



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

**MADDE BAĞIMLILIĞININ ÇOCUKLUK ÇAĞI İHMAL VE İSTİSMAR
İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ VE BUNA BAĞLI OLARAK
KASITLI KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞLARI**

Cansu GÜL

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN

İstanbul - 2015



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

**MADDE BAĞIMLILIĞININ ÇOCUKLUK ÇAĞI İHMAL VE İSTİSMAR
İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ VE BUNA BAĞLI OLARAK
KASITLI KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞLARI**

Cansu GÜL

124102159

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN

İstanbul – 2015

Gereği için arz olunur.

BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “*Madde Bağımlılığını Çocukluk Dönemi İhmal Ve İstismar İle İlişkinin İncelenmesi Ve Buna Bağlı Olarak Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışları*” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden olduğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Cansu GÜL.

19.01.2015

İmza

TEŞEKKÜR

Araştırmayı yapabilmem için bana gerekli ortamı sağlayan, araştırmamın istatistik kısmını değerli yardımlarıyla tamamlayabildiğim, ilgi ve desteğini esirgemeyen Sayın Yrd. Doç. Dr. Onur Cemal NOYAN'a

Anketlere ulaşmamı sağlayan Sayın Dr. Gülhazar GÜMÜŞ SAÇARÇELİK' e

Uygulamamı yapabilmem için gerekli izinleri veren NPİstanbul Hastanesi Başhekimliği'ne
Çalışmamın örneklemini oluşturan ve bunun için gönüllü olan hastalara,

Tezime yaptığı katkılardan dolayı Psikolog Ahmet YILMAZ' a ve

Sabır ve desteğini devamlı arkamda hissettiğim aileme sonsuz teşekkürlerimle...

Cansu GÜL.

Madde Bağımlılığını Çocukluk Dönemi İhmal Ve İstismar İle İlişkisinin İncelenmesi Ve Buna Bağlı Olarak Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışları

Özet: Madde bağımlılığı özellikle gençler arasında birçok ülkede, farklı boyutlarda olmakla birlikte genel bir artış göstermektedir. Bu çalışma madde bağımlılığını ve bunu etkileyen faktörlerden biri olan çocukluk dönemi istismar ve ihmal ile arasındaki ilişkiyi araştırmak ve buna bağlı olarak ortaya çıkabilecek olan kasıtlı kendine zarar verme davranışlarını incelemek amacı ile yapılmıştır

Araştırmanın örneklemini NPIstanbul Hastanesinde yatarak tedavi görmekte olan erkek hastalar oluşturmaktadır. Çalışmaya, 50 kişilik bir örneklem grubu alınmıştır. Katılımcılardan çalışmaya katılmaya gönüllü olanlara Kişisel Bilgi Formu, Kasıtlı Kendine Zarar Verme Anketi, Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları Ölçeği (ÇÖYÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği(CTQ) uygulanması değerlendirilmesi planlanmıştır.ve elde edilen verilerin, istatistiksel olarak

Araştırma sonucunda madde bağımlısı bireylerin daha çok duygusal istismara ve fiziksel istismara uğradıkları saptanmıştır. Madde bağımlısı bireylerden kasıtlı olarak kendine zarar vermeye ergenlik döneminin sonlarına doğru genç erişkinlikte başlamış oldukları bulunmuştur. Bu bireylerin sık olarak başvurmuş oldukları kasıtlı kendine zarar verme davranışı kendini kesme davranışdır ve bu davranışı kendini yakma takip etmektedir. Yapılan araştırmada bu bireylerin daha çok sigarayla yakma, deriye keskin şeyler saplama, yüksek yerden atlama ve yenilmemesi içilmemesi gereken şeyleri yeme içme davranışlarını daha çok tekrarladıkları tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Madde Bağımlılığı, Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışları, Çocukluk Dönemi İhmal ve İstismarı

*Examining The Relationship Of Drug Addiction And Childhood Abuse And Neglect And
Deliberate Self Harm Behavior Due To This*

Summary: In a lot of country, especially adolescents use substance. This study shows substance addiction in childhood, teenage years and in these years we consider the relationship between abusing and negligent act. These two things bring the behavior of intention to damage. In this study we consider these things.

In this study the patients who are selected only from men, are being cured in Hospital of NPIstanbul . In this survey 50 patients participate. they fill a individual inquiry from which contents Demographic Questionnaire Childhood TraumaQuestionnaire (CTQ),Childhood Abuse and Neglect Inventory, (CANI) Deliberate self harm inventory (Dsh1) . In this survey we consider these forms and make a conclusion with statistic results.

The results of survey we understand that the substance users are forced to emotional abusing and physically abusing. Intention to damage stars in adolescent. These individuals have behavior of cutting themselves and burning somewhere else in their body. In this study we observe that these individuals burn themselves with cigarettes, cut themselves with sharp things, to jump from places which are high from the base and drink things (it can be chemicals) that they shouldn't drink

Keywords: Substance Addiction, Intention To Damage, Childhood Abusing And Negligent Act.

Bilimsel Etik Sayfası	ii
Tez Kabul Formu	iii
Önsöz / Teşekkür	iv
Özet	v
Summary.....	vi
İçindekiler.....	vii
Tablolar Listesi.....	x
Kısaltmalar Sayfası.....	xi
Giriş	1
BİRİNCİ BÖLÜM – İLGİLİ YAZIN	1
1.1.Bağımlılık Nedir?	1
1.1.1. Madde Bağımlılığı nedir?.....	2
1.1.2.Dsm-4 E Göre Madde Bağımlılığının Temel Kriterleri Nelerdir?.....	3
1.1.3. Dsm-4 E Göre Kötüye Kullanımının Temel Kriterleri Nelerdir?.....	4
1.2.Çocukluk Çağı İhmal Ve İstismarı	6
1.2.1.Çocukluk Çağı İhmal Ve İstismarı Tanımı	6
1.2.2.İstismar Çeşitleri	6
1.2.2.1.Fiziksel İhmal Ve İstismar	6
1.2.2.2. Cinsel İstismar	7
1.2.2.3. Duygusal İstismar ve İhmal.....	8
1.2.3. İstismarda Risk Faktörleri	9
1.2.4.Çocuk İhmal Ve İstismarının Etkileri	14
1.2.4.1. Çocukluk Çağı Travmasının Cinsellik Üzerine Etkileri	14
1.2.4.2. Çocukluk Çağı Travmasının Anksiyete Üzerine Etkileri	15
1.2.4.3. Çocukluk Çağı Travmasının Davranışsal Etkileri	15
1.2.4.4. Çocukluk Çağı Travmasının Kişilik Üzerine Etkileri	16

1.2.4.5. . Çocukluk Çağı Travmasının Emosyonel Etkileri	16
1.2.4.6. Çocukluk Çağı Travmasının Depresif Duygu Durum Üzerine Etkileri	17
1.3. Kendine Zarar Verme Davranışları	18
1.3.1. Kendine Zarar Verme Davranışlarının Görüldüğü Dsm Tanıları	21
1.3.2. Etiyolojisi	21
1.3.3.Çocukluk Çağı Travmaları Ve Kendine Zarar Verme Davranışları	26
1.4. Yazınla İlgili Yapılmış Araştırmalar.....	28
1.4. 1. Çocukluk Dönemi İhmal Ve İstismar İle İlgili Yurtiçi Ve Yurt Dışında Yapılmış Çalışmalar.....	28
1.4.2. Kendine Zarar Verme Davranışı İle İlgili Yurtiçinde ve Yurtdışında Yapılmış Çalışmalar.....	28
1.5. Araştırmanın Amacı	30
1.5.1 Sayıtlılar.....	30
1.5.2. Sınırlılıklar	30
İKİNCİ BÖLÜM – YÖNTEM	32
2.1. Evren Ve Örneklem	32
2.2..Veri Toplama Araçları	32
2.2.1.Kişisel Bilgi Toplama Formu	32
2.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	33
2.2.3. Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği	33
2.2.4. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Anketi.....	34
2.3 İşlem.....	34
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM- BULGULAR.....	36
Tablo 1: Madde Bağımlısı Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri.....	36
Tablo 2: : Kasıtlı Kendine Zarar Verme (KKZ) Davranış Türlerinin Dağılımı.....	38
Tablo 3 : Kasıtlı Kendine Zarar Verme (KKZ) Davranışlarının Başlama Yaşı.....	40
Tablo 4: Kasıtlı Kendine Zarar Verme (KKZ) Davranışlarını Tekrarlama	41

Tablo 5 : Kasıtlı Kendine Zarar Verme (KKZ) Davranışının Son Kez Yapma Yaşı.....	42
Tablo 6 : Kasıtlı Kendine Zarar Verme (KKZ) Davranışının Motivasyonu.....	43
Tablo 7: Madde Kullanım Türüne Göre Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışının Varlığı.....	45
Tablo 8 : Çocukluk Travmaları Ölçeği Ve Alt Boyutları İle Madde Bağımlısı Hastaların Kullandıkları Madde Türüne Göre Arasındaki İlişki	46
Tablo 9 : ÇÖYÖ Ve CTQ İstismar Alt Boyutlarına Göre Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Varlığı	47
Tablo 10: Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği Ve Alt Boyutları, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımsal İstatistikler.....	49
Tablo11: Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği Ve Alt Boyutları, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon.....	50
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM- TARTIŞMA.....	52
BEŞİNCİ BÖLÜM- SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
Kaynakça.....	64
Ekler	70
Ek1: Kişisel Bilgi Toplama Formu	
Ek 2: Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları Ölçeği	
Ek 3: Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği	
Ek 4: Kasıtlı Kendine Zarar Verme Anketi	

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Madde Bağımlısı Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 2: Kasıtlı Kendine Zarar Verme (KKZ) Davranış Türlerinin Dağılımı

Tablo 3: Kasıtlı Kendine Zarar Verme (KKZ) Davranışlarının Başlama Yaşı

Tablo 4: Kasıtlı Kendine Zarar Verme (KKZ) Davranışlarını Tekrarlama

Tablo 5: Kasıtlı Kendine Zarar Verme (KKZ) Davranışının Son Kez Yapma Yaşı

Tablo 6: Kasıtlı Kendine Zarar Verme (KKZ) Davranışının Motivasyonu

Tablo 7: Madde Kullanım Türüne Göre Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışının Varlığı

Tablo 8: Çocukluk Travmaları Ölçeği Ve Alt Boyutları İle Madde Bağımlısı Hastaların Kullandıkları Madde Türüne Göre Arasındaki İlişki

Tablo 9: ÇÖYÖ Ve CTQ İstismar Alt Boyutlarına Göre Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Varlığı

Tablo 10: Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği Ve Alt Boyutları, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımsal İstatistikler

Tablo11: Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği Ve Alt Boyutları, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon

KISALTMALAR

ÇÖYÖ : Çocukluk Örselenme Yaşantılar Ölçeği

CTQ : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

KKZ : Kasıtlı Kendine Zarar Verme

DSM IV: The Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)



GİRİŞ

1.1 BAĞIMLILIK NEDİR?

Dünyanın her yerinde alkol, madde ve diğer bağımlılıklar hızla yayılmakta ve sorun haline gelmektedir. İnsan iletişime geçtiği her nesneye karşı bağımlılık geliştirebilmektedir. Anne-baba, sevgili, eş, çocuk gibi bir insana bağımlılık gelişebildiği gibi cep telefonu, bilgisayar, araba, internet gibi bir teknolojik araca, alkol, madde, ilaç gibi bir kimyasal maddeye, kumar, kadın, seks gibi zevk unsurlarına bağımlılık gelişebilmektedir. Buradan yola çıkarak bağımlılığı bireyin kendisi haricinde başka bir şeye fazlasıyla ihtiyaç duyması ve onsuz yapamayacağına inanmasıdır.

Bağımlılık bir ilişki türü ve sürecidir. Bu ilişki, kişinin seçim ve kabulleriyle ilgili olup bireyin doğrudan verdiği bir kararla kurulmaktadır. Eğer ki ilişki bu özellikleri barındıran bir duruma gelirse o ilişki için bağımlılıktan söz edebiliriz (Can,2012). Bağımlılık tıbbi anlamda incelenecek olursa; biyolojik, psikolojik, sosyal, zihinsel ve davranışsal boyutları olan bir rahatsızlık olarak tanımlanabilir. Bağımlılık bir beyin hastalığı olmakla birlikte tedavi edilebilen bir rahatsızlıktır ancak bağımlılığa yol açan nedenler ortadan kaldırılmadıkça ya da bu nedenlerin yarattığı sorunlar tedavi sürecine katılmadıkça nüks eden bir hastalıktır. Bağımlılığın gelişimi bireyin bağımlılık geliştirmesi; maddenin kullanım süresine, madde kullanan kişinin kişilik özelliklerine, bireyin ruh durumuna, beyin gücüne ve alınan maddenin cinsine göre değişir. Her maddenin ve bireyin bağımlılık potansiyeli değişkendir (Bilim ve Teknik, 1996).

Literatüre bakıldığında madde bağımlılığı hakkında son 50 yılda farklı yaklaşımlar ile bağımlılık açıklanmaktadır. Medikal model, bağımlılığı bir hastalık olarak kabul görmektedir. Buna ek olarak bağımlılığın tedavisinin olmadığını, kronik bir hastalık olarak görülmesi gerektiğini ve bu yüzden de yaşam boyu kontrol altında tutulması gerektiği görüşünü savunmaktadır. Psikoanalitik model, analitik açıdan bağımlılığı incelemekte ve bağımlılığın bilinç dışı psikik çatışmalar ve gerilimler sonucu olduğu görüşünü savunmaktadır. Bu görüşe göre de bağımlılık ancak bu çatışmalar çözümlendiğinde tedavi olabilir. Öğrenme teorisi bağımlılığı öğrenilen bir davranış olarak ele almaktadır. Öğrenilmiş olan bağımlılık davranışının yerine yeni davranışların kazanılması ile tedavinin söz konusu olabileceği görüşündedirler. Her bir model tek tek

incelendiğinde araştırmacıları tarafından ortaya konulan doğru bir bileşen vardır ancak literatür incelendiğinde tüm bu teorilerin bütünü kabul edildiği görölmektedir (Borsos 2008, s.10-13, Akt: Çifçi ve Uluocak). Bu bütünleşme bağımlılığa ilişkin biyopsikososyal yaklaşımı somutlaştırmaktadır.

Dünyada bağımlılık için geçerli olan birçok farklı tedavi yöntemleri vardır. Bu yöntemler sürekli yenilenmekte ve çeşitler nedenler sonucunda şekil değiştirebilmektedir. Tedavi yöntemlerinden bazıları uzun bir dönemi kapsamakta, bireylerin yatışını içeren yapılandırılmış modellerden oluşmaktadır. Bireyin rehabilitasyonunu sağlayan bu tür uzun dönemli tedavi modeli, literatürde terapötik komuniteler olarak tanımlanmaktadır. Bu model birçok farklı boyutu içermektedir. Bunlar: Bireysel ve grup terapileri alma, iyileşme döneminde olan bağımlılarla birlikte yaşama, günlük yaşamda gerekli olabilecek becerileri kazanma, relapslar hakkında uzmanlardan destek alma, barınma desteği alma ve tedavi sonrası bakım desteği alma gibi birçok farklı boyutu içermektedir (UNODC, 2003, Akt: Çifçi ve Uluocak).

1.1.1. MADDE BAĞIMLILIĞI NEDİR?

Uyuşturucu ve uyarıcı maddelere alışkanlık kısa zamanda daha kötü ve zararlı sonuçlara neden olur. Bu maddeler öncelikle merkezi sinir sistemi üzerinde etkili olmaktadır. Kişinin ruhsal yaşamını, duygusunu, düşüncesini, hareketlerini değiştirerek kimyasal özellikleri nedeniyle kısa sürede ve kolaylıkla alışkanlık yaratmaktadır. İnsanda bulunan bu alışkanlık eğilimine, bu tür maddelerin alışkanlık özelliği eklenince kolaylıkla bağımlılık oluşmaktadır (Köknel, 1998).

Bireyin ergenlik döneminde madde kullanımı yaşadığı kimlik karmaşası ve çatışmalar sebebiyle oluşan bunaltı hissinin geçmesi için “kendi kendini tedavi etmeye çalışma” olarak düşünülür. Ergenlik döneminde sık olarak alkol ve esrar kullanımına rastlanılmaktadır (Yüncü ve ark., 2007).

İncelenen olgular göstermektedir ki uzun süreli madde kullanımı olan bireylerde davranışsal, bilişsel ve affektif değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişimler sosyal geri çekilme, irritabilite ve olumsuz emosyon olarak sıralanabilir (Yüncü ve ark., 2009).

Amerika’da yapılan ve 20291 kişinin değerlendirildiği bir epidemiyolojik çalışmada, psikiyatrik ve bağımlılık komorbiditesinin, alkol dışı madde kullanım bozukluğu olanlarda en yüksek (%53) olduğu bulunmuştur (Regier ve ark., 1990, Akt: Evren ve ark, 2002).

Yapılan araştırmalar sonucunda görülmüştür ki madde kullanım bozuklukları kişilik bozuklukları ile birlikte görülmekte ancak net bir tanı konulamamaktadır. Bu durum ise tedavide değişikliklere sebebiyet vermektedir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış olan bireyler de en sık karşılaşılan kişilik bozukluğu kümesi B kümesidir. Bu kümede de en çok karşılaşılan ise borderline ve antisosyal kişilik bozukluklarıdır. Alkol ve madde kullanımında kişilik bozukluğu ek tanısı alan bireyler de tanı almayan bireyler kadar tedavi olabilmektedirler ancak ek tanısı olan bireylerde nükse daha fazla rastlanılmaktadır. Kişilik bozukluğu ek tanısı da I. Eksen ek tanısı riskini de arttırmaktadır (Evren, 2004).

Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, DSM-IV-R ’de başlıca iki ana başlık altında sınıflandırılmaktadır. 1-Madde Kullanım Bozuklukları (Madde bağımlılığı, madde kötüye kullanımı); 2-Madde Kullanımının Yol Açtığı Bozukluklar (Madde entoksikasyonu, madde yoksunluğu) olarak sınıflandırılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

1.1.2. DSM IV’e Göre Madde Bağımlılığının Temel Kriterleri

12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkan; aşağıdakilerden en az üç (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren; belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı rnts:

1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması:
 - a. Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma gereksinimi.
 - b. Sürekli olarak aynı miktarda madde kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması.

2. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:
 - a. Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromu
 - b. Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için aynı maddenin (ya da yakın benzeri) alınması
3. Maddenin çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınması
4. Madde kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabaların olması
5. Maddeyi sağlamak (Örneğin çok sayıda doktora gitme ya da uzun süreli araba kullanma), maddeyi kullanmak (Örneğin birbiri ardına sigara içmek) ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama.
6. Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması
7. Maddenin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fiziksel ya da psikolojik bir sorununun olduğunun bilinmesine karşın; madde kullanımının sürdürülmesidir (Alkol kullanımı ile kötüleştiğini bildiği halde ya da ülserinin olmasına karşın içmeyi sürdürme) (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000, Akt: Terzi, 2009).

1.1.3. DSM IV'e Göre Madde Kötüye Kullanımının Temel Kriterleri

12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden en az biri (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımının olması:

1. İşte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları almama ile sonuçlanan yineleyici bir biçimde madde kullanımı (Örn. Madde kullanımı ile ilişkili olarak sık sık işe gitmemeler ya da işte başarı gösterememe; madde kullanımı ile ilişkili

olarak okula gitmemeler, okulu asmalar ya da okuldan kovulmalar; çocuklar ya da ev halkının ihmal edilmesi vb.)

2. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici bir biçimde madde kullanımı (Örn. Madde kullanımının yarattığı bozukluklar sırasında araba kullanma ya da bir makineyi işletme)

3. Madde ile ilişkili, yineleyici bir biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar (Örn: madde ile ilişkili davranım bozukluğuna bağlı tutuklanmalar)

4. Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlara karşın, sürekli madde kullanımı (Örn: Entoksikasyonun sonuçları hakkında eşle olan tartışmalar, fiziksel kavgalar) (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000 Akt: Terzi, 2009).

Madde kullanımı/bağımlılığı konusunda Köknel'in (1998) tespitleri şunlardır:

- Birden ortaya çıkan davranış değişikliği,
- Zaman zaman aşırı sinirlilik, gereksiz tepki, anlamsız kaygı, sıkıntı,
- Ağızda kuruluk, salyada azalma,
- Konuşmada güçlük, peltek konuşma,
- Yürümede dengesizlik, ellerde titreme,
- Terleme,
- Uyuklama dalgınlık,
- Halsizlik yorgunluk,
- Alışılmış arkadaş çevresi dışında yeni arkadaşlar edinme,
- Çevre değiştirme,
- Sorumluluklardan kaçma,
- Aşırı para harcama.

1.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI İHMAL VE İSTİSMARI

1.2.1.ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARI TANIM

Çocuk istismarı ve ihmali, çocuğun bakımını üstlenen anne, baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen ve çocuğun psikososyal gelişimini engelleyen eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Çocuk ihmal ve istismarına neden olan bireylerin sergilemiş oldukları eylemler ya da eylemsizlikler sonucunda, çocuk, fiziksel, duygusal ve cinsel açıdan tehlike altındadır. Çocuk istismarı; fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olarak 4 temel grupta incelenmektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007).

Günümüzde yapılan çalışmalar göstermektedir ki çocukluk çağı fiziksel istismarı ve çocukluk çağı cinsel istismarı erişkinlikte psikiyatrik bozukluklara yol açabilmektedir. Epidemiyolojik araştırmalar da, çocukluk çağı istismarı ile anksiyete bozukluğunun gelişimi gibi pek çok psikiyatrik bozukluk arasında bir ilişki olabileceğini desteklenmektedir (Bakım ve ark, 2011).

