N, Y.D., Türkcan S, Saatçioğlu Ö., *B kümesi kişilik bozukluklarında kendini yaralamanın özellikleri*. Türk Psikiyatri Dergisi, 1997: p. 29-35.
55. Sourander, A., et al., *Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15*. J Affect Disord, 2006. 93(1-3): p. 87-96.
56. Klonsky, E.D. and A. Moyer, *Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis*. Br J Psychiatry, 2008. 192(3): p. 166-70.
57. 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.

58. Chitsabesan, P., et al., *Predicting repeat self-harm in children--how accurate can we expect to be?* Eur Child Adolesc Psychiatry, 2003. 12(1): p. 23-9.
59. Kingsbury, S., et al., *Do adolescents who take overdoses have specific psychological characteristics? A comparative study with psychiatric and community controls.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1999. 38(9): p. 1125-31.
60. Wagner, B.M., M.A.C. Silverman, and C.E. Martin, *Family Factors in Youth Suicidal Behaviors.* American Behavioral Scientist, 2016. 46(9): p. 1171-1191.
61. Bowlby, J., *Attachment and loss: Vol.1. Attachment (2nd ed.).* 1969-1982.
62. Bowlby, J., *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger. .* 1973
63. Mikulincer, M. and P.R. Shaver, *An attachment perspective on psychopathology.* World Psychiatry, 2012. 11(1): p. 11-5.
64. O'Conner, T., Croft, C., *A twin study of attachment in preschool children.* 2001.
65. Fearon, P., et al., *Genetic and environmental influences on adolescent attachment.* J Child Psychol Psychiatry, 2014. 55(9): p. 1033-41.
66. Glazebrook, K., E. Townsend, and K. Sayal, *The Role of Attachment Style in Predicting Repetition of Adolescent Self-Harm: A Longitudinal Study.* Suicide Life Threat Behav, 2015. 45(6): p. 664-78.
67. Zeanah, C.H., N.W. Boris, and J.A. Larrieu, *Infant development and developmental risk: a review of the past 10 years.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997. 36(2): p. 165-78.
68. Adam, K.S., A.E. Sheldon-Keller, and M. West, *Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents.* J Consult Clin Psychol, 1996. 64(2): p. 264-72.
69. Fergusson, D.M., L.J. Woodward, and L.J. Horwood, *Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood.* Psychol Med, 2000. 30(1): p. 23-39.
70. Kobak, R., K. Zajac, and C. Smith, *Adolescent attachment and trajectories of hostile-impulsive behavior: implications for the development of personality disorders.* Dev Psychopathol, 2009. 21(3): p. 839-51.
71. Hawton, K., et al., *Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors.* J Adolesc, 1999. 22(3): p. 369-78.
72. Helvacı Çelik, F.G. and Ç. Hocaoğlu, *Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı.* Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry, 2017. 9(2): p. 209-209.
73. Nock, M.K. and W.B. Mendes, *Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers.* J Consult Clin Psychol, 2008. 76(1): p. 28-38.
74. Arrandale, V.H., et al., *Exposure assessment in cohort studies of childhood asthma.* Environ Health Perspect, 2011. 119(5): p. 591-7.
75. Webb, L., *Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors.* J Adv Nurs, 2002. 38(3): p. 235-44.
76. Kashani, J.H., et al., *Characteristics of anger expression in depressed children.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1995. 34(3): p. 322-6.
77. Harrington, R., *Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence.* Br Med Bull, 2001. 57: p. 47-60.



78. Linehan, M.M., *Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse*. NIDA Res Monogr, 1993. 137: p. 201-16.
79. Clarkin, J.F., et al., *Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study*. Am J Psychiatry, 2007. 164(6): p. 922-8.
80. Rathus, J.H. and A.L. Miller, *Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents*. Suicide Life Threat Behav, 2002. 32(2): p. 146-57.
81. Fleischhaker, C., et al., *Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 2011. 5(1): p. 3.
82. Katz, L.Y., S.A. Fotti, and L. Postl, *Cognitive-behavioral therapy and dialectical behavior therapy; adaptations required to treat adolescents*. Psychiatr Clin North Am, 2009. 32(1): p. 95-109.
83. claes, L., *Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit*. 2010.
84. Kaufman J, B.B., Brent D., *Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997.
85. Gökler B, Ü.F., Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y., *Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T)*. Turk J Child Adolesc Ment Health, 2004.
86. Klonsky, E.D. and C.R. Glenn, *Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS)*. J Psychopathol Behav Assess, 2009. 31(3): p. 215-219.
87. Birmaher. B, K.S., Brent. D., Cully M, Balach L, Kaufman J, McKenzie Neer S. , *The Screen for Childhood Anxiety Related Emotional Disorder(SCARED): Scale construction and psychometric characteristics*. JAMA 1997.
88. Kovacs. M, *The Childrens Depression Inventory (CDI)*. Psychopharmacology, 1985.
89. Öy, B., *Çocuklar için Depresyon Ölçeği: Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması*. Türk Psikiyatri Dergisi, 1991: p. 2: 132-136.
90. Durak, A., *Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Türk Psikoloji Dergisi 1994: p. 1-11.
91. Armstrong JG, P.F., Carlson EB, Libero DZ, Smith SR, *Development and Validation of a Measure of Adolescent Dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale*. J. Nerv. Ment. Dis. , 1997: p. 491-497.
92. Özer. A, *Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı ölçekleri ön çalışması*. Türk Psikoloji Dergisi 1994: p. 26-35.
93. Savaşır I, Ş.N.H., *Bilişsel ve Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Ankara Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997.
94. Bartholomew, K. and L.M. Horowitz, *Attachment styles among young adults: a test of a four-category model*. J Pers Soc Psychol, 1991. 61(2): p. 226-44.
95. Sümer, N., Güngör, D. , *Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örnekleme üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma*. . Türk Psikoloji Dergisi, 1999: p. 71-106.

96. Calisir, M., *The Relationship of Adult Attachment Theory and Affect Regulation Strategies to Depression* 2009.
97. Kılıç, M., *Belirti Tarama Listesi (SCL-90R)'in gecerlik ve güvenilirliği (The validity and reliability of the SCL-90-R)*. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 1991: p. 45-52.
98. Bartholomew, K.G., D., *Advances in Personal Relationships: Attachment Processes in Adult Relationships* 1994.
99. Ercan, S., *Development of A Test Battery for the Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Turk J Child Adolesc Ment Health, 2001: p. 132-144.
100. IBM, *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0.* . Armonk, NY: IBM Corp., 2011.
101. Akdemir, D., et al., *Identity status and self-esteem in adolescents with non-suicidal self-injurious behavior*. Anatolian Journal of Psychiatry, 2013. 14(1): p. 69.
102. Saçarçelik, G., et al., *The prevalence of deliberate self-harm behavior and its association with sociodemographic features in patients referred to secondary care psychiatric clinic for adolescents and young adults / İkinci basamak ergen ve genç erişkin psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda kasıtlı kendine zarar verme davranışının yaygınlığı ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi*. Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 2011: p. 253-264.
103. Özfirat, Ö., *Malatya İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Depresyon Prevalansı ve İlişkili Faktörler*. TOTM dergisi, 2009.
104. Aktepe, E., *İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk Ve Ergenlerde Sosyodemografik Ve Psikiyatrik Özelliklerin Değerlendirilmesi*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006.
105. Kidger, J., et al., *Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England*. BMC Psychiatry, 2012. 12: p. 69.
106. Cuadrado, C., et al., *Association between adolescent suicide and sociodemographic factors in Chile: cross-sectional ecological study*. Crisis, 2015. 36(4): p. 281-90.
107. Luleci, s., *Kendini Yaralama Davranışı Olan Ergenlerin Psikiyatrik ve Sosyokültürel Özellikleri*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, 2007.
108. Kabukcu Basay, B., *Türk Örneğinde Lise Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışının Doğası, İşlevleri ve İlişkili Risk Faktörleri*. Nöropsikiyatri Arşivi, 2017.
109. Connor, J.J. and M.A. Rueter, *Parent-child relationships as systems of support or risk for adolescent suicidality*. J Fam Psychol, 2006. 20(1): p. 143-55.
110. Diaconu, G. and G. Turecki, *Family history of suicidal behavior predicts impulsive-aggressive behavior levels in psychiatric outpatients*. J Affect Disord, 2009. 113(1-2): p. 172-8.
111. Uysal, S., *Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Genç Erişkin Hastalarda İntihar Girişimi Olan Ve İntihar Girişimi Olmayanların Klinik Tanıları, Borderline Kişilik Özellikleri, Mizaç Ve Karakter Özellikleri Açısından Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, 2010.
112. Cimen, I., et al., *Non-suicidal self-injury and its relationship with family characteristics among adolescents in Izmit, Turkey*. Anatolian Journal of Psychiatry, 2017: p. 1.
113. Langlo, S.R., M. Ramberg, and B. Groholt, *[Suicidal adolescents--what should clinicians look for?]*. Tidsskr Nor Laegeforen, 2003. 123(16): p. 2246-9.
114. Stahl, S., *Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi*. 2012.

