

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

**İNTİHAR AMACI OLMAYAN KENDİNE ZARAR
VERME DAVRANIŞI OLAN ERGENLERİN
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, DİSOSİYATİF
YAŞANTILAR VE BAĞLANMA YÖNÜNDEN
İNCELENMESİ**

BESTE DİLA EREN SARIKAYA

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2019

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

**İNTİHAR AMACI OLMAYAN KENDİNE ZARAR
VERME DAVRANIŞI OLAN ERGENLERİN
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, DİSOSİYATİF
YAŞANTILAR VE BAĞLANMA YÖNÜNDEN
İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

BESTE DİLA EREN SARIKAYA

İÇİNDEKİLER

TABLolar	i
KISALTMALAR	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1 Kendine Zarar Verme Davranışı.....	4
2.1.1 Tanım	4
2.1.2 DSM- 5 Tanı Ölçütleri	5
2.1.3 Epidemiyoloji.....	6
2.1.4 Tarihçe	6
2.1.5 Etiyoloji.....	8
2.2 Çocukluk Çağı Travmaları	15
2.2.1 Tanım	15
2.2.2 Çocukluk Çağı Travması Tipleri	16
2.3 Disosiasyon.....	19
2.4 Çocukluk Çağı Travması, Disosiasyon ve Kendine Zarar Verme Davranışı İlişkisi	22
2.5 Bağlanma	23
2.5.1 Bağlanma Kuramı	24
2.5.2 Bağlanma ve Psikopatoloji	27
3.HİPOTEZLER	29
4.GEREÇ VE YÖNTEM	29
4.1 Araştırmanın Türü	29
4.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	29

4.3 Araştırmanın Örnekleme	30
4.4 Örneklemin Seçimi	30
4.4.1 Kendine Zarar Verme Davranışı Bulunan Olgu Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri	30
4.4.2 Kendine Zarar Verme Davranışı Bulunmayan Fakat Herhangi Bir Psikiyatrik Hastalık Tanısı Bulunan Olgu Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri	31
4.4.3 Sağlıklı Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri	31
4.4.4 Tüm Gruplar İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri	31
4.5 Veri Toplama Kaynakları	32
4.5.1.Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu	32
4.5.2.Sosyodemografik Veri Formu	32
4.5.3.Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie-SADS-lifetime Version (K-SADS-PL)	32
4.5.4.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)	32
4.5.5.Ergen Disosiyatif Yasantılar Ölçeği (A-DES)	33
4.5.6.Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu (EABÖ)	33
4.6 Etik Kurul Onayı	34
4.7 Araştırmanın İstatistiği	34
5.BULGULAR	35
5.1 Katılımcıların Bireysel ve Ailesel Özellikleri	35
5.1.1 Yaş	35
5.1.2 Cinsiyet	35
5.1.3 Eğitim Durumu	36
5.1.4 Başarı Durumu	36
5.1.5 Gelir Durumu	37
5.1.6 Arkadaş İlişkileri	37

5.1.7 Yaşanılan Ortam	38
5.1.8 Aile Yapısı	39
5.1.9 Anne-Baba Yaşı	39
5.1.10 Anne ve Babaların Eğitim Durumu	39
5.1.11 Anne ve Babaların Çalışma Durumu	40
5.1.12 Kardeş Sayısı	41
5.1.13 Mevcut Psikiyatrik Tanılar	41
5.1.14 Kendine Zarar Verme Davranışı Özellikleri	42
5.1.15 Kullanılan Psikiyatrik İlaçlar	43
5.1.16 Sigara Kullanımı ve Miktarı	44
5.1.17 Alkol Kullanımı ve Sıklığı	45
5.1.18 Madde Kullanımı ve Kullanılan Madde Çeşidi	46
5.1.19 Eşyalara, İnsanlara Zarar verme ve Adli Olaya Karışma	47
5.1.20 İntihar Düşünceleri ve Girişimi	48
5.1.21 İntihar Yöntemi ve İntihar Girişimi Sayısı	49
5.1.22 Aile Özellikleri	50
5.1.23 Klinik Örneklemnin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi	51
5.2 Katılımcıların Ölçek Puanları Açısından Değerlendirmeleri	52
5.2.1 Tüm Örneklemnin Ana Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	52
5.2.2 Tüm Örneklemnin Alt Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	53
5.2.3 Grup 1 ve Grup 2'nin Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Alt Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	55
5.2.4 İntihar Düşüncelerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	56
5.2.5 İntihar Girişimlerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	57
5.2.6 Çocukluk Çağı Travması Ölçeği, Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Puanlarının Korelasyon Analizi ile İncelenmesi	58

6.TARTIŞMA	61
6.1 Sosyodemografik Veriler.....	61
6.1.1 Yaş	61
6.1.2 Cinsiyet	61
6.1.3 Okul Başarısı.....	62
6.1.4 Yaşanılan Ortam	62
6.1.5 Aile Yapısı	63
6.1.6 Arkadaş İlişkileri.....	63
6.2. Psikiyatrik Tanılar	64
6.3 Kendine Zarar Verme Davranışının Özellikleri	65
6.4 Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı.....	66
6.5 Eşyalara, İnsanlara Zarar verme ve Adli Olaya Karışma	68
6.6 İntihar Düşünceleri ve Girişimi	69
6.7 İntihar Yöntemi ve Girişimi Sayısı.....	70
6.8 Aile Özellikleri	71
6.9 Ölçek Puanları	72
7.SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	75
7.1 Sonuçlar	75
7.2 Öneriler	77
8.ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	77
9.KAYNAKÇA	79
10. EKLER.....	92

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 Olgu ve Kontrol Gruplarında Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 2 Olgu ve Kontrol Gruplarının Cinsiyet Dağılımı Açısından Karşılaştırılması.....	36
Tablo 3 Olgu ve Kontrol Gruplarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması	36
Tablo 4 Olgu ve Kontrol Gruplarının Başarı Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	37
Tablo 5 Olgu ve Kontrol Gruplarının Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	37
Tablo 6 Olgu ve Kontrol Gruplarının Arkadaş İlişkileri Açısından Karşılaştırılması	38
Tablo 7 Olgu ve Kontrol Gruplarının Yaşadıkları Yer Açısından Karşılaştırılması.....	38
Tablo 8 Olgu ve Kontrol Gruplarının Aile Yapısı Açısından Karşılaştırılması	39
Tablo 9 Olgu ve Kontrol Gruplarının Anne Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması	40
Tablo 10 Olgu ve Kontrol Gruplarının Baba Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması.....	40
Tablo 11 Olgu Gruplarının Mevcut Psikiyatrik Tanılar Açısından Karşılaştırılması	42
Tablo 12 Grupl'in Kendine Zarar Verme Davranışı Özellikleri	43
Tablo 13 Olgu Grupların Kullanılan Psikiyatrik İlaç Açısından Karşılaştırılması	44
Tablo 14 Olgu ve Kontrol Gruplarının Sigara Kullanımı Açısından Karşılaştırılması.....	44
Tablo 15 Olgu ve Kontrol Gruplarının Sigara Kullanım Miktarı Açısından Karşılaştırılması	45
Tablo 16 Olgu ve Kontrol Gruplarının Alkol Kullanımı Açısından Karşılaştırılması	45
Tablo 17 Olgu ve Kontrol Gruplarının Alkol Kullanım Sıklığı Açısından Karşılaştırılması .	46
Tablo 18 Olgu ve Kontrol Gruplarının Madde Kullanımı Açısından Karşılaştırılması.....	46
Tablo 19 Olgu ve Kontrol Gruplarının Kullandıkları Madde Açısından Karşılaştırılması.....	47
Tablo 20 Olgu ve Kontrol Gruplarının Eşyaya İnsanlara Zarar verme ve Adli Olaya Karışma Açısından Karşılaştırılması	48
Tablo 21 Olgu ve Kontrol Gruplarının İntihar Düşüncesi ve Girişimleri Açısından Karşılaştırılması	49
Tablo 22 Olgu ve Kontrol Gruplarının İntihar Yöntemi Açısından Karşılaştırılması.....	49

Tablo 23 Olgu ve Kontrol Gruplarının İntihar Girişim Sayıları Açısından Karşılaştırılması .	50
Tablo 24 Olgu ve Kontrol Gruplarının Aile Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	50
Tablo 25 Klinik Örneklemin (Grup 1 ve Grup 2) Sosyodemografik Değişkenlere Göre Ki-Kare Testiyle Karşılaştırılması.....	51
Tablo 26 Olgu ve Kontrol Gruplarının Ana Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	52
Tablo 27 Olgu ve Kontrol Gruplarının Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Alt Puanları Açısından Karşılaştırılması	54
Tablo 28 Olgu ve Kontrol Gruplarının Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu Alt Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	55
Tablo 29 Klinik Örneklemin (Grup 1 ve Grup 2) Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Alt Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	56
Tablo 30 İntihar Düşüncesi Olan ve Olmayanların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	57
Tablo 31 İntihar Girişimi Olan ve Olmayanların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	58
Tablo 32 Tüm Örnekleimde Çocukluk Çağı Travması Ölçeği, Ergen Disosiyatif Yasantılar Ölçeği, Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Puanlarının Spearman Korelasyon Analizi ile İncelenmesi.....	59
Tablo 33 Grup 1 Örnekleminde Çocukluk Çağı Travması Ölçeği, Ergen Disosiyatif Yasantılar Ölçeği, Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Puanlarının Spearman Korelasyon Analizi ile İncelenmesi.....	60

KISALTMALAR

ADES :	Adolescent Dissociative Experiences Scale
Ark. :	Arkadaşları
ANOVA:	Analysis of Variances
ANCOVA:	Analysis of Covariances
BOS:	Beyin Omurilik Sıvısı
BTA:	Başka Türü Adlandırılmayan
Cİ:	Cinsel İstismar
ÇÇTÖ:	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
ÇDŞG-ŞY:	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu
DEHB:	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EABÖ:	Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği
HPA:	Hipotalamo pitüiter adrenal
ICD:	The International Classification of Diseases
KSADS-PL:	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Present and Lifetime Version
KVZD:	Kendine Zarar Verme Davranışı
MDB:	Majör Depresif Bozukluk
MKB:	Madde Kullanım Bozukluğu
OKB:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PTSB:	Posttravmatik Stres Bozukluğu
SS:	Standart Sapma
STKB:	Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu
TBB:	Tepkisel Bağlanma Bozukluğu
YAB:	Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgilerini ve deneyimlerini benimle paylaşan, gelişimime büyük katkıları olan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Süha MİRAL, Prof.Dr. Özlem GENCER, Prof. Dr. Aynur AKAY, Prof. Dr. Neslihan EMİROĞLU, Doç. Dr. Aylin ÖZBEK, Yrd. Doç. Dr.Sevay ALŞEN GÜNEY, ve bölümümüzün kurucusu olan değerli hocam Prof. Dr. Ayşen BAYKARA'ya,

Birlikte çalışma imkânına sahip olduğum için kendimi şanslı hissettiğim, poliklinikte neşesi, esprileri ve bilgisiyle her zaman yanımda olan, varlığı sayesinde kendimizi güçlü hissetmemizi sağlayan, asistanlık süresi boyunca eğitimimde çok büyük katkıları olan, hayranlık duyduğum sevgili tez danışmanım Doç. Dr. Burak BAYKARA'ya

Tez sürecimin başında birlikte çalışma fırsatı bulduğum, hastane dışında da eğlenceli yanı ve neşesiyle yanımda olan Doç. Dr. Taner GÜVENİR'e, asistanlık süreci boyunca bana her türlü destek olup yeri geldiğinde abla olan sevgili Uzm. Dr. Burcu SERİM DEMİRGÖREN'e

Asistanlık hayatımın tüm zorlu zamanlarında yanımda olup desteğini esirgemeyen, bilgisine ve zekasına her daim hayranlık duyduğum, yardımseverliği sayesinde tez süreci boyunca beni bir an olsun yalnız bırakmayan arkadaşım Dr. Çağatay ERMİŞ'e

Asistanlık hayatımdaki ilk arkadaşım, en büyük desteklerimden biri olan, zorlu geçen zamanları yaşanabilir kılan, burada geçirdiğim dört yılı güzelleştiren değerli dostum Dr.Emin ÇAĞLAR'a

Yeri geldiğinde beraber güldüğümüz yeri geldiğinde beraber ağladığımız tüm zamanlar, zor anlarımdaki sonsuz desteği ve hayatıma kattığı güzellikler sayesinde hayatımı değişmesini sağlayan canım arkadaşım Dr. Tuğçe Cansu ÖZÇELİK'e

Gereksinim duyduğum anlarda desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım, geçirdiğimiz tüm güzel zamanlar için sevgili arkadaşım Dr. Seçil GÜNDÜZ ÜNSAL'a

Varlığıyla hayatıma neşe ve enerji katan, beraber çalıştığımız tüm anlar, hastanede sayesinde geçirdiğim tüm güzel zamanlar için fahri eşkıdemim, akademimizin saygıdeğer kurucu üyesi Dr.Elif ÇETİNOĞLU'na

İlk görüşte arkadaşlığa inanmamı sağlayan, arkadaşlığın ve dostluğun süre ile ilişkili olmadığını bana gösteren, neşesi, enerjisi, düzlüğü ve hayatıma kattığı tüm güzellikler için, akademimizin diğer saygıdeğer üyesi Dr.Ecem İNCE'ye

Tezime olan büyük katkıları için sevgili arkadaşlarım Dr.Berkin AKBAYDAR ve Dr.Nurten Gözde Kamar'a

Asistanlık süresi boyunca değerli arkadaşlıkları için Doğukan ,Fatih, Oğuzhan, Gözde, Mert, Begüm, Berrin, Bari, Pelin, Merve, Ayça, Didem, Önder, Esin, Bahar, Buket, Berkay, Seren, Tuğçe, Nazan, Nurgül, Eren H., Eren B., Zeynep A., Zeynep E., Eda, Ekin, Duru'ya

Psikiyatri rotasyonum sırasında destekleri her zaman hissettiğim hocalarım Prof. Dr.Can CİMİLLİ, Prof. Dr. Tunç ALKIN, Prof. Dr. Köksal ALPTEKİN, Prof. Dr. Ayşegül ÖZERDEM, Prof. Dr. Beyazıt YEMEZ, Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ, Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE, Prof. Dr. Elif ONUR AYSEVENER, Doç. Dr Halis ULAŞ, Doç. Dr. Neşe DİREK TECİRLİ, Doç. Dr. Tolga BİNBAY'a ve psikiyatri asistanlarına,

Çocuk nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tüm hocalarıma,

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım Uzm. Psikolog Esmahan ORÇIN, Psikolog Ümit ŞAHİN, Psikolog Özge KARAKUŞ, Sosyal Hizmet Uzmanı Tülin ASLANER, Sorumlu Hemşire Emel ÇEVRİM, , hemşire arkadaşlarım Gülcan, Zeynep, Aysel, Birgül ve Rüya'ya, anabilim dalı sekreterlerimiz Naciye ÖZEGEMEN ve Duygu ÖZBEK'e, poliklinik sekreterimiz Selcan ULUÇAY, Yasin KÜÇÜKÇAPRAZ, Senem GÜRTAŞ ve Meltem ÇAM KARAASLAN'a, servis sekreterimiz Gülçin ALGÜLLER'e, arşiv sorumlumuz Ozan ŞAKAR'a, personelimiz Şerife DİBEK, Döndü DOĞAN, Suzan DENİZ ve tüm çalışanlara,

Fiziken yanımda olamasalar bile manevi olarak desteklerini hep hissettiğim can arkadaşlarım Cansu ÖZÇAKIR, Cansu KILINÇ, Gamze HASDEMİR ve Kübra MIDİK'a

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gençler ve ailelerine,

Bana düşünmeyi yeniden öğreten, kendimi keşfetmemi sağlayan, varlığı ve tüm destekleri için sevgili terapistim Doç Dr. Gamze AKYÜZ'e

Hayatıma girdiği ilk günden beri kendimi çok mutlu ve şanslı ve hissetmemi sağlayan, varlığıyla ve sevgisiyle beni güçlü hissettiren, hayatıma kattığı tüm güzellikler ve sonsuz desteği için kıymetlim Ege SARIKAYA'ya

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan, öğrenim hayatım boyunca maddi-manevi desteklerini esirgemeyen, inandığım yolda ilerlemem ve hayallerimi gerçekleştirmem için bana cesaret veren canım annem Fatma EREN, canım babam Hakkı EREN, ve doğduğu ilk günden beri yalnız hissetmememi sağlayan, hayatıma renk katan biricik kardeşim Görkem EREN'e

TEŞEKKÜR EDERİM...

BESTE DİLA EREN

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada intihar amacı olmayan kendine zarar verme davranışı bulunan olgular ve kendine zarar verme davranışı olmayıp herhangi bir psikiyatrik hastalığa sahip olgular ile sağlıklı kontrol grubunun çocukluk çağı travmaları, disosiyatif yaşantılar ve bağlanma yönünden incelenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Metot: Çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kendine zarar verme davranışı ve herhangi bir psikopatoloji tanısı bulunan 14-18 yaş arası 40 olgu ilk olgu grubunu, bu gruba benzer psikiyatrik hastalık tanısı bulunan fakat kendine zarar verme davranışı bulunmayan 14-18 yaş arası 40 olgu ikinci olgu grubunu ve bu gruplara benzer sosyodemografik özellikleri olan 14-18 yaş arası 40 ergen ise sağlıklı kontrol grubunu oluşturmuştur. Çalışmada olgu ve kontrol gruplarında KZVD tanısının değerlendirmesi için DSM-5 (Uluslararası Tanı Ölçütleri) kullanılmıştır. Tüm katılımcılarda eşlik eden psikiyatrik bozukluklar KSADS-PL (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli) ile değerlendirilmiştir. Hem olgu hem kontrol gruplarına Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu (EABÖ) ve Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (ADES) verilerek doldurmaları istenmiştir. KZVD ile ilişkili bağımsız değişkenler ve eşlik eden psikiyatrik güçlükler sistematik olarak incelenmiştir.

Bulgular: Üç grup arasında yapılan analizlere bakıldığında sigara kullanımı, alkol kullanımı, eşyalara zarar verme öyküsü, insanlara zarar verme öyküsü, intihar düşünceleri, intihar girişimi, intihar girişimi sayısı, ailede intihar öyküsü, ADES toplam puanı, ÇÇTÖ toplam puanı, EABÖ anne, baba ve arkadaşla bağlanma toplam puanları, ÇTTÖ alt ölçeklerinden cinsel, fiziksel ve duygusal istismar, EABÖ alt ölçeklerinde ise arkadaş iletişim hariç diğer tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. KZVD öyküsü ve herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunan ilk grup ile KZVD öyküsü bulunmayıp herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunan ikinci grup karşılaştırıldığında birinci grubun alkol kullanımının, insanlara ve eşyalara zarar verme öyküsünün daha fazla olduğu, daha çok intihar düşüncesi ve girişimi bulunduğu, ADES toplam puanının daha yüksek olduğu, EABÖ alt ölçeklerinden babaya bağlanma toplam puanının

daha düşük olduğu, ÇÇTÖ alt ölçeklerinden ise fiziksel ve duygusal istismar puanlarının ise daha yüksek olduğu görölmüştür. Çalışmaya katılan tüm katılımcıların aldığı puanların ortalamasına göre çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki korelasyonu değerlendirmek amacıyla analiz yapıldığında ADES toplam puanı ÇÇTÖ Ölçeği toplam puanı ile, ÇÇTÖ toplam puanı EABÖ anneye bağlanma alt ölçeği toplam puanı ile, ÇÇTÖ duygusal istismar alt ölçek puanı EABÖ anne ve babaya bağlanma alt ölçeği toplam puanları ile yüksek düzeyde korele bulunmuştur.

Sonuç: İntihar amacı olmayan kendine zarar verme davranışı bulunan olgular ve kendine zarar verme davranışı olmayıp herhangi bir psikiyatrik hastalığa sahip olgular ile sağlıklı kontrol grubunun çocukluk çağı travmaları, disosiyatif yaşantılar ve bağlanma açısından anlamlı farklılık saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kendine zarar verme, çocukluk çağı travması, disosiasyon, bağlanma

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate and compare patients having a psychiatric disorder and non-suicidal self-injurious behavior (NSSIB), patients having a psychiatric disorder without NSSIB and healthy controls regarding their childhood traumas, dissociative experiences, and attachments to caregivers.

Method: The study was performed in the outpatient unit of the child and adolescent psychiatry department at Dokuz Eylul University Hospital. Participants (aged between 14-18 years) involving NSSIB group (n=40), comparison group having a psychiatric disorder without NSSIB (n=40), and healthy controls with similar sociodemographic variables (n=40) were included in the study. Both patient groups and healthy controls were assessed for the presence of NSSIB in a clinical interview as per the diagnostic criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5). Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Present and Lifetime Version (KSADS-PL) was also implemented to detect comorbid psychiatric disorders. Sociodemographic data form, the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the short form of the Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA, including mother, father and friend subscales), and the Adolescent Dissociative Experiences Scale (ADES) were given to all participants for data collection. All independent variables and comorbid psychiatric disorders associated with NSSIB were assessed systematically.

Findings: Study groups were found statistically different in terms of smoking, alcohol consumption, aggression to psychical objects, aggression to others, suicidal thoughts, the history of past suicide attempt(s), the number of past suicide attempts, the family history of suicide attempt(s), total score of ADES, total score of CTQ, total scores of CTQ subscales (including sexual/physical/emotional abuse subscales), and total scores of all IPPA subscales (except for the friend communication subscale). NSSIB group more frequently reported alcohol consumption, aggression to psychical objects, aggression to others, suicidal thoughts, the history of past suicide attempt(s), higher total scores of ADES, lower total scores of the father attachment subscale of IPPA, higher total scores of /physical/emotional abuse subscales of CTQ. Correlation analysis was performed for the scales including all participants of the study. There was a statistically significant correlation between total scores of ADES and CTQ. Total scores of mother attachment subscales of IPPA were significantly correlated with the total score

of CTQ. Total scores of emotional abuse subscales of CTQ was found in correlation with total scores of mother and father attachment subscales of IPPA.

Result: Patients with NSSIB significantly differed from patients without NSSIB and healthy controls regarding childhood traumas, dissociative experiences and attachments scores.

Keywords: Non-suicidal self-injury, childhood trauma, dissociation, attachments



1.GİRİŞ

Kendine zarar verme davranışı (KZVD), son yıllarda yaygınlığı artmakta olan ve özellikle ergenlik döneminde sıklıkla görülen önemli bir ruh sağlığı problemidir. Favazza (1998), KZVD'ni "kişinin yaşamını sonlandırma amacı olmaksızın kasıtlı olarak ve tekrarlayıcı biçimde beden dokularına zarar vermesi" olarak tanımlamıştır [1]. KZVD ile ilgili yapılan tanımlarda ortak olan özellikler; bedenın belirli bölümlerine zarar verilmesi, tekrarlayıcı olması, kasıtlı olması ve ölüm niyetini içermemesidir. Kişinin bilinçli olarak yaptığı kendini kesme, deriyi yolma, yakma, çizme, kazıma ve benzeri davranışlar KZVD'ler içerisinde yer alır [2]. Kendine zarar verme davranışı ergenlik döneminden önce nadir görülmekte olup, ergenlik süresince yaygınlaşmaktadır. KZVD, genelde 10-24 yaş arasında başlamaktadır ve ortalama başlama yaşı 13-14 yaş olarak bildirilmektedir [3, 4]. Tarlacı ve arkadaşları (1997) tarafından Türkiye'de yapılan bir araştırmada ise KZVD'nin daha çok 16-20 yaşları arasında başladığı bulunmuştur [5]. KZVD'nin prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı oranlar mevcut olmasına karşın toplum örneklemleri çalışmalarda ergenlerin %13-%45'i yaşamlarının bir noktasında KZVD'de bulduklarını bildirmişlerdir. İstanbul'da 2003 yılında Zoroğlu ve arkadaşlarının lise örnekleminde yaptığı bir çalışmada, KZVD sıklığı % 21,4 olarak saptanmıştır; erkek ve kız katılımcılar kıyaslandığında KZVD sıklığı açısından fark bulunamamıştır [6].

Ergenlerde KZVD; psikososyal, genetik, biyolojik, psikiyatrik hastalıklar gibi birçok faktör nedeniyle meydana gelebilmektedir [7]. Psikososyal faktörler arasında KZVD ile ilişkili en önemli faktörlerden biri erken çocukluk veya ergenlik döneminde olumsuz yaşam olaylarına (istismar ve ihmal) maruz kalınmasıdır [8]. Bu istismar; duygusal, fiziksel ya da cinsel istismar şeklinde sınıflandırılabilir. İstismar veya ihmale uğrayan ergenin yaşadığı travmatik olay ile ilgili yeniden yaşantılar sonrasında yaşadığı sıkıntı hissi ile baş edebilmek için kendine zarar verme davranışını daha fazla yaptıkları görülmektedir [9]. Fiziksel istismar sonucunda beden ve kendilik kavramının ayrıştığı, ağrı duyusunun daha az hissedildiği ve bedene zarar vermenin daha kolay hale geldiği belirtilmiştir [10]. Cinsel istismar da KZVD (özellikle kendini kesme) için bir risk faktörüdür. Yapılan çalışmalarda KZVD öyküsü bulunan ergenlerin neredeyse tamamında, KZVD öyküsü bulunmayanlara kıyasla daha sık cinsel istismar öyküsü olduğu bildirilmiştir [11]. İstismara uğramış bireylerin kendilerine zarar vermelerinin altında yatan nedenler; Kendini cezalandırmak, başa çıkmada yetersizlik, duyguları bastırmadaki yetersizlik, öfkenin farkına varmak, sembolleştirme, intikam almak,

kendilik kontrollerini sağlamak ve yaşadıklarını kendilerine göstermek şeklinde sıralanabilir [12].

Benliğin savunma mekanizmalarından birisi olan disosiyasyon ise normalde bütünlük içinde işlev gören düşünce, bellek, duygu ve kimlik gibi süreçlerde ayrılma ya da değişme olmasıdır. Yaşantının üstesinden gelme çabası olarak kullanılırken, zamanla patolojik bir sürece dönüşebilmektedir. Disosiyasyon çocukluk döneminde yaşanan fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ayrıca fiziksel ve duygusal ihmal gibi travmatik deneyimlerin negatif etkilerine karşı, bireyin psikolojik bütünlüğünü korumak amacıyla kullandığı bir savunma mekanizmasıdır. Birey disosiyasyon yardımı ile yaşadığı deneyim ve bu deneyime dair duygularını geçici olarak birbirinden ayırabilmektedir [13]. Çocukluk çağı travmaları ile disosiyasyon arasında ilişki olduğu birçok çalışma tarafından oraya konmuştur. Zoroğlu ve ark.'nın 2001 yılında ergenlerde yaptığı bir çalışmada çocuklukta yaşanan ruhsal travma öyküsü bulunan katılımcılarda, travması öyküsü bulunmayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek disosiyasyon düzeyleri gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca KZVD olan ergenlerde de disosiyatif yaşantılar KZVD olmayan ergenlere göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur [14].

Bağlanma ise, yaşamın ilk günlerinden itibaren başlayan, bebek ile sürekli bakım veren kişi arasında kurulan (genelde anne) ve temel güven duygusunu geliştiren ilk bağ olma özelliğini taşımaktadır ve bu bağ yaşam boyu sürer [15]. Anne çocuk ilişkisi kişinin ilk temel ilişkisidir ve bu ilişki hayatın takip eden dönemlerinde gerçekleşecek diğer bağlanmalar için örnek niteliği taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda güvensiz bağlanma stili takip eden dönemlerdeki psikopatolojinin öncülü olarak bulunmuş, güvenli bağlanma stili ise sağlıklı süreçlerle ilişkili bulunmuştur [16]. Güvenli bağlanma stiline sahip ergenler ergenlik döneminde daha az kriz yaşarken, güvenli olmayan bağlanma stiline sahip olan ergenlerin ergenlik dönemi zor geçmektedir ve bu dönemde birçok kriz görülmektedir. Güvenli olmayan bağlanma stiline sahip ergenler stres ve zor durumlar karşısında dayanıksızdırlar ve kriz esnasında ebeveynlerinden ya da akranlarından destek almayı reddederler ve KZVD ya da intihar girişimi gibi riskli davranışlar da bulunurlar [17]. Boylamsal bir çalışmada, daha önce psikiyatri kliniğinde yatırılarak tedavi edilen ergenler ile hastanede yatış öyküsü olmayan ergenler, bağlanma stilleri ve psikopatoloji ilişkisi bakımından değerlendirilmiştir. Psikiyatri servisine yatan gruptaki güvensiz bağlanma stili olan ergenlerin madde kötüye kullanımı, KZVD, intihar girişimi, suç girişiminde bulunma ve çözülmemiş geçmiş travma öyküsüne sahip olma oranları, psikiyatri servis yatışı bulunmayan ergenlere göre daha fazla bulunmuştur

[18]. Ayrıca literatürde bağlanma stili ve disosiyasyon arasındaki ilişki de çalışmalar tarafından gösterilmiştir. Liotti (1992) dezorganize/güvensiz bağlanma tipinin karakteristik davranış özelliklerinin disosiyasyon ile çok benzer olduğunu ve bu bağlanma tipine sahip bebeklerin daha sonraki yaşantılarında disosiyatif yaşantılarının olma ihtimalinin yüksek olduğunu öne sürmüştür [19]. Ülkemizde, KZVD konusunda yapılmış sınırlı sayıda çalışma mevcut olup yapılan çalışmalar genellikle erişkinlik dönemine ait çalışmalardır. Oysa KZVD ergenler arasında gittikçe yaygınlaşan bir durum olup bu gençlere klinik açıdan yardımcı olabilmek için, bu davranışın nedenlerini ve eşlik eden klinik durumları anlamak oldukça önemlidir. Literatüre bakıldığında ülkemizde, KZVD olan ergenlerde çocukluk çağı travması, disosiyatif yaşantılar ve bağlanmaya birlikte bakan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamızın KZVD bulunan ergenlerde bu davranışa neden olabilecek risk faktörlerini, prognozu, klinik gidişini ve tedaviyi belirlemek açısından oldukça önemli olduğu düşünülmüştür.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Kendine Zarar Verme Davranışı

2.1.1 Tanım

Kendine zarar verme davranışı tekrarlayıcı bir şekilde, kişinin bilinçli ölüm isteği olmaksızın, istemli ve amaçlı olarak yapılan, doku hasarı ile sonuçlanan, bireyin kendi bedenine yönelik girişimidir [20]. Günümüze kadar KZVD ile ilgili pek çok farklı tanımlama kaynaklarda belirtilmiştir.

Aşağıdaki tabloda bu tanımlamalara yer verilmiştir.

YAZAR	TANIM
Farberow	Bireyin kendisine ciddi bir şekilde zarar verecek biçimde kesmesi ya da vücudunun çeşitli bölümlerine zarar vermesi olarak tanımlanmıştır [21].
Walsh ve Rosen	İsteyerek ve amaçlı olarak yapılan, genellikle ölümcül olmayan ve toplumsal olarak kabul edilmeyen bir davranış olarak tanımlanmıştır [22].
Favazza	Tekrarlayıcı, yaşamı tehdit etmeyen, kendine fiziksel zarar verme davranışı olarak tanımlanmıştır [23].
Favazza ve Conterio	Kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişimi olarak belirtilmiştir [24].
Ghaziuddin ve ark.	Kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişimi olarak tanımlanmıştır [25].
LeBlanch	Ortama uyum sağlayamamanın ve hoşnutsuzluğun aynada bir yansıması olarak kendine zarar verme davranışı tanımlanmıştır [26].