Çocukluk çağında karşılaşılan travma öyküsünün varlığı ile Dissosiyatif Bozukluklar, Travma Sonrası Stress Bozukluğu, Borderline Kişilik bozukluğu, Alkol ve Madde Bağımlılığı, intihar girişimleri gibi bir çok eksen I ve II tanıları arasında ilişki bulunmuştur (Güz ve ark, 2003).

1.2.2. İSTİSMAR ÇEŞİTLERİ

1.2.2.1. Fiziksel İstismar Ve İhmal

Çocuk ihmali ve istismarı çocuk ve adölesanın sağlığına ve refahına zarar veren, çocukta yaşamı boyunca kalıcı izler bırakan bir sağlık sorunudur. Tanınması en kolay olan istismar türü fiziksel istismar olup, çocuğun kaza dışı fiziksel olarak zedelenmesinin yanı sıra duygusal olarak da yıpranmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar fiziksel istismar nedeniyle sakatlanan, hatta ölen çocukların sayısının

küçümsenmeyecek derecede yüksek olduğunu bize göstermektedir. Bir çocuğa şiddet uygulanmasının fiziksel istismar sayılmasının yanı sıra çocuğun şiddete tanıklık etmesi de fiziksel istismar içinde değerlendirilmektedir. Fiziksel ihmal ise anne-babanın çocukların sağlığı için gerekli tıbbi yardımı reddetmeleri veya geciktirmeleri, çocuğun eğitimi, beslenmesi, bakımı, giyimi, refahı ve güvenliği konusunda ilgisiz ve kayıtsız kalmaları şeklinde tanımlanmaktadır (Güler ve ark, 2002).

Anne, babanın ya da çocuğa bakmakla yükümlü kişinin çocuğun beslenmesi, giyimi, tıbbi, sosyal ve duygusal gereksinimleri ya da yaşam koşulları için gerekli ilgiyi göstermeme gibi sorumluluklarını yerine getirmeme şeklinde tanımlanmaktadır. Fiziksel ve cinsel istismara göre çok daha göreceli bir durum söz konusu olduğu için tanısını koyabilmek zordur. İhmal ve istismarı ayırtan en temel nokta, ihmal pasif bir davranış iken, istismar ise aktif bir davranıştır. İhmal, özellikle büyüme geriliği olan psiko-sosyal uyum güçlüğü çeken, eğitim gereksinimleri tek başına karşılanmayan çocuklarda daha sık ortaya çıkmaktadır (Polat,2004).

İstismar olgusu incelenirken sadece çocuğun durumu değil, anne, baba veya istismarı uygulayan bireyin durumunun da incelenmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir. İstismara yatkınlık genellikle anne, babanın genç olması, anne ve babanın çocukluk döneminde istismar öyküsünün bulunması, alkol veya madde bağımlılığının olması, dış etkenlere bağımlı olarak para sıkıntısı, partnerin ölümü, ailede ruhsal ya da fiziksel hastalık olması, fazla sayıda çocuk sahibi olma, parçalanmış aile durumları ile ilişkili bulunmaktadır (Hancı, 2002).

1.2.2.2. Cinsel İstismar

Çocuğun kendisinden en az altı yaş büyük bir kişi tarafından cinsel doyum için zorlanması veya ikna edilmesi ya da başkasının çocuğu bu amaçla kullanmasına izin veriyor olmasıdır. Bir başka tanımla “çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki, o erişkinin veya başka birinin seksüel stimülasyonu için kullanılmışsa, çocuğun cinsel istismara uğradığı kabul edilir”. Tecavüz, ensest, çocuk pornografisi, teşhircilik, cinselliği kışkırtan konuşmalar, pornografik film seyrettirme, cinsel organları okşama, oral sekse

kadar değişen eylemler cinsel istismar spektrumu içerisinde yer almaktadır. (Hancı, 2002)

Cinsel istismar, ocuk istismarı tipleri içerisinde saptanması en zor olanıdır. Cinsel istismarın yaygınlığı konusunda bildirilen oranlar büyük farklılıklar göstermektedir. Gerçek yaygınlığın kadınlar için %12-17,erkekler için %5-8 olduğu ve cinsel istismarın her sosyoekonomik düzeyde görülebileceği bildirilmiştir. Cinsel istismarın sık görüldüğü ailelerde genel olarak şu patolojilere rastlanılmaktadır: Boşanma, şiddet, alkol ve madde kullanımı, cinsel sorunlar, sosyal izolasyon, baskın ve koşulsuz söz tutma isteyen ana baba modeli, rol atışması vb (Green, 1996 Akt: Tıraşçı Ve Gören, 2007).

1.2.2.3. Duygusal İstismar ve İhmal

En sık rastlanan istismar tiplerinden birisi olan duygusal istismar; anne, baba ya da çevredeki diğer yetişkinlerin çocuğun yetenekleri üstünde istek ve beklentiler içinde olmaları ve çocuklarına saldırganca davranmaları olarak tanımlanmaktadır. Çocuęa bağırma, reddetme, aşağılama, küfretme, yalnız bırakma, yanılma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, duygusal bakımdan ihtiyaçlarını karşılamama, yaşın üzerinde sorumluluklar bekleme, kardeşler arasında ayırım yapma, değer vermeme, önemsememe, küçük dūřürme, alaylı konuşma, lakap takma, aşırı baskı ve otorite kurma, bağımlı kılma ve aşırı koruma görülen duygusal istismar türleridir. Duygusal istismar tek başına var olabildiği gibi bunun yanı sıra fiziksel ve cinsel istismarın sonucunda ortaya çıkan duygusal istismar devam edebilmektedir. Bu tür davranışlara maruz kalan çocuklarda aileden uzaklaşma, gergin olma, bağımlı kişilik geliştirme, değersizlik duyguları geliştirme, uyumsuz ve saldırgan davranışlarda bulunma gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007).

Duygusal istismarda olduğu gibi duygusal ihmali de belirgin olarak tanımlamak oldukça zordur. Ana-babanın çocuktan uzak durduğu, olumlu ya da olumsuz davranışlarına aldırış etmediği tüm durumlarda duygusal ihmalden söz edilebilir (Karaman, 1993).

1.2.3. İSTİSMARDA RİSK FAKTÖRLERİ

Çocuk her yaşta, sosyo-ekonomik düzeyde ve ırkta ihmal ve istismara uğrayabilmekte ancak buna rağmen bazı faktörler çocuğun ihmal ve istismara uğrama riskini arttırabilmektedir. (Horton ve Cruise, 2001)

Çocuğun görmüş olduğu kötü muamele için başkalarını suçlama eğilimi, çocukla ilgili olumsuz ve öfke içeren duygular, çocuk gelişimi konusunda yetersiz bilgi, yüksek stres düzeyi, katı ve cezalandırıcı bir disiplin anlayışı içerisinde olmak ebeveynlerle ilgili risk faktörleri arasında yer almaktadır. Bu özelliklerin dışında ebeveynin çocukluğunda kötü muameleye uğramış olması kendi çocuklarını istismar etme olasılığını arttırmaktadır (Milner ve Chilamkurti, 1991).

Hall'a (2003) göre çocukluk çağında istismara ve ihmale uğramış olmak bireyde kişilik bozukluğu gelişmesine daha yatkın hale getirmektedir. Bunun yanında kişinin dürtü kontrolünde zorluk yaşaması, öfkesini kontrol etmede güçlük yaşaması, kurduğu ilişkilerde çatışma ve tutarsızlık yaşaması da daha olası hale gelmektedir.

Yapılan araştırmalar çocukluk çağında kendi ebeveynleriyle çözülmemiş çatışmaları ve sorunları olan annelerin çocuklarıyla güvenli olmayan ilişkiler kurduklarını ortaya koymuştur. Sorunlu ebeveyn-çocuk ilişkisi incelendiğinde, ihmal ya da istismar eden ebeveynlerin kendi anne babalarıyla güvensiz, tutarsız ve/veya patolojik özellikleri olan ilişkiler içerisinde oldukları, ortak bir geçmişi paylaştıkları görülmektedir (Vondra, 1990).

İhmalin yaşandığı aileler incelendiğinde ise, aile bireyleri arasında pozitif iletişimin küçümsenemeyecek oranda az olduğu bildirilmektedir. İhmalkar anneler çocuklarıyla daha olumsuz ilişki kurmakta ve daha az iletişim içerisinde bulunmaktadır. Bu durum da bize annenin ebeveynlik becerilerinin zayıflığını yansıtmaktadır (Wiehe, 1992).

Şiddet uygulayan ebeveynler, kendi çocukluklarında da kendi ailelerinden şiddet gördüklerini belirtmekte ve bu ebeveynlerin çocuklarına şiddet uygularken bir yandan da onları kurtarıcı olarak gördüklerini, çocuklarından yalnızlıklarını azaltmalarını, yaşadıkları değersizlik duygularını ortadan kaldırmalarını beklediklerini, başka bir

ifadeyle çocuklarını kendilik nesnesi olarak kullandıklarını belirtmektedir. Böyle bir durum çocuk için başlı başına bir örselenme durumu olarak değerlendirilmektedir (Odağ, 2005).

Lowenthal'a (2001) göre çocuklarını istismar eden ebeveynler benmerkezci bir bakış açısına sahiptirler ve ebeveynlik için gerekli olan empati ve diğer kişinin bakış açısından bakabilme kapasiteleri yeterli düzeyde değildir. Benzer bir görüş Wiehe tarafından yapılan bir çalışmada da ortaya konulmuştur. Bu çalışma 32 istismar edici ve 32 istismar edici olmayan anne ile yapılmış olup empati ve denetim odağının istismardaki rolünü araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda istismar edici annelerin istismar edici olmayan annelere göre empati kurma yeteneğinin daha yetersiz olduğu ve dıştan denetimli oldukları saptanmıştır. Bu veriler bize, istismar edici ebeveyne yönelik oluşturulacak müdahale programlarında empati ve denetim odağının, yer alması gereken önemli değişkenler olduğunu göstermektedir.

İstismar riskini artıran faktörlerden bir diğeri de genç anne baba olmaktır. Genç yaşta anne olmak bazı zorlukları da beraberinde getirmektedir. Sürdürülen yaşamın değişmesine uyum gösterebilecek ve bununla baş edebilecek yeterlilikte olmayabilmektedirler. Bunun yanı sıra ebeveynlerin deneyimsiz olması, onların çocuğun ihtiyaçlarıyla ilgili ipuçlarına tepki vermede yetersiz kalmalarına sebep olmaktadır. Yapılan araştırmalara göre genç yaşta çocuk sahibi olanlar, kendileri ve çocuklarıyla ilgili daha basit ve benmerkezci düşünmekte, duygularını ifade etme ve düzenlemede olgun davranmamaktadırlar. Bunun yanı sıra ruhsal hastalık belirtisi gösterme olasılıklarının da daha yüksek olduğu saptanmıştır (Baumrind, 1995).

Green (1991) çocuklarını ihmal eden ebeveynlerle ilgili yapılan araştırmaları özetlediği çalışmasında; ihmalkar ebeveynlerin psikotik, alkolik veya antisosyal olduğunu ifade etmiştir. Pek çoğu aileleri tarafından ihmal edilmiş ve ihtiyaçları karşılanmamış olan bu ebeveynler ne yazık ki kendi anne-babalarından gördükleri davranış örüntüsünü tekrar etme eğilimi göstermektedirler. Temel güven duygusundan yoksun oldukları için nesne ilişkileri zayıftır ve benlik kavramları zarar görmüştür. Dil gelişimleri zayıf ve soyut düşünme becerileri sınırlıdır ve buna bağlı olarak eylem yönelimli ve dürtüseldirler. Çocuklarının sağlıklı gelişimi için gerekli olan sözel ve fiziksel uyarıcıları sağlamakta başarısızdırlar ve onlarla nadiren oyun oynarlar. İhmal

eden ebeveynlerin kullandıkları savunma mekanizmaları incelendiğinde, bu ebeveynlerin en çok yansıtma mekanizmasını kullandıkları ve çocuğu kendi istenmeyen atıflarının bir sembolü olarak algıladıkları belirtilmektedir. İhmalkar ebeveynlerin bir kısmı ise temel savunma mekanizması olarak inkarı kullanmaktadır. Bu anne babalar çocukları sanki kendilerine ait değilmiş gibi davranmakta, çocuklarına bağlanmak istememekte ve onlarla empati kurmaktan kaçınmaktadırlar. Çocuklarının temel fizyolojik ihtiyaçlarını sağlamak konusunda ciddi güçlükler yaşamaktadırlar.

Horton ve Cruise(2001) kadınların erkeklere oranla çocuklarını istismar etme oranlarının biraz daha fazla olduğunu belirtmekte ve bunu da çocukların büyük çoğunlukla annenin bakımı altında olmasına ve babanın yokluğuna bağlamaktadırlar.

Annelerin çocuklarına uyguladıkları fiziksel ve duygusal istismar/ihmal davranışlarını ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmada, bir sağlık ocağı bölgesinde Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin ziyaret ettikleri 143 aile ile çalışılmıştır. Çalışma sonucunda annelerin %87,4'ünün çocuklarını fiziksel açıdan, %93'ünün ise duygusal açıdan istismar/ihmal ettikleri tespit edilmiştir. Buna ek olarak annelerin çocuklarına yönelik fiziksel istismar/ihmal davranışına başvurularında, ailedeki çocuk sayısının ve eşi tarafından dayak yemenin, önemli etkenler olduğu tespit edilmiştir (Güler ve ark., 2002).

Bulut (1996) Ankara'daki altı Ana Çocuk Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, tek çocuklu, ilk evliliğini halen sürdüren ve 16-29 yaş aralığındaki genç annelerle çalışma yapmıştır. Annenin çocuğunu istismar ve ihmal etmesi ile ilgili faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışma sonucunda; para sıkıntısı, ev işini bitirememeye veya çocukla baş edememe gibi günlük hayatın sorunlarıyla başa çıkmada yetersiz, eşi tarafından istismara uğramış, kendi anne babasıyla anlaşamadığını ifade eden ve çocuğu yapı olarak huysuz, akıllı, yaramaz ve şımarık olarak değerlendiren annelerin çocuklarını daha çok istismar ve ihmal ettiği bulunmuştur.

Çocuklarını duygusal açıdan istismar ve ihmal eden anneler yalnızdır ve kendi ailelerinden çok az destek almaktadır. Çocukluklarında kendi ailelerinden çok az ilgi ve şefkat gören bu annelerin zamanla aileleri ve kardeşleriyle temasları iyice azalmaktadır. Çoğu kadın ihtisasını bitirdikten sonra evin olumsuz şartlarına dayanamayarak çıkış

yolunu evlenmekte bulup evden ayrılmaktadır. Evde yeterli ilgiyi göremeyen bu bireyler ileride kendi çocuklarına aynı şekilde davranabilmektedirler ve kendi çocuklarına karşı davranışları ve sürdürdükleri hayat tarzına yönelik eleştirilerden ve istenmeyen düşüncelerden kaçınmak için kendilerini çevreden soyutlama eğilimi gösterebilmektedirler. Bunun yanında istismar edici anneler kendilerini beceriksiz, değersiz ve hayatın gerektirdiği görevlerle baş etmede yetersiz olarak algılamaktadırlar. Kendilerini umutsuz hissetmekte, amaç, motivasyon ve girişim eksikliği yaşamaktadırlar. Sık sık yaşanan depresyon krizleri ve genel bir duygusuzluk hali çocuklarıyla duygusal ve fiziksel olarak ilgilenmelerini engellemektedir (Akt: Iwaniec, 1995).

Eğer anne çocukluğunda cinsel istismara uğramış ise, çocuğunun bir sorunu karşısında tepkisiz kalmakta ve içe kapanmaktadır. Bunun yanı sıra çocukluğunda fiziksel istismar öyküsü olan anneler ise çocuklarına karşı saldırganca tutum içerisinde girdikleri belirtilmektedir (Howe, 2005).

Egeland, Jacobvitz ve Sroufe (1988) çocukluğunda ebeveynleri tarafından ihmal ve istismar edilmiş olanlarla yapmış oldukları çalışmada kendi çocuklarını istismar eden anneler ile bu istismar döngüsünü kırmış olan anneler arasındaki farkları tanımlamada etkili olan değişkenleri saptamaya çalışmışlardır. Annelerin geçmiş ve şimdiki ilişkilerinde yaşadığı deneyimler, stresli yaşam olayları ve kişilik özellikleri anket ve görüşmeler aracılığıyla tanımlanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, çocukluğunda istismara uğramış ancak bu istismarı kendi çocuklarına uygulamayan annelerin, çocukluğunda istismar edici olmayan bir yetişkinden duygusal destek aldığı, hayatlarının bir döneminde psikolojik tedavi gördüğü ve istismarcı olmayan, tutarlı, duygusal açıdan destekleyici ve tatmin edici bir ilişkiye sahip oldukları belirlenmiştir. İstismara uğramış ve bunun sonucunda da çocuklarını istismar etmeye devam eden annelerin ise yaşamlarının daha stresli olduğu, endişeli, bağımlı, depresif ve olgun olmayan bir kişilik yapısına sahip olduğu belirlenmiştir.

Bazı çocuklar istismar için risk altındadırlar. Bu çocukları Steele (1987) üç gruba ayırmış ve özelliklerini şöyle sıralamıştır: Birinci grubu “normal” olarak nitelendirilen çocuklar oluşturmaktadır. Bu çocuklar; annenin zor bir hamilelik geçirmesi, istenmeyen bir hamilelik sonucu uygun olmayan bir zamanda doğma, evlilik

dışı olma, ebeveynin istediği cinsiyette olmama, aşırı aktif/pasif olma, ailenin stres düzeyinin yüksek olduğu bir dönemde veya bir kriz ortamında doğma gibi nedenlerle yüksek risk grubunda yer almaktadır. İkinci grup “daha az normal” olarak nitelendirilen çocukları içermektedir. Bu çocuklar çeşitli doğum sırasında oluşan anomalilere ve doğum sonrası hastalıklara sahiptir. Kronik ve tekrarlayan hastalıkları olduğundan dolayı çok kez hastaneye yatırılmaları gerekmektedir. Üçüncü grup fiziksel açıdan normal veya çok az yetersizliği olan ancak “zor”, “farklı” olarak nitelendirilen çocuklardır. Bunlar; hiperaktif, huysuz, beslenme güçlükleri olan, uyku düzenleri bozuk, aşırı ağlayan ve ebeveynin çabalarına tepki vermeyen çocuklardır.

Evlat edinilmiş çocukların istismar edilme riski diğer çocuklara göre daha yüksektir. Evlat edinmiş ebeveynlerin fiziksel, zeka ve kişilik özellikleri çocuktan farklı olabilmekte bu durum ise uyumsuzluklara neden olabilmektedir. Sonucunda da ebeveyn ve çocukların birbirlerini anlaması ve duygusal açıdan yakınlık kurmaları zorlaşmaktadır. Ebeveynlerin evlat edindikleri çocuğu istismar ve ihmal etme nedenleri olarak; çocuğu biyolojik ailesinden kıskanmak, üvey olma etiketi, erken bağlanma deneyimlerinin yaşanmamış olması ve bunun sonucunda duyarlı ve uyumlu olmada yaşanan güçlükler olarak sıralanmaktadır (Baumrind, 1995).

İhmal ve istismar edilme açısından küçük çocuklar da risk altındadır. Yapılan araştırmalar da görülmüştür ki istismara uğrayan çocuklar % 28'inin 0-3 yaş, % 24'ünün 4-7 yaş ve % 23'ünün 8-11 yaş arasındadır. Buda bize istismara uğrayan çocukların % 52'si 7 yaşın altında olduğunu göstermektedir. 4 yaşın altındaki çocukların ölümcül yara alma veya öldürülme riski daha fazladır. Çocuğun yaşı istismar için doğrudan bir faktör değildir ancak küçük çocukların sahip olduğu bağımlı olma gibi özellikler ebeveyn ve aile ile ilgili diğer risk faktörleriyle birleşerek istismar olasılığını arttırmaktadır (Tower, 2005).

Baumrind (1995) bebeğin prematüre doğması ve istismar arasındaki ilişkiyi ele aldığı çalışmasında; çocuğun gelişimiyle ilgili annenin yaşadığı düş kırıklığı, prematüre doğum nedeniyle anne ve bebeğin ayrı kalması ve buna bağlı olarak anne bebek arasındaki bağlanmanın engellenmesi ve bebeğin annenin yakınlık taleplerine yanıt vermedeki yetersizliği gibi faktörler sıralamaktadır. Prematüre doğumun istismarda bir

risk faktörü olarak ortaya çıkmasının temel nedenleri annenin duygusal olarak desteklenmemesi, zayıf düşmesi ve yeterince bilgilendirilmemesidir.

Ayan ve Kocacık (2009) çocuğun istismara uğramasında ailenin sosyo- kültürel, ekonomik, psikolojik ve iletişimsel özelliklerinin ne kadar etkili olduğunu araştırmışlardır. Araştırmanın örneklemini 15 ilköğretim okulunun 6,7 ve 8. sınıflarına devam eden toplam 655 öğrenci oluşturmaktadır. Yapılan çalışmada öğrencilerin %54'ünün anneleri tarafından, %46'sının ise babaları tarafından şiddete uğradığı saptanmıştır. Aile tarafından gösterilen şiddetin nedenlerini belirleyebilmek adına anne ve baba için ayrı ayrı analizler yapılmış ve bu değişkenler annede; annenin eğitim durumu, anne-baba arasında şiddetin var olma durumu ve annenin çocuğa davranış biçimi şeklinde saptanırken, babada ise öğrencinin cinsiyeti, anne-baba arasında şiddetin var olma durumu ve babanın çocuğa davranış biçimi olduğu saptanmıştır.