115. Gultekin, F., *Attachment Styles and Social Connectedness of University Students*. 2017.
116. Miga, E.M., et al., *The relation of insecure attachment states of mind and romantic attachment styles to adolescent aggression in romantic relationships*. *Attach Hum Dev*, 2010. 12(5): p. 463-81.
117. Consedine, N.S. and C. Magai, *Attachment and emotion experience in later life: the view from emotions theory*. *Attach Hum Dev*, 2003. 5(2): p. 165-87.
118. Simpson, J., *Influence of Attachment Styles on Romantic Relationships*. American Psychological Association, 1990.
119. Sheftall, A.H., et al., *Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts*. *Attach Hum Dev*, 2013. 15(4): p. 368-83.
120. Kara, M., *İntihar Girişimi Olan Ve Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı Gösteren Ergenlerde Gelişimsel Ve Psikiyatrik Özellikler*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, 2014.
121. Tunal, E., *Gençlerde Kendini Yaralama Davranışı İle İlişkili Duygusal Ve Ailesel Faktörlerin İncelenmesi*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, 2010.
122. Park, Y.J., et al., *[Anger, problem behaviors, and health status in adolescent women]*. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 2004. 34(7): p. 1234-42.
123. Huang, Y.H., et al., *Relationship Between Predictors of Incident Deliberate Self-Harm and Suicide Attempts Among Adolescents*. *J Adolesc Health*, 2017. 60(5): p. 612-618.
124. Simeon, D., et al., *Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates*. *Am J Psychiatry*, 1992. 149(2): p. 221-6.
125. Kilic, F., et al., *Self-Injury and Suicide Attempt in Relation with Trauma and Dissociation among Adolescents with Dissociative and Non-Dissociative Disorders*. *Psychiatry Investig*, 2017. 14(2): p. 172-178.
126. Asarnow, J.R., et al., *Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2011. 50(8): p. 772-81.
127. Hurtig, T., et al., *Suicidal and self-harm behaviour associated with adolescent attention deficit hyperactivity disorder-a study in the Northern Finland Birth Cohort 1986*. *Nord J Psychiatry*, 2012. 66(5): p. 320-8.
128. Tuisku, V., et al., *Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2006. 15(4): p. 199-206.
129. Garber, J., et al., *Family predictors of suicidal symptoms in young adolescents*. *J Adolesc*, 1998. 21(4): p. 445-57.
130. Türkbay, T., *Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Ve Binişik Karşı Olma - Karşı Gelme Bozukluğu Olan Çocuklar Ve Ergenlerin Anne-Babalarının Psikiyatrik Özelliklerinin Karşılaştırılması*. *Gülhane tıp dergisi*, 2003.
131. Greening, L., Stoppelbein, L., Luebbe, A., *The moderating effects of parenting styles on African-American and Caucasian children's suicidal behaviors*. *J. Youth Adolesc*, 2010.
132. Hawton, K., K.E. Saunders, and R.C. O'Connor, *Self-harm and suicide in adolescents*. *Lancet*, 2012. 379(9834): p. 2373-82.
133. Klonsky, E.D., *The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation*. *Psychiatry Res*, 2009. 166(2-3): p. 260-8.

134. Claes, L., W. Vandereycken, and H. Vertommen, *Pain experience related to self-injury in eating disorder patients*. *Eat Behav*, 2006. 7(3): p. 204-13.
135. Canner, J.K., et al., *Emergency department visits for attempted suicide and self harm in the USA: 2006-2013*. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 2016: p. 1-9.
136. Wilkinson, P., et al., *Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT)*. *Am J Psychiatry*, 2011. 168(5): p. 495-501.



## Ek. 1.

### Sosyodemografik veri formu (hasta)

Annenin

- Yaşı:
- Eğitim durumu:  Okula gitmemiş  İlk okul  Orta okul  
 Lise  Yüksek okul veya Üniversite
- Şu anda çalışıyor mu?:  evet  hayır
- Tanısı konmuş herhangi bir tıbbi hastalığı var mı?  evet (ise belirtiniz).... hayır
- Sigara:  yok  1-10 /gün  11-20/gün  >20/gün
- Alkol:  yok  her gün  haftada/ayda bir
- Madde:  var (sa belirtiniz)..... yok
- Tanısı konmuş herhangi bir psikiyatrik hastalığı var mı?  
 evet (ise belirtiniz)..... hayır
- Psikiyatrik tedavi alıyor mu?  
 evet (ise belirtiniz).....farmakoterapi, psikoterapi, her ikisi, diğer.  
 hayır
- Daha önce intihar girişimi var mı?  evet(ise belirtiniz)....  
 hayır
- Varsa kaç kez?:.... ○Varsa kaç yaş(lar)ında:....
- Varsa ne şekilde: .... ○Varsa ergen gördü mü?:  evet  hayır
- Daha önce kendine zarar verme davranışı var mı?:  
 evet(ise belirtiniz)....  hayır

Babanın :

- Yaşı:
- Eğitim durumu:  Okula gitmemiş  İlk okul  Orta okul  
 Lise  Yüksek okul veya Üniversite
- Şu anda çalışıyor mu?:  evet  hayır
- Tanısı konmuş herhangi bir tıbbi hastalığı var mı?  evet (ise belirtiniz).... hayır
- Sigara:  yok  1-10 /gün  11-20/gün  >20/gün
- Alkol:  yok  her gün  haftada/ayda bir
- Madde:  var (sa belirtiniz)..... yok

- Tanısı konmuş herhangi bir psikiyatrik hastalığı var mı?  
evet (ise belirtiniz)..... hayır
- Anne ve babanın evlilik durumu: beraber boşanmış ayrı ölü
- Ailedeki toplam çocuk sayısı:
- Şu anda muayene olan kaçınıcı çocuğunuz?: ...
- Evde anne, baba ve çocuklar dışında başka yaşayan kimse var mı?  
evet (ise kim olduğunu belirtiniz)..... hayır
- Ailenin sosyoekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız?  
yüksek düzeyde orta düzeyde alt düzeyde

### Ergenle ilgili:

- Adı Soyadı:  Telefon:
- Doğum tarihi (yaşı):  Cinsiyeti: kız erkek
- Okulu:  Sınıfı:
- Tıbbi hastalık: var..... yok
- Epilepsi ve başka nörolojik hastalık: var .....yok
- Sigara: yok 1-10 /gün 11-20/gün >20/gün
- Alkol: yok her gün haftada/ayda bir
- Madde: var (sa belirtiniz)..... yok
- Daha önce psikiyatrik başvuru:  
var (sa tarihi belirtiniz) ... 0-1 ay  2-6 ay  7-12 ay  >1 yıl  
yok
- Başvurduysa almış olduğu psikiyatrik tanı: ...
- Başvurduysa almış olduğu psikiyatrik tedavi:  
Alıyorsa tedaviye devam ediyor mu?: evet hayır  
Halen ilaç kullanıyor mu? : evet hayır
- Daha önce intihar girişimi: var yok  
İntihar girişimi olduysa sayısı: ...  
İntihar girişimi olduysa girişimin olduğu zamanki yaş(lar): ...  
İntihar girişimi olduysa yöntemi (belirtiniz): ...  
kendi tedavisi için kullandığı ilaçları alarak  
aileden birinin hastalık tedavisi için kullandığı ilaçları alarak  
tarım ilacı,temizlik ilacı,labarotubar ilaçları

- kesici alet kullanarak
- ateşli silah kullanarak
- yüksekten atlayarak
- kendini asarak
- kendini suya ya da motorlu araç altına atarak

○ İntihar girişimi olduysa şekli:  aniden/düşünmeden  
 planlı/isteyerek

○ İntihar girişimi olduysa sonrasında pişmanlık durumu:

(0) hiç (1) biraz (2) tümüyle

- Daha önce kendine zarar verme davranışı:  var  yok
- Kendine zarar verme davranışı olduysa sayısı:
- Kendine zarar verme davranışı olduysa şekli:
  - kol vb. derisini çizerek/yakarak/yolarak
  - kendine vurarak/kendini ısırarak
  - saçını çekerek
  - diğer...