Literatüre bakıldığında KZVD'ler arasında kendini kesmek %72'lik bir oran ile ilk sırada yer alırken, onu kendini yakmak (%35), kendine vurmak (%30), yaraların iyileşmesine izin vermemek (%22), kemik kırmak (%8) izlemektedir. En sık zarar verilen bölgelere bakıldığında ise; kollar, bacaklar, karın, kafa, göğüs ve genital olarak bulunmuştur. Kolay ulaşılabilmesi sebebiyle en yüksek oran %74 ile kollarda olarak izlenmektedir [27].

2.1.2 DSM- 5 Tanı Ölçütleri

DSM-5'te, ayrı bir başlık olarak, klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar bölümünde, kişisel öykünün olduğu diğer durumlar başlığı altında, 'kendine zarar verme öyküsü' şeklinde yeni bir tanı kategorisi olarak yer almaktadır. Tanı ölçütleri;

A. Kişinin son bir yıl içinde, beş veya daha fazla günde, kendi bedeni üzerinde ağrı, kanama veya bereye yol açacak şekilde istemli olarak hasar oluşturması (örn., kesme, yakma, bıçaklama, vurma, aşırı miktarda ovalama) ve bunu sosyal amaçlı (küpe takma, dövme yapma vb.) değil, sadece hafif veya orta düzeyde bir fiziksel zarara yol açma beklentisiyle yapması. Ölüm niyeti olmadığı ya hasta tarafından bildirilir, ya da hastanın deneyimlerinden, ölüme yol açma potansiyeli olmadığını bildiği yöntemleri kullanmasından anlaşılır (Eğer emin olunamıyorsa, Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Tip 2 ile kodlanır). Bu 6 davranış sık görülen ve önemsiz bir nitelikte olmamalıdır, örneğin yara yolma veya tırnak yeme gibi.

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

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

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

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

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

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

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

Potansiyel BTA Kategorileri:

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

Tip2, Niyet belirsizdir; özkıyımına da eğilimlidir [28].”

2.1.3 Epidemiyoloji

Swannell ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, KZVD sıklığı; ergenlerde, genç yetişkinlerde ve yetişkinlerde sırasıyla; %17,2, %13,4 ve %5,5 olarak tespit edilmiştir[29]. KZVD, genellikle 10-24 yaş arasında başlamaktadır ve ortalama başlama yaşı 13-14 yaş olarak bildirilmektedir[3, 4]. İstanbul'da 2003 yılında Zoroğlu ve arkadaşlarının lise örnekleminde yaptığı bir çalışmada, KZVD sıklığı % 21,4 olarak saptanmış; erkek ve kız örneklemler arasında KZVD sıklığı açısından fark bulunamamıştır. 2003 yılında yapılan bu çalışma ülkemizdeki lise öğrencileri arasındaki KZVD sıklığını göstermesi açısından oldukça önemlidir [6].

İzmir ilinde ise Lise öğrencileri arasında yapılan 1656 ergenin katıldığı bir toplum örneklemleri çalışmada ergenlerin %31,3'lük kısmının (n=519) hayat boyu en az 1 kez kendine zarar verdiği saptanmıştır. Aynı çalışmada kendine ilk zarar verme yaşı ortalaması ise 13,3 olarak gösterilmiş olup erkek ve kız ergenler kıyaslandığında KZVD sıklığı bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır [30].

2.1.4 Tarihçe

Kendine zarar verme davranışından bahseden yazılarda antik çağlarda da bu davranışın görüldüğü belirtilmiştir. Tarihin Altıncı Cildi adlı kitabında Herodot, “kendini dilim dilim

kesen bir kişiyi” anlatmaktadır. Eski Ahit’te, “bıçak ve neşterle kendilerini kesen bir gruptan”, Yeni Ahit’te ise “cinlerin etkisindeki bir adamın gece gündüz bağırp çağırıldığı ve kendisini taşla kestiğinden” bahsedilmektedir.[27, 31].

Yunan mitolojisine bakıldığında Kral Oedipus trajedisinde Kral Oedipus’un babasını öldürüp annesiyle evlendiğini öğrendiği zaman Sophocles’in günahkârlık ve suçluluk duyguları ile gözlerini çıkartıp Tebai şehrini terk ettiğinden bahsedilir. Norveç mitolojisinde ise Odin, sularında zekâ ve bilgelik akan Mirmir nehrinin suyundan bir tek yudum içebilmek için bir gözünü verir. 1200’lü yıllarda ise, Marco Polo anılarında Bağdat’ta tanıştığı bir ayakkabı tamircisinin, bir kadın müşterisinin terliklerini onarıırken bacağına baktığı için günah duyguları ile kendi sağ gözünü kör edişini anlatır [24].

KZVD tıp literatüründe ilk olarak 1846 yılında yer almıştır. Burada suçluluk duyguları nedeniyle iki gözünü de çıkararak bir kadın hastadan söz edilmiştir [31].

Emerson (1913), kendini kesme davranışını mastürbasyonun sembolik bir biçimi olarak değerlendirdiği çalışmasında, kendine zarar verme (self mutilation) kavramını ilk kez kullanmıştır [32]. Erken dönem psikanalitik çalışmalar, genital yaralanma ve organ kayıplarına neden olan KZVD’yi; kastrasyon fobisi, sapkın cinsel arzular ve mastürbasyon ile baş etmek için yapılan davranışlar olarak değerlendirmiştir. ‘Kendine Karşı İnsan’ adlı kitabında Menninger (1935), KZVD’yi, intiharı önleme amacı güden hafifletilmiş bir intihar girişimi olarak tanımlamıştır. Ayrıca kendine zarar verme derecesinin önemine, hangi beden bölgesini içerdiğine, davranışın altında yatan psikodinamik etkenlere ve kendine zarar vermenin kişinin kendi kültürel içeriğindeki anlamına işaret etmiştir.

1960-70’li yıllar arasında yapılan çalışmalarda KZVD çoğunlukla bileklerini kesme ve kendini kesme çerçevesinde ele alınmış, çocukluk çağı ayrılma bireyleşme sorunlarının ergenlik dönemi yansımalarına dikkat çekilmiştir [33].

Favazza (1996) KZVD ve intiharın farklı kavramlar olduğunu özellikle belirterek, kültürel etkileri de göz önüne almış ve kendine zarar verme davranışını kültürel olarak onay gören kendine zarar verme ve kültür dışı (onaylanmayan) kendine zarar verme olarak iki ayrı grupta sınıflandırmıştır [31].

2.1.5 Etiyoloji

Bugüne kadar KZVD'ye yol açan nedenler arasında biyolojik, psikodinamik ve psikososyal pek çok faktör araştırılmıştır. Araştırmaların sonucunda KZVD davranışının tek bir nedene bağlı olduğu değil birçok nedene bağlı olduğu görülmüştür.

2.1.5.1 Psikodinamik Etkenler

KZVD olan hastalara ilişkin ilk psikoanalitik değerlendirme Emerson (1913) tarafından yayınlanmıştır. Buna yayında KZVD'nin doğrudan doğruya sadistik ve mazoşistik bir haz verdiği, yaşanan hazzı değersizleştiren yara meydana getirdiği, bu davranışın gerçek kastrasyonu önlemeye yönelik sembolik bir kastrasyon simgelediği ve babanın hem arzu edilen hem de korkulan penetrasyonunu simgeleyen "self-penetrasyonun" bir parçası olduğu anlatılmıştır. Kendine zarar verme davranışı mastürbasyona eş değer bir davranış olarak yorumlanmıştır [20].

KZVD'nin cinsel duygular ve tatmini cezalandırdığı öne sürülmüş be nedenle cinsel tatmin ve mastürbasyonla eşdeğer olarak görülmüştür. Ergenlikten önce bu davranışların ergenlik dönemine göre daha az görülmesi ve cinsel istismara uğrayan kişilerde bu davranışın artması da bu ilişkinin kanıtı olarak gösterilmiştir [34]. Kişi cinsel dürtüleri nedeniyle kendini suçlu hisseder, kendini cezalandırır ve kendi cinsel organına zarar vermeyi amaçlayan bilinçdışı bir istek duyar ve öte yandan da kendine zarar verme davranışı sonrası cinsel doyum yaşar [35]. Aynı zamanda kendine zarar verme davranışı cinsel dürtülerini kontrol altına alma girişimi olarak da görülür. Kendini yaralama, ölüm isteğini vücuduna zarar verme yoluyla yansıtarak, kişinin ölüm dürtüsüne kendisini bütünüyle teslim etmesine engel olur. Ayrıca duygu ve çatışmaları benliğe ve başkalarına yansıtma yolu olarak da kullanılabilir. Kişiyi ve kişinin benlik algısını, dünyayla bağlantısını ele geçirmeyi hedefleyen duyguyu kontrol etmeye çalışma olarak da tanımlanabilir [34].

Suyemoto 1998 yılındaki yayınında; ergenliğin en önemli görevinin Anna Freud'a göre anneden ayrılma ve bireyleşme olduğu belirtilmiştir. Bu görevi yerine getirmekte yaşanan sorunlar yani anne ile bağları koparma konusundaki başarısızlıklar, ergende çocuklukta bağlanma nesnelere gelen sevgi ve ilgiyi nefrete çevirme şeklinde zıt reaksiyonlara dönüşmesine sebep olabilir. Bu nefret ve öfke egoya dayanılmaz gelir ve ergen bu durumu ya kendi benliğine yöneltir ya da bu durumu dışarı ailesine yansıtır [34].

Kendine zarar verme davranışının altında yatan nedeni açıklayan bir diğer kavram ise ten/benlik sınırlandırma (skin/self border). Birey, dış dünyadan kendisini ayırmasını sağlayan teni üzerinde kontrol sahibi olduğunda bir nevi vücudu ve dış dünya arasında bir iletişim kurduğunu ve bir kontrole sahip olduğunu hisseder [31].

Birey kendi bedenine zarar vererek, ciddi kaygı, şiddetli öfke, depersonalizasyon, depresyon, yalnızlık hissi, varsanı, uçuşan düşünceler, duygulanım dalgalanmaları, sıkıntı, boşluk hissi ve güvensizlik duygularıyla baş edebilir. Ayrıca duygusal incinmişliklerini kendine zarar vererek fiziksel acıya dönüştürebilir [36, 37].

2.1.5.2. Biyolojik Etkenler

Kendine zarar verme davranışı olan kişilerde opiyat, serotonin ve dopamin gibi nörotransmitterler ile ilgili araştırmalar yapılmıştır. Fakat KZVD'nin nörobiyolojik yönü henüz açık olarak anlaşılmış değildir [38].

Opium Sistemi: KZVD üzerinde endojen opiyatların etkisini açıklamaya çalışan iki önemli ve farklı görüş öne sürülür. İlk yaklaşıma göre kendine zarar veren kişi kendi endojen opiyatlarına bağımlı hale gelir ve bu davranışı devam ettirerek vücudundaki endojen opiyat düzeyini arttırmaya çalışır. İkinci yaklaşım ise; endojen opiyatların ağrı eşiğini yükselterek, kendine zarar verme davranışı esnasında duyulan ağrı hissini önlediğini öne sürmektedir. Ağrı eşiği yüksek olan ve kendine zarar verme davranışı olan kişiler arasında yapılan araştırmalar, bu kişilerde periferik ve santral opiyat düzeylerinin yüksek olduğuna dikkat çekmiştir [39]. Endojen opiyatlar, kendine zarar veren kişilerde düşük bulunmuştur [40, 41]. Daha spesifik olarak da β -endorfin ve metenkefalin düzeyleri, KZVD öyküsü olan ergenlerde sağlıklı kontrollere göre daha düşüktür. [58,59] Dolayısıyla, kişinin endojen opiyatlarını artırarak uyuşukluk ve disosiasyondan kurtulma ve pozitif duygu yaratma amacıyla kendine zarar verdiği öne sürülmüştür [42, 43].

Dopaminerjik Sistem: KZVD'nin, kompulsif ve stereotipik olarak gözlemlendiği Lesch-Nyhan sendromunda, KZVD ile dopaminerjik sistem bozukluğu ve dopamin reseptörü hipersensitivitesi arasında ilişki kurulmuştur [44]. Kendine zarar verme davranışı ve dopamin sistemi arasındaki ilişki zihinsel yetersizlik ve otizm spektrum bozukluğuna sahip olgularda da gösterilmiştir. Yapılan bazı hayvan deneylerinde de postsinaptik dopamin D1 ve D2 reseptörleri duyarlı hale getirilmiş ve bu durum ile KZVD arasında ilişki gösterilmiştir [39].

Ergenlerde otizim spektrum bozukluğu ve zihinsel yetersizlikte gözlenen KZVD, dopamin antagonisti özelliği olan antipsikotik ilaçlarla azalmaktadır [39].

Serotonerjik Sistem: KZVD'si olan gençlerde, olmayanlara göre düşük periferel serotonin düzeyleri rapor edilmiş olup KZVD'yi başlatma ve sürdürme ile de düşük serotonin oranlarının ilişkili olabileceği öne atılmıştır [42, 43]. Crowell ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılan bir çalışmada, KZVD'si olan ergenlerde periferel serotonin düzeyleri ile, negativizm ve anneye ergen arasındaki çatışma durumu arasında anlamlı bir ilişki gösterilmiştir [45]. Yine yapılan bazı çalışmalarda KZVD olan bireylerin BOS analizinde bir serotonin metaboliti olan 5-hidroksiindolasetikasit (5-HIAA) seviyeleri düşük bulunmuş ve düşük serotonin oranlarının KZVD ve şiddet davranışları ile bağlantılı olduğu belirtilmiştir [46]. Yine Markovitz ve arkadaşlarının 1991 yılında yaptığı bir çalışmada intihar amacı olmaksızın kendine zarar verme davranışları sergileyen kişilerin BOS serotonin düzeyleri düşük olarak saptanmıştır [47]. Borderline kişilik bozukluğunda KZVD sık görülmektedir. Borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde serotonin geri alım inhibitörlerinin KZVD'yi azalttığı gösterilmiştir [43]. Serotoninle ilgili genetik araştırmaların incelendiği bir araştırmada serotonin taşıyıcı gen polimorfizmi ile KZVD ve intihar davranışları arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Yine bu araştırmada aynı psikiyatrik tanıya sahip hastalardan KZVD bulunanların genotipinde daha sık "S" alleli bulunmuştur [11].

Hipotalamik-Hipofizer-Adrenokortikal Eksen: HPA aksla ilgili bilgilere bakıldığında, erken çocukluk döneminde meydana gelen travmatik yaşantıların, bireylerin HPA ekseninde ve beyindeki ağrı işleme merkezlerinde bozukluklara sebep olduğu ortaya atılmış ve her iki sistemin duygu düzenlenmesi ile bağlantılı olduğu görülmüştür.[48]. Ayrıca, KZVD'si olan gençlerin fizyolojik uyarılmışlık yanıtların farklı olduğu ve KZVD ilişkili materyale daha fazla emosyonel uyarılmışlık ile yanıt verdikleri gösterilmiştir [49]. Kendine zarar veren kişilerin önemli bir çoğunluğunun ağrı hissetmedikleri ve duygu düzenlemesinde güçlükler yaşadığı bilinmektedir [48].

2.1.5.3 Psikososyal Etkiler

Günümüze dek birçok çalışmada KZVD'ye ilişkin psikososyal ve sosyodemografik risk faktörleri incelenmiş ve rapor edilmiştir.

Ergenlerde KZVD için sosyodemografik değişkenlerden kadın cinsiyet, ergen yaşı grubunda olmak ve düşük sosyoekonomik düzeyden gelmek risk faktörleri arasında bulunmuştur [50-53]. Yapılan bazı çalışmalarda da beyaz ırktan olmak KZVD ile ilişki bulunmuştur [54,55]. Fakat cinsiyet ve ırkla ilgili bulguların çelişkili olduğu unutulmamalıdır [56].

KZVD ile psikososyal risk faktörleri arasındaki ilişkiyi araştıran bazı çalışmalarda olumsuz yaşam olayları, erken çocukluk döneminde meydana gelen travmalar, duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ve duygusal ve fiziksel ihmalin KZVD ile ilişkisi gösterilmiştir [38, 51, 56, 57]. İlişki sorunları, arkadaş zorbalığı, bağlanma sorunları, eleştirel ebeveyn tutumları ve kayıp gibi aile işlevselliğinde sorunların KZVD riskini attırdığı bulunmuştur [38, 58-60].

Emosyonel regülasyon güçlükleri, depresyon, anksiyete, hostilite, dikkat sorunları, dürtüsellik, olumsuz biliş biçimi (örneğin pesimizm), kendinden nefret, öfke, antisosyal davranışlar, disosiyatif yaşantılar, özgüven sorunları, özeleştirme, olumsuz beden algısı, sigara bağımlılığı, madde kullanımı gibi psikolojik güçlükler ve psikiyatrik sorunların da KZVD ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [38, 56, 61].

İstismar ve travmayla ilişkili kısma baktığımızda kendine zarar veren yetişkin ve ergenlerle yapılan birçok araştırmada KZVD ile çocukluk döneminde meydana gelen travmalar arasında ilişki olduğu çok defa gösterilmiştir. KZVD, çocukluk döneminde duygusal ihmal ve fiziksel istismara maruz kalan bireylerde daha sık gözlenmektedir. [11, 48]. Fiziksel istismar; beden ve kendilik kavramının ayrışmasına, ağrı hissinin daha hafif hissedilmesine böylece bedene zarar vermenin daha kolay hale gelmesine neden olmaktadır. Cinsel istismar da KZVD (özellikle kendini kesme) için risk faktörüdür. Araştırmaların çoğunda KZVD olan kişilerde bu davranış olmayanlara göre daha sık cinsel istismar öyküsü olduğu görülmüştür [62].

Aileye ilişkin özellikler de yine KZVD etiolojisinde yer alan psikososyal faktörlerden biridir. Aile özelliklerini ele alan izlem çalışmalarına göre ailesinden ayrı yaşayan, çocukluğunda kısa süreliğine olsa da ailesinden ayrı kalan ya da ebeveynleri boşanmış ergenlerin KZVD riski; ailesel ilişkileri olumlu olan ergenlere göre daha yüksek bulunmuştur [63].

Yine ailesel özelliklere bakıldığında KZVD olan bireylerin ailelerinde de benzer davranışların sık gözlemlendiği saptanmıştır. Ayrıca aile fertlerinden herhangi birinde psikopatoloji ya da fiziksel bir hastalık bulunması, alkol ve madde kötüye kullanımı ve ergenlerde KZVD ile ilişkili bulunmuştur [62, 64]. Ailesel yüksek duygu dışavurumunun KZVD ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir [65]. Ailesel faktörler, diğer dış faktörlerle birlikte ergenlerin sorunlarını çözmede yetersizliğe sebep olarak KZVD için riskli psikolojik süreçlere yol açmaktadır. Olumsuz aile özelliklerinin de ergenlerin kimlik ve benlik saygısı oluşturma sürecinde etkili olduğu bu durumun da KZVD, depresyon, umutsuzluk düşünceleri gibi süreçlere yol açabileceği belirtilmiştir [66].

Ergenlerin arkadaş etkisiyle yani bulaşma etkisi ile madde kullanımı, şiddet ve diğer riskli davranışlarda bulunduğu bilinen bir durumdur. Ergen, ilgi alanları kendisiyle benzer olan akranlarıyla arkadaşlık kurma ya da akranlarına benzeme gibi sosyalleşme süreçleri sonucunda arkadaş etkisinde kalmaktadır [67]. KZVD sergileyen ergenlerin en az bir kısmında bulaşma etkisinin KZVD'ye sebep olduğu bulunmuştur. Nock and Prinstein tarafından 2004 yılında yapılan bir çalışmada KZVD bulunan ergenlerin %82'sinin en az bir arkadaşının da benzer şekilde KZVD sergilediği bildirilmiştir [68]. Kızlarda ve yaşı küçük ergenlerde bulaşma etkisinin daha çok olduğu gösterilmiştir [67]. Sosyal ortamlardan bulaşmanın da (ör: arkadaş çevresi, gençlik alt-kültürleri) KZVD ile ilişkisi bilinmektedir. Sosyal etkileşim yönüyle "gotik" ya da "emo" gençlik alt-kültürlerinin KZVD açısından artmış risk oluşturduğu belirtilmiştir. Ancak sosyal etkilenme daha çok kişinin başlangıç KZVD denemeleri için risk oluşturmaktadır. Davranışın devamı ise, daha çok içsel motivasyon ile olmaktadır [69].

Fox ve ark.nın ergen ve erişkin çalışmaları derleyerek KZVD risk faktörlerini belirledikleri metaanaliz çalışmasında, geçmiş KZVD öyküsü, B küme kişilik özellikleri ve umutsuzluk KZVD için en önemli risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Bu risk faktörlerinin tahmini rölatif risk oranı 3'ten büyüktür. Önceki intihar düşünce ve davranışı, arkadaş çevresinde KZVD varlığı, depresyon tanısı, depresif belirtiler, yeme bozukluğu, kadın cinsiyet, dışa yönelim psikopatolojisi, içe yönelim psikopatolojisi, genel psikopatoloji ve affekt regülasyon güçlüğü ise tahmini rölatif risk oranı 2 ve altında yer alan diğer risk faktörleri olarak belirtilmiştir [70].

2.1.5.4 Psikiyatrik Bozukluklar

KZVD'nin psikiyatrik morbidite ile ilişkisi, ergenlerde toplum örneklemleri çalışmaları da dahil olmak üzere birçok çalışmada gösterilmiştir [38, 61]. Klinik çalışmalar KZVD bulunan kişilerde psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda bulunduğunu göstermiştir.

Psikiyatrik tanısı olan ve yatarak tedavi görmüş olan ergenlerde KZVD, kontrol grubuna oranla yüksek bulunmuştur [2]. Hintikka ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılan bir çalışmada, intihar girişimlerinin de dahil olduğu 15 yaşından büyük KZVD sergileyen ergenlerin %92' sinde en az bir psikiyatrik tanı olduğu görülmüştür [71]. İntihar amacı bulunmayan ve KZVD olan ergen bireylerin % 88'inde takip eden 1 içinde eksen I psikiyatrik bozukluk görülmüştür. Toplum örneklemleri üzerinde yapılmış bir çalışmada ise kendine zarar veren ergenlerin %79'una en az bir eksen I psikiyatrik tanısı konulmuştur[1]. Kendine zarar veren kişilerde depresyon, anksiyete bozuklukları, davranım bozukluğu, yeme bozuklukları, disosiyatif bozukluk, madde kullanım bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, özellikle de histriyonik ve borderline kişilik bozukluğu olmak üzere kişilik bozuklukları birinci sırada rastlanan psikiyatrik bozukluklardır [56].

KZVD olan ergenler üzerinde yapılan klinik araştırmalarda en sık görülen eksen I tanılarında biri major depresif bozukluktur. Bir araştırmada KZVD olan ergenlerin %42-68'inde major depresif bozukluk görülmüştür. Diğer depresif bozukluklar da buna eklendiğinde oran yaklaşık %89'a çıkar[56]. Ross ve Heath 2002 tarafından toplum örneklemleri üzerinde yapılan bir araştırmada ise, KZVD sergileyen ergenlerin %63'ü major depresif bozukluk tanısı almıştır[72]. Yapılan toplum örneklemleri çalışmalarda KZVD olanlarda depresif belirtiler sık görüldüğü gibi ayrıca depresif belirtiler KZVD için bir risk faktörü olarak öne sürülmüş KZVD sıklığı ile de ilişkili bulunmuştur [60, 73].

Nock ve ark. tarafından 2006 'da yapılan bir klinik çalışmada ergenlerin %39'unda bir anksiyete bozukluğu saptanmış, Hintikka ve ark. tarafından 2009 yılında yapılan bir toplum çalışmasında KZVD olan ergenlerin %37'lik kısmında bir anksiyete bozukluğu olduğu görülmüştür [71, 74]. Hem anksiyete bozukluklarında hem de duygudurum bozukluklarında var olan bozulmuş emosyonel regülasyon ve olumsuz kendilik algısının KZVD'ye sebep

olduğu yönünde fikirler mevcuttur [4]. Yapılan bir çalışmada davranım bozukluğu ve karşı olma karşı gelme bozukluğu belirtileri ile KZVD arasında ilişki bulunmuştur [75].

Bir araştırmada KZVD olan bireylerin %90'ına madde kullanımının eşlik ettiği, bu bireylerin çoğunun birden çok madde kullanımını olduğu (%66.7) ve madde kullanımının yüksek oranda (%71.1) bağımlılık seviyesinde olduğu ve KZVD olan bireylerin, kendine zarar vermeyen bireylere kıyasla daha erken yaşlarda madde kullanımına başladığı bulunmuştur [5]. Kerr ve arkadaşları ise madde bağımlılığı bulunan bireylerin %25-33'ünün öyküsünde KZVD olduğunu göstermiştir [76]. Madde kullanımının kişinin kendine yönelik şiddeti kolaylaştırdığı da öne sürülen fikirler arasındadır [77].

Yeme bozukluklarında da KZVD sık olarak görülmektedir. Bulimiya nervozalı olguların %26-55'inde, anoreksiya nervozalı olguların ise %27-61'inde KZVD'ye rastlanmıştır [76]. Yeme bozukluklarında sıkça görülen tıknırcasına yeme ataklarının ve kusma davranışının, KZVD'de rol oynayan negatif duygulanım ile bağlantılı olduğu düşünülmüştür [78].

Disosiyasyona KZVD davranışı patogeneğinde merkezi roller veren görüşler bulunmaktadır [79]. Disosiyatif bozukluğu olan kişilerin %69'unda KZVD öyküsü saptanmıştır [80].

Borderline kişilik bozukluğu olan kişilerde KZVD çok yaygın bir durumdur [38]. Yapılan bir çalışmada borderline kişilik bozukluğu tanısı konulan bireylerin yaklaşık %70-75'inde KZVD bulunmuştur [76]. Duygu düzenlemedeki sorunlar ve kendilik algısının olumsuz olması hem borderline kişilik bozukluğunda hem de KZVD'de ana özellikler ve belirtiler olarak yer almaktadır [4]. Borderline kişilik bozukluğu tanısı konulan bireylerin %96'sı olumsuz bir duygulanım sonrasında kendilerine zarar verdiklerini ve kendine zarar verme davranışı sonrası sonrasında rahatladıklarını belirtmişlerdir [81].

2.2 Çocukluk Çağı Travmaları

2.2.1 Tanım

Travma, kişinin kendi baş etme becerileri ile başa çıkamayacağı ve üstesinden gelemeyeceği, duygusal olarak kişiye acı veren olumsuz olaylar olarak tanımlanmaktadır. Çocukluk çağı travmaları ise genel olarak anne karnında başlayıp on sekiz yaşına kadar çocuk ve ergenlerin maruz kaldığı olaylardır. Tüm bunların dışında çocukluk çağı travmaları kendi içinde erken çocukluk çağı travmaları olarak da bir bölüme sahiptir [82]. Bunun sebebi başta Freud olmak üzere, daha sonra yapılan pek çok araştırmaya göre erken çocuklukta travmalarının kişilik ve gelişim üzerinde daha yıkıcı sonuçlara sebep olması şeklinde gösterilebilir [83]. Pek çok araştırmacı bunun temel sebebinin 0-6 yaş döneminde çocuğun diğer yaş 16 dönemlerine göre kendini zihinsel olarak koruyabilecek bir dayanıklılık geliştirememiş (resilience) olması, kendisini tam anlamıyla ifade edemiyor olması ve “diğerlerinin” korunmasına daha fazla muhtaç olması şeklinde açıklamaktadır [84].

Çocuk istismarı ise Gil tarafından (1981) yetişkinlerin yaptıkları ya da yapmadıkları eylemlerle çocukta bulunan yeteneklerin gelişmesini engelleme şeklinde tanımlanmıştır. Taner ve Gökler ise (2004), yetişkinlerin, toplumun ahlaki kurallarının dışında ya da bu alanda uzman kişilerin “hasar verici” veya “uygunsuz” şeklinde tanımladığı, çocuğun fiziksel, zihinsel gelişimini engelleyen eylem ya da eylemsizliklerin tamamı şeklinde tanımlamıştır [85].

DSÖ verilerine göre 1-14 yaş grubundaki kırk milyon çocuk ihmal veya istismara uğramakta, ABD’de her yıl 1200-1500 çocuğun kendi ailesi ya da bakım verenlerinin istismarı sonucu öldüğü tahmin edilmektedir [86]. ABD’de, 2011 de 650 binden fazla çocuk kötü muamele nedeniyle bakıma alınmıştır. En sık görülen (%78,5) istismar çeşidi, evde yalnız bırakma ve ihmalidir. Fiziksel şiddete uğrama %17,6, cinsel istismar %9,1 sıklığında bildirilmiştir. Kızların %15-30’u, erkeklerin %5-15’i cinsel istismar mağdurudur; bunların 1/3’ünde penetratif cinsel istismardır. Cinsel istismarların %55’i ebeveyn ve yakın akraba tarafından gerçekleştirilmektedir [87]. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de oranlar oldukça yüksektir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda fiziksel istismar ve cinsel istismar sıklığının sırasıyla %30-35 ve %4-18 arasında olduğu gösterilmiştir. Türkiye’de Bilir ve arkadaşlarınca 16000 çocuk ile yapılan bir çalışmada çocukların istismara uğrama oranları %33 olarak belirlenmiştir [88]. Zoroğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ihmal en sık bildirilen (%16,5) ruhsal travma olarak saptanmış, bunu sıklık açısından duygusal (%15,9), fiziksel (%13,5) ve ensest dahil cinsel istismarın (%10,7) izlediği bulunmuştur [14]. Çocuk İstismarı

ve Aile İçi Şiddet Araştırması'na bakıldığında Türkiye'de 7-18 yaş grubundaki çocukların aile içinde %45'inin fiziksel istismara, %51'nin duygusal istismara ve %25'inin ihmale maruz kalmaktadır[89].

2.2.2 Çocukluk Çağı Travması Tipleri

İstismarın; fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal olmak üzere dört tipi bulunmaktadır. İhmalin de duygusal ve fiziksel ihmal şeklinde iki alt grubu bulunmaktadır [13, 99, 100].

2.2.2.1 Fiziksel İstismar

En sık rastlanan ve tespit edilmesi en kolay olan istismar türüdür. Çocuğun kaza dışı yaralanması olarak tanımlanmaktadır [90]. Fiziksel istismar; 18 yaşın altında olan çocuk veya gence, bakımından sorumlu birey veya bireyler tarafından sağlığına zarar verecek ve vücudunda iz bırakacak şekilde davranılması şeklinde tanımlanmıştır. Sıyrık, kırık, kafa travması, yanık, iç organlara ait yaralanmalar veya en az 48 saat süren herhangi bir fiziksel hasar gibi yaralanmaya yol açacak şekilde zarar vermeler, aşırı şekilde bedene yönelik cezalandırmalar, bağlama, kilitleme gibi kapalı bir yere hapsetmeyi de kapsar [91].