1.2.4. ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARIN ETKİLERİ

Çocuklarda cinsel istismar önemli bir halk sağlığı sorunudur ve uzun süren olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Bu sonuçlar için tek bir sendrom olmamakla birlikte cinsel istismar için risk etmeni olarak kabul edilmektedir. Cinsel istismara uğrayan çocukluklarda özellikle kaygı bozuklukları kısa süre içerisinde ortaya çıkabilmektedir (Taner ve Bahar, 2004). Yapılan bir araştırma sonucunda, çocukluğunda cinsel istismara uğrayan kadınlarda uyuşturucu bağımlılığının daha yüksek oranda olduğu ve bu durumun daha sıklıkla frigide, çok eşlilik ve depresyona neden olduğu ortaya konulmuştur (Kurtay ve ark., 2004).

1.2.4.1.Çocukluk Çağı Travmasının Cinsellik Üzerine Etkileri

Cinsel istismara uğramış çocukta cinsel duygu ve tutumlar, normal gelişimlerinden sapabilmekte ve uygun olmayan değişikliklere neden olabilmektedir (Polat, 2000).Cinsel istismara uğramış çocuklarda yüksek riskli cinsel eylemler daha sık görülmektedir. Cinsel taciz öyküsü olan çocuklarda cinsel yaşamın erken başlaması, ergenlik çağında gebe kalma oranının daha fazla olması, birden fazla cinsel eş ve daha

fazla cinsel saldırıda bulunma görülmektedir (Taner ve Bahar, 2004). Cinsel taciz öyküsü olan çocuklarda sık ve devamlı cinsel oyun oynama, cinsel olarak baştan çıkarıcı davranışlar sergileme, yaşıyla uyumsuz cinsel aktivite gösterme, kontrolsüz mastürbasyon ve tacizi belirten resimler çizme, herkesin ortasında mastürbasyon yapmak gibi uygunsuz cinsel davranışlarda bulunma, cinsel ilişki taklidi, anüs veya vajinaya yabancı cisim sokma, insanlara sürtünme, sürekli genital organlarıyla oynama gibi, cinsellik veya seks konularına anormal ilgi gösterme ya da bunların aksine tamamen ilgisiz kalma davranışlarına sık rastlanılmaktadır. Cinsel tacize uğrayan bazı çocukların kurdukları yeni ilişkiler cinsellik üzerine olabilmektedir. Öyle ki bu çocuklar yetişkin bir birey olduklarında ya çocuklara cinsel taciz uygulamakta ya da para kazanmak için cinselliklerini kullanmaktadırlar (Kurtay ve ark., 2004).

1.2.4.2. Çocukluk Çağı Travmasının Anksiyete Üzerine Etkileri

Çocukluk çağında kötüye kullanımın olduğu yetişkinlerde anksiyete bozukluğuna oldukça sık rastlanılmaktadır. Anksiyete belirtileri; anormal bir şekilde agresif olma, korku reaksiyonu, kızgınlık, düşmanlık ve kabus görme şeklinde kendini göstermektedir. Bu belirtiler post - travmatik stres bozukluğu ile uyumluluk gösteren bir klinik tablodur(Kurtay ve ark, 2004). Cinsel istismara uğramış olan çocuklarda kaygı bozuklukları kısa bir süre sonrasında ortaya çıkabilmektedir. Uyku bozuklukları, fobiler, bedensel yakınmalar ve korku tepkileri yüksek kaygı düzeyinin kliniğe yansması olarak gözlenmektedir. Öfke tepkileri, zayıf dürtü kontrolü, karşı olma, karşı gelme bozukluğu cinsel istismara uğrayan çocuklarda gözlenebilmektedir (Taner ve Bahar, 2004).

1.2.4.3. Çocukluk Çağı Travmasının Davranışsal Etkileri

Öyküsünde cinsel taciz bulunan çocuklar incelendiğinde bu çocukların mutsuz olduğu, davranışlarının kestirilemediği, ya çok titiz ya da dağınık olduğu gözlenmektedir. Yabancılara karşı alışılmadık biçimde ya çok yakın ya da çok utangaç davranırlar (Ekşi, 1999). Cinsel kötüye kullanıma uğramış olan erkek çocuklarda sık olarak saldırgan davranışlar görülmektedir. Bunun yanı sıra dışa vurucu davranışlar,

uyku bozuklukları ve uzaklaşma davranışlarını da gösterebilirler. Kızlar ise sık olarak aşığılık duygusu ve kendine zarar verme davranışları şeklinde tepki geliştirmektedirler. Kendine zarar verici davranışlar ise genellikle vücudunda sigara söndürme ve bileğini kesme şeklinde görülmektedir (Polat, 2000).

1.2.4.4. Çocukluk Çağı Travmasının Kişilik Üzerine Etkileri

Çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü ile borderline kişilik bozukluğu tanısı alan kişilerin %70-80'inde, çoğul kişilik bozukluğu tanısı alan %85-90'inde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aynı şekilde cinsel istismarda bulunan kişilerin %60-95'inde de öykü pozitifdir. Yapılan çalışmalar çocukluk dönemlerine ait çok önemli bir olay olmadığı takdirde bireylerin bu dönemi hatırlayamadıklarını ortaya koymuştur. Ancak istismar gibi oldukça ciddi bir durum söz konusu olduğunda çok küçük çocuklar bile yaşadıkları önemli olayları, aradan uzun süre geçmesine rağmen doğru hatırlayabilmektedir (Görker ve ark., 2000). Kişiler arası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürme becerisi, cinsel istismardan olumsuz olarak etkilenmektedir (Taner ve Bahar, 2004).

1.2.4.5. Çocukluk Çağı Travmasının Emosyonel Etkileri

Çocuğun cinsel istismarında dört travmatik dinamik yer almaktadır. Bunlar: istismarla birlikte yaşanan travmatik cinsellik, ihanete uğramışlık hissi, güçsüzlük, stigmatizasyon (damgalanma) gibi. Bu dinamikler travmatik olayın etkilerini ağırlaştırır, çocuğun dünyasına, kognitif ve emosyonel oryantasyonuna zarar verir ve travma sonrasında çocuğun benlik algısında değişimler, duygulanım sürecinde bozulmalar yaşanır (Davis ve Petretic-Jackson, 2000). Tekrarlayıcı, rahatsız edici düşünceler, olayla ilgili kabuslar, uykuya dalma ve konsantrasyon güçlüğü (karanlık olayı çağırıştırabilir ya da kabus göreceğini düşündüğü için uyumak istemez), öfke patlamaları, olayı anımsatan nesnelere karşı yoğun psikolojik sıkıntı yaşama ya da olayı anımsatan kişiler, görüntüler ve konuşmalardan kaçınma cinsel istismara uğramış çocuklarda görülebilen durumlardır (Kılıç, 2004).

Cinsel istismara uğrayan çocukta; çocuğun istismarcıya duyduğu güvenin sarsılmasına ve çocukta ihanete uğrama duygularının yerleşmesine neden olur. Çocuk

istek ve iradesi dışında cinsel amaçlı kullanıldığında ve bunu engelleyemediğinde kendini çaresiz ve aciz hissedebilir. Cinsel istismar olayına eşlik eden kötülük, utanç, suçluluk gibi kavramlar zamanla çocuğun benlik algısına karışır ve kendini böyle algılamaya başlar (Davis ve Petretic-Jackson, 2000).

1.2.4.6. Çocukluk Çağı Travmasının Depresif Duygu Durum Üzerine Etkileri

Cinsel istismara uğrayanlarda, depresyon veya aile fertlerinden arkadaşlarından uzaklaşma, tekrarlayan atipik ağrı, aşağılık duygusu geliştirme, kendine zarar verici davranışlarda bulunma riskleri artmaktadır.

Miller ve Favazza, kişilerin kendilerini kesme davranışlarının nedenlerini şu şekilde sıralamışlardır:

1. Boşluk duygusu, depresyon ve gerçekçi olmayan duygulardan uzaklaşmak,
2. Rahatlama duygusuna sahip olmak,
3. Duygusal acıları bastırmak,
4. Boşluk duygusundan uzaklaşarak kendilerinin yaşadıklarını göstermek (Ögel ve Aksoy, 2003).

Kendine kasıtlı olarak zarar veren çocuklarda gelecek hakkında olumsuz düşünceler ve düşük benlik saygısı, hiç bir işe yaramama duygusu, seks konusunda tuhaf düşüncelerin oluşması, içine kapanıklık ve yetişkin insanlara fazla güvenmemek gibi olumsuz duyguların yaşandığı görülmüştür. Bu davranışı gösteren bazı çocuklarda intihara teşebbüs bile olabilmektedir (Kurtay ve ark., 2004).

Yapılan bir çalışmada çocukluk döneminde cinsel istismar öyküsü olan bireylerin erişkinlik dönemine geçtiklerinde major depresyona yakalanma riskinin olabileceği ortaya koyulmuştur (Taner ve Bahar, 2004).

1.3 KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞLARI

Günümüz literatürü incelendiğinde kendine zarar verme davranışları için birbirinden farklı birçok tanım yapılmış ve bu durumda kavram karmaşasına sebep olmuştur. Literatürde kendine zarar verme davranışı hakkında yer alan bazı tanımlar şunlardır:

Farberow (1980) kişinin kendini ciddi bir şekilde zarar verecek biçimde kesmesi ya da vücudunun belirli bölümlerine zarar vermesi olarak tanımlamıştır. Walsh ve Rosen, (1988) isteyerek ve amaçlı olarak yapılan, genellikle ölümcül olmayan ve toplumsal olarak kabul edilmeyen bir davranış olarak da belirtilmiştir. Favazza,(1989) tekrarlayıcı, yaşamı tehdit etmeyen, kendine fiziksel zarar verme davranışı olarak tanımlanmıştır. Favazza ve Conterio, (1989) şahsın durumuna katlanamaması, başa çıkamaması sonucu oluşan tahammülsüzlüğün yarattığı baskıya karşın, kendi kendine yardım etme ve rahatlama durumu olarak tanımlamışlardır. Ghaziuddin ve ark., (1992) kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişimi olarak belirtilmiştir. LeBlanch, (1993) ortama uyamamanın ve hoşnutsuzluğun aynada bir yansıması olarak belirtilmiştir. (Akt :Ögel ve Aksoy, 2003)

Bu tanımlardan yola çıkılarak kendine zarar verme davranışı ile ilgili en önemli özellikler, vücudun belirli bölümlerine zarar vermesi, tekrarlayıcı olması, bilinçli olması, ölümcül olmaması, yaşamı tehdit etmemesi, ortama uyamamanın ve tahammülsüzlüğe karşın kendine yardım etmesi olarak tanımlanmıştır. (Favazza ve Rosenthal 1993 Akt: Ögel ve Aksoy,2006).

Kendine zarar verme davranışı, klinik değerlendirmeler içerisinde ayrı bir durum olarak ele alınmamaktadır. DSM-IV-TR'da ve ICD-10'da ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmamakla birlikte, özellikle antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik bozuklukların bazılarında yaygın bir semptom olarak ortaya çıkmaktadır.

DSM-IV'te Basmakalıp Davranış Bozukluğu'nun ve Sınır Kişilik Bozukluğunun bir tanı ölçütü olarak yer alan kendine zarar verme davranışı, bilinçli bir intihar amacı olmaksızın, tasarlanmış bir şekilde beden dokularına zarar verici bir dizi karmaşık davranışı içermektedir. Buna karşılık, dövme, dini ayinler sırasındaki şiş batırma, zincir vurma gibi davranışlarda da, kişi kendine bilerek zarar verir ve intihar amacı taşımaz

ancak bunlar kültürel düzeyde kabul edilen davranışlar olduğundan kendine zarar verme davranışı sınıfına girmemektedir. Psikiyatri literatürüne bakıldığından kendine zarar verme davranışının tek bir tanımının ve açıklama biçiminin olmadığı görülür (Tüzün, 2008).

Favazza ve Simeon kendine zarar verme davranışını dört grup halinde incelemiştir;

1. Major kendine zarar verici davranışlar; Gözünü oyma veya kastrasyon gibi bedene kalıcı zarar veren davranışlar
2. Stereotipik Kendine Zarar Verme: Tourette Sendromunda ve zeka geriliklerinde görülen kafayı duvara vurma, kendini ısırma gibi davranışlar
3. Yüzeysel veya orta şiddette kendine zarar verme; Trikitilomani gibi tekrarlayıcı bir tarzı olan cildi kesme, kendini yakma gibi epizodik eylemler
4. Dürtüsel Kendine Zarar Verme: Cildi kesme ya da yakma, kendine vurma gibi eylemleri kapsamaktadır.

En sık görülen şekli, kendini kesme (%70-%97), çarpma ya da vurma (%21-%44) ve yakma (%15-%35) olmakla beraber, bir kaç yöntemin birden kullanılması da söz konusudur (Simeon ve Favazza,2001 Akt: Bozkurt ve ark.,2012).

Deiter ve arkadaşları ise kendine zarar verme davranışlarını doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki alt grup halinde incelemektedirler. Bireyin kendi vücuduna kasten zarar vermesi bunu yaparken de intihar amacının olmaması doğrudan kendine zarar verme davranışı” kategorisine girer. Bunlara örnek olarak ise, kendini ısırma, tırnakları ile üst dokuyu tahrip etmek, kendine vurma, saç çekme, nesnelere yutma veya vücuda sokma, yaralayıcı mastürbasyon, başa sertçe vurma, çok sıcak su veya buharla kendini haşlama, yaraları tahrip ederek iyileşmelerine engel olmak sayılabilmektedir. Dolaylı kendine zarar verme davranışı doğrudan kendine zarar verme davranışı ile birlikte görülmektedir ve şu davranış biçimlerini içerir; yeme bozuklukları, tehlikeli cinsel davranışlar, madde kötüye kullanımı, tıbbi ihtiyaçlara ilişkin ihmal, silah taşıma ve dikkatsizce araba kullanma gibi tehlikeli davranışları içerir (Deiter ve arkadaşları, 2000 Akt: Tüzün, 2008,).

Kendine zarar verme davranışının bir başka boyutu olan patolojik kendine zarar verme yineleyen bir yapıya sahiptir, küçük ya da yatıştırıcı bir çözümle sonuçlanmaktadır. Bunun yanı sıra daha çok psikotik bireylerde görülen gözünü kör etmek ya da cinsel organa zarar vermek gibi ağır zarar verici davranışlar ise çoğunlukla yineleyici bir nitelik taşımazlar. Bunlar kasıtlı olarak intihar amacı içermez. Zihinsel engelli ve otistik çocukların tekrarlayıcı olarak kendilerine zarar verdikleri görülmektedir. Bu durumun kasıtlı kendine zarar verme davranışından ayrılması gerekmektedir (Suyemoto, 1998 Akt: Tüzün, 2008)

Harris (2000), kendine zarar verme davranışı olan kişilerle yaptığı görüşmelerde bu kişilerin zarar verme davranışının öncesinde kendilerini gergin ve huzursuz hissettiklerini belirtmiştir. Bu duygularla baş edemeyen bireyler de bu davranış daha fazla gözlemlenmektedir. Kendine zarar verme de sıklıkla araç olarak jilet kullanılmakta ve eylem olarak ise bilekler kesilmektedir. Eylem sırasında acı hissinin olmadığı belirtmekle birlikte eylem sonucunda başta hissedilen olumsuz duyguların da geçtiği söylenmektedir. Bazı bireyler bu eylemlerden ötürü pişmanlık duymakta, suçluluk hissetmektedir ancak rahatlama, sakinleşme, tatmin olmuşluk hissi daha ağır bastığından bu davranışı yineleyebilmektedirler.

Kendine zarar verme davranışlarından en sık rastlanılan bilek kesme, aşırı yüklenme ve zorlanma altında kalan bireylerin kendilerini denetlemeye yönelik çabaları olarak ele alınmaktadır. Davranışın temel amacı, depresionalizasyondan kurtulmak ve iç gerilimi azaltmaktır. Bileklerini keserek akıttıkları kanı görmek yaşadıklarının bir kanıtı olmakla birlikte bedenlerini denetleyememenin bir yansıması olarak değerlendirilmektedir (Arkonaç, 1999).

Kendini kesme davranışının nedenleri arasında kendine veya başkalarına kızma, gerginlik, ölme isteği ve yaşadığını hissetmek için acı hissetme gereksinimi yer alır. Kendine zarar verme davranışı kimi bireyler için ilgiyi üzerine çekmek için bir araç olabilmektedir. Yapay bozukluk öyküsü olan hastalar da, hasta rolünü koruyabilmek adına kendine zarar verme davranışına başvurabilmektedirler (Kaplan ve Sadock, 2000, Akt: Tüzün, 2008)

Kendine zarar verme davranışında bulunmuş olanların sayısı hem davranışların kısmen bildirilmemiş olmasından hem de kendine zarar verme davranışı çeşitliliğinin çok olması saptamayı zorlaştırdığından dolayı tam olarak belirlenememektedir. Kendine zarar verme davranışı ile ilgili yaşam boyu yaygınlığını değerlendirmek de oldukça güçtür. Geçmişte kendine zarar verme davranışında bulunan hastaların pek çoğu doğrudan sorulmadıkça bu konuyla ilgili bilgi vermekten kaçınabilmektedirler. Bazı durumlarda ise klinik değerlendirmeler sırasında intihar girişimleri ile kendine zarar verme davranışları birbirine karışabilmektedir. Birçok kendine zarar verme davranışı, hafif düzey yaralanmalarla atlatıldığından kişiler polise veya sağlık kuruluşlarına gitme gereksinimi duymamaktadırlar. Bu durumda kendine zarar verme davranışının bilinirliğini azaltmaktadır (Suyemoto, 1998 Akt: Tüzün, 2008).

1.3.1. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞININ GÖRÜLDÜĞÜ DSM TANILARI

DSM-IV-TR kendine zarar verme davranışlarını kapsayan birkaç tanı mevcuttur. Bunlar: (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

- 1-Eksen I BTA dürtü kontrol bozuklukları kapsamında Trikotillomani
- 2-BTA Dürtü Denetim Bozukluğu
- 3-İntihar eğilimli davranışlar, jestler veya tehditler veya kendine zarar verme davranışları ölçütlerini dolduran eksen II Borderline kişilik bozukluğu
- 4-Kendine zarar verme davranışları ile birlikte sterotipik hareket bozukluğu

1.3.2. ETİYOLOJİSİ

Kendine zarar verme davranışı yaklaşık olarak 70 yıldır alan çalışanlarının inceleme konularından biri olmasına rağmen kendini yaralama davranışının, davranışsal ve biyokimyasal yönleri yeterince bilinmemekle birlikte, çeşitli etiyolojik faktörler ileri sürülerek açıklanmaya çalışılmıştır. Ruhsal gerilim ve acıyı azaltma isteği ile bedenindeki acıya yoğunlaşma, yoğun yaşanan kızgınlık, utanç ve suçluluk duyguları

sonucu bir tür kendini cezalandırma, dürtü kontrolündeki güçlükler, zorlanma ve duyumsuzluklara ilişkin bir ifade, dikkat çekme ve istediğini yaptırma; üzerinde çok durulan etiyolojik faktörlerdendir (Suyemoto 1998, Nijman ve ark. 1999 Akt: Canat ve Demirel, 2012).

Kendini kesme davranışının nedenleri arasında kendine veya başkalarına kızma, gerginlik, ölme isteği ve yaşadığını hissetmek için acı hissetme gereksinimi yer alır. Kendine zarar verme davranışı kimi bireyler için ilgiyi üzerine çekmek için bir araç olmaktadır. Yapay bozukluğu olan hastalar da, hasta rolünü korumak amacı ile kendine zarar verme davranışına başvurabilirler (Kaplan ve Sadock, 2000 Akt: Tüzün, 2008).

Psikolojik kuramlar kendine zarar verme davranışını ikincil kazanç, yayılma/taklit etme, uyum sağlama, öfke ve engelleme şeklinde açıklamaya çalışmışlardır:

İkincil kazançlar: Bazı bireyler kendine zarar vererek, kendini yaralamakta ve bunun sonucunda da ikincil kazanç sağlamaktadır. Bu davranışı yapanlar ve bundan ikincil kazanç sağlayanlar genellikle tutuklular ve askerler gibi belirli popülasyonda görülmektedir. Bu gruplar, sorumluluktan kaçmak, can sıkıntısından kurtulmak, fiziksel tehlikelerden korunmak ve daha az kısıtlayıcı ortamlara gönderilmeyi sağlamak amacı ile kendine zarar verme davranışı göstermektedirler ve bu kişilerin amaçlarına ulaştıklarında semptomlarının hızla yatıştığı gözlenmektedir. (Van,1990 Akt: Saçarçelik, 2009).

Bu yaklaşım içerisinde kendine zarar verme davranışı aile içerisinde meydana gelen ancak ifade edilemeyen bir istismar durumunun veya yaşamı tehdit edici koşullarınsembolik bir ifadesi olarak değerlendirilir. Teori, başka bir çerçevede kendine zarar verme davranışının bir model alma sürecinde gelişebileceğini de öne sürer. Söz gelimi, eğer ailede bu davranışı gösteren biri varsa ve bu sayede ilgi çekebiliyorsa, kişi aynı amaçla bu davranışa başvurabilir (Tüzün, 2008).