## Ek 2. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli görüşmesi kısa form örneği

GDÖ		c.Karışık-BB	
1.Şimdiki	_____	d.Hızlı döngülü	_____
2.Geçmiş en kötü	_____	11.a.DSM-III-R	_____
3.Geçmiş en iyi	_____	b.DSM-IV	_____
		12.Siklotimi	_____
		13.BB-BTA	_____
		14.Şizoafektif-manik	_____
<b>DEPRESYON (Ek 1)</b>		<b>PSİKOZ (Ek 2)</b>	
1.Çökkün duygudurum	___ ___ ___	Varsanılar	
2.Disforik duygudurum	___ ___ ___	1.a.Sözel olmayan	___ ___ ___
3.Değişiklik	___ ___ ___	1.b.Komut veren	___ ___ ___
4.a.Uykuya dalmakta güçlük	___ ___ ___	1.c.Yorum yapan	___ ___ ___
b.Blünme	___ ___ ___	1.d.Birbiryle konuşan	___ ___ ___
c.Erken uyanma	___ ___ ___	1.e.Sesli düşünce	___ ___ ___
d.Uyku düzeni bozukluğu	___ ___ ___	1.f.Diğer sözel	___ ___ ___
e.Dinlendirmeyen uyku	___ ___ ___	2.a.Kafa içi	___ ___ ___
f.Fazla uyuma	___ ___ ___	2.b.Dışarıdan	___ ___ ___
5.Enerji azlığı	___ ___ ___	2.c.Her ikisi	___ ___ ___
6.a.Düşüncede yavaşlama	___ ___ ___	3.Görsel	___ ___ ___
b.Kararsızlık	___ ___ ___	4.Dokunma	___ ___ ___
7.a.İştah azalması	___ ___ ___	5.Koku	___ ___ ___
b.Kilo kaybı	___ ___ ___	6.Yanılsama	___ ___ ___
c.Arılmış iştah	___ ___ ___	7.Kültürel kabul	___ ___ ___
d.Kilo alma	___ ___ ___	8.Süre	___ ___ ___
8.a.Ajitasyon	___ ___ ___	9.DB ile birlikte	___ ___ ___
b.Psikomotor yavaşlama	___ ___ ___	10.Travma ile birlikte	___ ___ ___
9.a.Değersizlik hissi	___ ___ ___	11.Madde/organik ile birlikte	___ ___ ___
b.Suçluluk duygusu	___ ___ ___	12.Tetikleyici	___ ___ ___
10.Çaresizlik, karamsarlık	___ ___ ___	13.Süre>1 hafta	___ ___ ___
11.Reddedilme duyarlılığı	___ ___ ___	Sanrılar	
<b>Diğer kriterler</b>		1.Büyüklük	___ ___ ___
1.Tetikleyici	___ ___ ___	2.Suçluluk	___ ___ ___
2.Mens ile belirtiler	___ ___ ___	3.Kontrol edilme	___ ___ ___
3.a.Sosyal	___ ___ ___	4.Bedensel	___ ___ ___
b.Aile	___ ___ ___	4.a.Yalnızca duygulanım atağı	___ ___ ___
c.Okul	___ ___ ___	5.Nihilizm	___ ___ ___
4.MDB	_____	6.Düşünce yayınlanma	___ ___ ___
5.a.DSM-III-R	_____	7.Düşünce sokulma	___ ___ ___
b.DSM-IV	_____	8.Düşünce çalınma	___ ___ ___
6.Mevsimsel	_____	9.Mesaj alma	___ ___ ___
7.Atipik depresyon	_____	10.Zarar görme	___ ___ ___
8.Psikotik MDB	_____	11.Düşünce okunma	___ ___ ___
9.Şizoafektif-Dep	_____	12.Referans	___ ___ ___
10.Distimi	_____	13.Diğer	___ ___ ___
11.Distimi primer	_____	14.Ailesel	___ ___ ___
12.Distimi sekonder	_____	15.Birden fazla	___ ___ ___
13.BTA-DB	_____	16.MDB ya da mani	___ ___ ___
14.Deprime uyum bozukluğu	_____	17.Madde/tıbbi hastalık	___ ___ ___
<b>MANİ (Ek 1)</b>		18.Çökkün/ kabarmış duygulanım	___ ___ ___
1.Büyüklük	___ ___ ___	19.Tetikleyici	___ ___ ___
2.Basinçli konuşma	___ ___ ___	20.Süre>1 hafta	___ ___ ___
3.Yargılama zayıflığı	___ ___ ___	<b>Diğer psikotik belirtiler</b>	
4.Dikkat dağınıklığı	___ ___ ___	1.a.Künt duygulanım	___ ___ ___
5.Fiziksel huzursuzluk	___ ___ ___	b.Uygunsuz duygulanım	___ ___ ___
6.Alkol, madde etkisi	___ ___ ___	2.a.Enkoherans	___ ___ ___
7.Süresi	___ ___ ___	b.Çağrışım çözülmesi	___ ___ ___
8.İşlevsellikte bozulma	___ ___ ___	3.Katatoni	___ ___ ___
a.Sosyal	___ ___ ___	<b>İşlevsellik</b>	
b.Ailesiyle	___ ___ ___	1.okul	___ ___ ___
c.Okulda	___ ___ ___	2.akran	___ ___ ___
d.Hastanede yatma	___ ___ ___	3.aile	___ ___ ___
e.Diğer	___ ___ ___	4.öz bakım	___ ___ ___
9.a.DSM-III-R	_____	1.Seyir	___ ___ ___
b.DSM-IV	_____	a.Subkronik	___ ___ ___
10.a.Manik-BB	_____	b.Kronik	___ ___ ___
b.Depresyon-BB	_____		



- c.Akut-subkronik \_\_\_\_\_  
d.Akut-kronik \_\_\_\_\_  
e.Remisyon \_\_\_\_\_  
2.Eşlik eden özellikler \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 1.Prognostik özellikler a. \_\_\_ b. \_\_\_ c. \_\_\_  
2.Prognoz a.İyi \_\_\_\_\_ b.Orta \_\_\_\_\_  
c.Kötü \_\_\_\_\_

### PANİK (Ek 3)

- 1.Dispne \_\_\_\_\_  
2.Başdönmesi \_\_\_\_\_  
3.Çarpıntı \_\_\_\_\_  
4.Titreme \_\_\_\_\_  
5.Terleme \_\_\_\_\_  
6.Boğulma hissi \_\_\_\_\_  
7.Bulantı \_\_\_\_\_  
8.Depersonalizasyon \_\_\_\_\_  
9.Karınca lanma \_\_\_\_\_  
10.Ürperme,ateş basması \_\_\_\_\_  
11.Göğüs ağrısı \_\_\_\_\_  
12.Ölüm korkusu \_\_\_\_\_  
13.Kontrol kaybetme korkusu \_\_\_\_\_

### Diğer kriterler

- 14.Uyaran \_\_\_\_\_  
15.Beklenmeyen atak \_\_\_\_\_  
16.En az belirti \_\_\_\_\_  
17.Atak sıklığı \_\_\_\_\_  
18.Atak korkusu \_\_\_\_\_  
19.Başlangıç \_\_\_\_\_  
20.Agorofobi \_\_\_\_\_  
21.a.Sosyal \_\_\_\_\_  
b.Aile \_\_\_\_\_  
c.Okul \_\_\_\_\_  
22.a.DSM-III-R \_\_\_\_\_  
b.DSM-IV \_\_\_\_\_  
23.Sınırlı belirti \_\_\_\_\_