Brown ve Anderson'a göre fiziksel istismar, bir kişinin 18 yaşından önce, kendisinden en az 5 yaş büyük bir birey ya da kendisinden 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından saldırıya maruz kalmasıdır. Birey bunu kardeş rekabeti gibi bir aile içi çatışma olarak algılamamış olmalıdır ve fiziksel temasın eşlik etmediği arkadaş kavgaları bu tanıma girmemektedir [92].

Çocukluk çağında fiziksel istismara uğramış yetişkinlerle ilgili yapılan uzunlamasına çalışmalar incelendiğinde, birçok çalışmada fiziksel istismar ile psikiyatrik hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. Silverman ve arkadaşları tarafından 1996 yılında 375 genç yetişkinin dahil edildiği ve boylamsal olarak izledikleri bir çalışmada, ergenlik döneminde fiziksel istismara maruz kalmış kişiler ile maruz kalmamış kişiler arasında fiziksel istismara maruz kalan olan genç yetişkin bireylerde belirgin olarak daha sık intihar düşünceleri, madde kullanım bozukluğu, antisosyal davranış ve depresyon belirtileri olduğu görülmüştür [93].

Fergusson ve Lynskey tarafından 1997 yılında Yeni Zelanda'da 1000 yeni doğan çocuğun takip edildiği bir çalışmada çocuklar doğumdan 25 yaşına kadar ara ara takip edilmiş ve ölçümler yapılmış, çocukluk döneminde fiziksel istismara maruz kalmış grupta fiziksel

istismara uğramamış gruba göre 25 yaşına gelindiğinde depresyon, anksiyete, antisosyal kişilik bozukluğu, intihar düşüncesi veya girişimi, madde kullanımı gibi durumların %5 ile %32 arasında daha fazla görüldüğü bulunmuştur [94].

2.2.2.2 Cinsel İstismar

Bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin (en az beş yaş büyük birisi) tarafından cinsel gereksinim ve arzularını karşılamak amacıyla güç kullanılarak veya kandırma ya da tehdit yolu ile kullanılması cinsel istismar (Cİ) olarak tanımlanmaktadır. İstismarı gerçekleştiren çocuk ya da ergen ile akrabalık bağı bulunan veya ona bakmakla yükümlü birisi ise bu duruma ensest adı verilir. Cİ'den bahsederken bir çocuk ile bir erişkin arasındaki cinsel aktivite üzerinde durulmakla beraber, iki çocuk arasındaki cinsel aktiviteler; yaş farkı 4 yaş ve üstü olduğunda, küçük çocuğun ikna veya zorlama yolu ile cinsel haz amacı güden aktivitelere maruz bırakılması durumu da Cİ olarak ele alınır [95].

Cinsel tacize uğrayan çocuklarda en sık görülen bozukluklar; anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, disosiyatif bozukluklar, posttravmatik stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur. Bu genel psikopatolojik durumlara ek olarak cinsel istismara maruz kalan kişilerde cinsel davranış ve cinsiyet rolünde bozulmalar da olduğu görülür[96].

İstismara uğramış grupta intihar düşüncesi ve girişimi dışında KZVD da çok sık bulunmaktadır. Rodriguez ve arkadaşları tarafından 1992 yılında yapılan bir çalışmada cinsel istismara maruz kalmış yetişkinlerin %47'sinde kendini yaralama davranışı olduğunu bulunmuştur [97].

2.2.2.3 Duygusal İstismar

Çocuğa bakım veren kişilerin çocuğun ruhsal veya duygusal sağlığını olumsuz etkileyecek şekilde sözel tehditler, küçük düşürücü eleştiriler, alay etmeler ve yorumlarda bulunması duygusal istismar olarak tanımlanmaktadır.

Saraçlı ve arkadaşlarının 2015 yılında Zonguldak ilinde yapmış olduğu bir çalışmada duygusal istismar intiharla en ilişkili değişken olarak bulunmuştur [98]. Kuo ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada duygusal istismarın, borderline kişilik bozukluğunun bir yordayıcısı olduğu; çocukluk döneminde maruz kalınan duygusal istismarın bireyin duygu

regülasyon sisteminde birtakım hasarlara sebep olduğu, bunların başında duygusal farkındalığın eksikliği, duygusal netliğin/ sınırın olmaması, stresle karşılaşıldığında hedefe yönelik davranışlarda ve gayreti sürdürmede zorluklar, olumsuz duygular yaşandığında dürtüsel davranışları kontrol etmede güçlük gibi problemlerin yaşandığı bulunmuştur [99].

2.2.2.4 Duygusal ve Fiziksel İhmal

Çocukluk çağı travmaları arasında kolay tanımlanabilmeleri nedeni ile cinsel ve fiziksel istismar daha çok gündeme gelmiştir fakat son yıllarda ihmalin önemi de giderek anlaşılmaktadır. Şar'a göre ihmal çocuğun bakımı ile yükümlü kişilerin bununla ilgili görevlerini yerine getirmekte eksiklik göstermeleri yani ana ya da babanın rollerini yerine getirmekte olan kişilerin yetersiz olmalarından kaynaklanabilir. Çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin madde bağımlılığı, ruhsal bozukluk, suça yönelme gibi sorunlar nedeniyle sosyal sapma içinde olmaları da ihmal de rol oynayabilir. Bir başka durumda ihmalin çocuğun fiziksel ya da cinsel bakımdan kötüye kullanılması ile ilişkili olması nedeniyle de önemlidir [100].

İhmal fiziksel ve duygusal olarak iki farklı şekilde düşünülebilir. Fiziksel ihmal, çocuğun tıbbi bakımının gerçekleştirilmemesi veya geciktirilmesi, evden kovulması, terk edilmesi, uzun süre başka kişilerin yanında bırakılması, bakımından kaçınmak amacı güdülerek sıkça kaldığı yerin değiştirilmesi, uzun süreler tek başına bırakılması, evdeki tehlikelere karşı korunmaması, temizlik, beslenme ve giyiminin eksik sağlanması, güvenliğine dikkat edilmemesi ve tehlikelere maruz bırakılması şeklinde olabilir.

Duygusal ihmal; anne veya babanın yeterli sevgi ve ilgiyi göstermemesi, eşinin çocuğu kötüye kullanmasına göz yumması, çocuğun alkol veya başka madde kullanmasına izin vermesi ve çocuğun ruhsal bakımını sağlamayı reddetmesi olarak tanımlanabilir. İhmale maruz kalmış çocuklarda yaşa göre değişmekle birlikte güvensiz bağlanma davranışı, engellenme eşiğinin düşük olması, benlik saygısının düşük olması, esnek olamama, öğrenime gerekli ilgiyi gösterememe, sosyal izolasyon, dikkat problemleri ve agresif davranışlar gözlenmiştir [96].

2.3 Disosiasyon

Benliğin savunma mekanizmalarından birisi olan disosiasyon normalde bütünlük içinde işlev gören düşünce, bellek, duygu ve kimlik gibi süreçlerde ayrılma ya da değişme olmasıdır. Disosiasyon başlangıçta normal olarak travmatik yaşantının üstesinden gelme çabası olarak kullanılırken, zamanla patolojik bir sürece dönüşmektedir [13].

Freud ve Breuer, histerik belirtiler ile çocukluk çağı ruhsal travmalarının ilişkisine dikkat çekmişlerdir. Disosiasyonun histeri için ilke olduğunu, ikileşmiş bilincin her histeri vakası için gerekli olduğunu yazmışlardı. Freud, ilk kez “savunma histerisi” kavramını ortaya atan kişidir. Bu kavrama göre travma sonrası gelişen patolojik sürecin disosiasyon olmadığı ve nevrozların kaynağının dürtüsel arzular olduğunu öne sürmüştür [101].

Disosiasyon kendisi patolojik olmayan, çeşitli durumlar altında herkeste ortaya çıkabilecek, gündelik yaşamda da görülebilen, büyük çoğunlukla herkeste olağan koşullarda sessiz olarak bulunan, uyumsuz yönleri olan bir mekanizmadır. Ancak kişinin kendisine de rahatsızlık hissi vermeye başladığında ya da psikososyal işlevlerde bozulmaya sebebiyet verdiğinde disosiyatif bozukluk tanısı konulabilir hale gelmeye başlamaktadır. Disosiyatif bozukluklar tıpkı diğer psikiyatrik kategoriler gibi bir bozukluk olmanın gerektirdiği tüm koşulları yerine getirirler ancak bir hastalık olarak nitelenemezler [13, 102].

Putnam’a göre ise disosiasyon, gündüz düşleri gibi normal sayılan hafif belirtilerden, disosiyatif kimlik bozukluğu gibi psikiyatrik ruhsal hastalıklara kadar uzanan bir süreklilik içinde ortaya çıkan, kompleks psikopatolojik bir süreçtir. Patolojik disosiasyon; kimlik, bellek ve bilincin bütünleştirici işlevlerindeki bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır [103].

Disosiasyonun oluşumunda ruhsal travmalar ileri derece rol oynamaktadır. Bu yönüyle biyolojik ve genetik faktörlerin daha çok rol aldığı bipolar bozukluk ve şizofreni gibi tablolardan ayrılmaktadır. Tüm psikiyatrik bozukluklar içerisinde disosiyatif bozukluklar, risk etmeni olarak çocukluk çağı travmalarının en yüksek oranda bildirildiği tanı grubudur [104].

Yaş ilerledikçe disosiasyon daha seyrek kullanılır ve ileri yaşlarda daha az görülür. Özellikle ergenlik döneminde, belli sınırlarda olmak kaydıyla, depersonalizasyon yaşantıları

normal kabul edilir. Örneğin; yapılan işe, oyuna kendini kaptırma (absorpsiyon), hoş giden konularda gündüz düşü kurma, otoyolda araba kullanırken yaşanan hipnoz hali normal disosiyasyona örneklerdir. Normal ve patolojik disosiyasyon arasındaki fark kendilikte yapısal bölünmenin olmasıdır. Çocukluk stresleri, çocuğun ya da gencin cinsel ya da fiziksel kötüye kullanımları, cinsel tecavüzler gibi durumlarda disosiyasyon daha çok kullanılan bir savunma düzeneğidir. Kişi bu düzeneğe aracılığı ile olayı kendi başına değil, bir başkasının başına geliyormuş gibi yaşayarak anksiyetesinden uzaklaşmaya çalışır. Bu ya da benzer durumlarda bir savunma düzeneği olarak kullanıldığında, kişinin yaşamını rahatlatıcı, onu rahatsız eden bazı olumsuz yaşantılardan izole edici bir görev gördüğü gibi, ruhsal çatışmalarla başa çıkmasına duygularını boşaltabilmesine ya da bazı istek, duygu ve davranışlarını dramatize ederek ortaya koymasına olanak sağlar. Ancak genç yaşlarda bu düzeneği çok sık kullanan bazı kişilerde yetişkin yaşlarda da sürekli kullanılması, kişinin uyumunu bozucu bir durum yaratabilir. Örneğin disosiyatif bozukluklarda olduğu gibi disosiyasyon genelleştirilir. Bu durumlarda kişiler ya çekirdek disosiyasyon belirtileri (amnezi, kimlik bozukluğu gibi) ya da bazı ikincil belirtilerle (anksiyete, depresyon gibi) hekime başvururlar [105].

Disosiyasyonun geçici veya uzamış bir başa çıkma düzeneği olarak işlev gördüğü ve travmaya karşı bir uyum yanıtı olduğu şeklinde kuramsal yaklaşımlar vardır. Disosiyasyon çocuklukta yaşanan fiziksel, duygusal veya cinsel kötüye kullanılma, fiziksel ve duygusal ihmal gibi travmatik deneyimlerin olumsuz etkilerine karşı, kişinin psikolojik bütünlüğünü sağlamak ve korumak için kullandığı bir savunma mekanizmasıdır. Kişi disosiyasyon yardımı ile yaşadığı deneyim ve bu deneyime dair duygularını geçici olarak birbirinden ayırabilmektedir. Başa çıkma süreci içinde disosiyasyon yardımı ile deneyimden ayrılan güçlü duygular, dereceli bir şekilde kabul edildikçe, disosiyasyon da azalmaktadır. Peritravmatik disosiyasyon ve travma sonrası ortaya çıkan bulgular ile fizyolojik tepkiler arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, bunlar arasında pozitif bir ilişkinin varlığı bulunmuştur. Edinilen veriler ışığında, disosiyasyonun temel işlevinin bu tepkilere yönelik koruyucu bir işlev üstlendiği yorumu yapılmıştır [106]. Travmatik olay bilinç ile kabul edilemez olduğundan, olağan yolları kullanarak bununla başa çıkılmamakta, sonuçta, bilinçdışı bir travmatik anı veya sabit fikir olarak bellekte ayrı bir şekilde var olmaya devam etmektedir [107]. Disosiyatif Kimlik Bozukluğu olgularının %90'ında en az bir çocukluk çağı travması ve/veya ihmali olduğu bulunmuştur. İstismar bildirmeyen olgularda çocukluk çağındaki travmaya amnezi söz konusu olabilir [108].

DSM-5'te Disosiyasyon Bozuklukları; Disosiyatif Kimlik Bozukluğu, Disosiyatif Amnezi, Depersonalizasyon-Derealizasyon Çözülmesi, Tanımlanmış Diğer Bir Çözülme Bozukluğu ve Tanımlanmamış Çözülme Bozukluğu olmak üzere gruplandırılmaktadır [28].

Disosiyatif Kimlik Bozukluğu:

Disosiyatif Kimlik Bozukluğunda, bireyin kendi içinde sürekliliği var olan ve birbirinin yerine geçebilen farklı kişilik durumlarının aynı kişide kendini göstermesi ve yineleyen amnezilerin bu psikiyatrik tabloya eşlik etmesi görülmektedir [109]. DSM-5'te iki veya çok kişilik durumu ile yaşanan kimlik bölünmesi nedeniyle eylemlerini yönetebilirlik algısında ve kendilik duygusunda belirgin bozulma, duygulanım, davranış, bellek, bilinçlilik, algı, duygusal-devinsel işlevsellik ve bilişsel işlevsellikte değişiklikler olarak tanımlanmıştır. Unutkanlıkla açıklanamayacak şekilde günlük olaylar ve kişisel bilgilerde yineleyici boşluklar oluşur ve bu durumlar işlevsellik alanlarında düşmeye neden olur.

Disosiyatif Amnezi:

Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, genellikle örseleyici ya da gerginlik tetikleyici nitelikte, kişisel bilgileri hatırlayamama ve işlevsellik alanlarında düşme olarak tanımlanmaktadır. DSM-4 'de ayrı bir grup olan Disosiyatif Füg DSM 5'de amnezi içinde belirtilmesi gereken bir alt tür olarak yer almaktadır.

Depersonalizasyon-Derealizasyon Çözülmesi:

Depersonalizasyon yani kişinin kendisine ve çevresine yabancılaşması; kişinin düşünceleri, duyguları, duyguları, vücudu ya da eylemleri ile ilişkili gerçek dışılık, kendinden kopma veya dışarıdan bir gözlemci gibi olma şeklinde tanımlanırken derealizasyon ise çevredekilerle ilgili gerçek dışılık ya da kopuk yaşantıları olarak tanımlanır. Depersonalizasyon ve derealizasyon sırasında gerçeği değerlendirme bozulmamıştır [28].

Tanımlanmış diğer bir Disosiyatif Bozuklukları kapsamında, karışık disosiyatif belirtilerden oluşan kronik ve yineleyici sendromlar, uzun süreli ve yoğun olarak zorla ikna çabası ile karşılaşmaya bağlı kimlik bozukluğu, stres yaşantılarına akut disosiyatif tepki ve disosiyatif trans yer almaktadır [109].

2.4 Çocukluk Çağı Travması, Disosiasyon ve Kendine Zarar Verme Davranışı İlişkisi

Disosiyatif belirtiler genelde KZVD ile birlikte bulunur. Birçok hasta KZVD'den hemen önce kendisini uyuşmuş veya ölü gibi hissettiğini belirtmektedir. Hastaların bazıları da derealizasyon, depersonalizasyon ve diğer disosiyatif belirtilere bazen dayanamadıklarını ve bu belirtilerden kurtulmayı hedefleyerek kendilerine fiziksel açıdan zarar verdiklerini söylemektedirler [14].

İstismara maruz kalan bireylerin ise kendilerine zarar vermelerinin altında yatan sebepler; Kendilerini cezalandırma, duyguları bastırmada yetersizlik, kendilik kontrollerini sağlamak, başa çıkmada yetersizlik, intikam almak, öfkenin farkına varmak, yaşadıklarını kendilerine göstermek, sembolleştirme şeklinde sıralanabilir [12].

Travma, KZVD davranışı ve disosiasyon arasındaki ilişki de birçok çalışma tarafından gösterilmiştir. İstanbul'da 2001 yılında Zoroğlu ve ark. tarafından lise örnekleminde yapılan 912 öğrencinin katıldığı bir çalışmada öyküsünde ruhsal travma olan katılımcıların, ruhsal travma öyküsü bulunmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha fazla disosiasyon ve kendine zarar verici davranış gösterdikleri görülmüştür. Yine aynı çalışmada KZVD gösteren ergenlerde daha yüksek disosiasyon puanları saptanmıştır [14].

55.299 kişi üzerinde yirmi bir ülkede yapılan bir çalışmadan edinilen bilgilere bakıldığında çocukluk çağı travmalarının intihar düşüncesi ve girişimi risklerini arttırdığı görülmüştür. İntihar davranışı üzerinde en etkili olan travmaların ise, cinsel ve fiziksel taciz olduğu bulunmuştur [110].

Merckelbach, Horselenberg ve Schmidt'in 109 lisans öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada disosiyatif deneyimler, düşünce yoksunluğu, fanteziye eğilim ve çocukluk çağı travmaları incelenmiştir. Disosiasyona yatkınlığın düşünce yoksunluğu ve fanteziye eğilim ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu ayrıca aktarılan travma deneyimleri ile de ilişkinin var olduğu görülmüştür [111].

Hebert ve ark.nın yapmış oldukları çalışmanın amacı, cinsel istismar mağduru çocuklarda kümülatif çocukluk çağı travması ile davranış sorunları arasındaki ilişkide emosyonel regülasyon ve disosiasyonun aracı rolünü test etmektir. Çalışmanın örneklemini 309 cinsel istismar mağduru okul çağındaki çocuk ve istismardan suçlu bulunmayan ebeveynler oluşturmaktadır. Bulgular, kümülatif çocukluk çağı travmasının, hem

içselleştirilmiş hem de dışsallaştırılmış davranış problemleri üzerinde duygu düzenlemesinin ve disosiyasyonun aracı rolü ile etkisinin olduğunu göstermektedir [112].

Franzke, Wabnitz ve Catani tarafından çocukluk çağında istismar ve ihmal öyküsü olan 87 kadın hasta üzerinde posttravmatik, disosiyatif ve depresif belirtiler incelenmiş olup örneklem grubu intihar niyeti barındırmayan KZVD gösteren ve göstermeyenler şeklinde iki gruptan oluşturulmuştur. İntihar niyeti barındırmayan kendine zarar verme davranışı gösteren grupta çocukluk çağı kötü muamelelerine daha çok rastlanılmış ve halihazırda disosiyatif, posttravmatik ve depresif belirtilerinin diğer gruba göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Değişkenlerden yalnızca disosiyasyonun çocukluk çağı kötü muamele ile disosiyatif, posttravmatik ve depresif belirtilerde aracı rolünün olduğu anlaşılmıştır [113].

2.5 Bağlanma

Bağlanma, bakım veren kişi ve çocuk arasında kurulan; çocuğun yakınlık arayışı, ilişki kurma ve bakım veren kişiyi arama davranışlarını içeren, stres gibi durumlarında belirgin hale gelen, devamlılığı ve dayanıklılığı olan bir duygusal bağ şeklinde tanımlanmıştır[114]. Yani anne-babalar veya bakım veren kişilerle bebek arasında oluşan, duygusal olarak pozitif ve yardım edici bir ilişki şeklinde de tanımlanabilir. Yenidoğanın bu dönemde sosyal ihtiyacını karşılaması için ihtiyaç duyduğu birey kendisiyle ilgilenen bireydir ki bu birey genelde annedir. Anne, çocuk veya bebeğin bağlanma ihtiyacını tatmin ettiği bir "öteki" şeklinde de isimlendirilebilir. Hayatın ilk yıllarında çocuğun anne ile kurduğu bu bağ, çocuğun kişilik özelliklerinin büyük bir kısmının oluşumunu sağlamaktadır ve bu kişilik özellikleri ömür boyunca değişime direnç göstermektedir [115]. Bağlanma davranışı durumsal özelliklerle azalabilir veya artabilir ancak bağlanmanın negatif koşullar varlığında dahil kalıcı olma özelliği bulunmaktadır [116].

Bağlanma davranışları bebeğin doğumunu izleyen hayatın ilk ayı içerisinde görülmeye başlar. Doğumun hemen takibinde meme arama, baş çevirme, parmak yalama, emme yutma, anneye yönelme, beslenme saatlerini sezme ve hazırlanma davranışları bağlanma öncüleri olarak düşünülmektedir [117]. Bu davranışlar bebeğin beslenme fiziksel ve duygusal yakınlık kurma ihtiyaçlarını giderdiği gibi, bakım verenin de bebeğe bağlanmasını sağlayan içgüdüsel tepkileri ortaya çıkarmaktadır [118]. Bebeğin gülümsemesi anneyi gülümsetir, annenin gülümsemesi tekrar bebeği gülümsetir ve bu durum zaman içinde ses çıkarma ve gülümseme

silsileleri ile devam eder. Annenin ilgi gösterme, bakım verme, ihtiyaçlarını karşılama davranışlarına karşılık bebeğin gülümsemesi de annenin bu davranışlarını sürdürmesine neden olur [119]. nc ay ile birlikte bebek bakıcısına yönelmeye başlar. Altıncı ayla beraber bebek ilgisini tüm gereksinimlerini karşılayan bakım verene yöneltir, yabancılarla karşılaştığında korku, kaygı ve kaçınma gibi davranışlarda bulunur. Bu durum ‘‘yabancı kaygısı’’ olarak adlandırılır [120]. Bağlanma temel olarak 6-24 ay arasında oluşur ve yalnız çocukluk ve bebeklik dönemlerine sınırlı olmayıp yaşam boyu devam eder. Yaşamdaki ‘‘nemli diğer’’ ile olan bağlanmalarla devam eder ve hayattaki ilk bağlanma olan anne ocuk arasındaki bağlanma diğer ilişkilerdeki bağlanmalara temsil oluşturur [114].

2.5.1 Bağlanma Kuramı

Anne bebek ilişkisi ve anne bebek arasında gelişen duygusal bağın sürecinin özelliklerini bir model içerisinde sunan ilk kişi John Bowlby'dir. Bowlby (1969, 1973) tarafından oluşturulan bağlanma kuramı yeni doğan bebeklerin, yalnızca onlara bakmaya, onların ihtiyaçlarını karşılamaya ve onları koruma isteğine sahip bir erişkinin yanlarında olması dahilinde yaşamlarını devam ettirebileceğini savunmaktadır. Bowlby'ye göre insanlar kendileri için ‘‘zel’’ olan kişilerle güçlü duygusal bağlar kurma isteği ve eğilimi içindedirler; bu bağ biyolojik, dürtüsel ve evrimsel temellere dayanan bir yakınlaşma isteğinden kaynaklanır ve davranışsal bir sistem meydana getirir. Bağlanma davranışı, insan türü ile sınırlı olmayıp güvenliği ve yaşamda kalmayı sağlayan evrensel bir yaşama stratejisidir [121, 122].

İlk olarak 1958'de Bowlby bağlanma terimini kullanmıştır ve bağlanma kuramının temellerinin bu sayede atıldığı kabul edilir. Bowlby bağlanma konusundaki ilk çalışmalarını 1944 yılında ,44 ocuk ve ergen hırsızını inceleyerek yapmıştır. Bu çalışmaya, bebeklik ile erken çocukluk döneminde hırsızların annelerinden uzun süre ayrı vakit geçirdiklerini fark etmesi sonrasında başlamıştır. John Bowlby, ‘‘Kırk dört ocuk hırsız kişilikleri ve yaşamları’’ (1944) adlı makalesinde, erkek çocukların arasında erken dönemde anneden uzak kalma ile sonraki dönemde gelişen suçluluk arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu bildirmektedir [123].

Bowlby kendi gözlemleri doğrultusunda bağlanma kuramını oluştururken, hayvan çalışmalarını da inceleyip göz önünde bulundurmuştur. Lorenz'in bebek hayvanların kendilerini beslemeyen yetişkinlere de bağlandıklarını ve kurulan bu sosyal bağın beslenmeye

bağlı olmadığını gösterdiği çalışmalar yol gösterici olduğu gibi bir diğer önemli çalışma ise Harlow ve Zimmerman'ın maymunlarla yaptıkları çalışmalarıdır [116]. Harlow'un yavru maymunlar üzerinde yaptığı bu çalışmada, yavru maymunları doğumdan hemen sonra tek başlarına büyütmüşler, kafes içine telden yapılmış ve biberon ile süt verebilen bir manken ile yumuşak kahverengi bir kumaştan yapılmış bir başka maymun maketinin yanına bu yavru maymunlar koymuşlardır. Yapılan gözlemler sonucunda maymun yavruları süt vermeyen ama yumuşak ve sıcak, gerçek anneye daha fazla benzerlik gösteren maketi tercih etmişlerdir. Korku anlarında ya da uyumak istediklerinde ona sarılmışlardır. Bu çalışma fizyolojik ihtiyaçların yerine getirilmesinin tek başına bağlanma ilişkisinin oluşmasında yeterli olmadığını ilk kanıtı olduğu düşünüldüğü için önemli bir çalışmadır. Harlow'un çalışmalarının diğer önemli bir sonucu da gerçek anne bebek ilişkisinden yoksun büyüyen maymunların çiftleşmede güçlük yaşadıkları, erkek maymunların çiftleşemedikleri, dişilerin ise yavrularına büyük cezalar uyguladıklarının fark edilmesidir. Bu bulgu da ilk bağlanma tecrübesinin eksik olmasının, eksikliğin süresinin ve niteliğinin sonraki dönemde geliştireceği ilişkilerin kalitesini etkileyebileceğinin ilk bilimsel göstergelerinden sayılmaktadır [114]. Sonuçta, Harlow'a göre anne ile çocuk arasında oluşan bağlanma sonraki dönemlerde gelişen mevcut ilişkilerde güven duygusunun oluşmasına katkıda bulunduğundan dolayı önemlidir. [115].

Anne çocuk arasındaki ilişki, o anne ve bebeğe özgüdür. Doğumla beraber anne, bir bakım veren olduğu kadar, çocuğa duygusal ihtiyaçlarına cevap veren, çocuğun duygularının dolduğu ve işlendiği bir kap görevi görür [124]. Eğer bebek stresli ve olumsuz bir durumla karşılaştığında bakım veren bu stresi fark edip uygun tepkiler verebilirse, bebek de kendi stresi ile ilgili uygun desteği almayı, aramayı öğrenir ve bu sayede güvenli bağ gelişir. [125]. Böylece tüm fiziksel ve duygusal ihtiyacına tutarlı bir şekilde karşılık verilip korunan bebek, kendini değerli olarak algılar ve bu sayede bebekte temel güven duygusu gelişir. Anne ve bebek arasında kurulan bu bağ sonrası anne, bebeğin etrafını keşfetmede kullanabileceği "güvenli üs" ve tehlike anında korunabileceği "sağlam sığınak" olarak işlev görür. Bağlanma bebeğin tehlikelerden korunmasını sağladığı gibi, dış dünyayı incelemesi, keşfetmesi ve araştırması için de fırsat verir [124].

Bebeği bir yandan çevreyi araştırırken bir yandan bakım verenle yakınlık kurmayı devam ettirdiğini gösteren en önemli çalışma Ainsworth'un geliştirdiği Yabancı Durum

Testi'dir. Bu test 11-17 ay aralığında uygulanabilen, bebeğin bir yabancı ile karşılaştığı andaki tepkilerini ölçen bir testtir. Yabancı Durum Testinde bebek anne ile birlikte oyuncakların bulunduğu bir odaya alınır ve gözlemci de bu odada anne çocuk ikilisine eşlik eder. Daha sonra anne odadan ayrılır. Bu aşamada gözlemci çocukla göz teması kurar fakat herhangi bir sözel uyarı vermez. Daha sonraki aşamada bebeğe gülümser konuşur fakat yaklaşmaz. Üçüncü aşamada gözlemci gülerek, konuşarak bebeğe yaklaşır. Dördüncü aşamada ise gözlemci bebeği tutarak, okşayarak temas kurar daha sonra bebeği kucağına alarak dizlerinin üstüne oturtur. Bu aşamalarda bebeğin gösterdiği ağlama, yüz buruşturma, geriye çekilme gibi korku tepkileri puanlanır. Bir sonraki aşamada anne odaya girer ve bu sefer gözlemci odadan ayrılır. Daha sonra anne de odadan ayrılarak bebek odada tek başına bırakılır ve gözlemci bir süre sonra tekrar odaya girerek ilk başta yaptığı uygulamaları sırasıyla tekrardan yapar. En son aşamada ise gözlemci tekrardan odadan çıkar, anne odaya alınır ve bu aşamalarda bebeğin verdiği tepkiler tekrardan kaydedilir [126].

Ainsworth ve arkadaşları bu kayıtları göz önünde bulundurarak üç bağlanma stili olduğunu saptamışlardır. "Güvenli, anksiyöz-ambivalan ve anksiyöz-kaçıngan" olmak üzere 3 bağlanma stili tanımlanmıştır. "Güvenli bağlanma" (Tip B) geliştirmiş olan bebekler anneleri ile bir araya geldiklerinde kolayca sakinleşebilirler ve annelerinin varlığında tekrardan çevreyi araştırmaya ve keşfetmeye başlayarak anneyi "güvenli üs" olarak kullanabilirler. "Anksiyöz-ambivalan" (Tip C) bağlanma gerçekleştiren bebekler ise anneleri ile tekrardan bir araya geldiğinde öfkeleri zor olur ve yatıştırılmakta güçlük çekerler. Bu bağlanma stiline sahip bebeklerin annelerinde süreklilik yoktur ve gericidirler. "Anksiyöz-kaçıngan" (Tip A) bağlanma stiline sahip bebekler ise anneleri ile bir araya geldiklerinde hiçbir şey olmamış gibi davranırlar ve anneyi bir "güvenli üs" olarak kullanamazlar. Bu gruptaki bebeklerin anneleri ise reddedici olarak bilinmektedir ve bebekler annelerinden gerekli olan yakınlık ve ilgiyi görmeyeceklerini öngördükleri için kendilerini hayal kırıklığından korumak için kaçıngan davranış stili sergilerler [127].