Yayılma/taklit etme: Kendine zarar verme davranışının kışkırtıcı bir yönü olduğu bilinmektedir ve bu durum bulunulan ortamda diğer bireyler tarafından davranışın taklit edilmesine sebebiyet verebilir. Daha çok ergen gruplarında görülen, kendi ciltlerine harf, kelime, sembol kazıma davranışları grupla özdeşleşmek, grupta

kalabilmek ve kendini kanıtlamak amacıyla yaptıkları ve bu davranışların dürtüsel olmadığı belirtilmektedir (Van,1991 Akt: Saçarçelik, 2009) .

Uyum sağlama: Bazı araştırmacılar kendine zarar verme davranışının uyum sağlama ile ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir. Cezaevlerinde ve suçlu ergenlerin olduğu ıslah evlerinde, mental retarde bireylerin barındığı kurumlarda ve ergenlerin yatarak tedavi gördüğü psikiyatrik kurumlardaki kişilerin özgeçmişinde kendine zarar verme davranışı öyküsü olmadığı halde, kendine zarar verme davranışları görülmektedir (Van,1991 Akt: Saçarçelik, 2009) .

Öfke ve Engelleme: Gündelik yaşamda bireyler birçok duygu yaşamaktadırlar, öfkede bu duygulardan bir tanesidir. Aşırı öfkelenen bireyler, özellikle borderline kişilik bozukluğu olanlar sonuçlarını düşünmeksizin kendine zarar verme davranışı gösterebilmektedirler. Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde istismar öyküsü olan kişilerin kendilerine zarar verme sebepleri öfkeden kaynaklanmaktadır (Feldman, 1988 Akt: Saçarçelik, 2009) .

Kendine zarar verme davranışlarının, birincil olarak çatışma, suçluluk, superego baskısı ve kendine yönelik agresyon gibi dinamik etkenlerden ziyade, bebeklik ve çocukluk döneminde bakım veren kişiyle yaşanan travmatik ilişki neticesinde ortaya çıkan ve daha basit canlılarda da gözlenebilen ilkel bir davranış örüntüsü olduğu belirtilmektedir. (Van,1996 Akt: Saçarçelik ve ark, 2013).

Nijman ve arkadaşları (1999), psikiyatrik bozukluk tanısı almış olan hastalarda kendine zarar verme davranışının etiyojisini araştırmışlar ve iki ana hipotezden yola çıkmışlardır; ilk hipotezde, kendine zarar verme davranışı, çocukluk çağında yaşanan ihmal ve istismar öyküsünün ileri dönemlerde yarattığı depresif epizodlarla ilişkilendirilmektedir. İkincisinde ise, bu davranışlar bir dürtü kontrol bozukluğu olarak ele alınmaktadır. Yapılan araştırma sonucunda birinci hipotez desteklenmiştir. Yani, kendine zarar verme davranışı olan bireylerde dürtü kontrol probleminden daha çok travma öyküsü ve disosiyasyon belirtileri ağır basmaktadır. Literatürde disosiyasyon ile travma ve kendine zarar verme davranışları arasındaki bağ sıklıkla tanımlanmaktadır.

Kendine zarar verme davranışı her yaşta ortaya görülebilir ancak ergenler ve genç erişkinlerde dikkat çekici bir şekilde yüksek oranlarda görülmektedir(Briere and

Gil, 1998). Bu davranışlar genel olarak 13-19 yaşlarında başladığı gözlemlenmiştir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise kendine zarar verme davranışının 16-20 yaşları arasında başladığı belirlenmiştir(Tarlacı ve ark, 1997). Kendine zarar verme davranışları genellikle 14-15 yaşları arasında başlamakta, 18-24 yaşları arasında maksimum düzeye ulaşmakta ve bireylerin 30-40’lı yaşlara gelmesiyle birlikte azalma eğilimi göstermektedir (Hodgson, 2004). White ve diğerlerine (2002) göre kendine zarar verme davranışının görüldüğü en yüksek risk grubu 18-23 yaşları arasındadır.

McAllister (2003)’e göre kadınlar büyüme sürecinde duygusal acıyla baş etmek için duygusal yöntemleri kullanmayı öğrenirler ve bu yöntemi kullanırlarken; erkekler duygusal acıyla baş etmek için fiziksel yöntemleri tercih ederler. Buna benzer bir açıklamada Farber tarafından yapılmıştır. Farber’a (2000) göre erkekler kadınlara oranlara daha çok agresyonlarını dışa vurmaktadırlar. Bu yüzden erkekler şiddete daha eğilimlidirler. Öte yandan kadınlar sosyalleşme sürecinde hislerini dışa vurmaktan ziyade içselleştirmeyi ve tepkilerini, bedenlerini kontrol etmeyi öğrenirler ve bu yola başvururlar. Bu yüzden kendine zarar verme davranışına erkeklerden daha çok başvuruyor olabilirler. Miller ise bu konuyu istismar geçmişine sahip bayanların acıyı kendilerine yöneltmeye daha eğilimli olduğunu belirtip “erkekler dışa vurur, kadınlar ise içe yönelterek dışa vurur” şeklinde açıklamıştır (Miller, 1994). Kendine zarar verme davranışına hangi cinsiyette daha fazla olduğu ile ilgili yapılan bazı araştırmalara göre kadınlarda daha çok görüldüğünün saptanmasıyla birlikte, bazı araştırmacılar bu davranışın erkekler tarafından çok fazla rapor edilmediği gerekçesiyle bu sonuca katılmazlar (Favazza, 1998).

Johnson (2006) tarafından yapılan literatür çalışmasında, kendine zarar verme davranışının risk faktörleriyle ilgili olan 23 farklı çalışma incelenmiş ve buna göre en yaygın olarak bulunan risk faktörleri arasında çocuk istismarı; ihmal, negatif ailesel deneyimler, aile içi şiddet, düşük benlik saygısı, yetersiz impuls kontrolü, yetersiz başa çıkma becerileri ve sosyal destek eksikliğinin yer aldığı görülmüştür.

Çocukluk döneminde ihmal ya da istismar edilen bireylerin yaşadıkları olaylar akıllarına gelebilmektedir. Bu olayları hatırladıkça kişide sıkıntı ortaya çıkmakta ve bunun sonucunda da kendilerini kestikleri görülmektedir. Kendine zarar verme

davranışı cinsel istismarda görüldüğü kadar fiziksel istismarda da görülmektedir (Walsh, 1988 Akt: Saçarçelik, 2009). İncelenen vakalarda kendine zarar verme davranışının bireyin yüksek kaygı düzeyinde olduğu zaman ortaya çıktığı, yalnız kaldıklarında bu denedikleri ve yara izlerini saklama eğilimi içinde oldukları gözlenmektedir. Bu durumda bize kasıtlı olarak kendine zarar verme davranışının manipulatif olmaktan çok, yüksek derecede yaşanan kaygının bedensel acı ile yer değiştirerek acının azaltılması yolunda bir yöntem olduğunu göstermektedir (Saçarçelik, 2009).

Çocukluk döneminde yaşanan istismarlar sonucunda suçluluk, utanma, olumsuz kendilik algısı, ihanete uğrama hisleri çocuklukta yaşadıkları istismarlar sonucunda kendinden utanma, nefret etme ve değersiz hissetme ve bunlara bağlı olarak depresyon ortaya çıkmaktadır. Kendini kesme davranışı, öfke ve kendini cezalandırma olarak karşımıza çıkmakta ve kişi bunu depersonalizasyona karşı bir önlem olarak kullanmaktadır (Shapiro,1987 Akt: Saçarçelik, 2009). Ayrıca kendine zarar verme davranışı ve cinsel istismarın ilişkili olduğu bilinmektedir ve bu yüzden kendine zarar verme davranışları olan bir bireyde cinsel istismar öyküsü aklımıza gelmelidir (Baral ve ark, 1996).

Dinamik görüş açısından cildini kesme davranışı ile birçok amaca hizmet edildiği belirtilmiştir. Buna göre:

1. Kendine zarar verme davranışının doğrudan doğruya sadistik ve mazoşistik bir haz verdiği,
2. Kendini kesme davranışının yaşanan hazzı değersizleştirecek yara meydana getirdiği,
3. Kendini kesme davranışının gerçek kastrasyonu önlemeye yönelik sembolik bir kastrasyonu simgelediği,
4. Kendini kesme davranışının babanın hem korkulan, hem de arzu edilen penetrasyonunu simgeleyen “self-penetrasyonun” bir parçası olduğu belirtilmiştir. Emerson, kendini kesme davranışının sembolik olarak masturbasyonun yerine geçtiğini belirtmiş, benzer şekilde Fenichel “masturbasyon eşdeğeri” terimini kullanmıştır (Favaza,1996 Akt: Saçarçelik, 2009).

Literatürde genel olarak psikotik olmayan hastalarda kendine zarar verme davranışının fonksiyon ve motivasyonları için;

1. Gerilimin azaltılması, dissosiasyon olan bir bireyde gerçeğe dönüş, kontrol sağlama, güven ve benzersizlik sağlama, başkalarını etkileme ve onların dikkatini çekme ve öfkenin kanalize edilmesi,
2. Gerilimin boşaltılması, reentegrasyon, repersonalizasyon, öfke ifadesi ve affekt modülasyonu,
3. Heyecanlanma, dikkati psişik açıdan başka yere çekme, intikam alma, öfkeyi dağıtma, disforik durumlardan kaçış ve başkalarına acıyı ifade etme (Zoroğlu ve ark, 2003 Akt: Saçarçelik, 2009)
4. Ergenlerde ifade, kontrol, depersonalizasyon ve sınırların kaybı
5. Gerilimin boşaltılması, öfke ya da intikam ifadesi, ilgi ve bakım isteği, kendi kendinden nefret ve kendi kendini cezalandırma ve başkalarını cezalandırma gibi durumlara değinilmiştir (Herpetz, 1995 Akt: Saçarçelik, 2009).

1.3.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞLARI

Çocuklukta ihmal ve istismara uğrayan bireyler ilerleyen zamanlarda kendine zarar verici davranışlarda buldukları gözlemlenmiştir. Kendine zarar veren bireylerin %79'u çocukluk çağı ihmal veya istismar öyküsüne sahiptir (Noll ve ark. 2003). Ergenlikte, çocukluk döneminde yaşanan istismarda olduğu gibi erken dönemde yaşanan kötüye kullanımın sonucunda da kendine zarar verme davranışı ortaya çıkabilmektedir. Travma üzerine yapılan çalışmalar da ihmal ve istismarın türü ile kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişki açıklanmaya çalışılmıştır. Örneğin, bazı çalışmalar kendine zarar verme davranışı ile fiziksel istismar, cinsel istismar ya da ihmal arasında farklı düzeyler de ilişki bulmuşlardır ve bunlardan en güçlü ilişki ise kendine zarar verme davranışı ile cinsel istismar arasında görülmektedir (Hall, 2003). Literatüre bakıldığında en çok cinsel istismar ile kendine zarar verme davranışı

arasındaki ilişkiyi gözlemlenmeye çalışılmıştır, bu bağlantıya bazen aile içi istismar vakalarını da dahil olmuştur. Bu vakalarda özellikle ebeveyn – çocuk ensest ilişkisine değinilmiş ve konudaki araştırma sonuçları değışkenlik göstermekle birlikte, yayılım %17’den %58’e kadar değışebilmektedir (Yates 2004).

Ebeveynin kaybı ya da yokluğu ile ilişkili geriye dönük çalışmalar, çocukluk çağında yaşanan duygusal ihmalin de daha sonraki dönemlerde kendine zarar verme davranışına neden olduğu saptanmıştır. 71 yatan hasta ergenin katıldığı bir çalışmada, Lipschitz (1999, Akt: Yates, 2004) duygusal ihmalin kendine zarar verici sonuçlarla fiziksel istismar veya ihmalden daha fazla ilişkili olduğu ortaya koymuştur. Yapılan çalışmalar duygusal ihmal ile kendine zarar verme davranışı arasında anlamlı bir ilişki ortaya koymasına bu ilişki cinsel istismar ile kendine zarar verme davranışı arasında olan kadar kuvvetli değildir. Green’e (1978, Akt: Yates, 2004) göre ihmal davranışı bir ailedeki herkesi etkileyebilir buna karşın istismar hedefe yönelik olarak ortaya çıkmaktadır. İstismara uğrayan bireyin yaşadıkları nedeniyle kendini suçlaması (cinsel istismar, özellikle ensest) kendine zarar verme davranışının başlıca sebebi haline gelebilmektedir (Yates, 2004).

Travmatik olayların etkisini gelişimsel olarak yorumlayan ilk teori psikanalizdir. Freud (1926, Akt: Yates, 2004) son dönem yazılarında yeni bir model ortaya koyar ki bu model travmatik deneyimin yaşattığı çaresizlik hissi, buna ek olarak şiddetli anksiyete duygusu (örneğin, “işaret anksiyetesi”) esas alır. Yaşanılan anksiyete benliği travmatik deneyimlerinin tekrar yaşanmaması için benliği (egoyu), kaçması yönünde harekete geçirir. Yani Freud’a göre amaç bedeli ne olursa olsun, yaşanan travmatik deneyimin tekrarından kaçınmaktır. Yaşanılan travmatik deneyimin tekrarından kaçınmaya başlayan birey bu duruma karşı duyarlılık geliştirir. Bu duyarlılıkta bireyi disforik ve yüksek seviyede kaygılı bir ruh halinin içine sokar. Bu açıdan bakıldığında kendine zarar verme davranışı travmanın tekrarından kaçınma çabasıyla ortaya çıkan işaret anksiyetesi ile uyandırılmış bir tür savunma mekanizması gibi görülebilir.

1.4. YAZINLA İLGİLİ YAPILMIŞ ARAŞTIRMALAR

1.4.1. ÇOCUKLUK DÖNEMİ İHMAL VE İSTİSMAR İLE İLGİLİ YURTIÇİ VE YURT DIŞINDA YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR

Denov (2004) çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalanlar üzerinde yürütmüş olduğu bir çalışmada, cinsel istismarın uzun vadedeki etkilerini araştırmıştır ve bu araştırma sonucunda cinsel istismara maruz kalanların %36'sının kendine zarar verme davranışını stres yaratan durumların üstesinden gelebilmek için başvurduklarını rapor etmiştir.

Gladstone ve arkadaşlarının (2004) çocukluk dönemi travma öyküsü olanlarla yapmış oldukları araştırmada bu yaşantılarının ileriki yıllardaki psikolojik sağlığı etkilediği görüşü savunulmakta ve bununla birlikte kendine zarar verme davranışı üzerinde en çok etkili olan travmatik yaşantının, cinsel istismar olduğu belirtilmektedir. İstismara öyküsü olan kişi zaman zaman yaşadığı bu travmatik yaşam deneyimleri hatırlar ve bu durumda kişiye sıkıntı verir. Öyküsünde istismar bulunan bireyler, bu olayları anımsadıklarında kendilerine daha çok zarar verdikleri görülmektedir. Bu istismarlar fiziksel, zihinsel, duygusal ya da cinsel olabilmektedir. İstismara uğrayan çocuk ciddi bir şekilde vücudunu sarsar bu davranışı da dayanılmaz duygulara geçiş yolu olarak gördüğünden yapmaktadır (Favazza, 1992).

Literatüre göre kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olan risk faktörleri arasında çocuklukta istismarın (ihmal, kötü bakım, fiziksel istismar, cinsel istismar) yaşanmış olması, travmatik deneyimler ve sorunlarla yetersiz başa çıkma becerisi yer almaktadır (Johnson, 2006).

1.4.2. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI İLE İLGİLİ YURTIÇİNDE VE YURT DIŞINDA YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR

Kendine zarar verme davranışı ile ilgili yapılan araştırmalar ülkemizde çok azdır. Yapılan literatür taramasında kendine zarar verme davranışının araştırıldığı çok az sayıda araştırmaya rastlanmıştır. Zoroğlu ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan bir araştırmada lise öğrencilerinde kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimlerinin

istismar, ihmal ve dissosiyasyon ile olan ilişkisi incelenmiş ve yapılan araştırma sonuçlarına göre kendine zarar verme davranışı sergileyen öğrencilerin sergilemeyenlere göre daha çok istismar öyküsüne sahip olduğu tespit edilmiştir.

Baral ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan çalışmada 42 yetişkin bayandan oluşan bir örneklem belirlenmiştir. Kendine zarar verme davranışı, intihar ve yeme bozukluklarının çocukluk dönemi cinsel istismar ile olan ilişkisi ele alınmıştır ve yapılan çalışma sonucunda intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı arasında; kendine zarar verme davranışı ve cinsel istismar öyküsü ile yeme bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Kendine zarar verme davranışı cinsel istismar kadar fiziksel istismar ve ihmalde de görülmektedir (Walsh ve Rosen, 1988). Yapılan bir araştırmada kendine zarar verme davranışı içindeki bireyler bu davranışı kaygı düzeylerinin yüksek olduğu zamanlarda yaptıkları yalnız kaldıklarında denedikleri ve yara izlerini saklama eğilimi içinde oldukları saptanmıştır. Bu durum kendine zarar verme davranışının manipulatif olmaktan ziyade yüksek düzeydeki kaygının bedensel acı ile yer değiştirilerek azaltılmasına yardımcı olduğu şeklinde düşünülebilir (Langbehn ve Pfol, 1993).

Van der Kolk'a (1989) göre ise bu tür davranışlar, gösteren bireyler daha çok psikolojik dengeyi sağlamak için kullanılmaktadır. Birey artan anksiyetesi karşısında kendine yönelik yıkıcı davranışlar içine girmektedir. Bu durumda kişinin rahatlamasını ve "normale dönmesini" sağlamaktadır. Uzun süre istismara maruz kalmış çocuk normal yollardan kendisini rahatlatamaz ve kendine zarar verici davranışlarda bulunarak bu rahatlamayı elde etmeye çalışır.

Favazza ve Conterio (1989) ise kendine zarar veren bayanlarla çalışma yapmışlar ve bunun sonucunda da çoğunun mutsuz bir çocukluk geçirdiği ve %62'sinin çocukluk döneminde fiziksel ve/veya cinsel istismar öyküsüne sahip olduklarını tespit etmişlerdir.

Yapılan literatür çalışmaları bize çocukluk çağı istismar yaşantısıyla kendine zarar verme davranışı arasında yüksek oranda bir korelasyon olduğunu göstermektedir.

1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI

Madde bağımlılığı günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışma madde bağımlılığını ve bunu etkileyen faktörlerden biri olan çocukluk dönemi istismar ve ihmal ile arasındaki ilişkiyi araştırmak ve buna bağlı olarak ortaya çıkabilecek olan kasıtlı kendine zarar verme davranışlarını incelemek amacı ile yapılmıştır. Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır. Bu bilgiden yola çıkılarak araştırmanın problemini şu şekilde ifade edebiliriz:

Madde bağımlılığı tanısı almış olan bireylerin çocukluk döneminde ihmal ve istismara uğramış olma sıklığı nedir? Madde bağımlılığı ile kasıtlı kendine zarar verme davranışı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? Çocukluk döneminde ihmal ya da istismara uğramış olmak ile kasıtlı kendine zarar verme davranışı arasında bir ilişki var mıdır?

Bu sorulardan yola çıkılarak aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur.

Hipotez 1: Madde bağımlılığı tanısı almış olan bireyler çocukluk döneminde ihmal ve istismara uğramışlardır.

Hipotez 2: Madde bağımlılığı tanısı alanlar ileride kasıtlı kendine zarar verme davranışını göstermektedirler.

Hipotez 3: Çocukluk döneminde ihmal ve istismara uğrayan bireyler ileride kendine zarar verme davranışı sergilerler

1.5.1. Sayıtlılar

Araştırma sırasında hastaların ölçeklerdeki soruları içtenlikle yanıtlamış oldukları varsayılmaktadır.

1.5.2. Sınırlılıklar

Araştırmanın çalışma grubu, NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesinde yatarak tedavi gören hastalar erkeklerden oluştuğu için örneklem on sekiz yaş üstü erkek hastalarla sınırlıdır. Anketin ve ölçeklerin on sekiz yaşın altındakilere yapılması uygun görülmediğinden dolayı on sekiz yaş sınırı konulmuştur.

Madde bağımlılığı tanısı almış olan yatan hastaların ek tanıları olmasına rağmen bu tanılara bakılmamıştır. Dolayısıyla kendine zarar verme davranışına sebep olabilen madde kullanımı ve çocukluk çağı ihmal ve istismarı haricindeki ek tanılar göz ardı edilmiştir.



2.YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları ve veri çözümleme teknikleri açıklanmıştır.

2.1. EVREN VE ÖRNEKLEM

Ölçekler, Mayıs 2014 – Eylül 2014 tarihleri arasında Npistanbul nöropsikiyatri Hastanesinde Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Eğitim Merkezi'nde (AMATEM) araştırmacının kendisi tarafından uygulanmıştır. Adı geçen merkezde hastalar yatarak tedavi görmektedir. Araştırmaya ilişkin veriler yatarak tedavi gören hasta örnekleminde toplanmıştır. Katılımcılar, bir psikiyatri uzmanı tarafından yapılan klinik görüşme sonrası DSM-IV-TR ölçütlerine göre madde bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılamış bireylerden oluşmaktadır.

Çalışmaya, 50 kişilik bir örneklem grubu alınmıştır. Katılımcılardan çalışmaya katılmaya gönüllü olanlara Kişisel Bilgi Formu, Kasıtlı Kendine Zarar Verme Anketi, Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları Ölçeği (ÇÖYÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) uygulanması ve elde edilen verilerin, istatistiksel olarak değerlendirilmesi planlanmıştır.