### AYRILIK KAYGISI (Ek 3)

- 1.Kabuslar \_\_\_\_\_  
2.Fiziksel belirtiler \_\_\_\_\_  
3.Ayrılık beklentisi ile sıkıntı \_\_\_\_\_  
4.Ayrılıkta aşırı sıkıntı \_\_\_\_\_  
5.Süre (en az 2 hafta) \_\_\_\_\_  
6.Bozulma a.Sosyal \_\_\_\_\_  
b.Aile \_\_\_\_\_  
c.Okul \_\_\_\_\_  
7.Tetikleyici \_\_\_\_\_  
8.DSM-III-R \_\_\_\_\_  
DSM-IV \_\_\_\_\_

### FOBİ (Ek 3)

- 1.Fobik uyaran  
a.Yükseklik \_\_\_\_\_  
b.Karanlık \_\_\_\_\_  
c.kan \_\_\_\_\_  
d.köpek \_\_\_\_\_  
e.diğer hayvanlar \_\_\_\_\_  
f.böcek \_\_\_\_\_  
g.evin dışında yalnız \_\_\_\_\_  
h.kalabalık \_\_\_\_\_  
i.açık alan \_\_\_\_\_  
j.yolculuk \_\_\_\_\_  
k.asansör \_\_\_\_\_  
l.diğer kapalı alan \_\_\_\_\_  
m.köprü \_\_\_\_\_

- n.diğer \_\_\_\_\_

- 2.Korkunun aşırılığı I \_\_\_\_\_  
3.Süre (6 ay ve üstü) \_\_\_\_\_  
4.Bozulma a.Sosyal \_\_\_\_\_  
b.Aile \_\_\_\_\_  
c.Okul \_\_\_\_\_

- 5.Tetikleyici \_\_\_\_\_  
6.a. DSM-III-R \_\_\_\_\_  
b. DSM-IV \_\_\_\_\_  
7.a.Hayvan tipi \_\_\_\_\_  
b.Doğal çevre tipi \_\_\_\_\_  
c.Kan \_\_\_\_\_  
d.Durumsal tip \_\_\_\_\_  
e.Diğer tip \_\_\_\_\_  
8.Agorafobi \_\_\_\_\_  
9.Agorafobili panik \_\_\_\_\_

### YAYGIN ANKSİYETE (Ek 3)

- 1.Geçmiş davranış \_\_\_\_\_  
2.Yeterlilik \_\_\_\_\_  
3.Rahatlatılma \_\_\_\_\_  
4.Endişeleri kontrol \_\_\_\_\_  
5.a.Ağrı \_\_\_\_\_  
b.Huzursuzluk \_\_\_\_\_  
c.Kolay yorulma \_\_\_\_\_  
d.huzursuzluk \_\_\_\_\_  
e.dikkat \_\_\_\_\_  
f.uyku \_\_\_\_\_  
g.tedirginlik \_\_\_\_\_  
6.Süre \_\_\_\_\_  
7.a.Sosyal \_\_\_\_\_  
b.Aile \_\_\_\_\_  
c.Okul \_\_\_\_\_  
8.Tetikleyici \_\_\_\_\_  
9.DSM-III-R \_\_\_\_\_  
10. DSM-IV \_\_\_\_\_

### OKB (Ek 3)

- Kompulsyonlar  
1.a.Dokunma \_\_\_\_\_  
1.b.Sayma \_\_\_\_\_  
1.c.Temizleme \_\_\_\_\_  
1.d.Kontrol etme \_\_\_\_\_  
1.e.Toplama \_\_\_\_\_  
1.f.Sıralama \_\_\_\_\_  
1.g.Planlama \_\_\_\_\_  
1.h.Yineleme \_\_\_\_\_  
1.i.Diğer \_\_\_\_\_  
2.Amaç \_\_\_\_\_  
3.Algılanma \_\_\_\_\_  
4.Zaman harcama \_\_\_\_\_  
5.a.Sosyal \_\_\_\_\_  
5.b.Aile \_\_\_\_\_  
5.c.Okul \_\_\_\_\_  
5.d.Aşırı sıkıntı \_\_\_\_\_  
Obsesyonlar  
1.a.Bulaşma,somatik \_\_\_\_\_  
1.b.Saldırgan düşünce \_\_\_\_\_  
1.c.Hihilitik düşünce \_\_\_\_\_  
1.d.Simetri \_\_\_\_\_  
1.e.Anlamsız ses \_\_\_\_\_  
1.f.Cinsel \_\_\_\_\_  
1.g.Biriktirme \_\_\_\_\_  
1.h.Dinsel \_\_\_\_\_  
1.i.Diğer \_\_\_\_\_

2.Anlamsız düşünce	___	___	___
3.Baskılama	___	___	___
4.Kaynak	___	___	___
5.Zaman harcama	___	___	___
6.a.Sosyal	___	___	___
6.b.Aile	___	___	___
6.c.Okul	___	___	___
6.d.Aşırı sıkıntı	___	___	___
7. DSM-III-R	___	___	___

#### 8. DSM-IV

#### ADHD (E k 4)

1. Dikkatsizlik hatası	___	___	___
2. Dinlemez	___	___	___
3. Yönergeleri izleyemez	___	___	___
4. İşleri düzenleyemez	___	___	___
5. Kaçınır	___	___	___
6. Kaybeder	___	___	___
7. Unutkandır	___	___	___
8. Yerinde duramaz	___	___	___
9. Çok koşar	___	___	___
10. Motor gibidir	___	___	___
11. Sessizce oynayamaz	___	___	___
12. Söz hakkı bekleyemez	___	___	___
13. Sırasını bekleyemez	___	___	___
14. Söz keser	___	___	___
15. Etkinlik değiştirir	___	___	___
16. Fazla konuşur	___	___	___
17. Tehlikeli işlere girer	___	___	___
18. Süre	___	___	___
19. Başlangıç yaşı	___	___	___
20. a. Sosyal	___	___	___
b. Aile	___	___	___
c. Okul	___	___	___
21. (DSM-III-R)	___	___	___
22. (DSM-IV)	___	___	___
23. Dikkatsizlik	___	___	___
24. Hareketlilik	___	___	___
25. Bileşik	___	___	___
26. BTA	___	___	___

#### KARŞI GELME BOZUKLUĞU (E k 4)

1.Kolay kızar	___	___	___
2. Öfkeli	___	___	___
3. Kinci	___	___	___
4. Küfür	___	___	___
5. Bilerek kızdırır	___	___	___
6. Başkasını suçlar	___	___	___
7. Süre	___	___	___
8.a.Sosyal	___	___	___
b. Aile	___	___	___
c. Okul	___	___	___
9. Tetikleyici	___	___	___
10. a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___

#### DAVRANIM BOZUKLUĞU (Ek 4)

1. Vandalizm	___	___	___
2. Zorla giriş	___	___	___
3. Hırsızlık	___	___	___
4. Yangın	___	___	___
5. Gece dışarda	___	___	___
6. Evden kaçma	___	___	___
7. Silah	___	___	___
8. Eziyet	___	___	___
9.Cinsel zorlama	___	___	___

10.Hayvanlara eziyet	___	___	___
11.a. Soyal	___	___	___
b.Aile	___	___	___
c. Okul	___	___	___
12. Süre	___	___	___
13. Grup tipi	___	___	___
14. Tek başına	___	___	___
15. Ayrışmamış	___	___	___
16. Çocukluk başlangıcı	___	___	___
17. Ergenlik başlangıcı	___	___	___
18.DSM-III-R	___	___	___
DSM – IV	___	___	___

On yaş altı başlayan

On yaş üstü başlayan

Hafif belirtiler

Orta şiddette

Ciddi belirtiler

#### ALKOL KULLANIMI (Ek 5)

1. Sıklık	___	___	___
2.Miktar	___	___	___
3.Çok içme	___	___	___
4.Fiziksel	___	___	___
5.Tehlikeli davranış	___	___	___
6.Psikolojik	___	___	___
7.Mesleki	___	___	___
8.Sosyal	___	___	___
9.Yasal	___	___	___
10.Sarhoş	___	___	___
11.Etkinliklerin azaltılması	___	___	___
12.Zaman harcama	___	___	___
13.Tolerans	___	___	___
14.Bırakma	___	___	___
15.Çekilme	___	___	___
16.Çekilme alkol	___	___	___
17.Süre	___	___	___
18.Kötüye kullanma	___	___	___
a.DSM-III-R	___	___	___
b.DSM-IV	___	___	___
19.Alkol bağımlılığı	___	___	___
a.DSM-III-R	___	___	___
b.DSM-IV	___	___	___