Güvenli, anksiyöz-ambivalan ve anksiyöz-kaçıngan örüntülerine daha sonra Solomon ve Main tarafından dağınık (dezorganize) bağlanma örüntüsü eklenmiştir [128]. Dağınık bağlanma stilinde stres ile başa çıkmada organize olamama, yabancı durum testinde zamansız, asimetrik ve stereotipik hareketlerin varlığı, hareketlerde yavaşlama veya donma kalma dikkat çeker. Dezorganize tip bağlanmaya sahip olan çocukların annelerinin geçmiş öykülerinde

ihmal, istismar oranları yüksek ve kendi bağlanma nesneleriyle olan ilişkilerinde sorun tarifledikleri bulunmuştur. Dezorganize bağlanma stilinin oluşmasında rol alan sebebin bakım verene karşı korkma ve kaçınma davranışları olduğu belirtilmektedir [129].

Bebeğin annesi ile kurduğu bağlanmanın özellikleri, annenin kendi annesi ile kurduğu bağlanma ilişkisinden de etkilenmektedir. Anne, bebekken kendi annesiyle sıcak, sevgi dolu ve güvenli bir bağ kurabilmişse, bu durumun evliliğine ve çocuğu ile olan ilişkisine yansıtılabileceği bu durumun da çocuğuyla kurduğu bağlanma ilişkisinde etkili olabileceği düşünülmüştür. Bu sebeple kendi annesiyle güvenli bir bağlanma geliştirememiş annelerin kendi bebeğiyle de güvenli bağlanma kurmada sorun yaşayacağı düşünülebilir [130].

2.5.2 Bağlanma ve Psikopatoloji

Bağlanma stilleri ergenlik döneminde büyük ölçüde değişir. Bunun sebebi ise çocukluk döneminde bağlanma ilişkisinin nesnesi ebeveynlerdir ve ebeveynlerle olan bu ilişki ergenlik döneminde akranlara doğru yön değiştirir. Bu değişiklikler esnasında ergenin çocukken bakımını veren kişilerle arasında kurmuş olduğu bağlanma ilişkisi önemlidir. Ergen, ebeveyn figürlerinden akranlarına doğru yöneliyor olsa da, erken dönemde kurulan bağlanma ilişkisinin ergenin daha sonra kuracağı ilişkiler üzerinde kuvvetli ve kalıcı bir etkisi vardır [131].

Ergenler ve ebeveynler arasındaki bağlanma ilişkisini inceleyen çalışmalarda, ergenlik yıllarında ebeveynleri ile güvenli bağlanma ilişkisine sahip ergenlerin akran ilişkilerinin daha başarılı olduğu, benlik saygılarının daha yüksek olduğu, ergenlerin sosyal olarak kendilerini daha güçlü hissettikleri ve fiziksel olarak daha sağlıklı oldukları görülmüştür. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde gereksinimleri tutarlı ve koşulsuz olarak karşılanan, ailesi tarafından yakınlık, sevgi ve ilgi esirgenmeyen, destekleyici ailelere sahip çocukların güvenli bağlanma geliştirdiği görülmüştür [132].

Kişinin bağlanma stili kişilik gelişiminde büyük bir öneme sahip olup bu çeşitli çalışmalar tarafından gösterilmiştir. 1992 yılında Brennan ve Shaver tarafından 242 üniversite öğrencisi ele alınarak yapılan bir araştırmada, bağlanma stilinin bireyin kişilik özellikleri üzerindeki etkilerine yönelik önemli sonuçları bulunmuştur. Bu araştırmaya göre; güvenli bağlanma stiline sahip olan kişilerin güvensiz bağlanma stiline sahip olanlara göre daha az nörotik, daha az kaygılı, daha dışa dönük ve sıcak oldukları görülmüştür. Kaçınmalı bağlanma geliştiren bireylerin ise daha uyumsuz ve depresif oldukları, ilişkilerinde daha doyumsuz

davrandıkları ve ilişkilerinin daha kısa sürdüğü, korkulu bağlanma oluşturanların ise duygusal ilişkiler kuramadıkları ve sosyal ilişkilerden kaçındıkları gözlenmiştir. Güvensiz bağlanma stiline sahip kişilerin güvenli olmayan ailelere sahip olma riski daha yüksek olduğundan bu kişiler ergenlik döneminde kişiler arası ilişkilerinde daha fazla problem yaşarlar. Ayrıca güvensiz bağlanma stiline sahip ergenlerde anti-sosyal davranışlar, suç işleme, yakın ilişki kurmada güçlük, düşük özsaygı, yalnızlık hissi ve utanç benzeri duygular daha sık görülmektedir [133].

1996 yılında Alexander ve Andreson'un ABD' de geçmişte aile içi cinsel istismara uğrayan kadınlar üzerinde yaptıkları bir araştırmada, disosiyatif yaşantı ölçeğinden en fazla puan alanların, terminolojik sınıflamada dezorganize tip bağlanmaya karşılık gelen kaçınan/korkulu bağlanmaya sahip olanlar olduğu bulunmuştur [134].

Liotti güvensiz/dezorganize bağlanma stilinin tipik davranış özelliklerini disosiyasyona çok benzetmiştir. Bu nedenle dezorganize bağlanma tipine sahip bebelere sonraki dönemde disosiyatif bozukluk tanısı konma ihtimalinin yüksek olabileceğini düşünmüştür. Dezorganize bağlanma stilinin özellikleriyle alakalı olarak sıraladıkları başlıkların, disosiyatif semptomotolojiyi anımsatan yönleri olduğu açık şekilde görülmektedir. Bağlanma stillerine yönelik yapılan araştırmalarda, ailede kötü muameleye maruz kalan çocuklarda dezorganize tip bağlanma çok yüksek oranlarda görülürken, ailede düşük risk bulunan çocuklarda dezorganize tip bağlanma %13-14 oranında görülmüştür [135].

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition-DSM-5), Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması Sistemi (The International Classification of Diseases-ICD-10) ve Bebek ve Küçük Çocuklar için Psikiyatrik ve Gelişimsel Bozukluklar Tanı Sınıflandırması (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood-DC:0-5) tanılama sistemleri bebek, küçük çocuk, çocuk ve ergenlerin ruhsal ve gelişimsel bozukluklarında yaygın olarak kullanılan tanı sınıflandırma sistemleridir. Bu sınıflandırmalarda bağlanma bozuklukları temel olarak Tepkisel Bağlanma Bozukluğu (TBB) ve Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu (STKB) adı altında ele alınmaktadır. Bu iki tanı DSM-V ve DC:0-5 tanılama sistemlerinde Eksen 1 tanıları olarak Travma, Stresör ve Yoksunluk ile ilişkili bozukluklar içerisinde yer almaktadır. ICD-10 tanılama sisteminde ise

Çocukluk ve Ergenlik Dönemine Özgü Başlangıç Gösteren Sosyal İşlevsellik Bozuklukları başlığı altında bulunmaktadır [136].

3.HİPOTEZLER

1. Kendine zarar verme davranışı olan olgu grubunda çocukluk çağı travmaları; hem kendine zarar verme davranışı olmayıp herhangi bir psikiyatrik hastalıkla takipli olgulardan, hem de sağlıklı kontrol grubunun grubundan daha fazladır.

2. Kendine zarar verme davranışı olan olgu grubunda disosiyatif yaşantılar; hem kendine zarar verme davranışı olmayıp herhangi bir psikiyatrik hastalıkla takipli olgulardan, hem de sağlıklı kontrol grubunun grubundan daha fazladır.

3. Kendine zarar verme davranışı olan olgu grubunun ebeveyn ve arkadaşlara güvenli bağlanmaları; hem kendine zarar verme davranışı olmayıp herhangi bir psikiyatrik hastalıkla takipli olgulardan, hem de sağlıklı kontrol grubunun grubundan daha azdır.

4.Kendine zarar verme davranışı olan grupta disosiyasyon puanları, travma puanları ile pozitif korelasyon göstermektedir.

5.Kendine zarar verme davranışı olan grupta travma puanları ile bağlanma puanları negatif yönde korelasyon göstermektedir.

4.GEREÇ VE YÖNTEM

4.1 Araştırmanın Türü

Araştırma, KZVD olan ve KZVD olmayıp herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan olguların çocukluk çağı travmaları, disosiyatif yaşantıları ve bağlanmaları açısından incelenmesi ve bulguların sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmasına yönelik yapılan bir olgu-kontrol çalışmasıdır.

4.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Ağustos 2018-Kasım 2018 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde gerçekleştirilmiştir.

4.3 Araştırmanın Örneklemi

Çalışmada toplamda iki olgu grubu ve bir sağlıklı kontrol grubu bulunmaktadır. Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde takip edilen kendine zarar verme davranışı ve psikopatoloji tanısı bulunan çalışmaya katılmayı kabul eden 14-18 yaş arası olgular ve bu gruba benzer psikiyatrik hastalık tanısı almış fakat kendine zarar verme davranışı bulunmayan 14-18 yaş arası olgular ile bu gruplara benzer sosyodemografik özellikleri olan sağlıklı kontrol grubundan oluşmaktadır. Çalışmayı polikliniklere başvuran, 14-18 yaş arası 40 kendine zarar verme davranışı olan olgu grubu, 40 kendine zarar verme davranışı olmayıp herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunan olgu grubu ve hasta gruplarına benzer sosyodemografik özelliklere sahip 40 sağlıklı kontrol grubu oluşturmaktadır. Sağlıklı gönüllülere ulaşmak için hastane genelinde panolara çalışmayı tanıtan ilanlar asılmıştır. Bu ilanlar üzerine çalışmada sağlıklı gönüllü olmak için hem kendisi hem ebeveyni yazılı onam veren 14-18 yaş arası sosyodemografik özellikleri olgu gruplarına benzer nitelikte olan 40 ergen çalışmanın alınma ve dışlama ölçütleri göz önünde bulundurularak çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada olgu ve kontrol gruplarında KZVD tanısının değerlendirmesi için DSM-5 (Uluslararası Tanı Ölçütleri) kullanılmıştır. Tüm katılımcılarda eşlik eden psikiyatrik bozukluklar KSADS-PL (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli) ile değerlendirilmiştir. Hem olgu hem kontrol gruplarına Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu (EABÖ) ve Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (ADES) verilerek doldurmaları istenmiştir.

4.4 Örneklemin Seçimi

4.4.1 Kendine Zarar Verme Davranışı Bulunan Olgu Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri

- 14-18 yaş grubunda olmak
- DSM-5'e göre son 1 yılda Kendine Zarar Verme tanısını karşılıyor olmak
- Çalışmaya katılmakta gönüllü olmak

- Klinik olarak normal zeka düzeyine sahip olmak
- Ebeveynler tarafından onam formunun okunarak imzalanması

4.4.2 Kendine Zarar Verme Davranışı Bulunmayan Fakat Herhangi Bir Psikiyatrik Hastalık Tanısı Bulunan Olgu Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri

- 14-18 yaş grubunda olmak
- DSM-5'e göre Kendine Zarar Verme tanısını karşılamıyor olmak
- Çalışmaya katılmakta gönüllü olmak
- Klinik olarak normal zeka düzeyine sahip olmak
- Ebeveynler tarafından onam formunun okunarak imzalanması

4.4.3 Sağlıklı Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri

- 14-18 yaş grubunda olmak
- Çalışmaya katılmakta gönüllü olmak
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısını karşılamıyor olmak
- Klinik olarak normal zeka düzeyinde olmak
- Ebeveyn tarafından onam formunun okunup imzalanması

4.4.4 Tüm Gruplar İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

- 14 yaşından küçük, 18 yaşından büyük yaş grubunda olmak
- Herhangi bir nedenle çalışmaya gönüllü olunmaması
- Klinik olarak Mental Retardasyon olması
- Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanısı karşılamak
- Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Psikotik Bozukluk tanısı olması
- Çalışmada uygulanan ölçeklere ve görüşmelere katılımı önleyecek düzeyde gelişimsel veya bedensel (nörolojik, metabolik, endokrin vb.) sorunları olmak

4.5 Veri Toplama Kaynakları

4.5.1. Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu

Bu formda çocuk ve ergenlere çalışma ve çalışmada uygulanacak yöntemler hakkında ayrıntılı bilgi verilmektedir. Ayrıntılı bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılar tarafından doldurulan ve çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair imzalarının alındığı kısımlardan oluşmaktadır.

4.5.2. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, aile tipi, akran ilişkileri, ebeveynlerin durumu, sosyoekonomik düzey, yaşanan yer, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgilerini alma amacıyla hazırlanmış bilgi formudur.

4.5.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie-SADS-lifetime Version (K-SADS-PL))

Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinde ve araştırmalarda kullanılmak üzere Chambers ve arkadaşları tarafından geliştirilen (1984) K-SAD-P'den uyarlanmış ve son şekli verilmiştir [137]. Hem çocuklara hem de ebeveynlerine uygulanan bu yarı-yapılandırılmış görüşme duygulanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, davranış bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve diğer bozukluklar olmak üzere beş adet tanı eki, bu tanıların alt tanı ekleri ve çocuklar için genel değerlendirme ölçeğini içermektedir. Türkçe'de geçerlilik, güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır [138].

4.5.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

1994 yılında Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilen, çocukluk ve ergenlik dönemindeki ihmal ve örselenme yaşantılarını taramaya yönelik olan bu ölçek, beşli likert tipi

bir öz bildirim ölçeğidir. 1995 yılında 54 maddeye indirgenmiş ve sorular beş alt ölçeğe ayrılmıştır [139]. 1996'da Prof. Dr. Vedat Şar tarafından 28 madde olarak Türkçeye çevrilmiştir. Ölçeğin bu Türkçeye uyarlanmış şeklinde beş alt ölçek vardır. Bu alt ölçeklerde fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmali ölçen 5er adet madde bulunmaktadır. Ayrıca üç madde travmayı inkar etmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Çocukluk ve ergenlikteki ihmal ve örselenme yaşantılarını retrospektif olarak taramaya yönelik bu ölçekte seçenekler (1) hiçbir zaman, (2) nadiren (3) bazen, (4) sıklıkla ve (5) çok sık olarak verilmiştir. Elde edilecek yüksek puanlar çocukluk çağı travmalarının yaşantı sıklığına işaret eder [140].

4.5.5.Ergen Disosiyatif Yasantılar Ölçeği (A-DES)

Ergen Disosiyatif Yasantılar Ölçeği(Adolescent Dissociative Experiences Scale/A-DES) ergen yas grubunda disosiyatif bozuklukları saptamada faydalı, geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiş, öz bildirime dayanan, uygulaması kolay bir ölçme aracıdır. Ancak bu ölçek tanı koydurucu bir araç olmayıp daha çok tarama ya da disosiyatif yaşantıları derecelendirme amacıyla kullanılmaktadır. Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği(A-DES) Amerika Birleşik Devletlerinde Armstrong ve Putnam tarafından geliştirilmiş ve yine aynı ekip tarafından geçerlilik güvenilirliği gösterilmiştir [141]. Ülkemizde geçerlilik güvenilirliği ise Dr. S. Salih Zoroglu ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılmıştır [142]. A-DES 30 itemden oluşan ve denegin kendisinin doldurduğu bir ölçüm aracıdır. Her bir item için 0 ile 10 arasındaki değerlendirme puanlarından birisi işaretlenir. Herhangi bir itemde tanımlanan özellik hiç uymuyorsa, doğru değilse ya da hiçbir zaman görülüyorsa denegin 0 puanı işaretlemesi istenmekte, eğer her zaman görülüyorsa, deneye tam olarak uyuyorsa ya da denek için doğru ise denek 10 puanı işaretlemektedir. İki uç arasında kalan değerlendirmeler için ise 0 ile 10 puan arasındaki puanlardan birisi seçilir. ADES toplam puanı 30 itemden alınan puanların toplanıp item sayısına bölünmesi ile elde edilir.

4.5.6.Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu (EABÖ)

Orijinali Armsden ve Greenberg tarafından geliştirilmiş olan Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeğinin Raja ve arkadaşları tarafından hazırlanan 12 maddelik kısa formudur [143, 144]. Ölçek Türkçeye Günaydın ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır. Ölçekteki her

madde 1-7 arasında puanlanmaktadır (1=asla, 7=daima). Uyarlama çalışması sonucunda güven, iletişim ve yabancılaşma alt boyutları belirlenmiştir. Güven, iletişim ve ters puanlanan yabancılaşma alt ölçeklerinin puanlanmasıyla toplam bağlanma puanı elde edilir. Toplamda ölçekten elde edilen puanın yüksekliği güvenli bağlanmaya işaret etmektedir. Bu ölçekte bağlanma puanı anne ve baba için ayrı ayrı hesaplanabilmektedir [145].

4.6 Etik Kurul Onayı

Bu çalışma başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar etik Kurulu'nun 26.07.2018 tarih ve 2018/19-39 sayılı karar no. ile onayı alınmıştır.

4.7 Araştırmanın İstatistiği

Bu çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 22.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Bu çalışmada toplanan veriler değerlendirilirken, tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Yapılan tüm analizlerde $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

Ölçümle elde edilen sürekli değişkenler normal dağılımı uyuyor ise ortalama±standart sapma, uymuyor ise ortanca±standart sapma olarak ifade edilmiştir. Kategorik veya nominal değişkenler yüzde ve sayı şeklinde ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin analizinde, öncelikle dağılımın normal olup olmadığı basıklık ve çarpıklık değerleri göz önüne alınarak kontrol edilmiştir. Normal dağılan gruplarda bağımsız örneklem t-testi ve One-Way ANOVA (*Analysis of Variances*) uygulanmıştır. ANOVA testi anlamlı çıktığında farkın kaynaklandığı grubu belirlemek için Tukey-HSD ve Games-Howell post-hoc testleri uygulanmıştır. Dağılımın normal olmadığı grupların ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Kategorik veya nominal verilerin analizinde ki-kare testi uygulanmıştır. Ki-kare testinde gözlenen değerler arasında 5'den küçük değer olduğunda Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişki, Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Korelasyonun gücü açısından yapılan değerlendirmede, r'nin mutlak değeri; 0.20-0.39 olduğunda 'zayıf', 0.40-0.59 olduğunda 'orta', 0.60-0.89 olduğunda yüksek korelasyon olarak alınmıştır. Sosyodemografik değişkenlerdeki farklılıkların, hipotez testlerine olan etkisini kontrol etmek amacıyla ANCOVA testi kullanılmıştır. İstatistiksel

olarak anlamlı bulunan kategorik değişkenler için, odds ratio (tahmini rölatif risk) hesaplanmıştır.

5.BULGULAR

Bulgular değerlendirilirken KZVD pozitif olan ve psikiyatrik tanıları olan ilk olgu grubu grup 1, KZVD negatif olan fakat psikiyatrik tanıları bulunan ikinci olgu grubu grup 2, sağlıklı kontrollerden oluşan kontrol grubu ise grup 3 olarak isimlendirilmiştir.

5.1 Katılımcıların Bireysel ve Ailesel Özellikleri

5.1.1 Yaş

Çalışmamıza yaş ortalaması 15.7 ± 1.2 olan 120 katılımcı alınmıştır. Grup 1'in yaş ortanca değeri 16.0 ± 1.1 , grup 2'nin yaş ortanca değeri 16.0 ± 0.9 , grup 3'ün yaş ortanca değeri 15.1 ± 1.3 olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.001$).

Tablo 1 Olgu ve Kontrol Gruplarında Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=40)	Grup 3 (n=40)	Toplam (n=120)	p değeri	F değeri
Yaş, ortanca \pm SS	16.0 ± 1.1	16.0 ± 0.9	15.1 ± 1.3	15.7 ± 1.2	0.001*	7.0

*Gruplar arası ANOVA Testi: Post Hoc: Grup 1>Grup3 ($p=0,004$); Grup 2>Grup3 ($p=0,004$)

5.1.2 Cinsiyet

Çalışmamızdaki gruplar cinsiyet dağılımı açısından değerlendirildiğinde grup 1'deki katılımcıların %87.5'i (n=35) , grup 2'deki katılımcıların %72.5'i (n=29), grup 3'deki katılımcıların %80.0'ı (n=32) kız cinsiyette olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0.25$) Grup 1 ve 2 arasında da anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0.081$).

Tablo 2 Olgu ve Kontrol Gruplarının Cinsiyet Dağılımı Açısından Karşılaştırılması

Cinsiyet	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=40)	Grup 3 (n=40)	Toplam (n=120)	p değeri	X ²
Kız, n (%)	35 (87.5)	29 (72.5)	32 (80.0)	96 (80.0)	*0.25	2.8
Erkek, n (%)	5 (12.5)	11 (27.5)	8 (20.0)	24 (20.0)	**0.081	2.8

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

5.1.3 Eğitim Durumu

Çalışmamıza katılan katılımcılar ilkokul, ortaokul ve lise olarak 3 ayrı eğitim düzeyine göre ayrıldığında grup 1'deki katılımcıların %82.5'i (n=33), grup 2'deki katılımcıların %97.5'i (n=39), grup 3'deki katılımcıların ise %80.0'ının (n=32) lise düzeyinde olduğu görülmüştür. 3 grup karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamazken ($p= 0.066$), grup 1 ve grup 2 karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.014$).

Tablo 3 Olgu ve Kontrol Gruplarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Eğitim	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=40)	Grup 3 (n=40)	Toplam (n=120)	p değeri	X ²
İlkokul, n (%)	0 (0.0)	1 (2.5)	1 (2.5)	2 (1.7)	0.066*	8.8
Ortaokul, n (%)	7 (17.5)	0 (0.0)	7 (17.5)	14 (11.7)	0.014**	8.5
Lise, n (%)	33 (82.5)	39 (97.5)	32 (80.0)	104 (86.7)		

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

5.1.4 Başarı Durumu

Çalışmamıza katılan katılımcıların kendi algıladıkları ders başarıları durumu kötü ve çok kötü, orta, iyi, çok iyi olarak dört gruba ayrılarak değerlendirilmiştir. Grup 1 ve 2'deki katılımcıların % 7.5'i kendisini çok iyi olarak tanımlarken, grup 3'deki katılımcıların ise %30'u kendisini çok iyi olarak tanımlamıştır. 3 grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p =0.004$) Grup 1 ve 2 arasında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.80$)

Tablo 4 Olgu ve Kontrol Gruplarının Başarı Durumu Açısından Karşılaştırılması

Başarı Durumu	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=40)	Grup 3 (n=40)	Toplam (n=120)	p değeri	X ²
Kötü ve çok kötü, n (%)	4 (10.0)	2 (5.0)	1 (2.5)	7 (5.8)	0.004*	19.3
Orta, n (%)	20 (50.0)	19 (47.5)	7 (17.5)	46 (38.3)	0.80**	1.0
İyi, n (%)	13 (32.5)	16 (40.0)	20 (50)	49 (40.8)		
Çok iyi, n (%)	3 (7.5)	3 (7.5)	12 (30)	18 (15.0)		

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

5.1.5 Gelir Durumu

Çalışmamızdaki katılımcılardan ailelerinin geri durumlarını değerlendirmeleri istenmiştir ve düşük, orta, yüksek, çok yüksek şeklinde sınıflandırılmıştır. Üç grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0.12$) Grup 1 ve 2 arasında da anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.48$) Gruplara göre dağılım ve yüzde oranları Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5 Olgu ve Kontrol Gruplarının Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması

Gelir Durumu	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=40)	Grup 3 (n=40)	Toplam (n=120)	p değeri	X ²
Düşük, n (%)	3 (7.5)	6 (15.0)	2 (5.0)	11 (9.2)	0.12*	10.1
Orta, n (%)	31 (77.5)	31 (77.5)	27 (67.5)	89 (74.2)	0.48**	2.5
Yüksek, n (%)	5 (12.5)	3 (7.5)	11 (27.5)	19 (15.8)		
Çok yüksek, n (%)	1 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.8)		

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

5.1.6 Arkadaş İlişkileri

Çalışmamızdaki katılımcıların arkadaş ilişkilerini değerlendirmeleri istenmiştir. İstatistiksel açıdan karşılaştırmak için iyi ve çok iyi grupları ile kötü ve çok kötü grupları birleştirilmiş ve üç temel sınıflama yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda üç grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. ($p=0.01$) Grup 1 ve 2 arasında değerlendirme yapıldığında ise yine

anlamli farklılık bulunmuştur ($p=0.037$) Gruplara göre dağılım ve yüzde oranları Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6 Olgu ve Kontrol Gruplarının Arkadaş İlişkileri Açısından Karşılaştırılması

Arkadaş ilişkileri	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=40)	Grup 3 (n=40)	Toplam (n=120)	p değeri	X ²
Kötü ve çok kötü, n (%)	5 (12.5)	2 (5.0)	0 (0.0)	7 (5.8)	0.01*	13.3
Orta, n (%)	15 (37.5)	7 (17.5)	7 (17.5)	29 (24.2)	0.037**	6.6
İyi ve çok iyi, n (%)	20 (50.0)	31 (77.5)	33 (82.5)	84 (70.0)		

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

5.1.7 Yaşanılan Ortam

Çalışmamıza katılan katılımcılar yaşadıkları ortamlar açısından 3 gruba ayrılmıştır. İki ebeveyn veya tek ebeveynle yaşayanlar iki ayrı grup olarak değerlendirilmiş, kurum, akraba yanı gibi başka yerlerde yaşayanlar ise diğer olarak üçüncü bir grup olarak değerlendirilmiştir. Grup 1’deki katılımcıların %60.0’ı, grup 2’deki katılımcıların %65.0’ı, grup 3’deki katılımcıların ise % 90.0’ı iki ebeveyniyle birlikte yaşadıklarını belirtmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p=0.01$) İlk iki grup açısından ise anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0.52$)

Tablo 7 Olgu ve Kontrol Gruplarının Yaşadıkları Yer Açısından Karşılaştırılması

Yaşanılan Ortam	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=40)	Grup 3 (n=40)	Toplam (n=120)	p değeri	X ²
İki Ebeveynle, n (%)	24 (60.0)	26 (65.0)	36 (90.0)	86 (71.7)	0.01*	12.3
Tek Ebeveynle, n (%)	13 (32.5)	9 (22.5)	4 (10.0)	26 (21.7)	0.52**	1.3
Diğer, n (%)	3 (7.5)	5 (12.5)	0 (0.0)	3 (2.5)		

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

5.1.8 Aile Yapısı

Aile yapısı açısından katılımcılar değerlendirildiğinde, grup 1'deki katılımcıların %55.0'ı, grup 2'deki katılımcıların %72.5'i, grup 3'deki katılımcıların ise % 90.0'ı ebeveynlerinin birlikte olduğunu belirtmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda üç grup arasında da ($p=0.065$) ilk 2 grup arasında da ($p=0.41$) istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 8 Olgu ve Kontrol Gruplarının Aile Yapısı Açısından Karşılaştırılması

Aile Yapısı	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=40)	Grup 3 (n=40)	Toplam (n=120)	p değeri	X ²
Birlikte, n (%)	22 (55.0)	29 (72.5)	36 (90.0)	87 (72.5)	0.065*	14.7
Boşanmış, n (%)	14 (35.0)	7 (17.5)	4 (10.0)	25 (20.8)	0.41**	4.0
Boşanmamış-ayrı, n (%)	1 (2.5)	2 (5.0)	0 (0.0)	3 (2.5)		
Anne kaybı, n (%)	1 (2.5)	1 (2.5)	0 (0.0)	2 (1.7)		
Baba kaybı, n (%)	2 (5.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	3 (2.5)		

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

5.1.9 Anne-Baba Yaşı

1. grubun (n=40) anne yaşı ortalaması 41.6 ± 9.3 , 2.grubun (n=40) anne yaşı ortalaması 43.2 ± 5.5 , 3. grubunun (n=40) anne yaşı ortalaması 42.6 ± 5.7 , tüm gruplar yaş ortalaması ise 42.5 ± 7.0 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anne yaşı ortalaması açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (One-Way ANOVA $F=0.5$, $p=0.60$). 1. grubun (n=40) baba yaşı ortalaması 46.9 ± 5.7 , 2. grubunun (n=40) baba yaşı ortalaması 48.0 ± 5.4 , 3. grubun (n=40) baba yaşı ortalaması 46.2 ± 5.6 , tüm gruplar yaş ortalaması ise 47.0 ± 5.6 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında baba yaşı ortalaması açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (One-Way ANOVA $F=1.1$, $p=0.34$).

5.1.10 Anne ve Babaların Eğitim Durumu

3 grup arasında hem de annelerin eğitimi durumu yönünden istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.19$). Vaka ve kontrol grupları arasında babaların eğitim

düzeyi açısından da 3 grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.35$). Tablo 9 ve tablo 10 da yüzdeler ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 9 Olgu ve Kontrol Gruplarının Anne Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması

Annenin eğitimi	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=40)	Grup 3 (n=40)	Toplam (n=120)	p değeri	χ^2
Okur-yazar değil, n (%)	1 (2.5)	5 (12.5)	2 (5.0)	8 (6.7)	0.19*	13.8
Okur-yazar, n (%)	4 (10.0)	2 (5.0)	2 (5.0)	8 (6.7)	0.17**	7.8
İlkokul, n (%)	10 (25.0)	8 (20.0)	10 (25.0)	28 (23.3)		
Ortaokul, n (%)	3 (7.5)	4 (10.0)	9 (22.5)	16 (13.3)		
Lise, n (%)	9 (22.5)	15 (37.5)	8 (20.0)	32 (26.7)		
Üniversite, n (%)	13 (32.5)	6 (15.0)	9 (22.5)	28 (23.3)		

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

Tablo 10 Olgu ve Kontrol Gruplarının Baba Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması

Babanın eğitimi	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=40)	Grup 3 (n=40)	Toplam (n=120)	p değeri	χ^2
Okur-yazar değil, n (%)	0 (0.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (0.8)	0.35*	11.0
Okur-yazar, n (%)	3 (7.5)	3 (7.5)	1 (2.5)	7 (5.9)	0.87**	1.9
İlkokul, n (%)	11 (27.5)	11 (27.5)	4 (10.0)	26 (21.8)		
Ortaokul, n (%)	4 (10.0)	6 (15.0)	8 (20.0)	18 (15.1)		
Lise, n (%)	9 (22.5)	10 (25.0)	16 (40.0)	35 (29.4)		
Üniversite, n (%)	12 (30.0)	9 (22.5)	11 (27.0)	32 (26.9)		

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

5.1.11 Anne ve Babaların Çalışma Durumu

Olgu ve kontrol grupları annelerin çalışma grubu açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p= 0.55$) Grup 1 ve grup 2 de karşılaştırıldığında anne çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık

bulunmamıştır. ($p= 0.35$) Grup 1'deki annelerin %42.5'inin, grup 2'deki annelerin %25.6'sının, grup 3'deki annelerin ise %42.5'inin çalışıyor olduğu görülmüştür.

Olgu ve kontrol grupları babaların çalışma grubu açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p= 0.54$) Grup 1 ve grup 2 de karşılaştırıldığında baba çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. ($p= 0.73$) Grup 1'deki babaların %71.1'inin, grup 2'deki annelerin %77.5'sinin, grup 3'deki annelerin ise %85'inin çalışıyor olduğu görülmüştür.

5.1.12 Kardeş Sayısı

Kardeş sayıları açısından 3 grup kıyaslandığında gruplar arası anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0.82$). Grup 1 ve grup 2'de kardeş sayıları açısından karşılaştırıldığında bu gruplar arasında da istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0.54$).