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

2.2.1. Kişisel Bilgi Toplama Formu

Bu form, literatür bilgileri göz önüne alınarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Araştırmacı tarafından, katılımcılarla yüz yüze görüşülerek doldurulan form, yaş, cinsiyet, eğitim gibi sosyodemografik bilgileri içermektedir.

2.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ - 28)

Bernstein ve ark. tarafından geliştirilen bu değerlendirme aracı üç tanesi travmanın minimize edilmesini ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 maddeden oluşmaktadır ve bu ölçek yazarından izin alınarak 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (Şar ve ark, 2012).

Beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocuklukta duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içerir. Ayrıca aldatıcı özellikte olan, üç tane minimize edilme sorusunu da kapsamaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir.

Yanıt seçenekleri 1) hiçbir zaman, 2) nadiren, 3) zaman zaman, 4) sıklıkla, 5) çok sık olarak verilmektedir.

Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Aynı ayrı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır.

2.2.3. Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği (ÇÖYÖ)

Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Aslan ve Alparslan (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin puanlaması “hiçbir zaman”, nadiren”, “bazen”, “sıklıkla” ve “çok sık” cevaplarına karşılık gelen 1–5 arası likert tipi bir değerlendirme ile yapılmaktadır. Ölçek, fiziksel ve duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal ile ilgili toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Alınan toplam puan 40–200 arasında değişebilir. Yüksek puanlar çocukluk çağı örselenme yaşantılarının sıklığına işaret etmektedir. Ölçek üç faktörlü bir yapı göstermektedir. Bu faktörler duygusal istismar ve duygusal ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismardır. Üç alt ölçeği vardır.

a) Duygusal istismar ve Duygusal ihmal: 19 maddedir ve alınan puan 19–95 arasında değişir.

b) Fiziksel istismar: 16 maddedir ve alınan puan 16–80 arasında değişebilir.

c) Cinsel istismar: 5 maddedir ve alınan puan 5–25 arasında değişebilir.

Araştırmada ocukluk çağında maruz kalınan istismar yaşantılarını değerlendirmek ve bu yaşantıların bağımlılık ve kasıtlı olarak kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla kullanılacaktır.

2.2.4 Kasıtlı Kendine Zarar Verme Anketi

DSHI (Deliberate Self-harm Inventory), kasıtlı kendine zarar verme davranışını değerlendirmek için Gratz KL tarafından 2001 yılında geliştirilen, davranış temelli, kişilerin kendilerinin doldurduğu bir anket formu şeklindedir(Gratz, 2001). DSHI; kasıtlı kendine zarar vermenin kavramsal tanımına dayanarak hazırlanmıştır. Anket kasıtlı kendine zarar verme davranışının sıklık, süre, şiddet ve türü gibi özelliklerini değerlendirir. Ankette listelenen kasıtlı kendine zarar verme davranışı spesifik eylemleri klinik gözlemlere, kendine zarar verme davranışında bulunan bireylerin ifadelerine ve literatürde geçen yaygın davranışlara dayanarak hazırlanmıştır. Ankette “Kasıtlı olarak yapılan ve intihar amacı taşımayan” kasıtlı kendine zarar verme davranışlarının yaşam boyu sıklığı sorgulanır. Kendini kesme, kendini ısırma, cilde harf/şekil kazıma, yakma, tırnaklama, kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma, yara iyileşmesine engel olma, cildi sert bir yere sürtme, kendine iğne batırma, tehlikeli/zararlı madde içme/yutma gibi davranışlar sorgulanmaktadır ve katılımcılara, her davranışı kaç kez gerçekleştirdiği sorulmaktadır.

2.3 İŞLEM

Araştırmada kullanılan veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 21.0 yardımıyla çözümlenmiştir. İstatistiksel özmlemelere geçilmeden önce çocukluk örselenme Yaşantıları leği ve çocukluk ağı Travmaları leği ve puanına ilişkin güvenilirlik çalışması yapılmış sırası ile cronbach alfa değeri 0,82 ve 0,85 bulunmuştur. Bu neticelerden sonra veriler güvenilir kabul edilmiş ve çözümlemelere geçilmiştir.

Araştırmada ncelikle Madde Bağımlısı Hastalara ilişkin demografik özelliklerin dağılımını gösteren frekans tablolarına yer verilmiştir. Daha sonra madde bağımlısı

hastaların madde kullanım özellikleri durumuna göre frekans tabloları gösterilmeye geçilmiştir.

Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği ve Alt Boyutları, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt boyutları ilişkin aritmetik ortalama, standart sapma ve alt-üst değerleri gibi tanımlayıcı istatistikler saptanmıştır. Daha sonra Ölçekler ve alt boyutlar arasında ilişki Spearman's Rho korelasyon katsayısı ile ispatlanmıştır.

Çözümlemelerde iki değişken karşılaştırmasında veri testi normal dağılmadığı için non parametrik testlerden olan Man Whitney U testi, ikiden fazla değişken olduğu karşılaştırmalarda non parametrik testlerden ANOVA'nın non parametrik testlerde alternatifi olan Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05$ olarak seçilmiştir.

Son olarak kasıtlı kendine zarar verme ölçeğine yönelik frekans dağılımına yönelik sonuçlara yer verilmiştir.

3.BULGULAR

Tablo 1: Madde Bağımlısı Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Tanımlayıcı Bilgiler		Frekans	%
Yaş	18-23	14	28
	24-29	23	46
	30-34	6	12
	35-39	6	12
	40-45	1	2
Yaşanılan Bölge	Marmara	40	80
	İç Anadolu	2	4
	Karadeniz	6	12
	Güneydoğu	1	2
	Doğu Anadolu	1	2
Kullanılan Madde	Esrar	15	30
	Sentetik Esrar	23	46
	Extasy	2	4
	Eroin	4	8
	Kokain	6	12
Mezuniyet Durumu	İlkokul	9	18
	Lise	21	42
	Üniversite	20	40
Medeni Durumu	Evli	16	32
	Bekar	34	68
Aile Üyeleriyle İlişki Durumu	İyi	20	40
	Orta	23	46
	Kötü	7	14

Ailede Madde Kullanım Öyküsü	Var	7	14
	Yok	43	86
Yatış İsteği	İstekli	28	56
	İsteksiz	22	44
Madde Kullanım Süresi (Yıl)	0-3	12	24
	4-7	22	44
	8-11	7	14
	12-15	6	12
	20-23	3	6
İlk Madde Kullanma Yaşı	15-20	33	66
	21-26	14	28
	27-32	3	6
Yaşadığı Kişiler	Aile İle	40	80
	Tek	10	20
Düzenli Olarak Madde Kullanma Yaşı	15-20	22	44
	21-26	20	40
	27-32	7	14
	33-38	1	2
Maddeyi Sorun Olarak Görme Yaşı	15-20	11	22
	21-26	24	48
	27-32	10	20
	33-38	4	8
	39-44	1	2

Tablo 2: : Kasıtlı Kendine Zarar Verme (KKZ) Davranış Türlerinin Dağılımı

		Sayı	Yüzde %
1.Vücudunu Kesme	Hayır	21	42,0%
	Evet	29	58,0%
2. Sigarayla ile yakma	Hayır	30	60,0%
	Evet	20	40,0%
3.Çakmak ve kibritle yakma	Hayır	0	0
	Evet	0	0
4. Deriye kelimeler kazıma	Hayır	39	78,0%
	Evet	11	20,0%
5.Deriye resimler, şekiller kazıma	Hayır	0	0
	Evet	0	0
6. İz bırakacak kanatacak kadar tırmalama	Hayır	0	0
	Evet	0	0
7.Tahriş edecek şekilde ısırma	Hayır	0	0
	Evet	0	0
8.Zımpara kağıdı sürtme	Hayır	0	0
	Evet	0	0
9.Deriye asit damlatma	Hayır	0	0
	Evet	0	0
10. Çamaşır suyu veya mutfak temizleyicisiyle deriyi ovalama	Hayır	0	0
	Evet	0	0
11. Deriye enjektör iğnesi, toplu iğne, zımba teli gibi keskin şeyleri saplama	Hayır	31	62,0%
	Evet	19	38,0%
12.Deriye cam sürtme	Hayır	30	60,0%
	Evet	20	40,0%
13. Kendi kemiklerini kırma	Hayır	0	0
	Evet	0	0
14. Görünür berelenmeye neden olacak şekilde kafaya vurma	Hayır	35	70,0%
	Evet	15	30,0%
15. Kendini zımbalama	Hayır	0	0

	Evet	0	0
16 Yaranının iyileşmesini önleme	Hayır	32	64,0%
	Evet	18	36,0%
17. Yüksek dozda ilaç içme	Hayır	36	72,0%
	Evet	14	28,0%
18. Yenilmemesi içilmemesi gerek bir şeyi yeme veya içme	Hayır	39	78,0%
	Evet	11	22,0%
19. Yüksek bir yerden atlama	Hayır	40	80,0%
	Evet	10	20,0%
20. Uyuşturucu ya da uyarıcı özellikteki bir maddeyi alışılmış dozdan çok yüksek dozda kullanma	Hayır	31	62,0%
	Evet	19	38,0%
21. Başka zarar verici davranışta bulunma	Hayır	0	0
	Evet	0	0

Tablo incelendiğinde araştırma katılan madde bağımlısı hastaların kendine zarar verme türleri incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan madde bağımlıların %58'i vücudunu kesme, %40'ı sigara ile yakma,%20'si deriye kelimeler kazma, %38'i Deriye enjektör iğnesi, toplu iğne, zımba teli gibi keskin şeyleri saplama, %40'ı deriye cam sürtme, %30'u Görünür berelenmeye neden olacak şekilde kafaya vurma, %36'sı yaranın iyileşmesini önleme, %28'i Yüksek dozda ilaç içme, %40'ı yenilmemesi içilmemesi gerek bir şeyi yeme veya içme, %20'si yüksek bir yerden atlama ve %38'i uyuşturucu ya da uyarıcı özellikteki bir maddeyi alışılmış dozdan çok yüksek dozda kullanma gibi kendine zarar verme davranışlarının göstermektedir.

Tablo 3 : Kasıtlı Kendine Zarar Verme (KKZ) Davranışlarının Başlama Yaşı

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız	Sayı	Ortalama	Standart Sapma
1.Vücudunu Kesme	29	17,21	3,70
2. Sigarayla ile yakma	20	16,40	3,72
4. Deriye kelimeler kazıma	11	22,45	5,50
11. Deriye enjektör iğnesi, toplu iğne, zımba teli gibi keskin şeyleri saplama	19	16,63	2,52
12.Deriye cam sürtme	20	17,20	2,35
14. Görünür berelenmeye neden olacak şekilde kafaya vurma	15	18,47	4,32
16 Yaranının iyileşmesini önleme	18	14,61	2,64
17. Yüksek dozda ilaç içme	14	17,33	6,08
18. yenilmemesi içilmemesi gerek bir şeyi yeme veya içme	11	16,64	6,30
19. yüksek bir yerden atlama	10	13,10	1,45
20. uyuşturucu ya da uyarıcı özellikteki bir maddeyi alışılmış dozdan çok yüksek dozda kullanma	19	18,80	5,32

Tablo da araştırmaya katılan madde bağımlısı hastaların kendine zarar verme türlerine ortalama kaç yaşında başladıkları incelenmiştir.

Buna göre tablo incelendiğinde Vücudunu kesme $17,21\pm 3,70$, sigarayla yakma $16,40\pm 3,72$, Deriye kelimeler kazıma $22,45\pm 5,50$, Deriye enjektör iğnesi, toplu iğne, zımba teli gibi keskin şeyleri saplama $16,63\pm 2,52$, Deriye cam sürtme $17,20\pm 2,35$, Görünür berelenmeye neden olacak şekilde kafaya vurma $18,47\pm 4,32$, Yaranının iyileşmesini önleme $14,61\pm 2,64$, yüksek dozda ilaç içme $17,33\pm 6,08$, yenilmemesi içilmemesi gerek bir şeyi yeme veya içme $16,64\pm 6,30$, yüksek bir yerden atlama $13,10\pm 1,45$ ve uyuşturucu ya da uyarıcı özellikteki bir maddeyi alışılmış dozdan çok yüksek dozda kullanma $18,80\pm 5,32$ gibi yaş ortalamalarında madde bağımlıları kendine zarar verme davranışlarına başladıkları tespit edilmiştir.

Tabloya göre madde bağımlısı hastaların yüksek bir yerden atlama ve yaranın iyileşmesi önleme gibi kendine zarar verme davranışlarını en genç yaşta başladıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4: Kasıtlı Kendine Zarar Verme (KKZ) Davranışlarını Tekrarlama

Bunu kaç kez yaptınız?	Sayı	Ortalama	Standart Sapma
1.Vücudunu Kesme	29	3,24	3,05
2. Sigarayla ile yakma	20	7,85	3,73
4. Deriye kelimeler kazıma	11	1,60	1,26
11. Deriye enjektör iğnesi, toplu iğne, zımba teli gibi keskin şeyleri saplama	19	10,37	2,92
12.Deriye cam sürtme	20	3,80	2,42
14. Görünür berelenmeye neden olacak şekilde kafaya vurma	15	1,53	,64
16 Yaranının iyileşmesini önleme	18	31,89	14,78
17. Yüksek dozda ilaç içme	14	2,14	2,07
18. yenilmemesi içilmemesi gerek bir şeyi yeme veya içme	11	38,20	16,68
19. yüksek bir yerden atlama	10	26,60	10,48
20. uyuşturucu ya da uyarıcı özellikteki bir maddeyi alışılmış dozdan çok yüksek dozda kullanma	19	8,63	3,84

Tablo da araştırmaya katılan madde bağımlısı hastaların kendine zarar verme türlerine ortalama kaç kez yaptıkları incelenmiştir.

Buna göre tablo incelendiğinde Vücudunu kesme $3,24\pm 3,05$, sigarayla yakma $7,85\pm 3,73$, Deriye kelimeler kazıma $1,60\pm 1,26$, Deriye enjektör iğnesi, toplu iğne, zımba teli gibi keskin şeyleri saplama $10,37\pm 2,92$, Deriye cam sürtme $3,8\pm 2,42$, Görünür berelenmeye neden olacak şekilde kafaya vurma $1,53\pm 0,64$, Yaranının iyileşmesini önleme $31,89\pm 14,78$, yüksek dozda ilaç içme $2,14\pm 2,07$, yenilmemesi içilmemesi gerek bir şeyi yeme veya içme $38,20\pm 16,68$, yüksek bir yerden atlama $26,60\pm 10,48$ ve uyuşturucu ya da uyarıcı özellikteki bir maddeyi alışılmış dozdan çok yüksek dozda kullanma $8,63\pm 3,84$ gibi ortalama kaç kere madde bağımlıları kendine zarar verme davranışlarına tekrar ettikleri tespit edilmiştir.

Tabloya göre madde bağımlısı hastaların yenilmemesi içilmemesi gerek bir şeyi yeme veya içme ve yaranın iyileşmesi önleme gibi kendine zarar verme davranışlarını en çok tekrarladıkları tespit edilmiştir.

Tablo 5 : Kasıtlı Kendine Zarar Verme (KKZ) Davranışının Son Kez Yapma Yaşı

Bunu son kez ne zaman yaptınız	Sayı	Ortalama	Standart Sapma
1.Vücudunu Kesme	29	18,52	3,52
2. Sigarayla ile yakma	20	18,70	3,21
4. Deriye kelimeler kazıma	11	25,25	2,43
11. Deriye enjektör iğnesi, toplu iğne, zımba teli gibi keskin şeyleri saplama	19	20,53	2,76
12.Deriye cam sürtme	20	19,00	2,73
14. Görünür berelenmeye neden olacak şekilde kafaya vurma	15	19,47	4,58
16 Yaranının iyileşmesini önleme	18	19,44	5,27
17. Yüksek dozda ilaç içme	14	19,14	3,70
18. yenilmemesi içilmemesi gerek bir şeyi yeme veya içme	11	23,30	6,09
19. yüksek bir yerden atlama	10	16,20	3,52
20. uyuşturucu ya da uyarıcı özellikteki bir maddeyi alışılmış dozdan çok yüksek dozda kullanma	19	23,47	4,02

Tablo da araştırmaya katılan madde bağımlısı hastaların kendine zarar verme türlerine ortalama son kez kaç yaşında yaptıkları incelenmiştir.

Buna göre tablo incelendiğinde Vücudunu kesme $18,52\pm 3,52$, sigarayla yakma $17,70\pm 3,21$, Deriye kelimeler kazıma $25,25\pm 2,43$, Deriye enjektör iğnesi, toplu iğne, zımba teli gibi keskin şeyleri saplama $20,53\pm 2,76$, Deriye cam sürtme $19,00\pm 2,73$, Görünür berelenmeye neden olacak şekilde kafaya vurma $19,47\pm 4,58$, Yaranının iyileşmesini önleme $19,44\pm 5,27$, yüksek dozda ilaç içme $19,14\pm 3,70$, yenilmemesi içilmemesi gerek bir şeyi yeme veya içme $23,30\pm 6,09$, yüksek bir yerden atlama $16,20\pm 3,52$ ve uyuşturucu ya da uyarıcı özellikteki bir maddeyi alışılmış dozdan çok yüksek dozda kullanma $23,47\pm 4,02$ gibi ortalama kaç yaşında madde bağımlıları kendine zarar verme davranışlarına son kez yaptıkları tespit edilmiştir.

Tabloya göre madde bağımlısı Deriye kelimeler kazıma ve Deriye enjektör iğnesi, toplu iğne, zımba teli gibi keskin şeyleri saplama gibi kendine zarar verme davranışlarını en geç yaşta bıraktıkları tespit edilmiştir.

Tablo 6 : Kasıtlı Kendine Zarar Verme (KKZ) Davranışının Motivasyonu

Bu Davranışı Yapma Nedeni		Sayı	Yüzde %
1.Vücutunu Kesme	Ölmek istedim	19	65,5%
	Çaresizlik hislerini durdurmak istedim	10	34,5%
2. Sigarayla ile yakma	Üzüntü ve depresyondan kurtulmak istedim	10	50,0%
	Stresten kurtulmak istedim	4	20,0%
	Kendimi cezalandırmak istedim	5	25,0%
	Kendime olan öfkemi göstermek istedim	1	5,0%
4. Deriye kelimeler kazıma	Üzüntü ve depresyondan kurtulmak istedim	5	45,5%
	Stresten kurtulmak istedim	3	27,25%
	Kendime olan öfkemi göstermek istedim	3	27,25%
11. Deriye enjektör iğnesi, toplu iğne, zımba teli gibi keskin şeyleri saplama	Umutsuzluk hislerini durdurmak istedim	10	53,0%
	Mutlu olmak istedim	5	26,0%
	Kendimi cezalandırmak istedim	4	21,0%
12.Deriye cam sürtme	Üzüntü ve depresyondan kurtulmak istedim	10	50,0%
	Varlığımı hissetmek istedim	5	25,0%
	Çaresizlik hislerini durdurmak istedim	3	15,0%
	Kendime olan öfkemi göstermek istedim	2	10,0%
14. Görünür berelenmeye neden olacak şekilde kafaya vurma	Öfkemi başka birinde göstermek istedim	5	33,3%
	Birilerini korkutmak istedim	5	33,3%
	Birilerinin davranışlarını değiştirmek istedim	5	33,3%

16 Yaranının iyileşmesini önleme	Stresten kurtulmak istedim	10	55,0%
	Kendimi cezalandırmak istedim	8	45,0%
17. Yüksek dozda ilaç içme	Ölmek istedim	10	77,0%
	Stresten kurtulmak istedim	2	15,0%
	Kendimi cezalandırmak istedim	1	8,0%
18. yenilmemesi içilmemesi gerek bir şeyi yeme veya içme	Ölmek istedim	8	73,0%
	Bastıramadığım duyguları durdurmak istedim	2	18,0%
	Kendimi cezalandırmak istedim	1	9,0%
19. yüksek bir yerden atlama	Ölmek istedim	7	70,0%
	Kendimi cezalandırmak istedim	3	30,0%
20. uyuşturucu ya da uyarıcı özellikteki bir maddeyi alışılmış dozdan çok yüksek dozda kullanma	Stresten kurtulmak istedim	10	53,0%
	Kendimi cezalandırmak istedim	9	47,0%

Tablo da araştırmaya katılan madde bağımlısı hastaların kendine zarar verme türlerini neden yaptıkları incelenmiştir.

Buna göre madde bağımlısı hastaların kendine zarar verme türlerinde vücudu kesmeyi %65,5'i ölmek için %34,5'i Çaresizlik hislerini durdurmak için yaptıkları tespit edilmiştir.

Yaranının iyileşmesini önleme davranışını gösteren madde bağımlılarının %55'i Stresten kurtulmak , %45'i kendini cezalandırmak için bu davranışı yaptığı saptanmıştır.

Yüksek dozda ilaç içme davranışını gösteren madde bağımlılarının %70'i ölmek için , %30'u kendini cezalandırmak için bu davranışı yaptığı saptanmıştır.

Tablo 7: Madde kullanım türüne göre Kasıtlı kendine zarar verme davranışının varlığı

		Esrar n (%)	Sentetik esrar n (%)	Extasy n (%)	Eroin n (%)	Kokain n (%)	x²	p
Kendine Zarar Verme Davranışı	Var	11(%73,3)	18(%78,3)	0(%0)	4(%100)	5(%83,3)	7,89	0,09
	Yok	4(%26,7)	5(%21,7)	2(%100)	0(%0)	1(%16,7)		

Kendine zarar verme davranışından alınan puanlara göre değerlendirdiğimizde madde seçimleri açısından istatistiki olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır.