#### MADDE KULLANIMI (Ek 5)

1. Sıklık (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
2. Fazla (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
3. Fiziksel (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
4. Tehlikeli (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
5. Psikolojik (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
6. Mesleki (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
7. Sosyal (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
8. Yasal (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
9. Sarhoş (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
10. Etkinlik(a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
11. Zaman (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
12. Tolerans (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
13. Bırakma (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
14. Çekilme (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
15. Çekil. madde(a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
16. Süre (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
18.Kötüye kullanma (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
a.DSM-III-R	___	___	___
b.DSM-IV	___	___	___
19.Madde bağımlılığı (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
a.DSM-III-R	___	___	___
b.DSM-IV	___	___	___

**ANOREKSİYA NERVOZA (Ek 5)**

1. Beden imgesi \_\_\_\_\_  
2. Amenore \_\_\_\_\_  
3. DSM-III-R ve DSM-IV \_\_\_\_\_  
Kısıtlayıcı tip \_\_\_\_\_  
Tikanircasına yeme tipi \_\_\_\_\_

**BULİMİYA**

1. Kontrol kaybı \_\_\_\_\_  
2. Kiloyla uğraş \_\_\_\_\_  
3. Süre \_\_\_\_\_  
4. a. DSM-III-R \_\_\_\_\_  
b. DSM-IV \_\_\_\_\_

**TİK BOZUKLUĞU (Ek 5)****Basit motor**

1. Göz kırpma \_\_\_\_\_  
2. Yüz \_\_\_\_\_  
3. Kafa \_\_\_\_\_  
4. Omuz \_\_\_\_\_  
5. Kol \_\_\_\_\_  
6. Karın \_\_\_\_\_  
7. Bacak \_\_\_\_\_  
8. Diğer \_\_\_\_\_

**Karmaşık motor**

1. Dokunma, vurma \_\_\_\_\_  
2. Zıplama, dönme \_\_\_\_\_  
3. Ekokinezi \_\_\_\_\_  
4. Kendine zarar \_\_\_\_\_  
5. Diğer \_\_\_\_\_

**Basit ses**

1. Burun,öksür,boğaz \_\_\_\_\_  
2. Horlama \_\_\_\_\_  
3. Diğer \_\_\_\_\_

**Karmaşık ses**

1. Kendi sözcük yineleme \_\_\_\_\_  
2. Başka sözcük yineleme \_\_\_\_\_  
3. Kaprolali \_\_\_\_\_  
4. Hakaret \_\_\_\_\_  
5. Diğer \_\_\_\_\_  
6. a. Sosyal \_\_\_\_\_  
b. Aile \_\_\_\_\_  
c. Okul \_\_\_\_\_  
7. Tourette \_\_\_\_\_  
a. DSM-III-R \_\_\_\_\_  
b. DSM-IV \_\_\_\_\_  
8. Kronik Tik Boz. \_\_\_\_\_  
a. DSM-III-R \_\_\_\_\_  
b. DSM-IV \_\_\_\_\_  
9. Geçici Tik Boz. \_\_\_\_\_  
a. DSM-III-R \_\_\_\_\_  
b. DSM-IV \_\_\_\_\_



Ek 3.

## 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 gerçekleştirmediyseniz 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 uygunsu** "1" işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **çok uygunsu** "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 hıncımı 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**

27...kaygı, hüsrana, 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 öğrenmeme 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 sevdiğilerimle 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:**

#### Ek 4.

### ÇOCUKLUK ÇAĞI KAYGI BOZUKLUKLARI ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (KAY-BÖ)

ÇOCUK FORMU (8 yaş ve büyük)  
SCARED( Self-report for Childhood Anxiety Related Disorders)

İsim ve soyad:

Yaş:

Tarih:

Dosya no:

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olan seçeneğe (“dogru değil ya da nadiren doğru”, ya da “bazen ya da kısmen doğru” ya da

“çok doğru ya da çoğu kez doğru” olduğuna) karar verin.

**Su anı ya da son 3 ayı göz önüne alarak sana en çok uyan seçeneğin altındaki kutuyu karalayın.**

Bazı ifadeler seni ilgilendirmese de, mümkün olduğunca her ifade için bir yanıt verin.

	0 Doğru değil ya da nadiren doğru	1 Bazen ya da kısmen doğru	2 Çok doğru ya da çoğu kez doğru
1. Korktuğum zaman nefes almakta zorlanırım.			
2. Okulda başım ağrır.			
3. Fazla tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.			
4. Ev dışında bir yerde uyduğumda korkarım.			
5. Diğer insanların beni sevip sevmediklerinden endişe (kaygı) duyarım.			
6. Korktuğumda bayılacak gibi hissederim.			
7. Gerginim (huzursuzum) .			
8. Annem ya da babamı nereye gitseler izlerim.			
9. İnsanlar gergin (huzursuz) görüdüğümü söyler.			
10. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken kendimi gergin (huzursuz) hissederim.			
11. Okulda iken karnım ağrır.			
12. Korktuğumda delirecekmiş gibi hissederim.			
13. Yalnız uyumaktan korkarım.			
14. Diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığım beni endişelendirir (kaygılandırır).			
15. Korktuğumda çevremdekileri gerçek değilmiş gibi hissederim.			
16. Anneme ve babama kötü şeylerin olduğu kabuslar görürüm.			
17. Okula gitmek konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
18. Korktuğumda kalbim hızlı çarpar.			
19. Titremelerim olur.			
20. Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm.			
21. İşlerin benim için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyarım.			
22. Korktuğumda çok terlerim.			
23. Endişeli (kaygılı) biriyim.			
24. Hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkularım var.			
25. Evde yalnız kalmaktan korkarım.			
26. Fazla tanımadığım insanlarla konuşmakta zorlanırım.			
27. Korktuğum zaman boğulacakmış gibi hissederim.			
28. İnsanlar çok fazla endişelendiğimi (kaygılandığımı) söyler.			



29. Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.			
30. Sıkıntı ( ya da panik) atakları geçireceğimden korkarım.			
31. Annemin ve babamın başına kötü bir şeyler gelmesinden korkarım.			
32. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olurum.			
33. Gelecekte neler olacağı konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
34. Korktuğumda kusacakmış gibi hissederim.			
35. İşleri ne kadar iyi yaptığım konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
36. Okula gitmekten korkarım.			
37. Olmuş bitmiş şeyler için endişelenirim (kaygılanırım).			
38. Korktuğumda başım döner.			
39. Diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar beni izlerken bir şeyler yapmam gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olurum.			
40. Bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığım insanların olacağı herhangi bir yere gideceğim zaman gergin (huzursuz) olurum.			
41. Çekingen (utangaç) biriyim.			



## Ek 5. Çocuklar için depresyon ölçeği

Adı Soyadı:

Tarih:

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Teşekkürler.

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.  
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.  
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.  
2- İşlerim yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.  
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.  
2- İşlerimin bir çoğunu yanlış yaparım.  
3- Herşeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Birçok şeyden hoşlanırım.  
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.  
3- Hiçbirşeyden hoşlanmam.
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.  
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.  
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1- Arada sırada başıma kötü birşeylerin geleceğini düşünüyorum.  
2- Sık sık başıma kötü birşeylerin geleceğinden endişelenirim.  
3- Başıma kötü şeyler geleceğinden eminim.
- G) 1- Kendimden nefret ederim.  
2- Kendimi beğenmem.  
3- Kendimi beğenirim.
- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.  
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.  
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.  
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.  
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1- Hergün içimden ağlamak gelir.  
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.  
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1- Herşey her zaman beni sıkar.  
2- Herşey sık sık beni sıkar.  
3- Herşey arada sırada beni sıkar.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.  
2- Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.  
3- Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi bir şey hakkında karar veremem.