5.1.13 Mevcut Psikiyatrik Tanılar

Grup 1 ve grup 2'de yer alan ergenlerle yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (ÇDGŞG-ŞY) yapılarak mevcut eksen I psikiyatrik tanıları değerlendirilmiştir. Olgularda Major Depresif Bozukluk, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Madde Kullanım Bozukluğu, Panik Bozukluk, Yeme Bozuklukları, Sosyal Fobi tanıları saptanmıştır. Her bir tanı için ayrı analiz yapıldığında ise Grup 1 ve 2 arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanan bir psikiyatrik tanı bulunmamıştır. Her bir tanı için mevcut p değeri tablo 11'de verilmiştir. Grup 1'de % 75.0 ile grup 2'de de %57.5 ile en çok saptanan tanı Major Depresif Bozukluktur.

Tablo 11 Olgu Gruplarının Mevcut Psikiyatrik Tanılar Açısından Karşılaştırılması

Mevcut Psikiyatrik Tanılar	Grup 1 (n=40) (%)	Grup 2 (n=40) (%)	Toplam (n=80) (%)	p değeri	X ²
Major Depresif Bozukluk	30 (75.0)	26 (57.5)	56 (70.0)	0.33*	1.0
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	7 (17.5)	4 (10.0)	11 (13.8)	0.33*	0.9
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	4 (10.0)	2 (5.0)	6 (7.5)	0.68**	0.7
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	3 (7.5)	7 (17.5)	10 (12.5)	0.18*	1.8
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2 (5.0)	2 (5.0)	4 (5.0)	1.0**	0.0
Madde Kullanım Bozukluğu	1 (2.5)	1 (2.5)	2 (2.5)	1.0**	0.0
Panik Bozukluk	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (1.3)	1.0**	1.0
Yeme Bozuklukları	1 (2.5)	1 (2.5)	2 (2.5)	1.0**	0.0
Sosyal Fobi	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (1.3)	1.0**	1.0

* Pearson ki-kare testi

** Fisherin kesin testi

5.1.14 Kendine Zarar Verme Davranışı Özellikleri

Grup 1'deki olguların KZVD özellikleri süre, yöntem ve yapılan yer açısından sorgulanmıştır. Olgulara süre açısından bakıldığında olguların % 27.5'inin son 1 yıl içerisinde, %47.5'inin 1-3 yıl arasında, %25.0'ının ise 3 yıldan fazla süre ile kendine zarar verdiği öğrenilmiştir. Yöntem açısından değerlendirildiğinde kesme ile zarar vermenin % 82.5 oranında ilk sıradaki, vurmanın ise % 32.5 ile ikinci sıradaki kendine zarar verme yöntemi olduğu görülmüştür. Kendine zarar verme davranışının yapıldığı yer açısından bakıldığında ise olguların % 57.5'inin kendisine hem okul hem ev ortamından zarar verdiği, % 27.5'inin ise sadece evde zarar verdiği görülmüştür. Kendine zarar verme davranışı özellikleri ayrıntılı olarak tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12 Grup1'in Kendine Zarar Verme Davranışı Özellikleri

KZVD Özellikleri	Grup 1 (n=40) (%)
KZVD Süresi	
< 1 yıl, n (%)	11 (27.5)
1-3 yıl, n (%)	19 (47.5)
> 3yıl, n (%)	10 (25.0)
KZVD Yöntemleri	
Kesme, n (%)	33 (82.5)
Vurma, n (%)	13 (32.5)
Koroziv Madde İçme, n (%)	6 (15)
Tırnaklama, n (%)	4 (10)
Yakma, n (%)	2 (5)
Saç Koparma, n (%)	1 (0.8)
Yara İyileşmesini Engelleme, n (%)	0 (0.0)
KZVD Yapılan Yerler	
Ev, n (%)	11 (27.5)
Okul, n (%)	5 (12.5)
Ev ve okul, n (%)	23 (57.5)
Diğer, n (%)	1 (2.5)
KZVD Sonrası Tıbbi Yardım İhtiyacı	
Var n (%)	13 (32.5)
Yok n (%)	27 (67.5)

5.1.15 Kullanılan Psikiyatrik İlaçlar

Grup 1 ve 2 kullanılan psikiyatrik ilaç açısından her bir ilaç grubuna göre ayrı ayrı karşılaştırıldığında gruplar arasında hiçbir ilaç grubu için istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır. Grup 1'de % 50.0 ile grup 2'de ise %47.5 ile en fazla kullanılan ilaç grubun antidepressanlar olduğu görülmüştür. Antipsikotikler ise grup 1'de %40 ile grup 2'de ise %25 ile ikinci en sık kullanılan ilaç grubudur. Olguların ilaç gruplarına göre dağılım oranları ve p değerleri tablo 13'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 13 Olgu Grupların Kullanılan Psikiyatrik İlaç Açısından Karşılaştırılması

Psikiyatrik İlaçlar	Grup 1 (n=40) (%)	Grup 2 (n=40) (%)	Toplam (n=80) (%)	p değeri	X ²
Antidepresanlar	20 (50.0)	19 (47.5)	39 (48.8)	0.82*	0.1
Antipsikotikler	16 (40.0)	10 (25.0)	26 (32.5)	0.15**	2.1
Stimulan	5 (12.5)	3 (7.5)	8 (10.0)	0.71*	0.6
Anksiyolitik/Sedatif	1 (2.5)	2 (5.0)	3 (3.8)	1.0 *	0.3
Duygudurum Dengeleyiciler	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	

*Fisher kesin testi

** Pearson ki-kare testi

5.1.16 Sigara Kullanımı ve Miktarı

Grup 1'deki olguların %42.5'i, grup 2'deki olguların %35.0'ı, grup 3'deki olguların ise %12.5'i sigara kullanmaktadır. Olgu ve kontrol grupları sigara kullanımı açısından karşılaştırıldığında 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($p=0.023$) Grup 1 ve 2 sigara kullanımı açısından karşılaştırıldığında ise anlamlı fark bulunmamıştır. ($p=0.49$)

Tablo 14 Olgu ve Kontrol Gruplarının Sigara Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

	Grup 1 (n=40) (%)	Grup 2 (n=40) (%)	Grup 3 (n=40) (%)	Toplam (n=120) (%)	p değeri		X ²	
Sigara Kullanımı	17 (42.5)	14 (35.0)	5 (12.5)	36 (30.0)	0.023*	0.49**	7.6*	0.5**

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

Olgu ve kontrol grupları sigara kullanım miktarı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. ($p=0.87$) Grup 1 ve 2 de sigara kullanım miktarı açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır. ($p=0.77$) Kullanım miktarına göre olguların yüzde dağılımı tablo 15'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 15 Olgu ve Kontrol Gruplarının Sigara Kullanım Miktarı Açısından Karşılaştırılması

Sigara Miktarı	Grup 1 (n=40) (%)	Grup 2 (n=40) (%)	Grup 3 (n=40) (%)	Toplam (n=120) (%)	p değeri	X ²
< 10 adet/gün	8 (20.0)	8 (20.0)	3 (7.5)	19 (15.8)	0.87*	1.3
10-20 adet/gün	7 (17.5)	4 (10.0)	2 (5.0)	13 (10.8)	0.77**	0.5
>20 adet/gün	2 (5.0)	2 (5.0)	0 (0.0)	4 (3.3)		

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

5.1.17 Alkol Kullanımı ve Sıklığı

Grup 1'deki olguların %50.0'ı, grup 2'deki olguların %25.0'ı, grup 3'deki olguların ise %12.5'i alkol kullanmaktadır. Olgu ve kontrol grupları alkol kullanımı açısından karşılaştırıldığında 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$). Grup 1 ve 2 sigara kullanımı açısından karşılaştırıldığında ise bu iki grup açısından da anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.021$).

Tablo 16 Olgu ve Kontrol Gruplarının Alkol Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

	Grup 1 (n=40) (%)	Grup 2 (n=40) (%)	Grup 3 (n=40) (%)	Toplam (n=120) (%)	p değeri		X ²	
Alkol Kullanımı	20 (50.0)	10 (25.0)	5 (12.5)	35 (29.2)	0.001*	0.021**	14.1*	5.3**

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

Olgu ve kontrol grupları alkol kullanım sıklığı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. ($p=0.74$) Grup 1 ve 2 de sigara kullanım miktarı açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır. ($p=1.0$) Kullanım sıklığına göre olguların yüzde dağılımı tablo 17'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 17 Olgu ve Kontrol Gruplarının Alkol Kullanım Sıklığı Açısından Karşılaştırılması

Alkol Kullanım Sıklığı	Grup 1 (n=40) (%)	Grup 2 (n=40) (%)	Grup 3 (n=40) (%)	Toplam (n=120) (%)	p değeri	X ²
Hemen her gün	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.74*	0.6
Haftada 1-2 kere	7 (17.5)	4 (10.0)	1 (2.5)	12 (30.0)	1.0**	0.1
Ayda 1-2 kere	13 (32.5)	6 (15.0)	4 (10.0)	23 (57.5)		

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

5.1.18 Madde Kullanımı ve Kullanılan Madde Çeşidi

Grup 1'deki olguların %12.5'i, grup 2'deki olguların %2.5'i, grup 3'deki olguların ise %2.5'i uyuşturucu madde kullanmaktadır. Grup 1'de madde kullanan kişi sayısı grup 2 ve 3'e göre daha yüksek bulunmuştur fakat istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. ($p=0.08$) Grup 1 ve 2 de madde kullanımı açısından karşılaştırıldığında ise bu iki grup açısından da anlamlı fark bulunmamıştır. ($p=0.2$)

Tablo 18 Olgu ve Kontrol Gruplarının Madde Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

	Grup 1 (n=40) (%)	Grup 2 (n=40) (%)	Grup 3 (n=40) (%)	Toplam (n=120) (%)	p değeri		X ²	
Madde Kullanımı	5 (12.5)	1 (2.5)	1 (2.5)	7 (5.8)	0.08*	0.2**	4.9*	2.9**

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Fisher'in kesin testine göre iki grubun karşılaştırılması

Olgu ve kontrol grupları kullanılan madde tipine göre karşılaştırıldığında herhangi bir madde kullanımı için yapılan ki-kare testinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. ($p=0.09$)

Tablo 19 Olgu ve Kontrol Gruplarının Kullandıkları Madde Açısından Karşılaştırılması

Madde Tipleri	Grup 1 (n=40) (%)	Grup 2 (n=40) (%)	Grup 3 (n=40) (%)	Toplam (n=120) (%)	p değeri	X ²
Kannabis	4 (10.0)	0 (0.0)	1 (2.5)	5 (4.2)	0.09*	4.9
Amfetamin	2 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.8)		
Diğer	0 (0.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (0.8)		
Herhangi bir madde	5 (12.5)	1 (2.5)	1 (2.5)	7 (5.8)		

*Üç grup arası herhangi bir madde kullanımı için ki-kare testi

5.1.19 Eşyalara, İnsanlara Zarar verme ve Adli Olaya Karışma

Olgu ve kontrol grupları eşyalara zarar verme davranışı, insanlara zarar verme davranışı ve herhangi bir adli olaya karışma açısından karşılaştırılmıştır. Grup 1'deki katılımcıların %67.5'i, grup 2'deki katılımcıların %35.0'i, grup 3'de ise %25.0'i eşyalara zarar verme davranışında bulduklarını belirtmiştir. Gruplar karşılaştırıldığında 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p < 0.001$) Grup 1 ve 2 arasında da eşyalara zarar verme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p = 0.004$)

Grup 1'deki katılımcıların %37.5'i, grup 2'deki katılımcıların %10.0'u, grup 3'de ise %20.0'ı insanlara zarar verme davranışında bulduklarını belirtmiştir. Gruplar karşılaştırıldığında 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p = 0.003$) Grup 1 ve 2 arasında da eşyalara zarar verme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p = 0.004$)

Adli olaylara karışma yönünden kıyaslandığında ise hem 3 grup arasında ($p = 0.056$) hem de grup 1 ve 2 arasında ($p = 0.43$) istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır

Tablo 20 Olgu ve Kontrol Gruplarının Eşyaya İnsanlara Zarar verme ve Adli Olaya Karışma Açısından Karşılaştırılması

	Grup 1 (n=40) (%)	Grup 2 (n=40) (%)	Grup 3 (n=40) (%)	Toplam (n=120) (%)	p değeri		X ²	
Eşyaya Zarar Verme	27 (67.5)	14 (35.0)	10 (25.0)	51 (42.5)	<0.001*	0.004**	16.1*	8.5**
İnsanlara Zarar Verme	15 (37.5)	4 (10.0)	5 (12.5)	24 (20.0)	0.003*	0.004**	11.6*	8.4**
Adli Olaya Karışma	5(12.5)	2 (5.0)	0 (0.0)	7 (5.8)	0.056*	0.43***	5.8*	1.4***

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

*** Fisher'in kesin testine göre iki grubun karşılaştırılması

5.1.20 İntihar Düşünceleri ve Girişimi

İntihar düşünceleri sorgulandığında 1. grubun %87.5'i, 2.grubun %52.5'i, 3. Grubun ise %12.5'i intihar düşüncelerinin olduğunu belirtmiştir. 3 grup karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p<0.001$) Grup 1 ve 2 de intihar düşünceleri açısından karşılaştırıldığında bu iki grup arasında da anlamlı fark bulunmuştur. ($p=0.001$)

İntihar girişimlerine bakıldığında ise 1. grubun %55.0'ı, 2.grubun %10.0'ı, 3. Grubun ise %0'ı geçmişte bir veya birden fazla intihar girişimlerinin olduğunu belirtmiştir. 3 grup karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p<0.001$) Grup 1 ve 2 de intihar düşünceleri açısından karşılaştırıldığında bu iki grup arasında da anlamlı fark bulunmuştur. ($p=0.022$)

Tablo 21 Olgu ve Kontrol Gruplarının İntihar Düşüncesi ve Girişimleri Açısından Karşılaştırılması

	Grup 1 (n=40) (%)	Grup 2 (n=40) (%)	Grup 3 (n=40) (%)	Toplam (n=120) (%)	p değeri		X ²	
İntihar Düşünceleri	35 (87.5)	21 (52.5)	5 (12.5)	61 (50.8)	<0.001*	0.001**	45.1*	11.7**
İntihar Girişimi	22 (55)	10 (25)	0 (0.0)	32 (26.6)	<0.001*	0.022**	28.2*	5.2**

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

5.1.21 İntihar Yöntemi ve İntihar Girişimi Sayısı

İntihar yöntemi açısından gruplar karşılaştırıldığında grup 1'deki katılımcıların %40.0 oranında, grup 2'deki katılımcıların ise %12.5 oranında en çok bilek kesme yöntemini tercih ettikleri görülmüştür. Gruplar arası karşılaştırmada ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($p=0.21$)

Tablo 22 Olgu ve Kontrol Gruplarının İntihar Yöntemi Açısından Karşılaştırılması

İntihar Yöntemi	Grup 1 (n=40) (%)	Grup 2 (n=40) (%)	Grup 3 (n=40) (%)	Toplam (n=120) (%)	p değeri	X ²
İlaç İçme	9 (22.5)	4 (10.0)	0 (0.0)	13 (10.8)	0.21*	7.1
Bilek Kesme	16 (40.0)	5 (12.5)	0 (0.0)	21 (17.5)		
Diğer	2 (5.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	4 (3.3)		

* Ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

İntihar girişim sayılarına açısından grup 1 ve grup 2 arasında karşılaştırma yapıldığında da istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p=0.03$) Yüzde dağılımları tablo 23'de detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 23 Olgu ve Kontrol Gruplarının İntihar Girişim Sayıları Açısından Karşılaştırılması

Girişim Sayısı	Grup 1 (n=40) (%)	Grup 2 (n=40) (%)	Grup 3 (n=40) (%)	Toplam (n=120) (%)	p değeri	X ²
1	11 (27.5)	4 (10.0)	0 (0.0)	15 (12.5)	0.03*	9.0
2	6 (15.0)	5 (12.5)	0 (0.0)	11 (9.2)		
3 ve üstü	5 (12.5)	1 (2.5)	0 (0.0)	6 (5.0)		

* Ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

5.1.22 Aile Özellikleri

Çalışmamıza katılan gruplar ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, ailede intihar girişimi varlığı ve 1.derece yakınlarında KZVD varlığı yönünden karşılaştırılmıştır. Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü ve 1. Derece yakınlarında KZVD varlığı yönünde hem üç grup hem de grup 1 ve 2 arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Ailede intihar girişimi varlığı açısından değerlendirildiğinde ise grup 1’de altı, grup 2’de 1, grup’3 ise sıfır kişi olarak katılımcılar ailelerinde intihar girişimi olduğunu bildirmişlerdir. Karşılaştırma yapıldığında üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.009$). Fakat grup 1 ve 2 arasında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır. ($p=0.11$)

Tablo 24 Olgu ve Kontrol Gruplarının Aile Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

	Grup 1 (n=40) (%)	Grup 2 (n=40) (%)	Grup 3 (n=40) (%)	Toplam (n=120) (%)	p değeri		X ²	
Psikiyatrik Bozukluk Öyküsü	8 (20.0)	2 (5.1)	4 (10.0)	14 (11.8)	0.11*	0.087**	4.3	4.0
İntihar Girişimi Varlığı	6 (15.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	7 (5.8)	0.009*	0.11**	9.4	3.9
1. derece yakınında KZVD varlığı	3 (7.5)	2 (5.0)	1 (2.5)	6 (5.0)	0.59*	1.0**	1.1	0.2

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Grup 1 ve Grup 2 arası Fisher kesin testi

5.1.23 Klinik Örneklemin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi

Klinik örnekleminizi oluşturan grup 1 ve grup 2 katılımcıları sosyodemografik veri formunda yer alan birtakım değişkenlere göre ki kare testi ile karşılaştırılarak tahmini rölatif riskleri (odds ratio) hesaplanmıştır. Kesitsel olarak değerlendirildiğinde herhangi bir psikiyatrik tanısı ve KZVD'si bulunan ergenlerde sadece herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunan ergenlere göre intihar düşüncelerinin 7.3 kat ($p=0.001$), başkasında zarar verme davranışının 5.4 kat ($p=0.004$), eşyaya zarar verme davranışının 3.8 kat ($p=0.004$), arkadaş ilişkilerini kötü olarak tanımlamanın 3.4 kat ($p=0.011$), alkol kullanımının 3.0 kat ($p=0.021$), intihar girişiminin ise 2.9 kat ($p=0.022$) daha fazla bildirildiği görülmüştür.

Tablo 25 Klinik Örneklemin (Grup 1 ve Grup 2) Sosyodemografik Değişkenlere Göre Ki-Kare Testiyle Karşılaştırılması

Değişkenler	χ^2	p değeri	Tahmini Rölatif Risk (%95 güven aralığı)
İntihar Düşünceleri	11.7	0.001	7.3 (2.0 – 19.5)
İnsanlara zarar verme	8.4	0.004	5.4 (1.6 – 18.2)
Eşyaya zarar verme	8.4	0.004	3.8 (1.5 – 9.8)
Arkadaş İlişkisi	6.5	0.011	3.4 (1.3 – 9.0)
Alkol Kullanımı	5.3	0.021	3.0 (1.2 – 7.7)
İntihar Girişimi	5.2	0.022	2.9 (1.5 – 7.4)
Okul Durumu	5.0	0.57	8.2 (0.97 – 70.7)
Ailede Psikiyatrik Hastalık	4.0	0.87	4.6 (0.9 -23.4)
Ailede İntihar Varlığı	3.9	0.10	6.9 (0.8- 60.0)
Madde Kullanımı	2.9	0.90	5.6 (0.6 – 50.0)
Cinsiyet	2.8	0.94	2.7 (0.8 – 8.5)
Kaza ve Travma Varlığı	2.1	0.16	2.3 (0.7 – 7.6)
Antidepresan Kullanımı	2.0	0.15	3.5 (0.6 -21.4)
Stimulan Kullanımı	1.9	0.17	4.5 (0.5 – 45.9)
Antipsikotik Kullanımı	1.5	0.21	2.4 (0.6 – 9.7)
Adli Olay	1.4	0.23	2.7 (0.5 – 14.9)
Tıbbi Hastalık Varlığı	1.1	0.28	0.5 (0.1 – 1.9)
Ailenin Gelir Durumu	1.1	0.28	0.5 (0.1 – 1.9)
Hastane Yatışı	0.7	0.40	2.1 (0.4 – 12.2)
Psikotrop Kullanımı	0.6	0.81	1.1 (0.4 – 2.9)
Sigara Kullanımı	0.5	0.49	1.4 (0.6 – 3.9)
Okul Başarısı	0.5	0.50	1.4 (0.6 – 3.3)
Anksiyolitik/Sedatif Kullanımı	0.4	0.51	0.4 (0.4 – 5.4)
Ailede KZVD Varlığı	0.2	0.64	0.6 (0.1- 4.1)

5.2 Katılımcıların Ölçek Puanları Açısından Değerlendirmeleri

Tüm katılımcıların Çocukluk Çağı Travması ölçeği (ÇÇTÖ), Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (A-DES), Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu (EABÖ) değerlendirildiğinde ÇÇTÖ ve ADES ölçeklerinin tam olarak doldurulduğu görülmüştür. Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu'na bakıldığında ise grup 1'de 4 kişinin baba bağlanma puanını doldurmadığı, bu 4 kişiden 2'sinin babasının ölü olduğu, grup 2 'de ise 2 kişinin baba bağlanma puanını doldurmadığı, bu 2 kişiden 1 tanesinin ölü olduğu, grup 3'de ise 1 kişinin baba bağlanma puanını doldurmadığı görülmüştür. Anne bağlanma puanına baktığımızda ise grup 2 de 1 kişinin doldurmadığı ve bu kişinin annesinin ölü olduğu görülmüştür. Arkadaş bağlanma puanında ise sadece grup 1'de 1 kişinin doldurmadığı görülmüş tüm istatistik analizler bu sonuçlara göre yapılmıştır.

5.2.1 Tüm Örneklem Ana Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Olgu ve kontrol grupları ana ölçek puanları açısından One-way ANOVA Testi ile karşılaştırıldığında ÇÇTÖ toplam puanı, ADES toplam puanı, EEBÖ anne, baba ve arkadaş toplam puanlarında üç grup arasında anlamlı farklılık bulunduğu saptanmıştır. Puan dağılımları ve p değerleri tablo 26'da verilmiştir.

Üç grup arasında ikili grup karşılaştırması yapmak için One-way ANOVA Post-hoc değerlendirmeler yapılmıştır. Yapılan Post-Hoc değerlendirme sonucunda ise KZVD farkının bulunduğu grup 1 ve 2 arasında ADES toplam puanı ve ÇÇTÖ baba toplam puanında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Post-hoc değerlendirme sonuçları tablo 26'nın altında yer almaktadır.

Tablo 26 Olgu ve Kontrol Gruplarının Ana Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=40)	Grup 3 (n=40)	One-way ANOVA Testi için <i>p</i> değeri	F değeri
ÇÇTÖ Toplam, ortalama ± SS	48.0 ± 14.2	41.4 ± 15.0	33.8 ± 6.8	< 0.001 ^a	12.7
ADES, ortalama ± SS	4.8 ± 2.0	2.9 ± 2.2	1.8 ± 1.6	< 0.001 ^b	23.3
EABÖ Anne Toplam, ortalama ± SS	51.6 ± 18.1	58.2 ± 19.2	71.4 ± 10.4	< 0.001 ^c	15.1
EABÖ Baba Toplam, ortalama ± SS	42.0 ± 19.7	53.0 ± 21.7	67.0 ± 17.8	< 0.001 ^d	15.2
EABÖ Arkadaş Toplam, ortalama ± SS	58.7 ± 18.2	65.6 ± 15.8	72.4 ± 13.0	0.001 ^e	7.5

^a Post Hoc Grup 1 > Grup3 ($p<0.001$); Grup 2 > Grup3 (0.015) ANCOVA ile gruplar arası yaş farkı sabit tutulduğunda ($p< 0.001$)

^b Post-Hoc: Grup 1 > Grup 2 ($p<0.001$); Grup 1 > Grup 3 ($p<0.001$); Grup 2 > Grup 3 ($p<0.032$) ANCOVA ile gruplar arası yaş farkı sabit tutulduğunda ($p< 0.001$)

^c Post Hoc Grup 1 < Grup 3 ($p<0.001$); Grup 2 < Grup 3 ($p=0.001$) ANCOVA ile gruplar arası yaş farkı sabit tutulduğunda ($p< 0.001$)

^d Post-Hoc: Grup 1 < Grup 2 ($p=0.048$); Grup 1 <Grup 3 ($p<0.001$); Grup 2 <Grup 3 ($p=0.006$) ANCOVA ile gruplar arası yaş farkı sabit tutulduğunda ($p< 0.001$)

^e Post Hoc Grup 1 < Grup 3 ($p=0.001$); ANCOVA ile gruplar arası yaş farkı sabit tutulduğunda ($p= 0.001$)

5.2.2 Tüm Örneklemin Alt Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Olgu ve kontrol grupları Çocukluk Çağı Travması Ölçeği'nin beş alt ölçek puanı açısından Kruskal Wallis testi ile karşılaştırılmıştır. Cinsel istismar, fiziksel istismar ve duygusal istismar açısından üç grup arasında anlamlı farklılık saptanırken, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal açısından farklılık saptanmamıştır. Puan dağılımları ve *p* değerleri tablo 27'de verilmiştir.

Tablo 27 Olgu ve Kontrol Gruplarının Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Alt Puanları Açısından Karşılaştırılması

ÇÇTÖ	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=40)	Grup 3 (n=40)	Kruskal Wallis Testi için p değeri	X ²
Cinsel İstismar, ortanca ± SS	5.0 ± 4.9	5.0 ± 2.2	1.2 ± 1.6	< 0.001	18.4
Fiziksel İstismar, ortanca ± SS	6.0 ± 3.4	5.0 ± 2.1	5.0 ± 0.6	< 0.001	17.9
Duygusal İstismar, ortanca ± SS	12.0 ± 5.3	8.0 ± 5.6	6.0 ± 2.2	< 0.001	26.5
Fiziksel İhmal, ortanca ± SS	6.0 ± 2.9	6.0 ± 2.4	6.0 ± 2.1	0.26	2.7
Duygusal İhmal, ortanca ± SS	12.0 ± 5.0	10.0 ± 5.4	10.0 ± 3.9	0.11	4.5

Olgu ve kontrol grupları Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu'nun alt ölçek puanları açısından Kruskal Wallis testi ile karşılaştırılmıştır. Güven, iletişim ve yabancılaşma alt ölçeklerinde anne ve baba puanlarında üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Arkadaş bağlanma puanlarına baktığımızda ise güven ve yabancılaşma alt ölçeklerinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanırken, iletişim alt ölçeğinde saptanmamıştır. Puan dağılımları ve p değerleri ayrıntılı olarak tablo 28'de verilmiştir.

Tablo 28 Olgu ve Kontrol Gruplarının Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu Alt Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Ölçek	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=40)	Grup 3 (n=40)	Kruskal Wallis Testi için p değeri	X ²
EABÖ ANNE	Anne Güven, ortanca ± SS	17.5 ± 7.3	22.0 ± 7.0	27.0 ± 3.7	< 0.001	20.5
	Anne İletişim, ortanca ± SS	16.5 ± 6.1	21.0 ± 6.5	24.0 ± 5.3	< 0.001	17.2
	Anne Yabancılaşma, ortanca ± SS	16.0 ± 7.2	19.0 ± 8.3	25.0 ± 3.6	< 0.001	23.2
EABÖ BABA	Baba Güven, ortanca ± SS	14.5 ± 7.9	22.0 ± 9.1	27.0 ± 5.8	< 0.001	18.6
	Baba İletişim, ortanca ± SS	10.5 ± 6.7	16.0 ± 7.3	21.0 ± 7.8	< 0.001	16.4
	Baba Yabancılaşma ortanca ± SS	12.5 ± 7.2	18.0 ± 7.8	24.0 ± 5.7	< 0.001	25.0
EABÖ ARKADAŞ	Arkadaş Güven, ortanca ± SS	21.5 ± 7.2	26.0 ± 5.8	27.0 ± 3.5	< 0.001	16.5
	Arkadaş İletişim, ortanca ± SS	22.0 ± 6.9	21.0 ± 6.7	25.0 ± 5.3	0.11	4.4
	Arkadaş Yabancılaşma ortanca ± SS	20.0 ± 7.1	22.0 ± 6.3	26.0 ± 4.9	0.008	9.7

5.2.3 Grup 1 ve Grup 2'nin Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Alt Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Grup 1 ve grup 2 örneklemini Çocukluk Çağı Travması Ölçeği alt ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır. Alt ölçek puanları ise Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. ÇÇTÖ alt ölçeklerine bakıldığında ise fiziksel ve duygusal istismar puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Puan dağılımları ve p değerleri tablo 29'da verilmiştir.

Tablo 29 Klinik Örneklem (Grup 1 ve Grup 2) Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Alt Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Grup 1 (n=40)	Grup 2 (n=40)	p değeri	U
Cinsel İstismar ortanca \pm SS	5.0 \pm 5.2	5.0 \pm 4.9	0.074*	640.0
Fiziksel İstismar ortanca \pm SS	6.0 \pm 3.3	5.0 \pm 2.0	0.034*	604.0
Duygusal İstismar ortanca \pm SS	11.5 \pm 5.2	8.0 \pm 5.4	0.009*	528.0
Fiziksel İhmal ortanca \pm SS	6.0 \pm 3.0	6.0 \pm 2.4	0.28*	689.5
Duygusal İhmal ortanca \pm SS	12.0 \pm 5.0	9.5 \pm 5.3	0.37*	708.0

*Mann Whitney U

5.2.4 İntihar Düşüncelerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Klinik örnekleme oluşturan grup 1 (n=40) ve grup 2 (n=40) katılımcıları intihar düşüncelerine göre ayrıldığında 80 katılımcının 56'sı intihar düşüncelerinin olduğunu 24 katılımcı ise intihar düşüncelerinin olmadığını bildirmiştir. Bu ayrıma göre ölçek puanları karşılaştırıldığında ADES ve ÇÇTÖ toplam puanları ve ÇTTÖ duygusal istismar alt ölçeği puanlarının intihar düşüncesi olanlarda intihar düşüncesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. EABÖ' de ise sadece babaya bağlanma toplam puanı intihar düşüncesi olmayanlarda daha yüksek saptanmıştır ve iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Puan dağılımları ve p değerleri tablo 30'da verilmiştir.