Tablo 8 : Çocukluk Travmaları Ölçeği Ve Alt Boyutları İle Madde Bağımlısı Hastaların Kullandıkları Madde Türüne Göre Arasındaki İlişki

		Esrar n (%)	Sentetik esrar n (%)	Extasy n (%)	Eroin n (%)	Kokain n (%)	χ^2	P
CTQ Toplam Kesme Puanı	Yüksek olanlar	12 (%80)	16 (%69,6)	2 (%100)	2 (%50)	5 (%83,3)	2,68	0,61
	Düşük olanlar	3(%20)	7(%30,4)	0(%0)	2(%50)	1(%16,7)		
CTQ Duygusal İstismar alt ölçeği	Yüksek olanlar	8(%53,3)	15(%65,2)	0(%0)	1(%25)	3(%50)	4,90	0,29
	Düşük olanlar	7(%46,7)	8(%34,8)	2(%100)	3(%75)	3(%50)		
CTQ Fiziksel istismar alt ölçeği	Yüksek olanlar	7(%46,7)	11(47,8)	0(%0)	1(%25)	3(%50)	2,42	0,65
	Düşük olanlar	8(%53,3)	12(52,2)	2(%100)	3(%75)	3(%50)		
CTQ Fiziksel İhmal	Yüksek olanlar	5(%33,3)	7(%30,4)	2(%100)	1(%25)	5(%83,3)	9,22	0,05
	Düşük olanlar	10(%66,7)	16(%69,6)	0(%0)	3(%75)	1(%16,7)		
CTQ Cinsel İstismar	Yüksek olanlar	4(%26,7)	8(%34,8)	2(%100)	3(%75)	2(%33,3)	6,56	0,16
	Düşük olanlar	11(%73,3)	15(%65,2)	0(%0)	1(%25)	4(%66,7)		
CTQ Duygusal İhmal	Yüksek olanlar	8(%53,3)	8(%34,8)	1(%50)	0(%0)	3(%50)	4,37	0,35

	Düşük olanlar	7(%46,7)	15(%65,2)	1(%50)	4(%100)	3(%50)		
--	---------------	----------	-----------	--------	---------	--------	--	--

Çocukluk çağı travma skorlarından aldıkları puanlara göre değerlendirdiğimizde madde seçimleri açısından istatistiki olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır.

Tablo 9 : ÇÖYÖ ve CTQ İstismar Alt Boyutlarına Göre Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Varlığı

	İsteyerek Kendine Zarar Verme		t	P
	Var 38 (%) Ort±SS	Yok 12 (%) Ort±SS		
CTQ Toplam	47,65±15,70	37,66±13,40	2,16	0,043*
CTQ Duygusal İhmal	12,81±5,74	10,75 ± 6,00	1,07	0,28
CTQ Fiziksel İhmal	8,42 ±3,48	7,41 ± 3,28	0,88	0,38
CTQ Duygusal İstismar	10,57±4,75	6,75 ± 2,13	3,87	0,00*
CTQ Fiziksel İstismar	8,57± 5,33	5,25 ± 0,45	3,80	0,00*
CTQ Cinsel İstismar	8,57± 5,33	7,25 ± 4,53	0,01	0,99
ÇÖYÖ Toplam Puan	85,18 ± 23,37	67,08 ± 17,46	2,46	0,018*
ÇÖYÖ Cinsel İstismar	7,15± 2,64	6,00 ± 1,27	1,45	0,15
ÇÖYÖ Fiziksel İstismar	33,13± 12,21	27,00± 7,63	1,63	0,047*
ÇÖYÖ Duygusal İstismar	44,89± 13,92	34,08 ± 10,99	2,45	0,018*

p<0.05

Kasıtlı zarar verme anketinde suicidal davranışlarında yer aldığı sorular bulunmakla birlikte, fiziksel olarak kendine zarar vereci davranışlarda bulunmaktadır. Bu araştırmada anket sorularından suicidal davranışları çıkararak bireyin kendisine fiziksel açıdan zarar verdiği soruları göz önüne aldık.

Tabloda araştırmaya katılan madde bağımlılarının ÇÖYÖ ve CTQ istismar türlerine göre kasıtlı kendine zarar verme durumunun değişimi incelenmiştir. Buna göre CTQ alt puan ortalamaları incelendiğinde duygusal ihmal $12,81\pm5,74$ ile kesme puanından yüksek düzeyde, fiziksel ihmal $8,42\pm3,48$ ile kesme puanından yüksek düzeyde, duygusal istismar $10,57\pm4,75$ ile kesme puanından yüksek düzeyde, fiziksel istismar $8,57\pm5,33$ ile kesme puanından yüksek düzeyde, cinsel istismar $8,57\pm5,33$ ile kesme puanından yüksek düzeyde saptanmıştır.

Çocukluk ağı travmaları ölçeği puan ortalaması madde bağımlısı hastaların istismar ve ihmal durumlarının kasıtlı kendine zarar verme durumu incelenmiştir ve CTQ toplam puanları, CTQ Duygusal İstismar puanı ve CTQ Fiziksel İstismar Puanı etkilediği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun yanı sıra duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve cinsel istismar ile kendine zarar verme davranışları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. ÇÖYÖ toplam puanları açısından karşılaştırıldığında ise kendine zarar verme girişiminde bulunan hastaların ÇÖYÖ alt puan ortalamaları incelendiğinde duygusal istismar $44,89\pm 13,92$, fiziksel istismar $33,13\pm 12,21$, cinsel istismar $7,15\pm 2,64$ şeklindedir.ocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği puan ortalaması madde bağımlısı hastaların istismar durumlarının kasıtlı kendine zarar verme durumu incelenmiştir ve ÇÖYÖ toplam puan, ÇÖYÖ Fiziksel İstismar ve ÇÖYÖ Duygusal İstismar puanlarının etkilediği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak CTQ alt ölçeğinde de olduğu gibi cinsel istismar ile kendine zarar verme davranışları arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunamamıştır.

Tablo 10: Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği ve Alt Boyutları, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımsal İstatistikler

	Sayı	Minimum	Maksimum	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma
ÇÖYÖ Cinsel istismar	50	5,00	14,00	6,00	6,88	2,43
ÇÖYÖ Duygusal istismar	50	21,00	73,00	41,50	42,30	13,97
ÇÖYÖ Fiziksel istismar	50	13,00	65,00	28,50	31,66	11,52
ÇÖYÖ Toplam	50	49,00	124,00	78,00	80,84	23,28
ÇTQ Cinsel istismar	50	5,00	19,00	5,00	6,54	3,16
ÇTQ Duygusal istismar	50	5,00	19,00	8,00	9,66	4,56
ÇTQ Fiziksel istismar	50	5,00	23,00	6,00	7,78	4,85
ÇTQ Duygusal ihmal	50	5,00	28,00	11,00	12,32	5,81
ÇTQ Fiziksel ihmal	50	5,00	16,00	7,00	8,18	3,43
CTQ Toplam	50	25,00	77,00	42,00	45,26	15,66

Tablo incelendiğinde araştırmaya katılan madde bağımlısı hastalarının Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ne verdikleri cevaplar sonucu oluşan alt boyut puanlara ve genel ölçek toplamlarına ilişkin tanımsal istatistiksel değerleri tabloda gösterilmiştir.

Buna göre araştırmaya katılan madde bağımlısı hastaların genel ÇÖYÖ toplam puan ortalaması $80,84 \pm 23,20$ orta derecede yüksek saptanmıştır. ÇÖYÖ Alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde Cinsel istismar $6,68 \pm 2,43$ ile düşük şiddette, Duygusal istismar $42,30 \pm 13,97$ ile orta şiddette ve fiziksel istismar $31,66 \pm 11,52$ ile orta şiddette puan ortalamalarına sahip olduğu saptanmıştır.

Diğer yandan araştırmaya katılan madde bağımlısı hastaların genel ÇTQ toplam puan ortalaması $45,26 \pm 15,66$ ile kesme puanının üstünde saptanmıştır. CTQ Alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde Cinsel istismar $6,54 \pm 3,16$ ile kesme puanının üstünde, Duygusal istismar $9,66 \pm 4,56$ ile kesme puanının üstünde, Fiziksel İstismar $7,78 \pm 4,85$ ile kesme puanının üstünde, Duygusal İhmal $12,32 \pm 5,81$ ile kesme puanının üstünde ve Fiziksel İhmal ise $8,18 \pm 3,43$ puan ortalamalarına sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 11: Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği Ve Alt Boyutları, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon

	Spearmans Rho	ÇÖYÖ Cinsel istismar	ÇÖYÖ Duygusal istismar	ÇÖYÖ Fiziksel istismar	ÇÖYÖ Toplam	ÇTQ Cinsel istismar	ÇTQ Duygusal istismar	ÇTQ Fiziksel istismar	CTQ Fiziksel İhmal	CTQ Duygusal İhmal	CTQ Toplam puan
ÇÖYÖ Cinsel istismar	r	1									
	p										
ÇÖYÖ Duygusal istismar	r	,286*	1								
	p	,044									
ÇÖYÖ Fiziksel istismar	r	,378**	,559**	1							
	p	,007	,000								
ÇÖYÖ Toplam	r	,435**	,901**	,833**	1						
	p	,002	,000	,000							
ÇTQ Cinsel istismar	r	,429**	-,179	,076	-,017	1					
	p	,002	,213	,599	,908						
ÇTQ Duygusal istismar	r	,097	,495**	,591**	,599**	-,083	1				
	p	,505	,000	,000	,000	,564					
ÇTQ Fiziksel istismar	r	,114	,586**	,670**	,690**	-,106	,733**	1			
	p	,432	,000	,000	,000	,464	,000				
ÇTQ Fiziksel ihmal	r	,247	,579**	,473**	,641**	,301*	,349*	,429**	1		
	p	,084	,000	,001	,000	,034	,013	,002			
ÇTQ Duygusal ihmal	r	,012	,755**	,449**	,673**	-,208	,467**	,436**	,781**	1	
	p	,932	,000	,001	,000	,148	,001	,002	,000		
CTQ Toplam	r	,303*	,751**	,694**	,835**	,208	,716**	,711**	1,000	,742**	1
	p	,032	,000	,000	,000	,147	,000	,000	.	,000	

Korelasyon Anlamlılığı 0,05 **Korelasyon anlamlılığı 0,01

Tabloda Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve bu ölçeklere ait alt boyutlar arasında ki ilişki araştırılmıştır ve ayrıca alt boyutlarının kendi arasındaki ilişkilerde incelenmiştir. Değişkenlerin dağılımı incelendiğinde normale uymadığı görülmüş bu yüzden korelasyon analizinde Spearman Korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Tablo incelendiğinde Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği alt boyutlarından cinsel istismar ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği alt boyutlarından Cinsel istismar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf derecede bir ilişki vardır.($r= ,429$, $p<0,05$)

Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği alt boyutlarından duygusal istismar ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği alt boyutlarından duygusal istismar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf derecede bir ilişki vardır. ($r=,495$, $p<0,05$)

Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği alt boyutlarından fiziksel istismar ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği alt boyutlarından fiziksel istismar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta derecede bir ilişki vardır. ($r=,670$, $p<0,05$)

Toplam Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği ile toplam Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek derecede bir ilişki vardır. ($r=,835$, $p<0,05$)

4.TARTIŞMA

Bu çalışmaya NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesinde iki ay boyunca yatarak tedavi edilen 50 hasta alınmıştır. Bu klinikte yatışı olan hastaların madde bağımlılığı tanısı vardır. Araştırmada madde bağımlılığıyla çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiye ve bununla birlikte kendine zarar verme davranışlarına bakılmıştır. Araştırmada istismar ve ihmal öykülerini tespit etmek amacıyla iki ölçek kullanılmıştır. Literatür taraması yapıldığında çoğunlukla CTQ ölçeği kullanılmış olup, ÇÖYÖ' ninde kullanıldığı araştırmalar bulunmuştur. Bu araştırmada her iki ölçeğin kullanılma sebebi iki ölçeğin soru sayıları ve alt ölçeklerinin farklı olmasından ötürü arada belirgin bir fark olup olmadığına bakmak aynı zamanda örnekleme oluşturan hasta grubunun verdiği cevaplardaki tutarlılığı test etmektir.

Çocukluk çağı yaşantılarındaki olumsuzluklar ve ihmal ve istismar yaşantıları olan bireylerde psikiyatrik bozukluklar görülmektedir. Bu bozuklukların yanı sıra sigara, alkol ve madde kullanımı, aşırı yemek yeme, intihar davranışı, sınırda kişilik bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklar bazı bozukluklarda ortaya çıkabileceği gibi herhangi bir psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkmayacağı da söz konusudur. Burada travmaya verilen yanıtın bireysel açıdan fark göstermesi söz konusudur (Bulut, 2013).

Yapılan araştırmada madde bağımlılığı olan bireylerde hangi istismar türünün daha çok rastlanıldığı araştırılmıştır ve buna göre toplam Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği ile toplam Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek derecede bir ilişki bulunmuştur $(r=,838 ,p<0,05)$

Buna göre araştırmaya katılan madde bağımlısı hastaların genel ÇÖYÖ toplam puan ortalaması $80,84\pm 23,20$ orta derecede yüksek saptanmıştır. ÇÖYÖ Alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde Cinsel istismar ortalaması 6 ile düşük şiddette, duygusal istismar ortalaması 42 ile orta şiddette ve fiziksel istismar ortalaması 31 ile orta şiddette puan ortalamalarına sahip olduğu saptanmıştır.

Diğer yandan araştırmaya katılan madde bağımlısı hastaların CTQ Alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde Cinsel istismar ortalaması 6 ile düşük şiddette, Duygusal istismar ortalaması 37 ile orta şiddette ve fiziksel istismar ortalaması ise 6 ile düşük şiddette puan ortalamalarına sahip olduğu saptanmıştır.

Çocuklarına fiziksel istismar uygulayan ebeveynler için bazı risk faktörleri belirlenmiştir. Ebeveynin psikiyatrik bozukluğunun olması, madde kullanımı, sosyal açıdan destek görmemesi ve ebeveynin geçmişte istismara uğraması bu risk faktörleri arasındadır (Taner ve Bahar, 2004).

Yapılan araştırmada cinsel istismar puan ortalaması, ailede madde kullanım öyküsü olan madde bağımlılarında daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuç birçok teorisyen tarafından da ortaya konuşmuştur. Perez ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışmalarda çocukluk çağı cinsel istismar öyküsüne eşlik eden durumlar arasında evlilik çatışmaları, aile içi şiddet, biyolojik ebeveyninden ayrılmış veya 18 yaşından önce ebeveyni kaybetmiş olma, ailede psikopatoloji varlığı, ebeveynde madde kullanım sorunları, fiziksel istismar gibi olumsuz yaşam olayları sıralanmaktadır ve buna benzer olarak Molnar ve arkadaşlarının (2001) yapmış oldukları çalışmalarda da benzer sonuçlar ortaya konmuştur.

Bu çalışmada da kendine zarar veren madde bağımlılarının uğramış oldukları istismar türüne göre; ÇÖYÖ ve ÇTQ istismar türlerine göre kasıtlı kendine zarar verme durumunun değişimi incelenmiştir. Buna göre kasıtlı kendine zarar verenlerin duygusal istismara ve fiziksel istismara uğramaları cinsel istismara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda literatürden farklı olarak cinsel istismar öyküsü azımsanamayacak kadar çok olup bu bireylerin daha çok duygusal istismar ve fiziksel istismara uğradıkları görülmüştür.

Literatür incelendiğinde kendine zarar verme davranışı ile cinsel istismar arasındaki korelasyonun diğer istismar türlerinden daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada farklı sonuçlara varılması cinsel istismar yaşantılarının ifade edilmesinin zor olması nedeniyle açıklanabilir. Literatürde yapılan çalışmaların aksine bu çalışma erkek hastalarla yürütülmüş, karma bir popülasyondan oluşmamıştır. Bu sebepten ötürü erkek hastalarda cinsel istismarın kızlara oranla az görülmesinin bu korelasyon farklılığına neden olduğu düşünülmektedir. Cinsel istismar ile kendine zarar verme davranışı arasında güçlü bir ilişki söz konusudur ancak sadece bu duruma

bakarak kendine zarar verme davranışı ortaya çıkar denilemez. Fiziksel istismar ve ihmal öyküleri, aile içindeki alkol ve madde kullanımı, aile içerisinde şiddete tanık olmak kendine zarar verme davranışına sebep olmakta ya da bu davranışın ortaya çıkmasını hızlandırabilmektedir (Briere ve Gil, 1998; Denov, 2004; Favazza, 1998; Favazza ve Conterio, 1988; Levenkron, 1998; Weaver ve diğerleri, 2004; Ystgaard ve diğerleri, 2004: Akt. Erdem, 2009).

Aile özelliklerini konu alan çalışmalar incelendiğinde erken yaşlarda izole olma durumu veya ayrılık anksiyetesi yaşamaları ve fiziksel ya da seksüel istismar öyküsünün olması çocukların kendisine zarar verici davranışlarda bulunmasına neden olmaktadır (Rosenthal ve ark, 1972, Akt: Aksoy ve Ögel, 2006). Bireyler yaşadıkları bu durumdan ötürü karşılaştıkları sıkıntıları kontrol edebilmek için kendilerine zarar verme davranışını sergilemektedirler (Roy, 1978 Akt: Aksoy ve Ögel, 2006.). Kendine zarar veren bireyler sıklıkla düzensiz, çatışmalı ve soğuk aile ilişkileri içerisinde olduklarını rapor etmektedirler. Literatür incelendiğinde görülmektedir ki zayıf ebeveyn-ergen ilişkisi ile kendine zarar verme arasında güçlü bir bağ bulunmaktadır (Tulloch, Blizzard ve Pinkus, 1997). Çocuklar ailenin sıkıntılarla baş etme şekli ve öfkenin dışa vurumunu içselleştirmekte ve sıkıntılarla karşılaştıkları zaman bu yöntemleri kullanmaktadırlar (Podvoll 1969 Akt: Aksoy ve Ögel, 2006.).

Kendine zarar veren madde bağımlılarının aile üyeleriyle ilişki durumu incelenmiş ve kasıtlı kendine zarar verenlerin ailesi ile olan ilişkileri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Bunun sebebi bireylerin kendilerine daha farklı bir yol olan madde kullanımına devam ederek zarar vermeyi seçmelerinden ya da bireylerin kendine zarar verme davranışlarının altında farklı motivasyonlar yatmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Kendine zarar verme davranışı anketinde her soruya ait bu davranışını niçin yaptınız sorusuna verilen yanıtlar bizi farklı kaynaklara götürmektedir.

Levenkron (1998) kendine zarar verenlerin çoğunun yaşadıkları evde, en az bir alkolik veya madde bağımlısı bireyin olduğu söylemektedir.

Yapılan araştırmada ise kendine zarar veren madde bağımlılarının ailelerinde madde kullanım öyküsünün olup olmadığı araştırılmış ve kasıtlı kendine zarar verenlerin

%85'inde ailede madde kullanım öyküsünün olmadığı tespit edilmiş, literatüre uygun bir sonuç bulunamamıştır.

Literatür incelendiğinde kendine zarar verme davranışı her yaşta görülmektedir. sıklığına bakıldığında ise erişkinlerde daha fazla ortaya çıktığı belirtilmektedir(Briere ve Gil, 1998).

Kendini yaralama girişim yaşları 6'dan 75'e kadar değişirken, %78'i 30 yaş altında olup, %60'ında girişim yaşı 16 ile 25 arasındadır. 30 yaş altındakilerde girişim yaşı ortalaması 17 dir. 30 yaş üzerindeki hastalarda sıklıkla atipik klinik desene rastlanır; %75 yalnızca tek bir kendine yaralama davranışı mevcuttur, %92'si psikotiktir (Herpertz, 1995, Pattison, 1983 Akt. Lüleci, 2007).

Kendine zarar verme davranışı , sıklıkla her iki cinsiyet için de ergenlik başında başlamaktadır (Favazza ve Rosenthal, 1993). Kendine zarar verme davranışı çoğunlukla ilk olarak 13-23 yaşları arasında görülmektedir (Favazza ve Conterio, 1988). Bu davranışlar sıklıkla 14-15 yaşları arasında başlar, 18-24 yaşları arasında maksimum düzeye ulaşır ve bireylerin 30-40'lı yaşlara gelmesiyle birlikte azalma eğilimi gösterir (Hodgson, 2004). White ve diğerlerine (2002) göre 18-23 yaşları en yüksek risk grubunu oluşturmaktadır. Ross ve Heath (2002) kendine zarar vermenin başlangıç yaşı olarak ortalama lise yıllarının başını göstermektedirler. Yetişkin yaşamda kendine zarar verme davranışları devam edebilir ancak genel anlamda 18 yaş civarında azalma söz konusudur (Suyemoto ve Macdonald, 1995).

Yapılan araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiş olup, madde bağımlılığı tanısı alan bireylerin kasıtlı olarak kendilerine zarar vermeye genç erişkinlikte başlamış oldukları bulunmuştur.

Madde bağımlısı hastaların yüksek bir yerden atlama ve yaranın iyileşmesi önleme gibi kendine zarar verme davranışlarını en genç yaşta başladıkları tespit edilmiştir.

Kendine zarar verme davranışı oranları orta yetişkinlik döneminde hem klinik hem de toplum örneğinde azalma göstermektedir (Briere ve Gil 1998), ancak bazı araştırmalar da bu sonucun ileri yetişkinlikte de değişmediğini iddia etmektedir.