- 2- Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.  
3- Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1- Güzel / yakışıklı sayılırım.  
2- Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.  
3- Çirkinim.
- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.  
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.  
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.  
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.  
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.  
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.  
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P) 1-Hemen hergün canım yemek yemek istemez.  
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.  
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.  
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.  
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.  
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.  
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam  
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.  
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1- Bir çok arkadaşım var.  
2- Bir çok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.  
3- Hiç arkadaşım yok.
- U) 1- Okul başarım iyi.  
2- Okul başarım eskisi kadar iyi değil.  
3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.  
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.  
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1- Kimse beni sevmez.  
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.  
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.  
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.  
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.  
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.  
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

Ek 6.

**BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ**

Geleceğe yönelik olumsuz beklentiye de düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları evet ya da hayır olarak kodlayınız.

1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum

Evet----- hayır

2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.

Evet----- hayır

3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.

Evet----- hayır

4- Gelecek on yıl içinde hayatimin nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.

Evet----- hayır

5- Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.

Evet----- hayır

6- Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.

Evet----- hayır

7- Geleceğimi karanlık görüyorum.

Evet----- hayır

8- Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.

Evet----- hayır

9- İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok.

Evet----- hayır

10-Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı

Evet----- hayır

- 11- Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor  
 Evet----- hayır
- 12- Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum  
 Evet----- hayır
- 13- Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.  
 Evet----- hayır
- 14- İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.  
 Evet----- hayır
- 15- Geleceğe büyük inancım var.  
 Evet----- hayır
- 16- Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.  
 Evet----- hayır
- 17- Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.  
 Evet----- hayır
- 18- Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.  
 Evet----- hayır
- 19- Kötü günlerden çok , iyi günler bekliyorum.  
 Evet----- hayır
- 20- İstediğim her şeyi elde etmek için caba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.  
 Evet----- hayır

## Ek 7.

### ERGEN DİSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ ( E - DYÖ ) A-DES (Adolescent Dissociative Experiences Scale) [Version 1.0] Judith Armstrong, Frank W. Putnam, Eve Carlson

#### Çevirenler; Salih Zoroğlu, Ümran Tüzün, Vedat Şar, İlhan Yargıç

#### NASIL YANIT VERECEKSİNİZ ?

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

1. Televizyon seyredirken, bir şey okurken ya da video oyunu oynarken kendimi çok fazla kaptırırım ve çevremde olan bitenleri farketmem.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
2. Daha önce yapmış olduğum ev ödevi ve sınav kağıtlarına baktığımda onları tanıyamam ve/veya yaptığımı hiç hatırlamam.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
3. Sanki bana ait değilmiş gibi gelen güçlü duygular yaşarım.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
4. Bir an çok iyi yaptığım bir iş başka bir zaman hiç elimden gelmez.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
5. Çevremdekilerin konuştuğumu ya da yaptığımı söyledikleri bazı şeyleri hiç hatırlamam.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
6. Kendimi bir sis perdesi içinde ya da boşlukta hissedirim ve çevremdeki insanlar ve eşyalar gerçek değilmiş gibi görünürler.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
7. Bazen bir şeyi gerçekten yaptım mı, yoksa yapmayı sadece aklımdan mı geçirdim, ayırtedemem.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
8. Saate baktığımda zamanın geçmiş olduğunu, ancak geçen süre içerisinde olanları hatırlayamadığımı fark ederim.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
9. Kafamın içinden gelen ve bana ait olmayan sesler duyarım.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)

10. İstemediğim bir yerde bulunduğumda, zihinsel olarak oradan uzaklaşabilirim.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
11. O kadar iyi yalan söylerim ve rol yaparım ki bunlara bazen kendim de inanırım.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
12. Birden dalıp giderim ve daha sonra kendimi bir şey yaparken bulurum.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
13. Aynada kendimi tanımam.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
14. Kendimi bir yere giderken ya da bir işi yapıyorken bulurum ve neden oraya gittiğimi ya da neden o işi yaptığımı bilemem.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
15. Kendimi bir yerde bulurum ve oraya nasıl geldiğimi hatırlamam.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
16. Sanki bana ait değilmiş gibi gelen düşüncelerim olur.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
17. Ağrı ya da acı hissini duymamayı başarabilirim.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
18. Bir şey gerçekten mi oldu, yoksa onu sadece rüyamda mı gördüm ya da aklımdan mı geçirdim, ayırtedemem.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
19. Kendimi yanlış olduğumu bildiğim hatta yapmayı kesinlikle istemediğim bir işi yaparken bulurum.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
20. Beni tanıyanlar bazen çok değişik davrandığımı sanki başka bir insan gibi olduğumu söylerler.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
21. Zihnimin duvarlarla bölümlere ayrılmış gibi olduğunu hissedirim.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
22. Benim yapmış olmam gereken fakat yaptığımı hatırlayamadığım yazılar, çizimler ya da mektuplar bulurum.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
23. İçimde, benim yapmayı istemediğim bazı şeyleri yaptırın bir şeyin var olduğunu hissedirim.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)

24. Bir şeyi sadece hatırlıyor muyum, yoksa gerçekten o anda başımdan mı geçiyor olduğunu karıştırırım.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
25. Kendime bedenimin dışından, sanki başka bir kişiyi izliyormuş gibi baktığımı hissederim.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
26. Ailem ve arkadaşlarımla olan ilişkilerimin aniden değişir ve bunun neden olduğunu bilemem.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
27. Bir yap-boz oyunun parçalarından bir ya da bir kaçının kaybolması gibi, geçmişimin bazı parçaları kaybolmuştur.  
(kafamdan silinmiştir)  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
28. Kendimi oyuncaklarımla ya da yapma hayvanlarımla oynamaya o kadar kaptırırım ki onlar bana canlıymış gibi gelir.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
29. İçimde başka insanların var olduğunu hissederim.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
30. Bazen vücudum sanki bana ait değilmiş gibi gelir.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)



## Ek 8. Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği

### 1 I. BÖLÜM

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

	Hiç			Tümüyle
	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Çabuk parlam.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kızgın mizaçlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Öfkesi burnunda bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Öfkelenince ağzıma geleni söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Engellendiğimde içimden birilerini vurmaya gelir.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılığın dönerim.	(1)	(2)	(3)	(4)

### II. BÖLÜM:

**YÖNERGE:** Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

### ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç			Tümüyle
	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Öfkemi kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Kızgınlığımı gösteririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Öfkemi içime atarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)

15. Somurtur ya da surat asarım. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

16. İnsanlardan uzak dururum. Hiç Tümüyle  
(1) (2) (3) (4)

17. Başkalarına iğneli sözler söylerim. (1) (2) (3) (4)

18. Soğukkanlılığımı korurum. (1) (2) (3) (4)

19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım. (1) (2) (3) (4)

20. İçin için köpürürüm ama gösteremem. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

21. Davranışlarımı kontrol ederim. Hiç Tümüyle  
(1) (2) (3) (4)

22. Başkalarıyla tartışırım. (1) (2) (3) (4)

23. İçimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim. (1) (2) (3) (4)

24. Beni çileden çıkaran herneyse saldırırım. (1) (2) (3) (4)

25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm. Hiç Tümüyle  
(1) (2) (3) (4)

27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir. (1) (2) (3) (4)

28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim. (1) (2) (3) (4)

29. Kötü şeyler söylerim. (1) (2) (3) (4)

30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

31. İçimden insanların farkettiğinden daha fazla sinirlenirim. Hiç Tümüyle  
(1) (2) (3) (4)

32. Sinirlerime hakim olamam. (1) (2) (3) (4)

33. Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim. (1) (2) (3) (4)

34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim. (1) (2) (3) (4)

## Ek 9. İlişki Ölçekleri Anketi Ergen Formu

YÖNERGE: Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkiden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını 1 (Beni hiç tanımlamıyor)'den 5 (Tamamıyla beni tanımlıyor)'e kadar rakamlar verilen 5 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz. Her ifade için ölçekteki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz.

	Beni hiç tanımlamıyor		Beni kısmen tanımlıyor		Tamamıyla beni tanımlıyor
1. Başkalarına kolaylıkla güvenemem.	1	2	3	4	5
2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.	1	2	3	4	5
3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.	1	2	3	4	5
4. Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.	1	2	3	4	5
5. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.	1	2	3	4	5
6. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.	1	2	3	4	5
7. Yalnız kalmaktan korkarım.	1	2	3	4	5
8. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.	1	2	3	4	5
9. Başkalarına tamamiyle güvenmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
10. Başkalarının bana sırtını dayaması (güvenmesi) konusunda oldukça rahatımdır.	1	2	3	4	5
11. Başkalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden kaygılanırım.	1	2	3	4	5
12. Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.	1	2	3	4	5
13. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.	1	2	3	4	5
14. Başkalarıyla duygusal yönden yakın olmak beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5
15. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
16. Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
17. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.	1	2	3	4	5

## Ek 10. Ruhsal Belirti Tarama Listesi

ADI,SOYADI:.....