Tablo 30 İntihar Düşüncesi Olan ve Olmayanların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

	İntihar Düşüncesi var (n=56)	İntihar Düşüncesi yok(n=24)	p değeri	U
ADES ortanca \pm SS	4.5 \pm 2.2	2.0 \pm 2.0	<0.001	335.5
ÇÇTÖ Toplam ortanca \pm SS	42.5 \pm 15.0	34.5 \pm 13.4	0.014	438.5
Cinsel İstismar ortanca \pm SS	5.0 \pm 5.5	5.0 \pm 3.3	0.055	514.5
Fiziksel İstismar ortanca \pm SS	5.0 \pm 2.7	5.0 \pm 2.9	0.12	540.0
Duygusal İstismar ortanca \pm SS	11.0 \pm 5.4	6.0 \pm 5.0	0.009	423.0
Fiziksel İhmal ortanca \pm SS	6.0 \pm 2.8	6.0 \pm 2.5	0.67	633.0
Duygusal İhmal ortanca \pm SS	12.0 \pm 5.2	9.0 \pm 4.6	0.22	556.5
EABÖ Anne Toplam ortanca \pm SS	59.0 \pm 18.7	60.0 \pm 19.2	0.34	555.5
EABÖ Baba Toplam ortanca \pm SS	36.0 \pm 21.2	60.0 \pm 17.2	0.005	347.5
EABÖ Arkadaş Toplam ortanca \pm SS	61.0 \pm 16.3	73.0 \pm 19.4	0.12	515.0

5.2.5 İntihar Girişimlerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Klinik örnekleme oluşturan grup 1 (n=40) ve grup 2 (n=40) katılımcıları intihar girişimlerine göre ayrıldığında 80 katılımcının 32'si intihar girişimlerinin olduğunu 48 katılımcı ise intihar girişimlerinin olmadığını bildirmiş ve gruplar buna göre ayrılmıştır. Ana ölçek puanları T testi ile karşılaştırılırken alt ölçek puanları ise Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Bu ayrıma göre ölçek puanları karşılaştırıldığında ADES ve ÇÇTÖ toplam puanları ve ÇTTÖ cinsel, fiziksel ve duygusal istismar alt ölçeği puanlarının intihar girişimi olanlarda intihar girişimi olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. EABÖ' de de anne ve babaya bağlanma toplam puanı intihar girişimi olmayanlarda daha yüksek saptanmıştır ve iki grup arasında

istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Puan dağılımları ve p değerleri tablo 31’de verilmiştir.

Tablo 31 İntihar Girişimi Olan ve Olmayanların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

	İntihar Girişimi var (n=32)	İntihar Girişimi yok (n=48)	p değeri	t/U
ADES ortalama \pm SS	4.5 \pm 2.0	3.4 \pm 2.4	0.021*	2.4
ÇÇTÖ Toplam ortalama \pm SS	50.2 \pm 16.2	40.9 \pm 12.8	0.009*	2.7
Cinsel İstismar ortanca \pm SS	5.5 \pm 5.7	5.5 \pm 4.5	0.048**	594.5
Fiziksel İstismar ortanca \pm SS	6.0 \pm 3.1	5.0 \pm 2.4	0.003**	502.0
Duygusal İstismar ortanca \pm SS	12.0 \pm 5.9	8.5 \pm 4.6	0.002**	450.0
Fiziksel İhmal ortanca \pm SS	6.5 \pm 3.0	6.0 \pm 2.5	0.47**	686.0
Duygusal İhmal ortanca \pm SS	12.0 \pm 5.9	10.0 \pm 4.4	0.49**	698.5
EABÖ Anne Toplam ortalama \pm SS	48.7 \pm 18.5	59.0 \pm 18.1	0.016*	2.5
EABÖ Baba Toplam ortalama \pm SS	41.1 \pm 22.9	52.1 \pm 19.3	0.030*	2.2
EABÖ Arkadaş Toplam ortalama \pm SS	59.4 \pm 16.5	64.1 \pm 17.7	0.23*	1.2

*T testi

** Mann Whitney U

5.2.6 Çocukluk Çağı Travması Ölçeği, Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Puanlarının Korelasyon Analizi ile İncelenmesi

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların (n=120) aldığı puanların ortalamasına göre çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki korelasyonu değerlendirmek amacıyla Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda ADES toplam puanı ile ÇÇTÖ toplam puanı arasında 0.63 katsayılık, ÇÇTÖ toplam puanı ile EABÖ'nin alt ölçeği olan anne bağlanma toplam puanı arasında negatif yönde 0.67 katsayılık, ÇÇTÖ'nin alt ölçeği olan duygusal istismar puanı ile EABÖ'nin alt ölçeği olan anne bağlanma toplam puanı arasında negatif yönde 0.63, baba toplam puanı ile ise negatif yönde 0.61 katsayılık yüksek düzeyde korelasyon saptanmış olup istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Ayrıntılı olarak r ve p değerleri tablo 32'de verilmiştir.

Tablo 32 Tüm Örneklemde Çocukluk Çağı Travması Ölçeği, Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Puanlarının Spearman Korelasyon Analizi ile İncelenmesi

Ölçekler	ADES	ÇÇTÖ toplam	Cinsel İstismar	Fiziksel İstismar	Duygusal İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	EABÖ Anne toplam	EABÖ Baba toplam	EABÖ Arkadaş toplam
ADES, kor. kat. p değeri	1.0 -	0.63 <0.001	0.38 <0.001	0.44 <0.001	0.57 <0.001	0.29 0.002	0.47 <0.001	- 0.50 <0.001	- 0.50 <0.001	- 0.49 <0.001
ÇÇTÖ toplam puan kor. kat. p değeri	0.63 <0.001	1.0 -	0.48 <0.001	0.61 <0.001	0.82 <0.001	0.65 <0.001	0.82 <0.001	- 0.67 <0.001	- 0.58 <0.001	- 0.35 <0.001
Cinsel İstismar kor. kat. p değeri	0.38 <0.001	0.48 <0.001	1.0 -	0.36 <0.001	0.29 0.001	0.16 0.82	0.22 0.015	- 0.27 0.003	- 0.25 0.008	- 0.18 0.050
Fiziksel İstismar kor. kat. p değeri	0.44 <0.001	0.61 <0.001	0.36 <0.001	1.0 -	0.50 <0.001	0.35 <0.001	0.37 <0.001	- 0.49 <0.001	- 0.43 <0.001	- 0.28 0.002
Duygusal İstismar kor. kat. p değeri	0.57 <0.001	0.82 <0.001	0.29 0.001	0.50 <0.001	1.0 -	0.42 <0.001	0.59 <0.001	- 0.63 <0.001	- 0.61 <0.001	- 0.35 <0.001
Fiziksel İhmal kor. kat. p değeri	0.29 0.002	0.65 <0.001	0.16 0.82	0.35 <0.001	0.42 <0.001	1.0 -	0.61 <0.001	- 0.48 <0.001	- 0.33 0.001	- 0.21 0.023
Duygusal İhmal kor. kat. p değeri	0.47 <0.001	0.82 <0.001	0.22 0.015	0.37 <0.001	0.59 <0.001	0.61 <0.001	1.0 -	- 0.58 <0.001	- 0.45 <0.001	- 0.20 0.029

Sadece grup 1 örneklemini dahil edilerek Spearman Korelasyon Analizi ölçek puanları arasında tekrarlanmıştır. Yapılan analiz sonucunda EABÖ'nin alt ölçeği olan anne bağlanma toplam puanı ile ÇÇTÖ toplam puanı arasında negatif yönde 0.68 katsayılık, ÇÇTÖ fiziksel istismar alt ölçeği arasında negatif yönde 0.61 katsayılık, duygusal istismar alt ölçeği arasında negatif yönde 0.71 katsayılık, fiziksel ihmal alt ölçeği arasında ise negatif yönde 0.64 katsayılık yüksek düzeyde, duygusal ihmal alt ölçeğinde ise negatif yönde 0.54 katsayılık orta düzey korelasyon saptanmış olup istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Ayrıntılı olarak r ve p değerleri tablo 33'de verilmiştir.

Tablo 33 Grup 1 Örnekleminde Çocukluk Çağı Travması Ölçeği, Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Puanlarının Spearman Korelasyon Analizi ile İncelenmesi

Ölçekler	ADES	ÇÇTÖ toplam	Cinsel İstismar	Fiziksel İstismar	Duygusal İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	EABÖ Anne toplam	EABÖ Baba toplam	EABÖ Arkadaş toplam
ADES, kor. kat. p değeri	1.0 -	0.25 0.19	0.12 0.46	0.31 0.049	0.14 0.39	0.0 0.99	0.23 0.15	- 0.03 0.86	- 0.36 0.031	- 0.25 0.12
ÇÇTÖ toplam puan kor. kat. p değeri	0.25 0.19	1.0 -	0.33 0.038	0.63 < 0.001	0.81 < 0.001	0.71 <0.001	0.75 <0.001	- 0.68 <0.001	- 0.21 0.23	- 0.10 0.53
Cinsel İstismar kor. kat p değeri	0.12 0.46	0.33 0.038	1.0 -	0.17 0.29	-0.03 0.82	-0.01 0.96	-0.02 0.91	0.0 0.98	0.07 0.68	- 0.01 0.97
Fiziksel İstismar kor. kat. p değeri	0.31 0.049	0.63 < 0.001	0.17 0.29	1.0 -	0.49 0.001	0.35 0.029	0.30 0.061	- 0.61 <0.001	- 0.05 0.78	- 0.27 0.091
Duygusal İstismar kor. kat. p değeri	0.14 0.39	0.81 < 0.001	0.03 0.82	0.49 0.001	1.0 -	0.62 <0.001	0.64 <0.001	- 0.71 <0.001	- 0.32 0.059	- 0.02 0.93
Fiziksel İhmal kor. kat. p değeri	0.0 0.99	0.71 <0.001	-0.01 0.96	0.35 0.029	0.62 <0.001	1.0 -	0.61 <0.001	- 0.64 <0.001	- 0.23 0.17	- 0.14 0.40
Duygusal İhmal kor. kat. p değeri	0.23 0.15	0.75 <0.001	-0.02 0.91	0.30 0.061	0.64 <0.001	0.61 <0.001	1.0 -	- 0.54 <0.001	- 0.20 0.25	- 0.03 0.86

6.TARTIŞMA

6.1 Sosyodemografik Veriler

Çalışmamızda, KZVD olan ve KZVD olmayıp herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan olguların çocukluk çağı travmaları, disosiyatif yaşantıları ve bağlanmaları açısından incelenmesi ve bulguların sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu bulguların gruplar arasında istatistiksel açıdan daha sağlıklı karşılaştırılması ve sosyodemografik değişkenlerin sonuçları etkilememesi amaçlandığından grupların sosyodemografik özellikleri eşleştirilmiştir. Bu nedenle cinsiyet, gelir durumu, aile yapısı, ebeveyn yaşı, ebeveyn eğitim ve çalışma durumu ve kardeş sayısı açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmayıp katılımcılar eşleştirilmiştir. Yaş, olguların eğitim durumu, okul başarısı, yaşanılan ortam, arkadaş ilişkileri açısından ise gruplar arası farklılık bulunmuş ve detaylı olarak aşağıda tartışılmıştır. Cinsiyet ve aile yapısı açısından gruplar arası istatistiksel açıdan fark bulunmamasına rağmen tartışmada yer verilmiştir.

6.1.1 Yaş

Çalışmaya katılan tüm ergenler 14-18 yaş aralığındadırlar. Grup 1'in yaş ortanca değeri 16.0 ± 1.1 , grup 2'nin yaş ortalaması 16.0 ± 0.9 , grup 3'ün yaş ortalaması 15.1 ± 1.3 'tür. Grup 1 ve 2 arasında istatistiksel açıdan fark bulunmazken, kontrol grubunun yaş ortalaması olgu gruplarına göre düşük bulunmuştur. Ancak bu 3 grubun da orta ergenlik döneminde olması nedeniyle gruplar arasında yaş anlamında gerçek fark olmadığı düşünülmüştür. Kendine zarar verme davranışı ergenlik döneminden önce nadir görülmekte olup yaygınlığı ergenlik döneminde artmaktadır. Çalışmamızdaki olguların yaş ortalamaları, KZVD'nin ergenlik döneminde sık görülmesi ile ilgili verilen çalışma bilgileriyle uyumludur.

6.1.2 Cinsiyet

Literatürde KZVD'nin erkekler ve kızlar arasında dağılımı konusunda da farklı sonuçlar bulunmaktadır. Çalışmamızdaki gruplar cinsiyet dağılımı açısından değerlendirildiğinde grup 1'deki katılımcıların %87.5'i, grup 2'deki katılımcıların %72.5'i, grup 3'deki katılımcıların %80.0'inin kız cinsiyette olduğu bulunmuştur. Klinik örneklemini kullandığımız çalışmamızda KZVD ile polikliniğe başvuran ergenlerin çoğu kızdır. Ülkemizde Zoroğlu ve ark. tarafından KZVD konusunda yapılmış bir çalışmada lise öğrencileri arasında kız ve erkekler ayrıldığında KZVD açısından fark bulunmamıştır [6].

Kendine zarar verme davranışı toplum örneklemi incelendiğinde cinsiyet farkı göstermezken; klinik örneklerde daha çok kızlarda olduğu görülmektedir [146]. Bu fark; toplumsal cinsiyet normlarından dolayı ergen kızların erkeklere kıyasla yardım aramaya daha yatkın olmaları, erkek ergenlerde dışa vurum davranışları daha normal kabul edilirken kızlarda daha kabul edilemez özellikte olması ile açıklanabilir.

6.1.3 Okul Başarısı

Çalışmaya dahil olan tüm ergenlerin okul başarıları, sosyodemografik veri formunda yer alan ergenlerin kendisine yöneltilen sorular doğrultusunda değerlendirilmiştir. Grup 1 ve 2'deki katılımcıların % 7.5'i okul başarısını çok iyi olarak tanımlarken, grup 3'deki katılımcıların ise %30'u okul başarısını çok iyi olarak tanımlamıştır. Klinik örneklemini temsil eden grup 1 ve 2'deki katılımcıların ders başarısının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki bu bulgu, literatürde okul başarısının çocuk ve ergenleri davranışsal ve duygusal bozukluklardan koruduğuna ilişkin görüşü destekler niteliktedir [147, 148]. Kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerin değerlendirildiği toplum örneklemleri bir çalışmada okul başarısızlığı KZVD ile ilişkili bulunmuştur [73]. Yine İzmir ilinde lisede okuyan ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada okul hayatı ilişkili özellikler değerlendirildiğinde, KZVD öyküsü bulunan gençlerin bulunmayanlara göre, okul başarısının daha düşük, ders çalışma alışkanlığının daha kötü ve lisede sınıf tekrarı öyküsünün daha fazla olduğu; devamsızlık ve disiplin ile ilgili daha fazla sorun yaşadığı ve öğretmen ilişkilerini daha olumsuz algıladığı bulunmuştur [30]. Fakat çalışmamızda KZVD bulunan grup 1 katılımcıları ile KZVD olmayan fakat herhangi bir psikopatolojisi bulunan grup 2 katılımcıları arasında okul başarısı açısından istatistiksel farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu okul başarısının KZVD'den ziyade daha çok ergenin psikopatolojisinin bulunup bulunmamasıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

6.1.4 Yaşanılan Ortam

Çalışmamıza katılan katılımcılar yaşadıkları ortamlar açısından iki ebeveyni ile yaşayanlar, tek ebeveynle yaşayanlar ve kurum veya akraba yanı gibi diğer yerlerde yaşayanlar olarak üç ayrı grup olarak değerlendirilmiş ve grup 1'deki katılımcıların %60.0'ı, grup 2'deki katılımcıların %65.0'ı, grup 3'deki katılımcıların ise % 90.0'ı iki ebeveyniyle birlikte yaşadıklarını belirtmiştir. Grup 1 ve 2 arasında fark bulunmazken, üç grup arasında anlamlı

farklılık saptanmıştır. Bu durum psikopatolojisi olan klinik örneklem grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre parçalanmış aile yapısının daha yüksek olduğunu göstermektedir. İki ebeveyni ile birlikte yaşayan ergenlerde psikopatoloji oranının daha düşük olması, aile bütünlüğünün KZVD ve psikopatoloji gelişiminde koruyucu rol oynadığını düşündürmektedir.

6.1.5 Aile Yapısı

Aile yapısı açısından katılımcılar değerlendirildiğinde, grup 1'deki katılımcıların %55.0'ı, grup 2'deki katılımcıların %72.5'i, grup 3'deki katılımcıların ise % 90.0'ı ebeveynlerinin birlikte olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda üç grubun da çoğunluğunu anne ve babaları birlikte olan aileler oluşturmaktadır. Üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Boşanmış olan ailelere baktığımızda ise grup 1 'deki katılımcılardan 14 kişi, grup 2'deki katılımcılardan 7 kişi, grup 3'deki katılımcılardan ise 4 kişi anne ve babasının boşanmış olduğunu belirtmiştir. İstatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmasa da KZVD olan grupta anne babalarda boşanma oranı daha yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığında Kabukçu ve ark. tarafından İzmir ilinde yapılan bir çalışmada kendine zarar verme davranışı sergileyen gençlerin parçalanmış aileden gelme oranının daha yüksek olduğu, ailelerinde daha sık evlilik sorunu yaşandığı, aile içi şiddet oranları olduğu bulunmuştur [30]. Yine literatüre bakıldığında ailesinden ayrı kalan ya da ailesi boşanmış ergenlerde KZVD'nin daha sık görüldüğünü bildiren çalışmaların yanı sıra; bizim çalışmamızda olduğu gibi farklılık bildirmeyen çalışmalar da olduğu görülmüştür [2, 149].

6.1.6 Arkadaş İlişkileri

Kendine zarar verme davranışının etiyolojisinde önemli rol oynayan psikososyal etmenlerden olan arkadaş ilişkilerindeki zorlukların, kendine zarar verme sıklık ve şiddetini artırdığı belirtilmektedir [150]. Yapılan çalışmalara bakıldığında; olumlu arkadaş ilişkilerinin akran zorbalığını önleyerek, ergenleri KZVD'den koruduğu bilinmektedir [151]. Başka bir yayında ise, arkadaş ilişkilerindeki güçlüklerin emosyon regülasyonu yoluyla KZVD gelişimi üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir [150]. Çalışmamızdaki katılımcılar arkadaş ilişkileri açısından değerlendirildiğinde grup 1'deki katılımcıları % 12.5'i, grup 2 'deki katılımcıları % 5.0'ı, grup 3'deki katılımcıların ise % 0.0'ı arkadaş ilişkilerini kötü ve çok kötü olarak tanımlamıştır. Hem üç grup hem de grup 1ve 2 arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olup KZVD yapan gençlerin arkadaş ilişkilerinin KZVD olmayan klinik örneklem grubu ve

sağlıklı kontrol grubundan daha kötü olduğu görülmüştür. İzmir ilinde yapılan bir çalışmada arkadaş ilişkilerine yönelik özelliklere bakıldığında, okul ile ilişkili faktörlere benzer şekilde, arkadaş ilişkilerini daha negatif algılayan, arkadaşları arasında madde/alkol kullanımı ve KZVD öyküsü daha fazla olan gençlerin kendine zarar verme riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada KZVD olan gençlerin arkadaş ilişkileri, KZVD olmayan gençlere göre 2.02 kat daha kötü bulunmuştur [30]. Çalışmamızda yazındakine uyumlu olarak; kendine zarar verme grubunda yer alan ergenlerin önemli bir kısmı, diğer gruba göre arkadaş ilişkilerini daha kötü algılamaktadır.

6.2. Psikiyatrik Tanılar

Çalışmamızda grup 1 ve 2 arasındaki temel değişkenin KZVD olması istendiğinden, psikiyatrik tanıları eş seçilmiştir. Klinik ve toplum örneklemleri çalışmalarda, kendine zarar veren ergen ve yetişkinlerde en sık bulunan psikiyatrik eştanılar depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları olarak bulunmuştur [152]. Bizim çalışmamızda da en sık bulunan tanı grup 1’de %75 ile, grup 2’de de %57.5 ile majör depresif bozukluk (MDB) olarak bulunmuştur. KZVD olan grup 1 katılımcılarında majör depresif bozukluğu sırasıyla %17.5 ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), %10’unun posttravmatik stres bozukluğu (PTSB), %7.5’inin yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), %5’inin obsesif kompulsif bozukluk (OKB), %2.5’inin madde kullanım bozukluğu (MKB), %2.5’inin panik bozukluk, %2.5’inin yeme bozukluğu, %2.5’inin sosyal fobi izlemektedir. Her bir tanı için ayrı analiz yapıldığında ise Grup 1 ve 2 arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanan bir psikiyatrik tanı bulunmamıştır.

Klinik örneklemede kendine zarar veren ergenlerle yapılan çalışmalar incelendiğinde en sık görülen tanı majör depresyondur; kendine zarar veren ergenlerin %42-68’inde majör depresyon olduğu görülüp diğer depresif bozukluklar da eklendiğinde bu oran yaklaşık %89’a çıktığı görülmektedir [56]. Hintikka ve ark. tarafından 2009 yılında yapılan bir toplum çalışmasında kendine zarar veren ergenlerin %63’ü majör depresyon tanısı almıştır[71]. Çalışmamızda da literatüre uyumlu olarak KZVD bulunan ergenlerin %75’i majör depresif bozukluk tanısı almıştır. Bu durum majör depresif bozukluğun duygu düzenlemede sorun yarattığı ve kendine zarar verme davranışına yol açtığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda ikinci en sık görülen tanı %17.5 ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olarak bulunmuştur. DEHB'de davranış inhibisyonunda güçlüklerin olduğu; bu inhibisyon yetersizliğine bağlı olarak klinik tabloda irritabilite, hostilite ve duygusal dengesizlik (instabilite) olduğu bilinmektedir. Dürtüsellik ise bozukluğun temel belirtilerinden biridir. Ayrıca hem KZVD hem de yıkıcı davranış bozukluklarında duygu düzenleme güçlükleri olduğu da bilinmektedir [153]. DEHB'de mevcut olan dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlükleri nedeniyle kişilerin KZVD'ye yatkın oldukları ve bu nedenle çalışmamızda en sık görülen ikinci tanı olarak yer aldığı düşünülebilir.

Klinik örnekleme yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %60'ında en az bir madde kullanım bozukluğu bulunmuştur [74]. Lüleci ve ark tarafından İstanbul'da yapılan bir çalışmada; KZVD'si olan ergenler arasında 4 kişide (%8.9) alkol kullanım bozukluğu, 5 kişide (%11.1) de madde kullanım bozukluğu olduğu görülmüştür [154]. Alkol ve madde kullanımının kendine zarar verme davranışını kolaylaştırdığı, alkol madde kullananların daha ölümcül kendine zarar verme yöntemleri kullandıkları ve daha çok intihar girişiminde buldukları yapılan çalışmalarda gösterilmiştir [31]. Bizim çalışmamızda KZVD olan birinci grupta madde kullanım bozukluğu sadece 1 kişide görülmüştür. Fakat toplumumuzun geleneksel ve kültürel yapısı, bir otorite figürü olan hekimin gözünde damgalanma kaygısı ve madde kullanımı ile ilgili adli yüklerden dolayı katılımcıların doğru bilgi veremedikleri düşünülmüş olup, alkol ve madde bağımlılarının bildirilenden fazla olduğu düşünülmektedir.

6.3 Kendine Zarar Verme Davranışının Özellikleri

Çalışmamızda kendine zarar verme yöntemlerine bakıldığında en çok kullanılan yöntemin %82.5 oranla kesme olduğu, ikinci sırada da %32.5 ile sert bir yüzeye vurma olduğu görülmüştür. Ergenlerde kendine zarar verme yaygınlığı ve özelliklerini inceleyen 1990–2015 arasındaki çalışmaları kapsayan topluma dayalı bir meta-analizde kendini kesme, % 45 oranında en yaygın kendine zarar verme biçimi olarak bulunmuştur. Bunu, yaraların iyileşmesini önlemek (% 33) , sert yüzeye kafasını vurma (% 31), ısırma (% 29), kazıma (% 28), vurma (% 27), kendi kendine zehirlenme veya aşırı doz ilaç alımı (% 20) ve yakma (% 10) izlemiştir [155]. Zoroğlu ve ark. tarafından İstanbul ilinde yapılan bir çalışmada ise hem erkek, hem de kızlarda en sık rastlanan kendine zarar verme davranışının başını, yumruğunu

ve diğ er beden parçalarını duvara, yere veya başka bir sert zemine hızlı şekilde vurma oldu ğ u bulunmuştur. İkinci sırada ise kesici aletle kesme olarak bildirilmiştir [14]. Morey ve ark.'ın 2008 yılında yayınladıkları bir çalışmada hem kızlar hem de erkekler tarafından en çok kullanılan yöntem kendini kesme olarak bildirilmiştir [156]. Tüm kendine zarar verme yöntemlerine bakıldığında kendini kesme psikopatoloji ile en ilişkili olan yöntem olarak bilinmektedir [157]. Bizim çalışmamızda katılımcılar tarafından en sık kullanılan yöntemler literatürle uyumlu bulunmuştur.

Madge ve arkadaşlarının Avrupa'da yaptığı bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %12'sinin KZVD'den sonra hastaneye başvuru yaptığı bulunmuştur [158]. Lüleci ve ark tarafından İstanbul'da yapılan bir çalışmada ise kendine zarar veren ergenlerin %9'unun acil servise başvurduğu belirtilmiştir [154]. Ergenlerde kendine zarar verme yaygınlığı ve özelliklerini inceleyen 1990–2015 arasındaki çalışmaları kapsayan topluma dayalı bir meta-analizde kendi kendine zarar veren ergenlerin sadece % 8'i ilgili yaralanmalar için tıbbi yardım aldığını belirtmiştir [155]. Çalışmamızda ise KZVD yapan birinci grubunun %32.5'inde en az bir kez tıbbi müdahale gerektirecek düzeyde kendine zarar verme öyküsü belirtilmiş ve bu oran literatüre göre daha yüksek bulunmuştur. Katılımcılar KZVD sonrası yaşadıkları emosyonel distres nedeniyle gerçekleştirdikleri acil servis başvurularını düşünerek bu soruyu cevaplamış ve bu nedenle oran literatürden daha yüksek bulunmuş olabilir. İzmir ilinde yapılan bir çalışmada ise KZVD olan gençlerin %22,3'ü en az 1 kez kendine zarar verme davranışı sonucunda tıbbi müdahale gerektiğini belirtmiş ve bu oran bizim çalışmamıza yakın bulunmuştur [30].

Çalışmamızda KZVD olan olguların % 75.0'ı KZVD'yi son 3 yıl içinde yapmaya başladıklarını belirtmiştir. Literatür tarandığında ise KZVD başlangıç yaşının katılımcılara sorulmuş olduğu görülmüştür. İzmir ilinde yapılan bir çalışmada kendine zarar verme davranışının başlangıç yaşı ortalaması $13,3 \pm 2,6$ olarak bulunmuştur [30]. Başka bir yayında ise KZVD'nin en sık 13-14 yaşlarında başladığı bildirilmiştir [4].

6.4 Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı

Lüleci ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, KZVD sergileyen ergenlerin %36'sında sigara kullanımı saptanırken; KZVD bulunmayan sağlıklı ergenlerde bu oran %5 olarak

bulunmuştur [154]. İzmir ilinde yapılan bir çalışmada, sigara kullanan ergenlerde kendine zarar verme riskinin 9 kat arttığı belirlenmiştir [159]. Yapılan çalışmalarda; sigara kullanımı, kendine zarar veren ergenler ile KZVD göstermeyen sağlıklı ergenlerle karşılaştırılmış ve sonuçta KZVD gösteren ergenlerde yüksek oranda sigara kullanıldığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise grup 1'deki olguların %42.5'i, grup 2'deki olguların %35.0'ı, grup 3'deki olguların ise %12.5'i sigara kullanmaktadır. KZVD ve psikopatolojisi olan grup 1 katılımcılarında sigara kullanım oranı sadece psikopatolojisi olan grup 2 katılımcılarından daha yüksek olmasına karşı iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Fakat sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında üç grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu durum klinik örneklem grubunun sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek oranda sigara kullandığını göstermektedir. KZVD bulunan grubun sigara kullanım oranı ise literatürle uyumlu bulunmuştur.

Alkol kullanımına bakıldığında grup 1'deki olguların %50.0'ı, grup 2'deki olguların %25.0'ı, grup 3'deki olguların ise %12.5'i alkol kullanmaktadır. KZVD ve psikopatolojisi olan grup 1 katılımcılarında alkol kullanım oranı sadece psikopatolojisi olan grup 2 katılımcılarından yüksek olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. KZVD olan grup 1 katılımcıları grup 2 katılımcılarına göre 3.0 (%95 CI: 1.2 – 7.7) kat daha fazla alkol kullanımı bildirmiştir. Bu durum KZVD'nin alkol kullanımını arttırdığını göstermektedir. Üç grup arasında kıyaslama yapıldığında da istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu durum klinik örneklem grubunun sağlıklı kontrollere göre daha yüksek oranda alkol kullandığını göstermektedir. Avrupa'da yedi ülkede yapılan, kendine zarar verme (intihar girişimi kendine zarar verme tanımı içinde) davranışı ile alkol kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada; bir yıl içerisinde en az dört kez sarhoş olacak kadar alkol alımı olanlar “ağır içici” olarak tanımlanmıştır; bu şekilde alkol kullanımının, kızlarda kendine zarar verme davranışını 2.2 kat, erkeklerde 2.9 kat arttırdığı gösterilmiştir [160]. İzmir ilinde KZVD sergileyen lise öğrencilerinin alındığı bir çalışmada alkol kullanımının KZVD riskini 2.7 kat arttırdığı saptanmıştır [159]. Çalışmamızda da KZVD olan grupta alkol kullanımı yüksek bulunmuş olup literatür bilgisiyle uyumludur. Kabukçu ve ark. tarafından yapılan, ergenlerde kendine zarar verme davranışını inceleyen bir çalışmada KZVD olan katılımcılarda alkol kullanım oranı % 50.4 olarak bildirilmiştir ve bu oran çalışmamızdaki oranla örtüşmektedir [30].

Madde kullanımına baktığımızda grup 1'deki olguların %12.5'i, grup 2'deki olguların %2.5'i, grup 3'deki olguların ise %2.5'i uyuşturucu madde kullanmaktadır. KZVD grubunda madde kullanan kişi sayısı grup 2 ve 3'e göre daha yüksek bulunmuştur fakat istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatüre bakıldığında; diğer toplum örneklemleri yapılan çalışmalarda madde kullanımını kendine zarar veren ergenlerde daha fazla bulunmuştur [2, 161]. Çalışmamızdaki katılımcıların toplumsal, kültürel özellikler ve damgalanma korkusu nedeniyle madde kullanımlarını olduğundan daha az belirttikleri bu nedenle gruplar arası farklılık bulunmadığı düşünülmüştür. İzmir ilinde yapılan ve ergenlerde kendine zarar verme davranışını inceleyen bir çalışmada KZVD olan katılımcılarda madde kullanımı çalışmamızdan daha düşük oranda, % 5.7 olarak bildirilmiştir [30].