Yapılan araştırmada iki görüşe de uygun sonuçlar elde edilmemiştir. Madde bağımlısı bireyler kasıtlı olarak kendilerine zarar vermeyi, vücudunu kesme 18, sigarayla yakma 17, Deriye kelimeler kazıma 25, Deriye enjektör iğnesi, toplu iğne, zımba teli gibi keskin şeyleri saplama 20 , Deriye cam sürtme 19, Görünür berelenmeye neden olacak şekilde kafaya vurma 19, Yaralarının iyileşmesini önleme 19, yüksek dozda ilaç içme 19, yenilmemesi içilmemesi gerek bir şeyi yeme veya içme 23, yüksek bir yerden atlama 16, ve uyuşturucu ya da uyarıcı özellikteki bir maddeyi alışılmış dozdan çok yüksek dozda kullanma 23, yaşlarında bırakmışlardır ve bu davranışlardan deriye kelimeler kazıma ve deriye enjektör iğnesi, toplu iğne, zımba teli gibi keskin şeyleri saplama gibi kendine zarar verme davranışlarını en geç yaşta bıraktıkları tespit edilmiştir.

Yapılan araştırmada kendine zarar verme davranışının literatüre göre daha erken yaşlarda bitmesinin sebebi, bu hastaların daha önceki tedavilerde travmaları üzerine çalışıldığı ve bireylerin bu terapilerden faydalandığı şeklinde yorumlanabilir.

Favazza ve Conterio (1988) tarafından yapılan bir araştırma sonucunda kendine zarar verme davranışları arasında kullanılan en yaygın metot %72 oranıyla vücudunu kesme ilk sırada yer almaktadır. Bunu %35 oranıyla yakma, % 30 oranıyla vücudun bir parçasını bir yerlere vurma, %22 oranıyla vücuttaki bir yaranın iyileşmesini engelleme, %10 oranıyla saç çekme ve son olarak %8 oranıyla vücuttaki bir kemiği kırma izlemektedir. Aynı çalışmada kendine zarar vermek için birden fazla davranış tarzını kullananların oranı %78 olarak saptanmıştır.

Zoroğlu ve arkadaşlarının (2003) ülkemizde yapmış oldukları bir çalışmada ise en sık gösterilen kendine zarar verme davranışları sırayla şunlardır: “Baş, yumruk veya vücudun başka bir bölümünü duvar, pencere gibi bir zemine vurma”, “bilek, kol veya vücudun bir parçasını çizme/kesme” ve “saç çekme/yolma” .

Yapılan araştırmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Madde bağımlısı bireylerin kendine zarar verme davranışlarından hangisini en çok yaptığı incelenmiş vucudunu kesme, deriye cam sürtme, sigara ile yakma davranışlarının daha çok yapıldığı tespit edilmiştir. Araştırma sonuçları yurtdışında yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir. Vucudunun bir yerini kesme ilk sırada yer almasının sebebi iteki agresyonun dışavurumu olarak kolaylıkla başvurabilecek bir yöntem olduğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Kendine zarar verme davranışlarının altında bireyin yardım çağırısı durumuna dikkat çekmesi ya da ikincil kazançları elde etme söz konusu olduğundan, vucudunu keserek amacına daha kolay ulaşabileceği düşünülebilir. Yapılan araştırma tedavi görmekte olan madde bağımlılığı tanısı almış olan hastalarla yürütülmesine rağmen hastaların “Hiç yenilmemesi-içilmemesi gereken bir Şeyi yediniz mi ya da içtiniz mi?” sorusuna %60 nın hayır cevabı vermesi dikkat çekici bir sonuçtur. Buradan da hastaların i görüsünün henüz oluşmadığı sonucu da çıkarılabilir.

Kendine zarar verme davranışı olan çocuklarda kullandıkları maddenin türüne ve cinsiyete göre kendine zarar verme davranışları araştırılmıştır. Kendine zarar veren bireylerde boya ve tiner kullanımının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yapıştırıcı türü maddeler ise ikinci sırada yer almaktadır. Uçucu maddenin bireylerdeki agresyonu arttığına dair bulgular literatürde yer almaktadır. Bununla uyumlu olarak uçucu madde kullanımı olan bireylerde kendine zarar verme davranışı daha fazla görülmektedir. Söz konusu olan agresyon ie veya dışa dönük olmaktadır ev bunun sonucunda da birey bu durumdan ötürü kendine zarar verici davranışlarda bulunabilmektedir (Mackesy ve ark,1999, Inciardi ve ark,1998 Akt: gel ve Aksoy, 2005).

Kızlarda ise kendine zarar verme ile kullanılan madde arasında arasındaki ilişkiye bakıldığında uçucu madde kullanımının yanı sıra diğer maddelerinde kullanımı söz konusudur. Buradan da yola çıkılarak kızlarda kendine zarar verme davranışında madde ayırımı yapmaktan çok temelde yatan başka etkenlerin söz konusu olduğu düşünülmektedir (Ögel ve Aksoy, 2005).

Kendine zarar verenler ve vermeyenlerin alkol ve madde kullanım riskleri karşılaştırılmış ve kendine zarar verme davranışı gösterenlerin tüm maddeler için daha

fazla risk altında olduğunu saptamışlardır. En yüksek risk ise esrar kullanımı içindir (Ögel ve Aksoy, 2006).

Yapılan araştırmada ise farklı sonuçlar bulunmuştur. Buna göre kasıtlı kendine zarar veren bireylerin kullandıkları madde türü incelendiğinde; Kasıtlı kendine zarar verenlerin %50'si Bonzai, %22,5'i Esrar, %12,5'i Kokain, %10'u Eroin ve %5'i Extacy kullanmaktadır.

Kasıtlı Kendine zarar vermeyenlerin %60 Esrar kullandığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada esrar diğer maddelere oranla daha yüksek oranlarda kullanılmasına rağmen bonzai kullananların kendilerine daha fazla zarar verdikleri görülmektedir. Bu durumun bonzainin şu sıralar gençler arasında çok daha fazla yaygın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kendine zarar vermenin tek nöbetleri olabileceği gibi tekrarlayan biçimde de bu davranışlar görülebilmektedir. Kendine zarar verme davranışlarının tekrarlanma sebepleri arasında, birey bu davranışı sergilediğinde diğer insanlar üzerinde yarattığı etkiyi fark etmesi vardır. Yani birey beklide göremediği ilgi ve önemsenmeyi kendine zarar vererek sağlıyor ya da bu durumu başkalarının sorumlu hissetmesi için sergiliyor olabilir (Favvaza ve Rosenthal, 1993).

Tekrarlayan kendine zarar verme davranışları olan bireyler dış dünyada olan durumlar karşısında kontrol edilemeyen bir şekilde bu davranışı gösterebilmektedirler. Bu davranışı sergileyen bireyler kendine zarar vermeyi sürekli düşünmektedirler ve karşılaştıkları olumsuzluklarda ya da engellemelerde bu davranışa başvurmaktadırlar (Favvaza ve Rosenthal, 1993).

Çocukluğunda cinsel istismara uğrayan kadınların duygusal acılarını bastırmak için kendilerini kestiklerini belirtmektedir. İstismarı yapan aileden biriyse bu durum daha sonra cinsel sorunlara dönüşebilmektedir. Ensest vakalarında bireyler kendilerinden utandıkları için kendilerine yönelik cezalandırıcı davranışlarda bulunmaktadırlar (Shapiro,1987 Akt: Saçarçelik, 2009).

Bireyin olumsuz bir yaşantı geçirmesi ve bunun sonucunda da anksiyete duymasıyla bireyin kendisine zarar verme davranışı ortaya çıkabilir. Birey yaşadığı anksiyeteye disosiyatif olur ve böylece birey acı duymadan kendine zarar verici davranışlarda bulunur. Birey kendine zarar verdikçe hissettiği gerilim azalır, olumsuz düşünceleri unuttur ve kontrol hissi sağlar (Ferentz, 2001).

Literatürde kendine zarar verme davranışının altında yatan nedenler gerilimden kurtulma, kendini cezalandırma, diğer bir kişiyi cezalandırma veya diğer bir kişiden intikam alma, risk alma, engellenme ve hayal kırıklığı yer almaktadır (Zila ve Kiselica, 2001).

Yapılan araştırmada benzer sonuçlar elde edilmekle birlikte bunlara ek olarak madde bağımlısı bireylerin kasıtlı olarak kendilerine zarar verme davranışlarının altında yatan motivasyonları %65,5'i ölmek için %34,5'i çaresizlik hislerini durdurmak için kendine zarar verme türlerinden vücudu kesme davranışını gösterdikleri tespit edilmiştir.

Madde bağımlılarının %55'i Stresten kurtulmak , %45'i kendini cezalandırmak için yaranının iyileşmesini önleme davranışını gösteren davranışı yaptığı saptanmıştır.

Madde bağımlılarının %70'i ölmek için , %30'u kendini cezalandırmak için yüksek dozda ilaç içme davranışını gösteren davranışı yaptığı saptanmıştır.

Madde bağımlılığı tanısı alan bireylerin kendine zarar verme davranışlarının altında yatan nedenlere bakıldığında kendini cezalandırmanın yer aldığını görmekteyiz. Bunun nedeni olarak bu bireylerin çocukluk dönemlerinde ihmal ya da istismara uğradıkları ve bu travmayla ilgili olarak kendilerini suçlu gördüklerinden dolayı bu davranışı gerçekleştirdikleri düşünülebilir.

Bir birey kendini kesme gibi spesifik bir kendini yaralama davranışı tekrarlı olarak veya dönemsel olarak gerçekleştirilebilir (Favazza, 1998). Kendini yaralama davranışı yaşam boyu görülmekle birlikte sıklıkla ergenlik döneminde başlamaktadır ve orta yetişkinliğin sonlarına doğru bu davranış biçimin de azalma olmaktadır. Bu bireyler süre boyunca çoklu yaralama davranışı (ortalama 22) gösterebilmektedirler ve aynı kişi birden fazla yöntem kullanabilmektedir. Kendini yaralamanın tek nöbetlerine;

sıklıkla 30 yaş üstü psikotik hastalarda veya ilaç veya alkol istismar eden genç homoseksüel erkek hastalarda rastlanmıştır. Bunun yanı sıra 30 yaşına gelmeden başlayan bütün kendine yaralama davranışlarının 5 ila 34 yıl arasında sürdüğünü belirtmişlerdir.

Madde kullanımı ve kendine zarar verme davranışının birlikte ya da ardışık olmayan biçimde aynı kişide görülme oranının yüksek olduğu ve özellikle tekrarlayan kendine zarar verme davranışı olan kişilerde madde kullanımının sıklıkla görüldüğü belirtilmiştir (Favazza ve Rosenthal, 1993 Akt: Aksoy ve Ögel, 2005).

Aksoy ve Ögel (2006) tarafından yapılan bir araştırmada İstanbul’ da 10. Sınıfta okuyan öğrencilerin %25.4’ü hayatı boyunca en az bir kere kendini kestiğini, %9.5’i hayatı boyunca en az bir kez vücudunda tütün söndürdüğünü ve %41.4’ü ise sinirlendiğinde başını ya da yumruğunu vurduğu için yaralandığını ifade etmiştir. Kendine zarar verme davranışı sergileyenlerin yaklaşık yarısı (%52.2) kendini bir kez kestiğini belirtmiştir. Kendini 5 ya da daha fazla kez kesenlerin oranı %12.7’dir. Kendini kesenlerin yarısından fazlası bunu ilk kez 13-15 yaşları arasında yaptıklarını belirtmişlerdir. Kendini ilk olarak 7 yaşında ya da daha önce kesenlerin oranı yaklaşık %10’dur. Kendini kesenlerin ilk kesme yaşı cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında erkeklerin kızlara göre daha küçük yaşlarda kendilerini kesmeye başladıkları görülmüştür.

Kendine zarar veren kişilerin %90’ında madde kullanımı olduğu, çoğunun birden fazla madde kullandığı (%66.7) ve madde kullanımının büyük oranda (%71.1) bağımlılık düzeyinde olduğu saptanmıştır. Kendine zarar veren kişilerin, kendine zarar vermeyenlere göre daha küçük yaşlarda madde kullandığı görülmüştür (Tarlacı ve ark, 1997).

Yapılan araştırmada da madde bağımlısı bireylerden kendine zarar verenlerin bu davranışı tekrarlayıp tekrarlamadığı araştırıldığında literatüre benzer sonuçlar elde edilmiştir. Kendine zarar veren bireylerin, sigarayla yakma, Deriye enjektör iğnesi, toplu iğne, zımba teli gibi keskin şeyleri saplama, yaranının iyileşmesini önleme, yenilmemesi içilmemesi gerek bir şeyi yeme veya içme, yüksek bir yerden atlama davranışlarını daha çok tekrarladıkları tespit edilmiştir. Madde bağımlısı hastaların

yenilmemesi içilmemesi gerek bir şeyi yeme veya içme ve yaranın iyileşmesi önleme gibi kendine zarar verme davranışlarını en çok tekrarladıkları tespit edilmiştir. Bağımlılık tanısı alan hastaların kendine zarar verme davranışlarını tek nöbet halinde sergilememeleri birçok değişken ile ilişkili olabilir. Bunlar arasında kişinin geçmişte yaşamış olduğu ihmal ve istismar öyküsünün yaratmış olduğu travmatik etkiden kurtulmak olabileceği gibi kişinin bu tarz öyküler nedeniyle girmiş olduğu depresyon sebebiyle de olabilir. Bazı davranışlar ise kendine zarar vermenin tek nöbeti şeklinde görülmüştür.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın örneklemini NPIstanbul Hastanesinde yatarak tedavi görmekte olan erkek hastalar oluşturmaktadır. Çalışma, 50 kişilik bir örneklem grubundan oluşmaktadır. Çalışmaya sağlıklı kontrol grubunun katılmamış olması, madde bağımlısı olan bireylerin kendine zarar verme davranışlarının ve geçmişte istismar öykülerinin olup olmadığının tespiti konusunda kısıtlı veriye sebep olmaktadır. Çalışma yatan hastalarla yürütülmüştür. Daha kapsamlı bilgilere ulaşmak adına karma popülasyona ulaşmak ve örneklem sayısını daha fazla tutmak faydalı olabilir. Bunun yanı sıra NPIstanbul hastanesinde yatarak tedavi görenler sadece erkeklerden oluştuğundan ötürü çalışma cinsiyet farklılığı açısından da kısıtlanmıştır. Benzer çalışmalar yapılırken bu çalışmadaki sınırlılıklar göz önüne alınıp daha kapsamlı bir araştırma yapılabilir.

Yapılan çalışma sonucuna göre geçmişte cinsel istismar öyküsü olan bireylerin ailelerinde madde kullanımı vardır. Bu sonuca dayanarak madde kullanımı için riskli bölgeler araştırılabilir ve bu bölgelerde daha yoğun olarak madde kullanımı ile ilgili olarak bilgilendirme ve önleme üzerine olan çalışmaların artırılması sağlanabilir. Bu sayede sağlıklı ev ortamında sağlıklı bireyler yetişebilir.

Yapılan çalışmaya göre kendisine zarar veren madde bağımlıları fiziksel ve duygusal istismara uğramışlardır. Duygusal istismar toplumdaki bireyler tarafından tespit edilemese de fiziksel istismara uğrayanlar adli vaka olarak tespit edilebilmektedir. Böyle bir vaka ile karşılaşıldığında istismara uğrayan çocuk ya da gence yapılacak erken terapi ileride kendisinde zarar verici davranışlarda bulunmasını engelleyebilir.

Yapılan çalışmada kendine zarar verme davranışı ergenlikte ve genç yetişkinlikte ortaya çıkmaktadır. Ergenlik dönemindeki bireyler akran grubunda kabul görebilmek adına grubun, ondan beklediği her şeyi yapabilmektedir. Eğer grup bireyden bir davranışta bulunmasını isterse, bu davranış kendine zarar verme davranışlarını da kapsayan nitelikte de olsa, gruba dahil olmak ve kendini kanıtlamak adına böyle bir davranışta bulunabilir. Dolayısıyla ergenlik dönemindeki akran gruplarının olumsuz etkilerine karşı dikkatli olunması ve bu grupların denetlenmesi bu davranışların oluşmasında engelleyici bir rol oynayabilir.

Yapılan çalışmanın bulgularına göre madde bağımlısı bireylerin en çok başvurdukları zarar verme davranışı kendini kesmedir. Kendini kesme davranışı bireyde oluşan agresyonun dışarıya yansıtılmadığında içe dönmesi ve bunun sonucunda da bireyin kendine zarar vermesiyle açıklanmaktadır. Burada bireylere zorluklarla ya da engellemelerle karşılaştıklarında bunun nasıl üstesinden gelebileceklerine dair psikoeğitim verilmesi faydalı olabilir.

Yapılan çalışmanın sonucuna göre kasıtlı olarak kendilerine zarar veren madde bağımlılarının en çok kullandıkları madde sentetik esrardır. Kendine zarar verme ve madde kullanmaya başlama yaşları ergenlik dönemine denk düşmektedir bu sebeple orta öğretim ve lise düzeyindeki bireylere madde kullanımı ve kullanım sonucunda oluşabilecek sorunlar hakkında eğitimlerin artırılması, bilinçlendirme çalışmalarına ağırlık verilmesi hem madde kullanımını hem de kendine zarar verme davranışlarını azaltabilir.

Yapılan çalışma sonucuna göre kendilerine kasıtlı olarak zarar veren madde bağımlılarının bu davranışa başvurma sebebi kendini cezalandırma, çaresizlik hislerinden ve stresten kurtulmak için olduğu bulunmuştur. Madde kullanımı yada bağımlılığı için polikliniğe ya da yatarak tedaviye başvuran hastaların görünürdeki madde kullanımı üzerine terapi yapıldıktan sonra bu duruma sebebiyet veren travma, yalnızlık, değersizlik hissi gibi konular üzerine çalışmak bu bireylerin ileride kendilerine zarar verecek davranışlarda bulunmalarını engelleyici olabilir.

KAYNAKÇA

- Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001, “Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı Dsm-IV”, (Çev. Ertuğrul Koroğlu), Ankara.
- Arkonaç,O., 1999, Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü, Nobel Tıp Kitapevleri,İstanbul
- Aslan, S. Ve Alparslan, Z. N., 1999, “Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeğinin Bir Üniversite Öğrencisi Örnekleminde Geçerlik, Güvenirlik Ve Faktör Yapısı” Türk Psikiyatri Dergisi, 10(4), 275- 285.
- Ayan, S., Kocacık, F., 2009, “Çocuk İstismarı: Sivas (Türkiye) Örneği” Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 6 (1), 953-968.
- Bakım,B., Karamustafalıoğlu, O., Akpınar,A., Tankaya, O., Özçelik, B., Ceylan,Y., Yavuz, B., Bozkurt,S., Alpak, G., Gönenli,S., 2011, “Panik Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Cinsel İşlev Üzerine Etkileri” Düşünen Adam Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 24:182-188
- Baral I, Kora K, Yüksel Ş, Sezgin U., 1996, “Cinsel İstismara Uğramış Erişkin Kadınlarda Kendine Zarar Verme Davranışı Ve Tedavisi” Nöropsikiyatri Arşivi ,33:49-54
- Baumrind, D., 1995, “Child Maltreatment And Optimal Caregiving In Social Contexts” New York: Garland Publishing, Inc.
- Bilim Ve Teknik, Madde Bağımlılığı Özel Sayısı, Ekim 1996.
- Bozkurt, M., Evren,E., Çetingök,S., 2012, “Eroin Bağımlısı Bir Erkek Hastada Tedaviyi Engelleyen Çoklu Kendine Zarar Verme Davranışı: Olgu Sunumu” Düşünen Adam Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 25:267-273
- Briere, J., Gil, E., 1998, “Self-Mutilation In Clinical And General Population Samples: Prevalence, Correlates And Functions” Am J Orthopsychiatry, 68:609-620.
- Brodsky, B.S., Colitre, M., Dulit, R.A., 1995, “Relationship Of Dissociation To Self-Mutilation And Childhood Abuse İn Borderline Personality Disorder” Am J Psychiatry; 152:1788-92
- Bulut, G., 2013, “Ergen Cinsel İstismar Olgularında Psikopatoloji Gelişiminde Rol Oynayan Faktörlerin Ve Serotonin Gen Polimorfizminin Araştırılması”
- Bulut, I., 1996, “Genç Anne Ve Çocuk İstismarı” Ankara: Bizim Büro.
- Can, G., 2012, Madde Bağımlılığı Tanısı Alan Bireylerin Sosyal İşlevsellik Ve İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyleri. T.C. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Canat, S., Demirel, S., 2012, “Ankara'daki Beş Eğitim Kurumunda Kendini Yaralama Davranışı Üzerine Bir Çalışma” Kriz Dergisi 12(3): 1-9

- Çifçi,E., Uluocak, G., 2008, “Almanya’da Madde Bağımlısı Çocuk Ve Gençlere Yönelik Bir Rehabilitasyon Modeli: Parceval” *Kriz Dergisi* ,18 (2): 11-18
- Davis, J.L., Petretic-Jackson, P.A., 2000, “The Impact Of Child Sexual Abuse On Adult Interpersonal Functioning. A Review And Synthesis Of The Empirical Literature”, *Aggres Violent Behav*, 5:291-328.
- Denov, M.S., 2004, “The Long-Term Effects Of Child Sexual Abuse By Female Perpetrators: A Qualitative Study Of Male And Female Victims” *Journal Of Interpersonal Violence*, 19(10):1137-1156
- Egeland, B., Jacobvitz, D., Sroufe, L. A., 1988, “Breaking The Cycle Of Abuse” *Child Development*, 59, 1080-1088.
- Ekşi, A., 1999, “Ben Hasta Değilim”, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 531-540
- Erdem, Ş., 2009, Üniversite Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışının Demografik Değişkenler, Travmatik Yaşantılar Ve Benlik Kapasitesi İle Olan İlişkisi. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü
- Evren,C., 2004, “Alkol/Madde Kullanım Bozukluğunda Kişilik Bozukluğu Ek Tanısı: Bir Gözden Geçirme” *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7:111-119
- Evren,C., Er,O., Erkıran, M., Çakmak, D., 2002, “Tedavi Arayışında Olan Eroin Bağımlılarında I. Eksen Psikiyatrik Komorbidite: Sosyodemografik Ve Madde Kullanım Özellikleri İle İlişkisi” *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5:92-104
- Farber, S., 2000, “ When Body İs Target” Northvale, Nj: Jason Aronson.
- Favazza, A.R., Conteiro, K., 1988, “The Plight Of Chronic Self-Mutilators” *Community And Mental Health Journal*, 24(1):22-30.
- Favazza, A.R., Conterio, K., 1989, “Female Habitual Self-Mutilators” *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79:283-289.
- Favazza, A.R., 1992, “ Repetitive Self-Mutilation” *Psychiatric Annal*, 22(2);60-63.
- Favazza, A.R., 1998, “ The Coming Age Of Self-Mutilation” *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 186:259-268.
- Favazza, A.R., Rosenthal, R.J., 1993, “Diagnostic Issues İn Self-Mutilation” *Hospital And Community Psychiatry*, 44:134-140.
- Ferentz, L.R., 2001, “Self-İnjurious Behavior” *Child Study Center*, 6(2):1-5.
- Gladstone, G.L., Parker, G.B., Mitchell, P.B., Malhi, G.S., Wilhelm, K., Austin, M.P., 2004, “Implications Of Childhood Trauma For Depressed Women: An Analysis Of Pathways From Chilhood Sexual Abuse To Deliberate Self-Harm And Revictimization” *The American Journal Of Psychiatry*, 161(8):1417
- Gören,S., Tıraşçı,Y., 2007, “Çocuk İstismarı Ve İhmalı” *Dicle Tıp Dergisi*, Cilt:34, Sayı: 1, (70-74)

Görker, I., Aygözü, F., Demir, N., 2000, “Çocuğa Zarar Verici Davranışta Bulunma 3 Olgu Sunumu”, Çocuk Forumu Dergisi, 3(2):32-35

Gratz K.L., 2001, “Measurement Of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data On The Deliberate Selfharminventory” J Psychopathol Behav, 23:253– 63

Green, A. H., 1991, “Child Neglect”. Case Studies In Family Violence. (Ed: Robert T. Ammerman, Michel Hersen). New York: Plenum Press.