YAŞ:

CİNSİYETİ(E/K):

MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç: 0  
Çok az: 1  
Orta derecede: 2  
Oldukça fazla: 3  
İleri derecede: 4

1. ( ) Baş ağrısı
2. ( ) Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. ( ) Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. ( ) Baygınlık ya da baş dönmesi
5. ( ) Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. ( ) Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. ( ) Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. ( ) Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. ( ) Olayları anımsamada güçlük
10. ( ) Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. ( ) Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. ( ) Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. ( ) Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. ( ) Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. ( ) Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. ( ) Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. ( ) Titreme
18. ( ) Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. ( ) İştah azalması
20. ( ) Kolayca ağlama
21. ( ) Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. ( ) Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. ( ) Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. ( ) Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. ( ) Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. ( ) Olanlar için kendisini suçlama
27. ( ) Belin alt kısmında ağrılar
28. ( ) İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. ( ) Yalnızlık hissi
30. ( ) Karamsarlık hissi
31. ( ) Her şey için çok fazla endişe duyma
32. ( ) Her şeye karşı ilgisizlik hali

- 33.( ) Korku hissi  
34.( ) Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali  
35.( ) Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi  
36.( ) Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu  
37.( ) Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi  
38.( ) İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak  
39.( ) Kalbin çok hızlı çarpması  
40.( ) Bulantı ve midede rahatsızlık hissi  
41.( ) Kendini başkalarından aşağı görme  
42.( ) Adale (kas) ağrıları  
43.( ) Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi  
44.( ) Uykuya dalmada güçlük  
45.( ) Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez control etme  
46.( ) Karar vermede güçlük  
47.( ) Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu  
48.( ) Nefes almada güçlük  
49.( ) Soğuk veya sıcak basması  
50.( ) Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu  
51.( ) Hiç bir şey düşünmeme hali  
52.( ) Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması  
53.( ) Boğazınıza bir yumru takınmış hissi  
54.( ) Gelecek konusunda ümitsizlik  
55.( ) Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük  
56.( ) Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi  
57.( ) Gerginlik veya coşku hissi  
58.( ) Kol ve bacaklarda ağırlık hissi  
59.( ) Ölüm ya da ölme düşünceleri  
60.( ) Aşırı yemek yeme  
61.( ) İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma  
62.( ) Size ait olmayan düşüncelere sahip olma  
63.( ) Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması  
64.( ) Sabahın erken saatlerinde uyanma  
65.( ) Yıkanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali  
66.( ) Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama  
67.( ) Bazı şeyleri kırıp dökme hissi  
68.( ) Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması  
69.( ) Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme  
70.( ) Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi  
71.( ) Her şeyin bir yük gibi görünmesi  
72.( ) Dehşet ve panik nöbetleri  
73.( ) Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi  
74.( ) Sık sık tartışmaya girme  
75.( ) Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali  
76.( ) Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu  
77.( ) Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme  
78.( ) Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme  
79.( ) Değersizlik duygusu

- 80.( ) Size kötü bir şey olacakmış hissi
- 81.( ) Bağırma ya da eşyaları fırlatma
- 82.( ) Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
- 83.( ) Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
- 84.( ) Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
- 85.( ) Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
- 86.( ) Korkutucu türden düşünce ve hayaller
- 87.( ) Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
- 88.( ) Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
- 89.( ) Suçluluk duygusu
- 90.( ) Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi



Ek 11.

**İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ**  
**(RELATIONSHIP SCALES QUESTIONNAIRE)**

Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını aşağıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Beni hiç

Beni kısmen

Tamamıyla

tanımlamıyor

tanımlıyor

beni tanımlıyor

1. Başkalarına kolaylıkla güvenemem.	1	2	3	4	5	6	7
2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.	1	2	3	4	5	6	7
3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Bir başka kişiyle tam anlamıyla kaynaşıp bütünleşmek isterim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.	1	2	3	4	5	6	7
6. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.	1	2	3	4	5	6	7
7. İhtiyacım olduğunda yardıma koşacakları konusunda başkalarına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
9. Yalnız kalmaktan korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
10. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
11. Çoğu zaman, romantik ilişkide olduğum insanların beni gerçekten sevmediği konusunda endişelenirim.	1	2	3	4	5	6	7
12. Başkalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
13. Başkalarının bana çok yakınlaşması beni endişelendirir.	1	2	3	4	5	6	7
14. Duygusal yönden yakın ilişkilerim olsun isterim.	1	2	3	4	5	6	7

15. Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
16. Başkalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden kaygılanırım.	1	2	3	4	5	6	7
17. İhtiyacınız olduğunda hiç kimseyi yanınızda bulamazsınız.	1	2	3	4	5	6	7
18. Başkalarıyla tam olarak kaynaşıp bütünleşme arzumu bazen onları ürkütüp benden uzaklaştırıyor.	1	2	3	4	5	6	7
19. Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.	1	2	3	4	5	6	7
20. Birisi bana çok fazla yakınlaştığında rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
21. Romantik ilişkide olduğum insanların benimle kalmak istemeyeceklerinden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
22. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
23. Terk edilmekten korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
24. Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5	6	7
25. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
26. Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
27. İhtiyacım olduğunda insanları yanımda bulacağımı biliyorum.	1	2	3	4	5	6	7
28. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
29. Romantik ilişkide olduğum insanlar, genellikle onlarla, benim kendimi rahat hissettiğimden daha yakın olmamı isterler.	1	2	3	4	5	6	7
30. Başkalarıyla yakınlaşmayı nispeten kolay bulurum.	1	2	3	4	5	6	7



**Ek 12.****YIKICI DAVRANIM BOZUKLUKLARI İÇİN DSM-IV'e DAYALI TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TURGAY 95)****I. BÖLÜM****A-DİKKATSİZLİK**

SORUN	Sorunun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1) Dikkatini ayrıntılara veremez yada okul ödevlerinde işinde yada diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2) Üzerine aldığı görevlerde yada oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	0	1	2	3
3) Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4) Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri yada işyerindeki görevlerini tamamlayamaz.	0	1	2	3
5) Görev ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.	0	1	2	3
6) Uzun süreli dikkat gerektiren (okul ödevi- ev ödevi gibi) kaçınır.	0	1	2	3
7) Üzerine aldığı görevlerde yada etkinliğe ait eşyaları (kalem- kitap- oyuncak araç- gereçgibi) kaybeder.	0	1	2	3
8) Dikkatini kolayca dağılır.	0	1	2	3
9) Günlük etkinliklerde unutkanır.	0	1	2	3
IA bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	...../9			
IA bölümünde alınan toplam puan	...../27			

**B- AŞIRI HAREKETLİLİK-DÜRTÜSELLİK AŞIRI AŞIRI HAREKETLİLİK****SORUN**

10) Elleri ayakları kığır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11) Sınıfta yada oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturmaz.	0	1	2	3
12) Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşuşturur yada tırmanır (Gençlerde yada erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir)	0	1	2	3
13) Sakince oyun oynamakta yada boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker	0	1	2	3
14) Hep hareket halindedir yada motor takmış gibi hareket eder.	0	1	2	3
15) Çok konuşur	0	1	2	3

**DÜRTÜSELLİK****SORUN**

16) Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.	0	1	2	3
17) Sırasını beklemede güçlük çeker.	0	1	2	3
18) Başkalarının sözünü keser yada yaptıklarının arasına girer. (Baskalarının konuşmalarına yada oyunlarına burnunu sokar.	0	1	2	3
IB Bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	...../9			
IB Bölümünde alınan toplam puan	...../27			
IA ve IB bölümlerinde karşılanan toplam ölçüt sayısı	...../18			
Bölüm IA ve IB'nin toplam puanı	...../54			

## II. BÖLÜM

### SORUN

19) Kontrolünü kaybeder.	0	1	2	3
20) Erişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
21) Kurallara ve isteklere karşı çıkar yada reddeder.	0	1	2	3
22) Başkalarını isteyerek rahatsız eder.	0	1	2	3
23) Hataları yada yanlış davranışları için başkalarını suçlar.	0	1	2	3
24) Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
25) Kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
26) Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister	0	1	2	3
II. Bölümde karşılanan ölçüt sayısı	...../18			
II.Bölümden alınan toplam puan	...../24			