6.5 Eşyalara, İnsanlara Zarar verme ve Adli Olaya Karışma

KZVD ile impulsivitenin negatif durumlarda ani karar verme, eylem öncesi plan yapabilme amacıyla eylemi geciktirme ve heyecan arayışı gibi alt boyutları arasındaki ilişki gösterilmiştir [162]. İmpulsif agresyon, kasıtlı, daha önce planlanmamış, başka bir bireye veya eşyaya zarar verme amacıyla yapılan fiziksel veya verbal agresif davranışlardır. Bu nedenle olgu ve kontrol grupları eşyalara zarar verme davranışı, insanlara zarar verme davranışı ve herhangi bir adli olaya karışma açısından karşılaştırılmıştır. Kendine zarar verme davranışı olan 1. grupta hem eşyalara hem insanlara zarar verme davranışı hem 2. hem de 3. gruptan anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Klinik örneklem grubunu oluşturan grup 1 ve 2 arasında analiz yapıldığında, KZVD olan 1. grubun 2. gruba göre eşyalara zarar verme davranışını 3.8 (%95 CI: 1.5 – 9.8) kat, insanlara zarar verme davranışını ise 5.4 (%95 CI: 1.6 – 18.2) kat daha fazla belirttiği bulunmuştur. Adli olaylara karışma açısından bakıldığında ise grup 1 katılımcılarında sayı olarak adli olaya karışma yüksek bulunmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kendine zarar veren ergenlerdeki riskli davranışlarda gözlenen bu yüksekliğin öfke, impuls kontrolü, duygudurum düzenleme zorluğu gibi olası durumlarla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Kabukçu Başay ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada KZVD olan ergenlerin %64.0'ında eşyalara zarar verme davranışı bulunurken KZVD'si olmayan ergenlerde bu oran %25.4 olarak bulunmuştur [30]. Çalışmamızdaki bu bulgular KZVD' nin yazındaki impulsivite ile ilişkisini destekler nitelikte bulunmuştur.

6.6 İntihar Düşünceleri ve Girişimi

KZVD ile intihar düşünceleri ve girişimi arasındaki ilişki yapılan çalışmalarda birçok kez gösterilmiştir. Bu bulgulardan yola çıkarak çalışmamızda yer alan ergenler; intihar girişimi, intihar düşüncesi açısından karşılaştırılmıştır. İntihar düşünceleri sorgulandığında 1. grubun %87.5'i, 2.grubun %52.5'i, 3. grubun ise %12.5'i intihar düşüncelerinin olduğunu belirtmiştir. İntihar girişimlerine bakıldığında ise 1. grubun %55.0'ı, 2.grubun %10.0'ı geçmişte bir veya birden fazla intihar girişimlerinin olduğunu belirtirken sağlıklı kontrol grubu olan 3. grupta intihar girişimi öyküsü saptanmamıştır. Buna göre; KZVD olan klinik örneklem grubundaki ergenlerde intihar düşüncesi öyküsü ve girişimi hem KZVD olmayan klinik örneklem grubundan hem de sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır.

İstanbul'da okuyan liseli ergenler üzerinde toplum örneklemine dayalı bir çalışmada, KZVD'si olan ergenlerin %60'ı hayatı boyunca en az bir kere intihar düşüncesinin olduğunu belirtirken, %31'i de intihar girişiminde bulduklarını bildirilmiştir [154]. Benzer şekilde; Nock ve ark. yataklı birimde tedavi almakta olan ergenler ile yaptıkları bir çalışmada; KZVD sayısı, süresi ve kullanılan yöntem çeşitliliğini, artmış intihar riski ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir [74]. Yine aynı şekilde tekrarlayıcı ve kendini kesme gibi ağır formlarda KZVD'si olan ergenlerin %28'i intihar girişiminde bulunduğunu belirtirken; sınırlı sayıda ve hafif formlarla kendine zarar veren ergenlerin %1'i intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir [2]. Hawton ve ark. tekrarlayan KZVD'nin riskli olduğunu, yapılan izlem çalışmalarında kendine zarar verenlerde 5 yılda %1.7, 10 yılda %2.4 ve 15 yılda %3'e kadar artan oranlarda intihar girişimi olduğunu belirtmişlerdir [1]. Bu çalışmalar KZVD sıklık ve şiddetinin intihar düşüncesi ve girişimi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu ilişkiyi destekleyen başka bir çalışmada da birden fazla sayıda kendine zarar verme öyküsü olan bireylerin %39'unun, bir kez kendine zarar verme öyküsü olan bireylerin ise %21'inin intihar davranışı (intihar plan, girişim, düşünce) gösterdiği bulunmuştur [163].

Çalışmamızda KZVD olan grup 1 katılımcıları grup 2 katılımcılarına göre 7.3 (%95 CI: 2.0 – 19.5) kat daha fazla intihar düşüncesi, 2.9 (%95 CI: 1.5 – 7.4) daha fazla intihar girişimi bildirmiştir. 2018 yılında yayınlanan ergenlerde KZVD yaygınlığını ve özelliklerini inceleyen 1990–2015 arasındaki çalışmaları kapsayan topluma dayalı bir meta-analizde KZVD olan

ergenlerde, KZVD olmayan ergenlere göre intihar düşüncesinde 5 kat, intihar girişimlerinde ise 10 kata yakın artış saptanmıştır [155]. Çalışmamızda bulunan bulgular KZVD'nin yazındaki intihar düşüncesi ve girişimi ile ilişkisini destekler niteliktedir.

Literatüre bakıldığında kendine zarar verme ile intihar davranışı arasındaki ilişkinin iki yönlü olduğu, KZVD ve intihar davranışlarının sıklıkla birbirine eşlik ettiği görülmektedir. KZVD için geçmişte intihar girişiminde bulunmuş olma önemli bir risk faktörü iken, KZVD de intihar girişiminin çok önemli bir yordayıcısıdır [2, 38, 61]. Joiner, bu konudaki hipotezinde, kendine zarar veren kişinin bu duruma bir müddet sonra alıştığını ve ağrı duygusunun azaldığını, böylece daha korkutucu bir eylem olan intihar için motivasyon ve cesaret kazandığını öne sürmüştür, bu nedenle KZVD'nin intihar için bir öncül olabileceğini belirtmiştir [77]. Bu görüşün yanında kendine zarar vermenin intihar girişimi ile başa çıkma yolu olarak işlev gördüğü de savunulan düşünceler arasındadır [74]. Ölümle sonuçlanacak ağır girişimler yerine daha hafif yöntemlerle kendine zarar verme; intihar düşüncesiyle yer değiştirme veya intihar arzusu ile uzlaşma sağlamaktadır [157].

6.7 İntihar Yöntemi ve Girişimi Sayısı

Çalışmamızdaki katılımcılar intihar yöntemleri ve intihar girişim sayıları açısından da karşılaştırılmıştır. İntihar yöntemi açısından gruplar karşılaştırıldığında grup 1'deki katılımcıların %40.0 oranında, grup 2'deki katılımcıların ise %12.5 oranında en çok bilek kesme yöntemini tercih ettikleri görülmüştür. Lüleci ve ark tarafından yapılan bir çalışmada KZVD olan gençler arasında intihar girişiminde seçilen yöntem en sık ilaç olup %15.6 oranında saptanmıştır [154]. Literatürde kendini yaralama davranışı bulunan olguların %63.3'ünün daha önce intihar girişiminde buldukları özellikle de süregelen kendini yaralama davranışı olanlarda sıklıkla ciddi intihar girişimleri ile karşılaşıldığı, bu girişimlerin tipik olarak kendini yaralamada kullanılan yöntemlerin dışında bir yöntemle (sıklıkla aşırı dozda ilaç alımı gibi) olduğu bildirilmektedir [27]. Çalışmamızda en çok kullanılan yöntem literatüre uyumsuz olarak bilek kesisi çıkmıştır. Çalışmamızdaki ergenlerin intihar amaçlı olmayan kesme davranışını, intihar amaçlı olan kesme davranışından ayırt etmeden cevap vermiş olabilecekleri düşünülmektedir.

Kendine zarar veren ergenlerde intihar girişimi sayısı anlamlı olarak fazladır. Bu bulgudan yola çıkarak daha fazla sayıda KZVD gösteren ergenlerin daha fazla intihar girişiminde bulunduğu düşünülmüştür. 18-24 yaş arası 2875 genç erişkin ele alınarak yapılan bir çalışmada, KZVD sayısının artmış intihar davranışı ile pozitif ilişkisi bulunmuştur [164]. Çalışmamızda ise 2 ve üstü intihar girişimi sayısı olanlar KZVD olan grup 1 katılımcılarında % 27.5 olarak bulunurken, KZVD olmayan grup 2 katılımcılarında ise % 15 olarak bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. KZVD olan grupta intihar girişim sayılarının yüksek olup literatürle uyumlu bulunmuştur.

6.8 Aile Özellikleri

Literatüre bakıldığında ailede ruhsal bozukluk ile ergenin KZVD arasında ilişki olduğu vurgulanmıştır [165]. Hem hazırladığı uygunsuz ev ortamı ve önemli bir psikososyal etken olarak, hem de beraberinde gelen genetik yükünlük açısından ebeveynlerdeki ve ailenin diğer üyelerindeki ruhsal bozukluklar, ergendeki kendine zarar verme, intihar davranışı için risk etkeni olabilir [166]. Çalışmamızda KZVD olan 1. grupta ailede psikopatoloji bulunma oranı daha yüksek çıkmasına karşın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızdaki bulguların literatürden farklı olması ailede psikopatoloji varlığının tanısal görüşme yapılmadan sadece ergenlerin bu durumu sosyodemografik veri formunda bildirmesine dayanarak belirlenmiş olması ile açıklanabilir. Diğer yandan ailesinde psikopatoloji bulunan hastaların daha az başvuruda bulunmasından da kaynaklanabilir.

KZVD bulunan ergenlerin ailelerinde kendine zarar verme ve intihar öyküsü KZVD olmayan ergenlere göre daha sıktır [11, 167]. Çalışmamızda, KZVD bulunan 1. gruptaki ergenlerin ailelerinde diğer iki gruptaki ailelere göre intihar girişimi öyküsü anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır fakat KZVD öyküsü istatistiksel açıdan yüksek saptanmamıştır. Başka bir çalışmada; ailede KZVD bulunmasının erkek ergenlerde kendine zarar verme riskini 3.3 kat; kızlarda ise 2.8 kat arttırdığı bulunmuştur [1]. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise ailede kendine zarar verme öyküsü KZVD için risk faktörü olarak saptanmış, ailesinde KZVD öyküsü olan ergenlerin, kendine zarar verme riskinin yaklaşık 2,4 kat arttığı bulunmuştur [30]. Çalışmamızdaki bulguların literatürle uyuşmamasının nedeni ailede psikopatoloji varlığı gibi ailede kendine zarar verme davranışı öyküsünün de ergenlerin doldurduğu sosyodemografik veri formunda bildirmesine dayanarak belirlenmiş olması ve aile ile kendileri hakkında psikiyatrik görüşme yapılmaması nedeniyle olabilir.

6.9 Ölçek Puanları

Olgu ve kontrol grupları Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (ADES) toplam puanı açısından karşılaştırıldığında en yüksek disosiyasyon puanını KZVD öyküsü bulunan 1.grubun aldığı en düşük puanı ise sağlıklı kontrol grubu olan 3.grubun aldığı görülmüştür. ADES puanlarının kademeli olarak azaldığı görülmüş olup üç grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. İleri analizler yapıldığında KZVD farkının bulunduğu 1. ve 2. grup arasında grup 1'in grup 2'ye göre yüksek puan aldığı görülmüş iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu da disosiyasyonun kendine zarar verme davranışına olan etkisine işaret etmektedir. Zoroğlu ve ark. tarafından ülkemizde yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi kendine fiziksel olarak zarar veren katılımcılarda disosiyasyon ölçeği puanları, vermeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur [14]. Yine lise örneğinde 2003 yılında yapılan başka bir çalışmada KZVD öyküsü olanlarda disosiyasyon puanları KZVD öyküsü bulunmayan gruba göre yüksek bulunmuştur [6].

Klinik örneklem grubu intihar düşüncesi ve intihar girişimlerine göre gruplandırıldığında da ADES puanlarının intihar düşüncesi ve intihar girişimi olan gruplarda olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızın öncesinde de, kendine fiziksel olarak zarar verme ve intihar davranışının çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi birçok farklı çalışmayla belirgin bir şekilde ortaya konmuştur [37].

Olgu ve kontrol grupları Çocukluk Çağı Travması Ölçeği (ÇÇTÖ) toplam puanı açısından karşılaştırıldığında en yüksek travma toplam puanını ADES puanında olduğu gibi KZVD öyküsü bulunan 1.grubun aldığı en düşük puanı ise sağlıklı kontrol grubu olan 3.grubun aldığı görülmüştür. ÇÇTÖ toplam puanlarının kademeli olarak azaldığı görülmüş olup üç grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Yapılan ileri analizde KZVD farkı bulunan 1. ve 2. grup arasında puan farkı bulunmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. ÇÇTÖ alt ölçeklerine bakıldığında ise cinsel istismar, fiziksel istismar ve duygusal istismar açısından üç grup arasında anlamlı farklılık saptanırken, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal açısından farklılık saptanmamıştır. Bu durum ihmalin istismara göre toplumumuzda çok daha yaygın bir sorun olduğuna, psikiyatrik semptomu veya psikiyatri başvurusu olmayan kişilerde de ihmalin çok sık saptanan bir durum olduğuna işaret ediyor olabilir. Grup 1 ve 2 arasında alt ölçek farklılığına baktığımızda ise fiziksel ve duygusal istismar yönünde anlamlı farklılık

devam ederken cinsel istismar açısından anlamlı farklılık ortadan kalkmıştır. Zoroğlu ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerde tüm travma türleri kendine zarar vermeyen ergenlere göre daha yüksek bulunmasına rağmen en yüksek bildirilen travma türleri fiziksel ve duygusal istismar olarak bulunmuştur [6]. Bu veri çalışmamızla uyumludur. Bizim çalışmamızda KZVD olan ve olmayan klinik gruplar arasında cinsel istismar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmasa da cinsel istismarın kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır [56, 168] Ancak bizim çalışmamızda olduğu gibi, duygusal istismarın etkisini vurgulayan çalışmalar da olduğu literatürde görülmektedir [169].

Klinik örneklem grubu intihar düşüncesi ve intihar girişimlerine göre gruplandırılmıştır. İntihar düşüncesi olan grupta olmayan gruba göre travma alt türlerinden sadece duygusal istismar puanında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. İntihar girişimi olup olmamasına göre gruplandırıldığında ise intihar girişimi olanlarda olmayanlara göre duygusal istismarın yanı sıra cinsel istismar ve fiziksel istismar puanları da yüksek bulunmuş ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Yirmi bir ülkede 55.299 kişiyi ele alan bir çalışmadan edinilen bilgilere bakıldığında çocukluk çağı travmalarının intihar düşüncesi ve girişimi risklerini arttırdığı görülmüştür. İntihar davranışı üzerinde etkili olan travmaların ise, cinsel ve fiziksel taciz olduğu bulunmuştur [110]. Yapılan bu çalışmadaki sonuçlar bizim çalışmamızla oldukça uyumlu bulunmuştur. Bütün istismarların psikopatolojik olarak aynı etkiyi göstermediği, özellikle kadınlarda en kötü etki gösteren durumun cinsel istismarla birlikte diğer travmaların birlikte görülmesi olduğu bildirilmiştir [170]. Literatüre bakıldığında, kendine zarar verme ve intihar davranışının çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi ilk kez Green tarafından tanımlanmış olup birçok farklı çalışmayla belirgin bir şekilde ortaya konmuştur [171]. Bizim çalışmamızda da, ergenlerde ruhsal travmatik yaşantılar ile KZVD ve intihar girişimi arasındaki ilişki belirgin bir şekilde ortaya konmaktadır.

Çalışmamızda gruplar arası Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu (EABÖ) anne ve baba alt ölçeğinde; üç grup arasında güven, iletişim, yabancılaşma ve toplam puanlar açısından anlamlı farklılık bulundu. Yani kontrol grubunda klinik örneklem gruplarına göre anne babaya olan bağlanmanın daha güvenli olduğu saptanmıştır. Arkadaş alt ölçeğinde ise toplam, güven ve yabancılaşma puanlarında farklılık saptanırken iletişim puanında

saptanmamıştır. 1.ve 2. grup arasında analiz yapıldığında anneye, babaya ve arkadaşla bağlanma toplam puanları KZVD olan ilk grupta KZVD olmayan ikinci gruba göre daha düşük bulunmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı farklılık sadece babaya bağlanma toplam puanında görülmüştür.

Klinik örneklem grubu intihar düşüncesi ve intihar girişimlerine göre gruplandırılmıştır. İntihar düşüncesi olanlar ve olmayanlar arasında sadece babaya bağlanma toplam puanı açısından anlamlı farklılık saptanırken, intihar girişimi olan grupta hem anne hem de babaya bağlanma toplam puanlarında farklılık saptanmıştır. Bu durum intihar girişimi olan ergenlerde anneye bağlanmanın daha güvensiz olduğunu göstermektedir.

Uzunlamasına bir çalışmada, psikiyatri servisinde yatarak tedavi görme öyküsü olan ergenler ile yatarak tedavi görmemiş ergenler, bağlanma biçimleri ve psikopatoloji ilişkisi yönünden karşılaştırılmıştır. Klinik gruptaki güvensiz bağlanmaya sahip ergenlerin madde kötüye kullanma, KZVD, intihar girişimi, suç girişiminde bulunma ve çözülmemiş travma geçmişine sahip olma oranları, kontrol grubuna göre daha yüksek olarak saptanmıştır [18]. Güvenli bağlanma biçimine sahip olan ergenler stres durumlarına karşı dirençli olup stres anlarında ebeveyn veya arkadaşlarından yardım almak veya onlarla iletişime geçmek için çaba harcarlar. Güvenli olmayan bağlanma biçimine sahip olan ergenler ise stres karşısında direnç gösteremezler ve kriz anında ebeveyn veya arkadaşlarından yardım almayı reddederler ve KZVD ya da intihar girişimi gibi riskli davranışlarda bulunurlar [17]. Yapılan çalışmalarda işlevsel olmayan aile ortamı, bağlanma problemleri ve emosyonel ihmal; KZVD gelişimi ile ilişkili bulunan ve çalışmalarda sıklıkla tekrarlanan durumlardır [172, 173]. Çalışmamızdaki bulunan sonuçlar literatürdekine benzer niteliktedir.

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların (n=120) aldığı puanların ortalamasına göre çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki korelasyonu değerlendirmek amacıyla Spearman Korelasyon Analizi yapıldığında, yapılan analiz sonucunda ADES toplam puanı ile ÇÇTÖ toplam puanı arasında pozitif yönde, ÇÇTÖ toplam puanı ile EABÖ'nin alt ölçeği olan anne bağlanma toplam puanı arasında negatif yönde, ÇÇTÖ'nin alt ölçeği olan duygusal istismar puanı ile EABÖ'nin alt ölçeği olan anne ve babaya bağlanma toplam puanı arasında negatif yönde yüksek düzeyde korelasyon saptanmış olup istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. ÇÇTÖ toplam puanı ile EABÖ'nün alt ölçeği olan babaya bağlanma toplam puanı arasında ise

negatif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Bu veriler dikkate alındığında cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmal gibi tüm ÇÇT'nin ergenin anne ve babasıyla kurduğu ilişkilerde güven, iletişim üzerinde olumsuz etkileri olduğu, yabancılaşmayı arttırdığı ve sonuç olarak ergenlerin aileleri ile olan ilişkilerindeki tutum ve davranışlarını negatif yönde etkilediği ve KZVD de dahil olmak üzere psikiyatrik hastalıklara zemin hazırlayabileceği öngörülebilir. Çalışmamızda ADES puanı ile ÇTTÖ toplam puanı arasında yüksek düzeyde korelasyon bulunmuştur. Zoroğlu ve ark tarafından İstanbul'da lise örnekleminde yapılan bir çalışmada ise maruz kalınan travma çeşidi arttıkça disosiasyon seviyesinin arttığı görülmüştür [6]. Bu veri çalışmamızla uyumludur.

Sadece KZVD bulunan grup dahil edilerek yapılan korelasyon analizinde ise EABÖ'nin alt ölçeği olan anne bağlanma toplam puanı ile ÇÇTÖ toplam puanı arasında negatif yönde, ÇÇTÖ fiziksel istismar alt ölçeği arasında negatif yönde, duygusal istismar alt ölçeği arasında negatif yönde, fiziksel ihmal alt ölçeği arasında ise negatif yönde yüksek düzeyde, duygusal ihmal alt ölçeğinde ise negatif yönde orta düzey korelasyon saptanmış olup istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. EABÖ alt ölçekleri olan babaya ve arkadaşlara bağlanma toplam puanları ile ÇÇTÖ toplam ve alt puanları arasında ise korelasyon bulunmamıştır. Tek grup dahil edildiğinde yapılan korelasyon analizinde tüm grup dahil edildiğinde bulunan yüksek derece korelasyon saptanan verilerin bulunmamasının sebebi örneklem sayısının azalması nedeniyle olabilir.

7.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

7.1 Sonuçlar

Bu çalışmada, KZVD olan 40 olgu ve KZVD olmayıp herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan 40 olgu çocukluk çağı travmaları, disosiyatif yaşantıları ve bağlanmaları açısından incelenmiş ve bulgular sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır.

Sosyodemografik verilere baktığımızda üç grup arasında cinsiyet, gelir durumu, eğitim durumu, aile yapısı, anne baba yaşı, anne baba eğitim durumu, anne baba çalışma durumu ve kardeş sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yaş, okul başarısı, yaşanılan ortam, arkadaş ilişkileri açısından ise gruplar arası anlamlı farklılık bulunmuştur.

KZVD öyküsü ve herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunan ilk grup ile KZVD öyküsü bulunmayıp herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunan ikinci grup arasında ise ilk grubun arkadaş ilişkilerinin daha kötü olduğu ve eğitim durumunda ise daha az lise öğrencisi bulunduğu görülmüştür.

Üç grup arasında yapılan analizlere bakıldığında sigara kullanımı, alkol kullanımı, eşyalara zarar verme öyküsü, insanlara zarar verme öyküsü, intihar düşünceleri, intihar girişimi, intihar girişimi sayısı, ailede intihar öyküsü, ADES toplam puanı, ÇÇTÖ toplam puanı, EABÖ anne, baba ve arkadaşla bağlanma toplam puanları, ÇTTÖ alt ölçeklerinden cinsel, fiziksel ve duygusal istismar, EABÖ alt ölçeklerinde ise arkadaş iletişim hariç diğer tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

KZVD öyküsü ve herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunan ilk grup ile KZVD öyküsü bulunmayıp herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunan ikinci grup karşılaştırıldığında 1. grubun alkol kullanımının, insanlara ve eşyalara zarar verme öyküsünün daha fazla olduğu, daha çok intihar düşüncesi ve girişimi bulunduğu, ADES toplam puanının daha yüksek olduğu, EABÖ alt ölçeklerinden babaya bağlanma toplam puanının daha düşük olduğu, ÇÇTÖ alt ölçeklerinden ise fiziksel ve duygusal istismar puanlarının ise daha yüksek olduğu görülmüştür.

KZVD öyküsü olan ilk gruba bakıldığında en sık kendine zarar verme yönteminin kesme olduğu ikinci sırada ise sert yüze vurma olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların aldığı puanların ortalamasına göre çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki korelasyonu değerlendirmek amacıyla analiz yapıldığında yüksek düzey korelasyon sonuçları şöyledir:

- Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puanı Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı ile
- Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı, Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu anneye bağlanma alt ölçeği toplam puanı ile

- Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği duygusal istismar alt ölçek puanı, Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu anne ve babaya bağlanma alt ölçeği toplam puanları ile ilişkilidir.

1. grubun aldığı puanların ortalamasına göre çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki korelasyonu değerlendirmek amacıyla analiz yapıldığında yüksek düzey korelasyon sonuçları şöyledir:

- Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı, Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu anneye bağlanma alt ölçeği toplam puanı ile
- Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu anneye bağlanma alt ölçeği toplam puanı, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği fiziksel, duygusal istismar ve fiziksel ihmal alt ölçeği ile ilişkilidir.

7.2 Öneriler

1. Kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerin intihar girişimi açısından riskli konumda oldukları gözlenmiştir. Bu nedenle klinik izlemde intihar girişimine yönelik koruyucu önlemler alınması gerekmektedir.

2. Kendine zarar verme davranışı bulunan ergenlerde duygusal baş edebilirliği arttırmak amacıyla destekleyici görüşmeler yapmak klinik izlemde faydalı olabilir.

3.Çalışmada kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde güvensiz bağlanma daha çok saptandığı için, tedavi planı içerisinde aile işlevinin artırılmasına yönelik terapötik yaklaşımlara da yer verilmelidir.

8.ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

1.Çalışmanın en önemli kısıtlılıklarından biri tek kliniğe ait verileri içermesidir. Çalışmamızın örneklemini kliniğe başvuran ergenlerden oluştuğu için kliniğe başvurmamış

ergenler örnekleme temsil edilmemiştir. Bu ergenlerde KZVD doğası daha farklı olabilir. Bu nedenle sonuçların genellenmesi mümkün değildir.

2.Çalışmamızda süre kısıtlılığı nedeniyle grupların uzun izlemde değil kesitsel olarak değerlendirilmiştir. Sonraki çalışmaların uzun dönem izleme ilişkin verileri de kapsayacak biçimde oluşturulmasına gereksinim vardır.

3. Çalışmamızda örneklem sayısı azdır. Bu durum bazı verilerde gruplar arasında fark olmasına rağmen, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamasına yol açmıştır.

4.Çalışmamızdaki diğer önemli kısıtlılıklardan biri ise, katılımcıların istismar ve ihmal gibi travmatik yaşantılarla ilgili soruları yanıtlarken toplumda önyargıyla karşılanabilen cinsel istismar ve ensest gibi yaşantıların gerçek bildirimine engel olacak bir baskı yaratması olasılığının bulunmasıdır. Bu nedenle elde edilen verilerin popülasyondaki gerçek travmatik yaşantı oranını kesin olarak yansıtmadığı düşünülmüştür. Aynı ölçüde olmamakla beraber benzer bir durum, intihar girişimi ve kendine zarar verici davranışlara yönelik sorular için de geçerlidir.

9.KAYNAKÇA

1. Hawton, K., et al., Deliberate self-harm in adolescents: A study of characteristics and trends in Oxford, 1990–2000. *J Journal of Child Psychology Psychiatry* 2003. 44(8): p. 1191-1198.
2. Lloyd-Richardson, E.E., et al., Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *J Psychological medicine* 2007. 37(8): p. 1183-1192.
3. Klonsky, E.D., T.F. Oltmanns, and E. Turkheimer, Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *J American journal of Psychiatry* 2003. 160(8): p. 1501-1508.
4. Klonsky, E.D. and J.J. Muehlenkamp, Self-injury: A research review for the practitioner. *J Journal of clinical psychology* 2007. 63(11): p. 1045-1056.
5. Tarlacı, N., et al., B kümesi kişilik bozukluklarında kendini yaralamanın özellikleri. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 1997. 8: p. 29-35.
6. Zoroglu, S.S., et al., Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *J Psychiatry Clinical Neurosciences* 2003. 57(1): p. 119-126.
7. Evans, E., K. Hawton, and K. Rodham, Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *J Clinical psychology review*, 2004. 24(8): p. 957-979.
8. O'connor, R.C., et al., Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *J The British Journal of Psychiatry* 2009. 194(1): p. 68-72.
9. Gladstone, G.L., et al., Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *J American Journal of Psychiatry*, 2004. 161(8): p. 1417-1425.
10. Yates, P.M., Treatment of adult sexual offenders: A therapeutic cognitive-behavioural model of intervention. *J Journal of Child Sexual Abuse* 2004. 12(3-4): p. 195-232.
11. Fliege, H., et al., Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *J Journal of psychosomatic research* 2009. 66(6): p. 477-493.

12. Aksoy, A. and K. Ögel, Sokakta yaşayan çocuklarda kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005. 6: p. 163-169.
13. Şar, V., Dissosiyatif Bozukluklar. *Psikiyatri Temel Kitabı*, ed. G.C. Köroğlu E. 2007, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
14. Zoroglu, S.S., et al., Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları/Probable results of childhood abuse and neglect. *J Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001. 2(2): p. 69.
15. Budak, S., *Psikoloji Sözlüğü*. . Vol. 3. 2005, Ankara.
16. Nakash-Eisikovits, O., L. Dutra, and D. Westen, Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 2002. 41(9): p. 1111-1123.
17. France, A., Towards a sociological understanding of youth and their risk-taking. *J Journal of youth studies*, 2000. 3(3): p. 317-331.
18. Allen, J.P., S.T. Hauser, and E. Borman-Spurrell, Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: an 11-year follow-up study. *Journal of consulting clinical psychology*, 1996. 64(2): p. 254.
19. Boysan, M. and V. Duyan, Gelişimsel psikopatolojinin bakış açısıyla disosiyasyon. *J Kriz Dergisi*, 2010. 18(1): p. 17-32.
20. Aksoy, A. and K. Ögel, Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003. 4(4): p. 226-236.
21. Farberow, N.L., *The many faces of suicide: Indirect self-destructive behavior*. 1980: McGraw-Hill New York.
22. Walsh, B.W. and P.M. Rosen, *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. 1988: Guilford Press.
23. AR., F., Why patients mutilate themselves. *Hosp Community Psychiatry* 1989(40): p. 137-145
24. Favazza, A. and K. Conterio, Habitual female self-mutilators. *J Acta Psychiatr. Scand*, 1989. 79: p. 283-289.
25. Ghaziuddin, M., et al., Mood disorder in a group of self-cutting adolescents. *J Acta paedopsychiatrica*, 1992. 55(2): p. 103-105.
26. R, L., Educational management of selfinjurious behavior. *Acta Paedopsychiatrica*, 1993. 56: p. 91-92
27. Favazza, A.R. and R.J. Rosenthal, Diagnostic issues in self-mutilation. *J Psychiatric Services*, 1993. 44(2): p. 134-140.

28. Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 2013: Arlington: American Psychiatric Publishing.
29. Swannell, S.V., et al., Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *J Suicide Life-Threatening Behavior* 2014. 44(3): p. 273-303.
30. Başay, B.K., et al., Türk Örnekleminde Lise Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışının Doğası, İşlevleri ve İlişkili Risk Faktörleri. 2017.
31. Favazza, A.R., *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. 1996: JHU Press.
32. Emerson, L.E., Psychoanalysis of Self-Mutilation. *J The Psychoanalytic Review*, 1913. 1: p. 41.
33. Çelik, F.G.H. and Ç. Hocaoğlu, Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı. *J Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 9(2): p. 209-226.
34. Suyemoto, K., The Functions of Self Mutilation, *Glinical Psychology Review*, 18: 531-554. J Maryland: Saint Mary's College. Teoksessa: Nixon, M. Heath 1998(2009).
35. Friedman, M., et al., Wohl. M.(1972). Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observations from a psychoanalytic research project. *J Int. J. Psycho-Anal.* 53: p. 179-183.
36. Leibenluft, E., D.L. Gardner, and R.W. Cowdry, Special feature the inner experience of the borderline self-mutilator. *J Journal of Personality Disorders* 1987. 1(4): p. 317-324.
37. Van der Kolk, B.A., J.C. Perry, and J.L. Herman, Childhood origins of self-destructive behavior. *J American journal of Psychiatry* 1991. 148(12): p. 1665-1671.
38. Lewis, S.P. and N.L. Heath, Nonsuicidal self-injury among youth. *J The Journal of pediatrics* 2015. 166(3): p. 526-530.
39. Tiefenbacher, S., et al., The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: a nonhuman primate model. *J Front Biosci* 2005. 10(1): p. 1-11.
40. Sher, L. and B.H. Stanley, The role of endogenous opioids in the pathophysiology of self-injurious and suicidal behavior. *J Archives of Suicide Research* 2008. 12(4): p. 299-308.
41. Stanley, B., et al., Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *J Journal of affective disorders* 2010. 124(1-2): p. 134-140.