Güler,N.,Uzun,S.,Boztaş,Z.,Aydoğan,S., 2002, “Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal Ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı Ve Bunu Etkileyen Faktörler” C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 24 (3):128 – 134

Güz, H., Dodanay, Z., Çolak, E., Tomaç, A., Sarısoy, G., Özkan,A., 2003, “Konversiyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travma Öyküsünün Psikiyatrik Belirtilere Etkisi Var Mı?” Klinik Psikiyatri Dergisi, 6:80-85

Hall, J.M., 2003, “Dissociative Experiences Of Women Child Abuse Survivors: A Selective Constructivist Review, Trauma Violence Abuse” 4; 283 – 308.

Hancı, İ.H., 2002, “Adli Tıp Ve Adli Bilimler” Seçkin Yayıncılık 1. Baskı Ankara, 263- 284.

Harris, J., 2000, “Self-Harm: Cutting The Bad Out Of Me” Quantitative Health Research 10; 164-173

Hodgson, S., 2004, “Cutting Through The Silence: A Sociological Construction of Self-İnjury” Sociological Inquiry, 74(2):162-179.

Horton, C. B., Cruise, T. K., 2001, “Child Abuse And Neglect” The School’s Responce. New York: The Guilford Press.

Howe, D., 2005, “Child Abuse and Neglect” Attachment, Development and Intervention. New York: Creative Print and Design.

Iwaniec, D., 1995, “The Emotionally Abused And Neglected Child” Identification, Assessment And Intervention. England: John Wiley & Sons.

Johnson, N., 2006 “Self-Mutilation, An Unrecognized Disorder: A Literature Review” University Of California, Riverside.

Karaman, Y., 1993, ‘İkokuł Öğretmenlerinin Gözlemlerine Göre Çocukları Aileleri Tarafından İstismarı ve İhmali’. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Kılıç, A., 2004, “Çocuk İhmali Ve İstismarı” Klinik Çocuk Forumu, 4(2):35-40

Köknel, Ö., 1998, Bağımlılık Alkol ve Madde Bağımlılığı. Altın Kitaplar Yayınevi

Kurtay D., Özkök, S., Barlık, Y., Yatağan, M., Kurtay, A., Akman, E., 2004, “Çocuk İhmal Ve İstismarına Multidispliner Yaklaşım” T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu

Langbehn, D., Pfol, B ., 1993 “Clinical Correlates Of Self-Mutilation Among Psychiatric İnpatients” Ann Clin Psychiatry

Levenkron, S., 1998, “Cutting: Understanding And Overcoming Self- Mutilation” New York: W.W. Norton And Company

Lowenthal, B., 2001, “Abuse And Neglect: The Educator’s Guide To The Identification And Prevention Of Child Maltreatment” Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co, Inc.

Lüleci, S., 2007, Kendini Yaralama Davranışı Olan Ergenlerin Psikiyatrik ve Sosyokültürel Özellikleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2. Psikiyatri Birimi.

McAllister, M., 2003, “Multiple Meanings Of Self Harm: A Critical Review” International Journal Of Mental Health Nursing, 12:177–185.

Miller, D., 1994, “Women Who Hurt Themselves: A Book Of Hope And Understanding” New York: Basic Books.

Milner, J. S., Chilamkurti, C., 1991, “Physical Child Abuse Perpetuator Characteristics” A Review Of The Literature. Journal Of Interpersonal Violence, 6 (3), 345-366.

Molnar, B. E., Buka, S. L., Kessler, R. C., 2001, “Child Sexual Abuse And Subsequent Psychopathology: Results From The National Comorbidity Survey” American Journal Of Public Health, 91(5), 753.

Nijman H.L., Dautzenderg, M., 1999, “Self-Mutilating Behavior In Psychiatric İnpatients” European Psychiatry, 14: 4-10.

Noll, J.G., Horowitz, L.A., Bonanno, G.A., Trickett, P.K., Putnam, F.W., 2003, “Revictimization And Self-Harm İn Females Who Experienced Childhood Sexual Abuse: Results From A Prospective Study” Journal Of Interpersonal Violence; 18; 1452 – 1471.

Odağ, C., 2005, Ergenler, İzmir, Halime Odağ Psikanaliz Ve Psikoterapi Vakfı Yayınları No: 7.

Ögel K., Aksoy A., 2006, “Kendine Zarar Verme Davranışı Raporu” Yeniden Yayın. Anadolu Psikiyatri Dergisi

Ögel,K., Aksoy, A., 2003 “Kendine Zarar Verme Davranışı” Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4:226-236

Ögel,K., Aksoy,A., 2005, “Sokakta Yaşayan Çocuklarda Kendine Zarar Verme Davranışı Ve Madde Kullanımı” Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6:163-169

Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., Blanco, C., 2012, "Prevalence And Correlates Of Child Sexual Abuse: A National Study" Comprehensive Psychiatry.

Polat, O. , 2000, "Çocukta Cinsel İstismar", Adli Tıp, Der Yayınları, 207-231

Polat, O., 2004, "Klinik Adli Tıp" Seçkin Yayıncılık 1. Baskı Ankara, 85-131.

Ross, S., Heath, N., 2002, " A Study Of The Frequency Of Self-Mutilation In Acommunity Sample Of Adolescents" Journal Of Youth And Adolescence,31(1):67-77.

Saçarçelik,G., 2009, Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergen Ve Genç Erişkin Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 13. Psikiyatri Birimi

Saçarçelik, G., Türkcan, A., Güveli, H., Yeşilbaş, D., 2013, "Bir Ergen Ve Genç Erişkin İkinci Basamak Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı İle Çocukluk Çağı Travma Yaşantılarının Yaygınlığı Ve Arasındaki İlişkinin Araştırılması" Nöropsikiyatri Arşivi, 50: 222-229

Steele, B. F., 1987, "Psychodynamic Factors İn Child Abuse". Classic Papers İn Child Abuse. (Ed: Anne Cohn Donnelly, Kim Oates). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Suyemoto, K. L., Macdonald, M. L., 1995, "Self-Cutting İn Female Adolescents" Psychotherapy, 32(1):162-171.

Şar, V., Öztürk, E., İkikardeş, E., 2012, "Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik Ve Güvenilirliği" Türkiye Klinikleri J Med Sci, 32(4):1054-63

Taner, Y., Bahar, G., 2004, "Çocuk İstismarı Ve İhmalı, Psikiyatrik Yönleri" Hacettepe Tıp Dergisi, 35: 82-85

Tarlacı, N., Yeşilbursa, D., Türkcan, S., Saatçioğlu, Ö., Yaman, M., 1997, "B Kümesi Kişilik Bozukluklarında Kendini Yaralamanın Özellikleri" Türk Psikiyatri Dergisi, 8:29-35.

Terzi, C., 2009, Ergenlerde Saldırganlığın Madde Bağımlılığı Ve Diğer Değişkenlerle İlişkisi, T.C. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü

Tower, C., 2005, "Understanding Child Abuse and Neglect" USA: Pearson Education, Inc.

Tulloch A.L., Blizzard L., Pinkus Z., 1997, "Adolescent-Parent Communication İn Self-Harm" Journal Of Adolescent Health, 21(4):267-75.

Tüzün, O., 2008, Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergenlerin Aleksitimi, Mizaç Ve Karakter Özellikleri Ve Çocukluk Dönemi İhmal Ve İstismarı Yönünden Değerlendirilmesi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Van Der Kolk, B. A., 1989, "The Compulsion To Repeat The Trauma" *Psychiatric Clinics Of North America*, 12 (2), 389-411.

Vondra, J. I., 1990, "Sociological And Ecological Factors" *Children At Risk. An Evaluation Of Factors Contributing To Child Abuse And Neglect.* (Ed: Robert T. Ammerman, Michel Hersen). New York: Plenum Press.

Walsh, B.W., Rosen, P.M., 1988, "Self-Mutilation Theory, Research And Treatment" New York, Guilford Pres.

White, V.E., Wollenzier, T.H., Nolan, J., 2002, "College Students And Selfinjury: Intervention Strategies For Counselors" *Journal Of College Counseling*, 5:105-113.

Wiehe, V. R., 1992, "Working With Child Abuse And Neglect" Illinois: F. E. Peacock Publishers, Inc.

Yates, Y.M., 2004, "The Developmental Psychopathology Of Self-Injurious Behavior: Compensatory Regulation In Posttraumatic Adaptation" *Clinical Psychology Review*, 24, 35-7

Yüncü, Z., Özbaran ,B., Altıntoprak ,E., Yıldız, U., Aydın, C., Çoşkunol ,H., 2007, "Sokak Yaşantısı Olan-Olmayan Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerin Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri" *Türkiye'de Psikiyatri*, Cilt 9 (1)

Yüncü, Z., Kesebir ,S., Özbaran ,B., Çelik ,Y., Aydın, C., 2009, "Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerin Ebeveynlerinde Psikopatoloji Ve Mizaç: Kontrollü Bir Çalışma" *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1):5-13

Zila, L.M., Kiselica, M.S., 2001, "Understanding And Counseling Self- Mutilation İn Female Adolescents And Young Adults" *Journal Of Counselingand Development*, 79: 46-52.

Zoroğlu, S.S ., Tüzün, Ü., Şar, V., Tutkun, H., Savaş, H.A., Öztürk, M., Alyanak, B., Kora, M.E., 2003, "Suicide Attempt And Self-Mutilation Among Turkish High School Students In Relation With Abuse, Neglect Or Dissociation" *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 57(1):119-126.

EKLER

Ek:1

PROTOKOL NO:

Cinsiyet:

Yaşınız:

Medeni durum:

Meslek:

Yaşadığı yer:

Aylık gelir düzeyi :

Öğrenim düzeyiniz:

Aile üyeleriyle ilişki durumu?

Hangi maddeyi kullanmakta :

Ne kadar süre bu maddeyi/maddeleri kullandınız?

Maddeyi ilk kullandığınızda kaç yaşınızdaydınız?

Düzeltilen madde kullanmaya başlama yaşı:

Maddeyi sorun olarak görme yaşı:

Kiminle yaşıyorsunuz?

Ailede madde kullanımı var mı?

Kaçıncı tedavi, önceki tedaviler

Yatış isteklimi istek dışımı?

Ek 2: Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları Ölçeği

Aşağıda 18 yaş öncesi çocukluk ve gençlik yaşantılarınızla ilgili cümleler vardır. Her cümleyi dikkatle okuyup, üst taraftaki yazılar arasından sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine (X) işareti koyunuz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Çok sık
1. Ben çocukken, ailemde birileri bana vurur ya da beni döverdi.					
2. Ben çocukken, hiç kimse benimle ilgilenmediği için, kendi bakımımı kendimin daha iyi yaptığımı hissedirdim.					
3. Ben çocukken, ailemdeki kişiler birbirleriyle tartışır, kavga ederdi.					
4. Ben çocukken, ailemde benimle ilgilenen ve beni koruyan birinin olduğunu bilirdim.					
5. Ben çocukken, ailemde bana bağırup-çağırın biri vardı.					
6. Ben çocukken, annemi ya da kardeşlerimi dövülürken ya da onlara vurulurken gördüm.					
7. Ben çocukken, gereksinimim olan sevgi ve ilgiyi gördüm.					
8. Ben çocukken, ailemde kendimi önemli ya da özel hissetmemi sağlayan biri vardı.					
9. Ben çocukken, ailemde kendimi dövüşerek, ona vurarak, ya da ondan kaçarak korumak zorunda kaldığım biri vardı.					
10. Ben çocukken, ailemde, başarılı biri olmamı isteyen, bir kişinin varlığını hissedirdim.					
11. Ben çocukken, değişik zamanlarda değişik kişilerin yanında yaşadım (değişik yakınlarımla ya da evlatlık verildiğim ailelerle).					
12. Ben çocukken, sevildiğimi hissedirdim.					
13. Ben çocukken, annem ve babam, bana ve kardeşlerime eşit davranmaya çalışırlardı.					
14. Ben çocukken, ailemdeki kişilerden, bir doktora ya da hastaneye gitmek zorunda kalacak denli dayak yediğim oldu.					
15. Ben çocukken, ailemde, beni başımın belaya girmesinden koruyan birileri vardı.					
16. Ben çocukken, ailemdekiler, beni bir yerlerim çürüyecek ya da iz kalacak denli döverdi.					
17. Ben çocukken, bir erişkinle ya da benden en az beş yaş büyük birisiyle cinsel ilişkim oldu.					
18. Ben çocukken, kemer, sopa, oklava ya da benzeri sert cisimlerle dövülerek cezalandırıldım.					
19. Ben çocukken, ailemizin üyeleri birbirlerini gözetirlerdi.					

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Çok sık
20. Ben çocukken, annemle babam ayrı yaşardı ya da boşanmıştı.					
21. Ben çocukken, fiziksel olarak istismar edildiğime inanıyorum.					
22. Ben çocukken, ailemdeki kişiler beni kötü etkilerden korumaya çalıştılar.					
23. Ben çocukken, evde bana bakan ve benim sorumluluğumu üstlenen bir kişi vardı.					
24. Ben çocukken, öğretmen, komşu ya da doktor gibi kişilerin dikkatini çekecek denli kötü dayak yedim.					
25. Ben çocukken, ailemde denetimsiz davranışları olan kişiler vardı.					
26. Ben çocukken, ailemdeki kişiler beni okula devam etmem ve eğitimimi sürdürmem için yüreklendirdi.					
27. Ben çocukken, bana verilen cezalar çok katıydı.					
28. Ben çocukken, ailemdeki kişiler birbirlerine yakındılar.					
29. Ben çocukken, birisi bana cinsel amaçla dokunmayı ya da kendisine dokundurtmayı denedi.					
30. Ben çocukken, ailemdeki kişiler beni itip-kaktı.					
31. Ben çocukken, birisi, kendisiyle cinsel ilişkim olmazsa beni incitmekle ve hakkımda yalanlar söylemekle tehdit etti.					
32. Ben çocukken, çocukluğum mükemmeldi.					
33. Ben çocukken, ailemde incitilmekle korkutuldum.					
34. Ben çocukken, birisi benimle cinsel içerikli davranışlara girmeyi ya da bana cinsellikle ilgili şeyler izlettirmeyi denedi.					
35. Ben çocukken, ailemde bana güvenen biri vardı.					
36. Ben çocukken, duygusal olarak istismar edildiğime inanıyorum.					
37. Ben çocukken, ailemdeki kişiler ne yaptığımla ilgilenir gibi gözükmezler ya da ne yaptığımı bilmezlerdi.					
38. Ben çocukken, dünyadaki en iyi aileye sahiptim.					
39. Ben çocukken, cinsel olarak istismar edildiğime inanıyorum.					
40. Ben çocukken, ailem güç ve destek kaynağımdı.					

Ek:3**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ**

Bu sorular çocukluğunuzda ya da ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir, lütfen elinizden geldiği kadar gerçeğe uygun yanıtlar veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

	1	2	3	4	5
1.Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Sevdiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi					
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.					

	1	2	3	4	5
.					
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi					
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürececek birisi vardı.					
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					

Ek:4

KASITLI KENDİNE ZARAR VERME ANKETİ

1- Hiç isteyerek (veya kasten) kendi bileğinizi, kolunuzu veya vücudunuzun bir bölgesini kestiniz mi?

0- Hayır 1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

2- Hiç isteyerek (veya kasten) kendinizi bir sigarayla yaktınız mı?

0- Hayır 1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bun son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

3- Hiç isteyerek (veya kasten) kendinizi bir çakmak veya kibritle yaktınız mı?

0- Hayır 1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

4- Hiç isteyerek (veya kasten) derinize kelimeler kazıdınız mı?

0- Hayır 1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

5- Hiç isteyerek (veya kasten) derinize resimler, şekiller kazıdınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

6- Hiç isteyerek (veya kasten) kendinizi iz bırakacak veya kanatacak kadar ciddi bir şekilde tırmaladınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

7- Hiç isteyerek (veya kasten) derinizi ciddi şekilde tahriş edecek kadar kendinizi ısırdınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bun son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

8- Hiç isteyerek (veya kasten) vücudunuza zımpara kağıdı sürttünüz mü?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

9- Hiç isteyerek (veya kasten) derinizin üstüne asit damlattınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

10- Hiç isteyerek (veya kasten) çamaşır suyu veya mutfak temizleyicilerini derinizi ovalamak için kullandınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

11- Hiç isteyerek (veya kasten) enjektör iğnesi, toplu iğne, zimba teli gibi keskin şeyleri derinize sapladınız mı (Dövme, kulak küpeleri, madde kullanımı için olan iğneler veya vücut piercing'i hariç)?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

12- Hiç isteyerek (veya kasten) derinize cam sürttünüz mü?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

13- Hiç isteyerek (veya kasten) kendi kemiklerinizi kırdınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı intihar amacıyla mı yaptınız?

Bu davranışı niçin yaptınız?

14- Hiç isteyerek (veya kasten) görünür bir berelenmeye neden olacak şekilde kafanızı bir şeylere vurdunuz mu?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

15- Hiç isteyerek (veya kasten) görünür bir berelenmeye neden olacak şekilde kendinizi zımbaladınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

16- Hiç isteyerek (veya kasten) yaranızın iyileşmesini önlediniz mi?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

17- Hiç isteyerek (veya kasten) yüksek dozda ilaç içtiniz mi (hekimin önerdiği dozlar dışında)?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

18- Hiç isteyerek (veya kasten) içilmemesi-yenilmemesi gereken bir şeyi içtiniz mi-yediniz mi?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

19- Hiç isteyerek (veya kasten) yüksek bir yerden atladınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

20- Hiç isteyerek (veya kasten) yasadışı veya uyuşturucu ya da uyarıcı özellikteki bir maddeyi alışılmış dozdan çok yüksek dozda kullandınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

21- Hiç isteyerek (veya kasten) bunlar dışında kendinize zarar verdiğiniz başka bir şey yaptınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Kendinize nasıl zarar verdiniz?

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

Kendine zarar verme davranışının motivasyonu:

Bu davranışı niçin yaptınız?

- 1- Ölmek istedim.
- 2- Üzüntü ve depresyondan kurtulmak istedim.
- 3- Varlığımı hissetmek istedim.
- 4- Hissedememekten kurtulmak istedim.
- 5- Çaresizlik hislerini durdurmak istedim.
- 6- Umutsuzluk hislerini durdurmak istedim.
- 7- Mutlu olmak istedim.
- 8- Öfkemi başka birine de göstermek istedim.
- 9- Birinden intikam almak istedim.
- 10- Bastıramadığım ve istemediğim hatıraları, geçmişteki olayların birden aklıma gelmesini ve kabusları durdurmak istedim.
- 11- Kontrolü yeniden kazanmak istedim.
- 12- Aşırı sıkıntıdan kurtulmak istedim.
- 13- Stresten kurtulmak istedim.
- 14- Kendimi cezalandırmak istedim.
- 15- Kendime olan öfkemi göstermek istedim.
- 16- Hissettiğim çaresizliği göstermek istedim.
- 17- Biri veya birilerinin gerçekten beni sevip sevmediğini anlamak istedim.
- 18- Biri veya birilerini korkutmak istedim.
- 19- Biri veya birilerinin dikkatini çekmek istedim.
- 20- Biri veya birilerinin davranışlarını değiştirmek istedim.