## III.BÖLÜM

### SORUN

#### A-İnsanlara ve Hayvanlara Karşı Saldırganlık

27) Kabadayılık eder, tehdit eder yada göz dağı verir.	0	1	2	3
28) Kavga dövüş başlatır.	0	1	2	3
29) Başkalarına ciddi bir şekilde fiziksel zarar vererek silah (sopa-taş kırık şişe-bıçak) kullanır.	0	1	2	3
30) İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
31) Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
32) Başkalarının gözü önünde hırsızlık ( saldırganlıkla soygun, çanta kapıp kaçma, tehdit ile soyma, silahlı soygun) yapar.	0	1	2	3
33) Başka birisini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	0	1	2	3

#### B- Mala Zarar Verme

34) Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
35) Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir.( yangın dışında)	0	1	2	3

#### C-Dolandırıcılık yada Hırsızlık

36) Başkalarının evine,binasına yada aracına zorla girer.	0	1	2	3
37) Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak yada sorumluluklardan kaçmak için yalan söyler. (başkalarını atlatır)	0	1	2	3
38) Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar. (mağazalardan mal çalma)	0	1	2	3

### SORUN

#### D.Kuralları Ciddi Biçimde Bozma

39) 13 yaşından öncesinden başlayarak ailenin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir.	0	1	2	3
40) Anne-Babasının yada onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyn evden kaçmış olma ( yada uzun süreli dönmemişse bir kez).	0	1	2	3
41) 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçma.	0	1	2	3

III. Bölümde karşılanan toplam ölçüt sayısı ...../15

III. Bölümden alınan toplam puan ...../45

I.II.III. Bölümlerde karşılanan toplam ölçüt sayısı ...../41

Her üç bölümden alınan toplam puan .....123

## Ek 13. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/07/2016-E.27840



T.C.  
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04  
Konu : Kararlar

Sayın Yrd.Doç.Dr. Sevcan KARAKOÇ DEMİRKAYA  
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 30.06.2016 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 17 nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

**e-İmzalıdır**  
Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU  
Kurul Başkanı

**KARAR: 17**

**Protokol No :2016/879**

**Sorumlu Yürütücü .: Yrd.Doç.Dr. Sevcan KARAKOÇ DEMİRKAYA**  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları AD

Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Sevcan KARAKOÇ DEMİRKAYA'nın "**İntihar girişimi olan ve olmayan kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerde ve annelerinde psikiyatrik özellikler ve bağlanma biçimleri**" başlıklı klinik araştırmasının 12.05.2016 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 14.06.2016 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (ADÜBAP başvuru onay belgesinin dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)]lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüs Tıp Fakültesi Merkez Kampüs Kepez  
Mevki 09010 Efeler/Aydın  
Telefon No: 0256 225 31 66 / 4506 Faks No: 0256 212 31 69  
E-Posta: goetik@adu.edu.tr İnternet Adresi:  
http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/

Bilgi İçin: Necla Yıldız

Unvan: Memur

*Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır*

## Ek 14. Bilgilendirilmiş gönüllü olur onam formları

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ERGEN)

#### LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

#### **ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?**

Bu çalışmada amaç ADÜ çocuk ve ergen polikliniğine bir yıl içinde başvuran hastalardaki intihar niyeti olarak ya da intihar niyeti olmadan kendine zarar verme davranışları olan ergenlerin gelişimsel ve psikiyatrik özellikleri ve annelerindeki tutum, öfke ifade becerileri ve bağlanma durumları arasında ilişki olup olmadığının araştırılmasıdır. Kendine zarar verme davranışı olan ergenler ve annelerin sağlıklı ergenler ve anneleri ile karşılaştırmaları yapılarak daha fazla bilgi elde edilmesi de amaçlarımız içerisinde.

#### **KATILMA KOŞULLARI NEDİR?**

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran ergenlerde yapılan muayene sonucunda kendine zarar verici davranış ve/veya intihar girişiminde bulunmuş olmanız, 12-18 yaş aralığında olmanız ve annenin sağ olması gerekir.

#### **NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?**

Çalışma kapsamında çalışmaya dahil edilen tüm hastalara klinik görüşme yapılacak ve anket formları uygulanacaktır.

#### **SORUMLULUKLARIM NEDİR?**

Araştırma ile ilgili olarak anket formlarını doldururken araştırmacının önerilerine uymanız sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

#### **KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı kendine zarar verici davranışı olan 60 hasta ve 30 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 90 ergen ve onların anneleridir.

#### **ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?**

Bu araştırma için öngörülen süre 1 yıldır.

#### **GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?**

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 45 dakikadır.

#### **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

Bu araştırmada sizin ve çocuğunuz için beklenen tıbbi olarak bir yarar söz konusu değildir ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçların başka insanların yararına kullanılabilecek olması sayesinde kendine zarar veren gençlere yönelik tedavi stratejileri geliştirilirken diğer yandan sağlıklı gençlere ve ailelerine yönelik önleyici yaklaşımların ortaya konması beklenen olası yararlarıdır.

#### **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**

Size bu araştırmada yapılandırılmış görüşme ve anket formları uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen etki yoktur.

#### **ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için Dr. Esra Eren Özdemir'e başvurabilirsiniz.

#### **ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

**ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDİR ?**

Çalışmayı destekleyen bir kurum yoktur.

**ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDİR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

**ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin ve çocuğunuzun isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

**KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?**

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

**Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN	İMZASI
--	--------

<b>ADI &amp; SOYADI</b>		
<b>ADRESİ</b>		
<b>TEL. &amp; FAKS</b>		
<b>TARİH</b>		

<b>ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI &amp; SOYADI</b>		
<b>TARİH</b>		
<b>GEREKTIĞİ DURUMLARDA TANIK</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI &amp; SOYADI</b>		
<b>GÖREVİ</b>		
<b>TARİH</b>		



## BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANNE)

### LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

### ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmada ADÜ çocuk ve ergen polikliniğine bir yıl içinde başvuran hastalardaki intihar niyeti olarak ya da intihar niyeti olmadan kendine zarar verme davranışları olan ergenlerin gelişimsel psikiyatrik özellikleri ve annelerindeki tutum, öfke ifade becerileri ve bağlanma durumları arasında ilişki olup olmadığının araştırılmasıdır. Kendine zarar verme davranışı olan ergenler ve annelerin sağlıklı ergenler ve anneleri ile karşılaştırmaları yapılarak daha fazla bilgi elde edilmesi de amaçlarımız içerisinde.

### KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran çocuğunuzun kendine zarar verici davranış ve/veya intihar girişiminde bulunmuş olması, sizin herhangi aktif psikiyatrik rahatsızlığınızın olmaması gerekmektedir.

### NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışma kapsamında çalışmaya dahil edilen tüm hastalara ve annelerine klinik görüşme yapılacak ve anket formları uygulanacaktır.

### SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak anket formlarını doldururken araştırmacının önerilerine uymanız sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

### KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı kendine zarar verici davranışı olan 60 hasta ve 30 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 90 ergen ve onların anneleridir.

### ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için öngörülen süre 1 yıldır.

### GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?

Bu çalışmada yer almanız için öngörülen zamanınız 45 dakikadır.

### ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu çalışmada sizin ve çocuğunuz için beklenen tıbbi olarak bir yarar söz konusu değildir ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçların başka insanların yararına kullanılabilecek olması sayesinde kendine zarar veren gençlere yönelik tedavi stratejileri geliştirilirken diğer yandan sağlıklı gençlere ve ailelerine yönelik önleyici yaklaşımların ortaya konması beklenen olası yararlarıdır.

### ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu çalışmada yapılandırılmış görüşme ve anket formları uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen etki yoktur.

### ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için Dr. Esra Eren Özdemir'e başvurabilirsiniz.

### ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

### ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen bir kurum yoktur.

### ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

**ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin ve çocuğunuzun isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi Şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

**KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAğLANABİLECEK MİDİR?**

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

**Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		



ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
<i>ADI &amp; SOYADI</i>		
<i>TARİH</i>		

GEREKTIĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
<i>ADI &amp; SOYADI</i>		
<i>GÖREVİ</i>		
<i>TARİH</i>		