42. Groschwitz, R.C. and P.L. Plener, The neurobiology of non-suicidal self-injury (NSSI): A review. *J Suicidology Online*, 2012. 3: p. 24-32.
43. Crowell, S.E., et al., Psychological, autonomic, and serotonergic correlates of parasuicide among adolescent girls. *J Development psychopathology* 2005. 17(4): p. 1105-1127.
44. Wong, D.F., et al., Dopamine transporters are markedly reduced in Lesch-Nyhan disease in vivo. *J Proceedings of the National Academy of Sciences* 1996. 93(11): p. 5539-5543.
45. Crowell, S.E., et al., Parent-child interactions, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescents. *J Journal of consulting clinical psychology* 2008. 76(1): p. 15.
46. Kishore, S. and S. Stamm, The snoRNA HBII-52 regulates alternative splicing of the serotonin receptor 2C. *J science*, 2006. 311(5758): p. 230-232.
47. Markovitz, P.J. and S.C. Schulz, Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *J The American journal of psychiatry* 1991. 148(8): p. 1064.
48. Ballard, E. and A. Bosk, Invited commentary: Understanding brain mechanisms of pain processing in adolescents' non-suicidal self-injury. 2010, Springer.
49. Plener, P.L., et al., Prone to excitement: Adolescent females with non-suicidal self-injury (NSSI) show altered cortical pattern to emotional and NSS-related material. *J Psychiatry Research: Neuroimaging* 2012. 203(2-3): p. 146-152.
50. Bresin, K. and M. Schoenleber, Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis. *J Clinical Psychology Review*, 2015. 38: p. 55-64.
51. Brown, R.C. and P.L. Plener, Non-suicidal self-injury in adolescence. *J Current psychiatry reports*, 2017. 19(3): p. 20.
52. Casey, B., R.M. Jones, and T.A. Hare, The adolescent brain. *J Annals of the New York Academy of Sciences*, 2008. 1124(1): p. 111-126.
53. Gratz, K.L., et al., Deliberate self-harm among underserved adolescents: The moderating roles of gender, race, and school-level and association with borderline personality features. *J Personality Disorders: Theory, Research, Treatment* 2012. 3(1): p. 39.
54. Muehlenkamp, J.J. and P.M. Gutierrez, Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *J Archives of suicide research* 2007. 11(1): p. 69-82.

55. Muehlenkamp, J.J. and P.M. Gutierrez, An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *J Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2004. 34(1): p. 12-23.
56. Jacobson, C.M. and M. Gould, The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *J Archives of Suicide Research*, 2007. 11(2): p. 129-147.
57. Lovell, S. and M. Clifford, Nonsuicidal self-injury of adolescents. *J Clinical pediatrics* 2016. 55(11): p. 1012-1019.
58. Lereya, S.T., et al., Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *J The Lancet Psychiatry* 2015. 2(6): p. 524-531.
59. Hankin, B.L. and J.R. Abela, Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½ year longitudinal study. *J Psychiatry research*, 2011. 186(1): p. 65-70.
60. Bjärehed, J. and L.G. Lundh, Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: How frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *J Cognitive behaviour therapy*, 2008. 37(1): p. 26-37.
61. Klonsky, E.D., S.E. Victor, and B.Y. Saffer, *Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know*. 2014, SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
62. Yates, T.M., The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *J Clinical Psychology Review* 2004. 24(1): p. 35-74.
63. Toprak, S., et al., Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *J Psychiatry research* 2011. 187(1-2): p. 140-144.
64. Muehlenkamp, J.J., et al., Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: Preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *J The Journal of Nervous Mental Disease* 2010. 198(4): p. 258-263.
65. Wedig, M.M. and M.K. Nock, Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *J Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 2007. 46(9): p. 1171-1178.
66. Webb, L., Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors. *J Journal of Advanced Nursing* 2002. 38(3): p. 235-244.

67. Prinstein, M.J., et al., Peer influence and nonsuicidal self injury: Longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *J Journal of abnormal child psychology* 2010. 38(5): p. 669-682.
68. Nock, M.K. and M.J. Prinstein, A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Journal of consulting clinical psychology* 2004. 72(5): p. 885.
69. Başay, B.K. and O. Somer, Ergenlerde Kendine Zarar Verme Davranışı. *J Turkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics*, 2018. 4(2): p. 277-286.
70. Fox, K.R., et al., Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *J Clinical psychology review*, 2015. 42: p. 156-167.
71. Hintikka, J., et al., Mental disorders in self-cutting adolescents. *J Journal of Adolescent Health* 2009. 44(5): p. 464-467.
72. Ross, S. and N. Heath, A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *J Journal of Youth Adolescence* 2002. 31(1): p. 67-77.
73. Brunner, R., et al., Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *J Archives of pediatrics adolescent medicine*, 2007. 161(7): p. 641-649.
74. Nock, M.K., et al., Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *J Psychiatry research* 2006. 144(1): p. 65-72.
75. Cerutti, R., et al., Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *J Journal of adolescence* 2011. 34(2): p. 337-347.
76. Kerr, P.L., J.J. Muehlenkamp, and J.M. Turner, Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *J The Journal of the American Board of Family Medicine* 2010. 23(2): p. 240-259.
77. Joiner, T., *Why people die by suicide*. 2007: Harvard University Press.
78. Ögel, K. and A. Aksoy, Kendine Zarar Verme Davranışı Raporu. *J Yeniden Yayın* 2006(18).
79. Sutton, J., Understanding dissociation and its relationship to self-injury and childhood trauma. *J Counselling Psychotherapy Journal* 2004. 15(3): p. 24-27.

80. Briere, J. and E. Gil, Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *J American journal of Orthopsychiatry*, 1998. 68(4): p. 609-620.
81. Brown, M.Z., K.A. Comtois, and M.M. Linehan, Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *J Journal of abnormal psychology*, 2002. 111(1): p. 198.
82. Buss, K.E., J.M. Warren, and E. Horton, Trauma and Treatment in Early Childhood: A Review of the Historical and Emerging Literature for Counselors. *J Professional Counselor: Research Practice*, 2015. 5(2).
83. Polat, O., Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı. 2007: Seçkin.
84. Kara, B., Ü. Biçer, and A.S. Gökalp, Çocuk istismarı. *J Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2004. 47(2): p. 140-51.
85. Taner, Y. and B. Gökler, Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *J Acta Medica*, 2004. 35(2): p. 82-86.
86. Kelly, J.B., Parents with Enduring Child Disputes: Multiple Pathways to Enduring Disputes1. *J Journal of Family Studies*, 2003. 9(1): p. 37-50.
87. Gilbert, R., et al., Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *J The lancet*, 2009. 373(9657): p. 68-81.
88. Güneş, T., Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde 0-6 Yaş Çocuğun İhmal ve İstismarında Erken Tanı VE Yönlendirme. *J Toplum ve Sosyal Hizmet*. 28(1): p. 247-262.
89. Beyazıt, U., Çocuk İstismarı Konusunda Türkiye'de Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *J Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal* 2015. 2.
90. Bahar, G., H.A. Savaş, and A. Bahar, Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009. 4(12): p. 51-65.
91. Lewis, M.E., *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. 2002: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
92. Brown, G.R. and B. Anderson, Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *J American journal of Psychiatry*, 1991. 148(1): p. 55-61.
93. Silverman, A.B., H.Z. Reinherz, and R.M. Giaconia, The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *J Child abuse neglect* 1996. 20(8): p. 709-723.

94. Fergusson, D.M. and M.T. Lynskey, Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *J Child abuse neglect* 1997. 21(7): p. 617-630.
95. al., Ç.F.e., Cinsel istismar. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı, ed. İ. E. Vol. İnci Baskı. 2008, Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 470-7.
96. Sar, V., Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar [Problems regarding abuse and neglect]. *J Psikiyatri Temel Kitabı* 1998: p. 823-833.
97. Rodriquez, N., S. Ryan, and D. Foy. Tension reduction and PTSD: Adult survivors of sexual abuse. in *Annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*, Los Angeles. 1992.
98. Saraçlı, Ö., et al., Childhood trauma and suicide risk in the population living in Zonguldak P rovince. *J Asia-Pacific Psychiatry* 2016. 8(2): p. 136-144.
99. Kuo, J.R., et al., An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: the role of difficulties with emotion regulation. *J Child abuse neglect* 2015. 39: p. 147-155.
100. Şar, V., Dissosiyasyon Konusuna Genel Bir Bakış. 1998: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. 3(4): 544.
101. Kızıltan, E. and T. Kundakçı, Çoğul kişiliğin yüzyıllık serüveni. 1998: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları.
102. Yargıç, L., H. Tutkun, and V. Şar, Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkinde disosiyatif belirtiler. *J Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 1994. 2: p. 338-48.
103. FW, P., Development of dissociative disorders. *Developmental Psychopatology*, ed. C.D. Cicchetti D. 1995, New York. 581-608.
104. Zoroglu, S.S., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Çocuk ve Ergenlerde Disosiyatif Bozukluklar, ed. E.E.S. Pekcanlar A.A. 2016, Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği.
105. E, I., Dissosiyasyon ve disosiyatif bozukluklar. *Nevrozlar*. 1996, Ankara: Kent Matbaa. 341-368.
106. Shalev, A. and R. Yehuda, The Longitudinal Development of Traumatic Stress Disorders in Trauma Assesments. *A Clinician Guides*. 1997, New York: Guilford Press.
107. Marmar, C.R., et al., Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *J The American journal of psychiatry*, 1994. 151(6): p. 902.

108. Spiegel, D., et al., Dissociative disorders in DSM-5. *J Depression anxiety* 2011. 28(9): p. 824-852.
109. Bayraktar, S., Ruhsal Travma, Dissosiyasyon ve Posttravmatik Stres Bozukluğu. *J Turkiye Klinikleri Psychology-Special Topics*, 2018. 3: p. 1-7.
110. Bruffaerts, R., et al., Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *J The British Journal of Psychiatry*, 2010. 197(1): p. 20-27.
111. Merckelbach, H., R. Horselenberg, and H. Schmidt, Modeling the connection between self-reported trauma and dissociation in a student sample. *J Personality Individual Differences* 2002. 32(4): p. 695-705.
112. Hébert, M., R. Langevin, and E. Oussaïd, Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *J Journal of affective disorders*, 2018. 225: p. 306-312.
113. Franzke, I., P. Wabnitz, and C. Catani, Dissociation as a mediator of the relationship between childhood trauma and nonsuicidal self-injury in females: A path analytic approach. *J Journal of Trauma Dissociation*, 2015. 16(3): p. 286-302.
114. Ünal, D. and T.Ç. Esen, Anne Bebek İlişkisi ve Sağlıklı Bağlanma. *J Turkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics* 2018. 4(1): p. 1-4.
115. Tüzün, O. and K. Sayar, Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *J Düşünen Adam*, 2006. 19(1): p. 24-39.
116. Bretherton, I., The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *J Developmental psychology*, 1992. 28(5): p. 759.
117. Brown, L.S. and J. Wright, The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *J Psychology Psychotherapy: Theory, Research Practice*, 2003. 76(4): p. 351-367.
118. Gander, M. and H. Gardiner, Çocuk ve Ergen Gelişimi (Çev. B. Onur, N. Çelen, A. Dönmez)(4. Baskı). *J Ankara: İmge*, 2001.
119. Eder, R.A. and S.C. Mangelsdorf, The emotional basis of early personality development: Implications for the emergent self-concept, in *Handbook of personality psychology*. 1997, Elsevier. p. 209-240.
120. Joseph, R., *The right brain and the unconscious: Discovering the stranger within*. 2013: Springer.
121. Bowlby, J., *Attachment, Vol. 1 of Attachment and loss*. 1969, New York: Basic Books.
122. Bowlby, J., *Attachment and loss: Vol. 2*. 1973, New York: Basic Books.

123. Öztürk, M. and A. Uluşahin, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (1. Cilt). 11. ed. 2008, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
124. Bowlby, J., *A Secure Base. Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York (Basic Books) 1988. 1988.
125. Demirgören, B. and A. Özbek, *Bağlanma ve Gelişimi*, in *Bebek Ruh Sağlığı (0-4 Yaş) Temel Kitabı*, K. Karabekiroğlu, Editor. 2012, HYB Basım Yayın: Ankara. p. 72-80.
126. Goldsmith, H., Alansky, J. A. , *Maternal and infant temperamental predictors of attachment*. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 1987. 55(6): p. 805.
127. Ainsworth, M.D.S. and S.M. Bell, *Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation*. *J Child development*, 1970: p. 49-67.
128. Atay, İ., E. Kerimoğlu, and *Ergenlerde intihar davranışı*. *Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2003. 10(3): p. 128.
129. Kokkevi, A., et al., *Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries*. *J European child adolescent psychiatry* 2012. 21(8): p. 443-450.
130. Zeanah, C.H., N.W. Boris, and J.A. Larrieu, *Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years*. *J Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 1997. 36(2): p. 165-178.
131. Hamarta, E., *Attachment theory*. *Anadolu University Journal of Faculty of Education*, 2004. 14(1): p. 53-66.
132. Sümer, N., Güngör, D. , *Psychometric evaluation of adult attachment measures on Turkish samples and a cross-cultural comparison*. *Türk psikoloji dergisi*, 1999. 14(43): p. 71-109.
133. Cooper, M.L., P.R. Shaver, and N. Collins, *Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence*. *Journal of personality social psychology* 1998. 74(5): p. 1380.
134. Anderson, C.L. and P.C. Alexander, *The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest*. *Psychiatry*, 1996. 59(3): p. 240-254.
135. Liotti, G., *Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders*. *J Dissociation* 1992. 5(4): p. 196-204.
136. Ay, B. and A. Özbek, *Bebek ve Küçük Çocuklarda Bağlanma Bozuklukları*. *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*, 2018. 4(1): p. 34-41.

137. Kaufman, J., et al., Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1997. 36(7): p. 980-988.
138. Gökler, B., et al., Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği. *J Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2004.
139. Bernstein, D.P., et al., Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *J The American journal of psychiatry*, 1994. 151(8): p. 1132.
140. Şar, V., P.E. Öztürk, and E. İlikardeş, Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *J Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2012. 32(4): p. 1054-1063.
141. Armstrong, J.G., et al., Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of nervous mental disease*, 1997. 185(8): p. 491-497.
142. Zoroglu, S.S., et al., Reliability and validity of the Turkish version of the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *J Psychiatry Clinical Neurosciences* 2002. 56(5): p. 551-556.
143. Armsden, G.C. and M.T. Greenberg, The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of youth adolescence*, 1987. 16(5): p. 427-454.
144. Raja, S.N., R. McGee, and W.R. Stanton, Perceived attachments to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *J Journal of youth adolescence* 1992. 21(4): p. 471-485.
145. Günaydın, G., et al., Ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma envanteri kısa formu'nun psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *J Türk Psikoloji Yazıları*, 2005. 8(16): p. 13-23.
146. Nixon, M.K. and N.L. Heath, *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*. 2008: Taylor & Francis.
147. Crosnoe, R., K.G. Erickson, and S.M. Dornbusch, Protective functions of family relationships and school factors on the deviant behavior of adolescent boys and girls: Reducing the impact of risky friendships. *J Youth Society* 2002. 33(4): p. 515-544.
148. Hawkins, J.D., et al., Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *J Archives of pediatrics adolescent medicine* 1999. 153(3): p. 226-234.

149. Klonsky, E.D. and T.M. Olino, Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *J Journal of consulting clinical psychology* 2008. 76(1): p. 22.
150. Adrian, M., et al., Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *Journal of abnormal child psychology*, 2011. 39(3): p. 389-400.
151. Hilt, L.M., C.B. Cha, and S. Nolen-Hoeksema, Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: Moderators of the distress-function relationship. *J Journal of consulting clinical psychology* 2008. 76(1): p. 63.
152. Miller, D.N. and S.E. Brock, Identifying, assessing, and treating self-injury at school. 2010: Springer Science & Business Media.
153. Barkley, R.A., Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *J Psychological bulletin*, 1997. 121(1): p. 65.
154. Lüleci, S., Kendini yaralama davranışı olan ergenlerin psikiyatrik ve sosyokültürel özellikleri, 2007
155. Gillies, D., et al., Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: meta-analyses of community-based studies 1990-2015. *J Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 2018.
156. Morey, C., et al., The prevalence of self-reported deliberate self harm in Irish adolescents. *J BMC public health* 2008. 8(1): p. 79.
157. Klonsky, E.D., The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *J Clinical psychology review*, 2007. 27(2): p. 226-239.
158. Madge, N., et al., Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Journal of child Psychology Psychiatry* 2008. 49(6): p. 667-677.
159. Kabukçu Başay, B. and T. Bildik, Lise Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışı: İşlevsellersi, Emosyonel Regülasyon ve Ayrılma Bireyleşme, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, 2011
160. Rossow, I., et al., Cross-national comparisons of the association between alcohol consumption and deliberate self-harm in adolescents. *J Suicide Life-Threatening Behavior* 2007. 37(6): p. 605-615.

161. Laye-Gindhu, A. and K.A. Schonert-Reichl, Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *J Journal of youth Adolescence* 2005. 34(5): p. 447-457.
162. Glenn, C.R. and E.D. Klonsky, A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *J Personality Disorders: Theory, Research, Treatment* 2010. 1(1): p. 67.
163. Whitlock, J., J. Eckenrode, and D. Silverman, Self-injurious behaviors in a college population. *J Pediatrics* 2006. 117(6): p. 1939-1948.
164. Whitlock, J. and K.L. Knox, The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *J Archives of pediatrics adolescent medicine* 2007. 161(7): p. 634-640.
165. Turgay, A.J.P.C., An integrative treatment approach to child and adolescent suicidal behavior. 1989. 12(4): p. 971-985.
166. Brent, D.A., et al., Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *J Archives of general psychiatry*, 1988. 45(6): p. 581-588.
167. Skegg, K., Self-harm. *J The Lancet* 2005. 366(9495): p. 1471-1483.
168. Yeo, H. and W. Yeo, Repeat deliberate self-harm: a link with childhood sexual abuse? *J Emergency Medicine Journal* 1993. 10(3): p. 161-166.
169. Glassman, L.H., et al., Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *J Behaviour research therapy*, 2007. 45(10): p. 2483-2490.
170. Hahm, H.C., et al., The impact of multiple types of child maltreatment on subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescence to young adulthood. *J Journal of youth adolescence* 2010. 39(5): p. 528-540.
171. Green, A.H., Self-mutilation in schizophrenic children. *J Archives of General Psychiatry* 1967. 17(2): p. 234-244.
172. Gratz, K.L., Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *J Clinical Psychology: Science Practice* 2003. 10(2): p. 192-205.
173. Tantam, D. and J. Whittaker, Personality disorder and self-wounding. *J The British Journal of Psychiatry* 1992. 161(4): p. 451-464.

10. EKLER

EK 1: Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

EK 2: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

EK 3: Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu (EABÖ)

EK 4: Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (ADES)

EK 5: Etik Kurul Onay Formu



EK 1

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

Adınız Soyadınız:

Doğum tarihiniz:

Cinsiyetiniz:

1.Kız 2.Erkek

Ulaşılması gerektiğinde kullanılacak telefon numaraları:

Öğrenim durumunuz:

1-İlkokul 2- Ortaokul 3- Lise 4-Açık Lise 5- Devamsız

Okul başarınız:

1-Pekiyi 2-İyi 3- Orta 4- Kötü 5- Devamsız

Arkadaş ilişkileriniz nasıl?

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

Sosyal Güvenceniz:

1-Var 2-Yok

Ailenizin Ortalama Aylık Geliri:

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

Nerede yaşıyorsunuz?

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

Anne ve Babanız :

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

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

Öz anneniz:

1-Sağ 2-Ölü 3- Bilinmiyor.

Yaş:

Eğitim:

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

Meslek:

1- Çalışıyor 2-Çalışmıyor 3.Emekli

Öz babanız:

1-Sağ 2-Ölü 3- Bilinmiyor.

Yaş:

Eğitim:

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

Meslek:

1- Çalışıyor 2-Çalışmıyor 3.Emekli

Kendinize zarar verme davranışlarınız ne zamandan beri var?

1. Son 6 aydır 2. 6 ay-1 yıl 3. 1-3 yıl 3. 3 yıldan fazla

Kendinize ne ile veya nasıl zarar veriyorsunuz?

Kendinize zarar verme davranışlarınız nerede oluyor?

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

Tibbi yardım gerektirecek kadar kendinize zarar verme davranışınız oldu mu?

1-Evet 2- Hayır.

Eşyalara zarar verme davranışınız var mı?

1- Evet 2- Hayır

Çevredeki insanlara zarar verme davranışınız var mı?

1-Evet 2-Hayır.

Herhangi bir adli olayınız var mı?

1-Evet (.....) 2- Hayır

Tibbi bir hastalığınız var mı?

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

Önemli bir kaza veya travma geçirdiniz mi?

1- Var 2-Yok

Psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz?

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

Sigara kullanıyor musunuz?

1-Evet 2.Hayır

Sigara içiyorsanız miktarı nedir?

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

Alkol kullanıyor musunuz?

1-Evet 2.Hayır

Alkol düzenli içiyorsanız miktarı nedir?

1.Hemen hemen her gün 2.Haftada 1-2 kez 3.Ayda1-2 kez

Uyuşturucu madde kullanıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

Uyuşturucu maddeyi düzenli içiyorsanız miktarı nedir?

1.Hemen hemen her gün 2.Haftada 1-2 kez 3.Ayda1-2 kez

Hangi uyuşturucu maddeleri kullandınız?

Daha önce intihar düşünceniz oldu mu?

1-Var 2-Yok.

Daha önce intihar girişiminiz oldu mu?

1.Var (Kaç kere, nasıl.....) 2- Yok

Ailenizde kendisine kasıtlı zarar veren bireyler var mı?

1-Yok 2- Anne 3.Baba 4.Kardeş 5.Yakın akraba

Ailenizde ruhsal hastalığı olan var mı?

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

Ailenizde fiziksel hastalığı olan var mı?

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

Ailenizde intihar öyküsü var mı?

1-Var (Kim ve nasıl.....) 2-Yok

Herhangi bir psikiyatri servisine yatışınız oldu mu?

1. Evet(Kaç kere.....) 2.Hayır

EK 2

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar,1996, 2012)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

7. Sevildiğimi hissediyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

13. Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

14. Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

16. Çocukluğum mükemmeldi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecekti birisi vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

EK 3

EBEVEYN VE ARKADAŞLARA BAĞLANMA ÖLÇEĞİ KISA FORMU

Aşağıdaki soruları size uygunluğuna göre 7 puan üzerinden değerlendirmenizi istiyoruz. Cümlelerin uygunluğuna göre 1 (asla) , 7 (daima) olmak üzere 1 ile 7 puan arasında herhangi bir rakamı cümlelerin yanına yazabilirsiniz.

1 = Asla 7 = Daima

ANNE FORMU

1. Annem duygularıma saygı gösterir.
2. Annem başka biri olsun isterdim.
3. Annem beni olduğum gibi kabul eder.
4. Sorunlarım hakkında annemle konuştuğumda kendimden utanırım ya da kendimi kötü hissedirim.
5. Evde kolayca keyfim kaçır.
6. Annemin kendi problemleri olduğundan, onu bir de kendiminkilerle sıkmak istemem.
7. Kim olduğumu daha iyi anlamamda annem bana yol gösterir.
8. Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu anneme anlatırım.
9. Anneme kızgınlık duyuyorum.
10. Annemden pek ilgi görmüyorum.
11. Kızgın olduğumda annem anlayışlı olmaya çalışır.
12. Annem bir şeyin beni rahatsız ettiğini hissederse, bana nedenini sorar.

BABA FORMU

1. Babam duygularıma saygı gösterir.
2. Babam başka biri olsun isterdim.
3. Babam beni olduğum gibi kabul eder.
4. Sorunlarım hakkında Babam konuştuğumda kendimden utanırım ya da kendimi kötü hissedirim.
5. Evde kolayca keyfim kaçır.
6. Babam kendi problemleri olduğundan, onu bir de kendiminkilerle sıkmak istemem.
7. Kim olduğumu daha iyi anlamamda Babam bana yol gösterir.
8. Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu babama anlatırım.
9. Babam kızgınlık duyuyorum.

10. Babamdan pek ilgi görmüyorum.
11. Kızgın olduğumda Babam anlayışlı olmaya çalışır.
12. Babam bir şeyin beni rahatsız ettiğini hissederse, bana nedenini sorar.

ARKADAŞ FORMU

1. Arkadaşlarım duygularıma saygı gösterir.
2. Arkadaşlarım başka biri olsun isterdim.
3. Arkadaşlarım beni olduğum gibi kabul eder.
4. Sorunlarım hakkında arkadaşlarımla konuştuğumda kendimden utanırım ya da kendimi kötü hissederim.
5. Evde kolayca keyfim kaçır.
6. Arkadaşlarımın kendi problemleri olduğundan, onu bir de kendiminkilerle sıkmak istemem.
7. Kim olduğumu daha iyi anlamamda arkadaşlarım bana yol gösterir.
8. Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu arkadaşlarıma anlatırım.
9. Arkadaşlarıma kızgınlık duyuyorum.
10. Arkadaşlarımdan pek ilgi görmüyorum.
11. Kızgın olduğumda arkadaşlarım anlayışlı olmaya çalışır.
12. Arkadaşlarım bir şeyin beni rahatsız ettiğini hissederse, bana nedenini sorar.

EK 4

ERGEN DİSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ADES)

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

1. Televizyon seyrederken, bir şey okurken ya da video oyunu oynarken kendimi çok fazla kaptırırım ve çevremde olan bitenleri farketmem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

2. Daha önce yapmış olduğum ev ödevi ve sınav kağıtlarına baktığımda onları tanıyamam ve/veya yaptığımı hiç hatırlamam.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

3. Sanki bana ait değilmiş gibi gelen güçlü duygular yaşarım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

4. Bir an çok iyi yaptığım bir iş başka bir zaman hiç elimden gelmez.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

5. Çevremdekilerin konuştuğumu ya da yaptığımı söyledikleri bazı şeyleri hiç hatırlamam.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

6. Kendimi bir sis perdesi içinde ya da boşlukta hissederim ve çevremdeki insanlar ve eşyalar gerçek değilmiş gibi görünürler.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

7. Bazen bir şeyi gerçekten yaptım mı, yoksa yapmayı sadece aklımdan mı geçirdim, ayırdedemem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

8. Saate baktığımda zamanın geçmiş olduğunu, ancak geçen süre içerisinde olanları hatırlayamadığımı fark ederim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

9. Kafamın içinden gelen ve bana ait olmayan sesler duyarım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

10. İstemediğim bir yerde bulunduğumda, zihinsel olarak oradan uzaklaşabilirim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

11. O kadar iyi yalan söylerim ve rol yaparım ki bunlara bazen kendim de inanırım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

12. Birden dalıp giderim ve daha sonra kendimi bir şey yaparken bulurum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

13. Aynada kendimi tanımam.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

14. Kendimi bir yere giderken ya da bir işi yapıyorken bulurum ve neden oraya gittiğimi ya da neden o işi yaptığımı bilemem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

15. Kendimi bir yerde bulurum ve oraya nasıl geldiğimi hatırlamam.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

16. Sanki bana ait değilmiş gibi gelen düşüncelerim olur.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

17. Ağrı ya da acı hissini duymamayı başarabilirim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

18. Bir şey gerçekten mi oldu, yoksa onu sadece rüyamda mı gördüm ya da aklımdan mı geçirdim, ayırdedemem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

19. Kendimi yanlış olduğumu bildiğim hatta yapmayı kesinlikle istemediğim bir işi yaparken bulurum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

20. Beni tanıyanlar bazen çok değişik davrandığımı sanki başka bir insan gibi olduğumu söylerler.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

21. Zihnimin duvarlarla bölümlere ayrılmış gibi olduğunu hissederim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

22. Benim yapmış olmam gereken fakat yaptığımı hatırlayamadığım yazılar, çizimler ya da mektuplar bulurum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

23. İçimde, benim yapmayı istemediğim bazı şeyleri yaptıran bir şeyin var olduğunu hissederim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

24. Bir şeyi sadece hatırlıyor muyum, yoksa gerçekten o anda başımdan mı geçiyor olduğunu karıştırırım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

25. Kendime bedenimin dışından, sanki başka bir kişiyi izliyormuş gibi baktığımı hissederim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

26. Ailem ve arkadaşarımla olan ilişkilerimin aniden değişir ve bunun neden olduğunu bilemem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

27. Bir yap-boz oyunun parçalarından bir ya da bir kaçının kaybolması gibi, geçmişimin bazı parçaları kaybolmuştur. (kafamdan silinmiştir)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

28. Kendimi oyuncaklarımla ya da yapma hayvanlarımla oynamaya o kadar kaptırırım ki onlar bana canlıymış gibi gelir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

29. İçimde başka insanların var olduğunu hissedirim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

30. Bazen vücudum sanki bana ait değilmiş gibi gelir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

EK 5

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Taner Güvenir

Araştırmınıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	4100-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> MÜNFERİT ARAŞTIRMA <input checked="" type="checkbox"/> ÖÇM <input type="checkbox"/> YÜKSEKLİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İntihar Amacı Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergenlerin Çocukluk Çağı Travması, Disosiyatif Yaşantılar ve Bağlanma Yönünden İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Taner Güvenir Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/19-39	Tarih:26.07.2018
	Doç.Dr. Taner Güvenir'in sorumlusu olduğu "İntihar Amacı Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergenlerin Çocukluk Çağı Travması, Disosiyatif Yaşantılar ve Bağlanma Yönünden İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Ali Rıza ŞIŞMAN (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Ali Rıza Şışman</i>
Prof.Dr.Gül ERGÖR (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Gül Ergör</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr. Mehmet Refik MAS	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Ayşe Aydan Özkütük</i>
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Sevda Özkardeşler</i>
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Bilge Kara</i>
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Ayhan Abacı</i>
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Katılmadı</i>
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Murat Bektaş</i>
Doç.Dr.Yasemin SOYSAL	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Moleküler Tıp Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Yasemin Soysal</i>
Uzm.Dr. Ahmet Can BILGIN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Ahmet Can Bilgin</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Mehmet Erhan Özkul</i>

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Taner Güvenir

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	4100-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> MÜNFERİT ARAŞTIRMA <input checked="" type="checkbox"/> ÖÇM <input type="checkbox"/> YÜKSEKLİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İntihar Amacı Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergenlerin Çocukluk Çağı Travması, Disosiyatif Yaşantılar ve Bağlanma Yönünden İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Taner Güvenir Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	Araştırmacı Dilekçesi	04.07.2019		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/18-26	Tarih:17.07.2019
	Doç.Dr. Taner Güvenir'in sorumlusu olduğu "İntihar Amacı Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergenlerin Çocukluk Çağı Travması, Disosiyatif Yaşantılar ve Bağlanma Yönünden İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait 04.07.2019 tarihli araştırmacı dilekçesine ilişkin; -Sorumlu araştırmacı görevinin Doç.Dr. Taner Güvenir'den alınarak çalışmaya yeni eklenen Doç.Dr. H.Burak Baykara'ya devredilmesi ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Serkan YENER (Başkan Yardımcısı)	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı.
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı.
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı.
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Av. Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu