

T.C.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ



**KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN ERGENLERDE
BAĞLANMA STİLLERİ, KİMLİK KARMAŞASI VE BENLİK
SAYGISININ İNCELENMESİ**

Dr. NECMETTİN DEMİR

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM
DALI

UZMANLIK TEZİ

2019

T.C.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ



**KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN ERGENLERDE
BAĞLANMA STİLLERİ, KİMLİK KARMAŞASI VE BENLİK
SAYGISININ İNCELENMESİ**

Dr. NECMETTİN DEMİR

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Şahika Gülen
ŞİŞMANLAR

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Ayşen COŞKUN

Karar No: KÜ GOKAEK-2019/02.25

2019

İÇİNDEKİLER DİZELGESİ

TEŞEKKÜR	III
KISALTMALAR DİZELGESİ	IV
TABLolar DİZELGESİ	V
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kendine Zarar Verme Davranışı	3
2.1.1 Tanım	3
2.1.2. DSM V Tanı Kriterleri	5
2.1.3. Tarihçe	7
2.1.4. Epidemiyoloji	8
2.1.5. Etiyoloji	9
2.2. Bağlanma	15
2.2.1. Tanım	15
2.2.2. Bağlanmanın Gelişimi	15
2.2.3. Bağlanma Kuramı	17
2.2.4. Ergenlikte Bağlanma ve Kendine Zarar Verme Davranışı İlişkisi	20
2.2.5. Yetişkinlikte Bağlanma	21
2.2.6. Bağlanmanın Kuşaklar Arası Aktarımı	22
2.3. Ergenlik ve Kimlik	23
2.4. Ergenlik ve Benlik Saygısı	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Katılımcıların Seçimi	25
3.2. Yöntem	26
3.3. Gereçler	26
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	26
3.3.2. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)	27
3.3.3. Kimlik Durumu Değerlendirme Aracı (KDDA):	28
3.3.4. Kısa Semptom Envanteri (KSE)	28
3.3.5. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)	29
3.3.6. Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu (EABÖ)	29
3.3.7. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CSB)	30

3.4. İstatistiksel Analiz	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Katılımcıların ailelerinin sosyodemografik özellikleri.....	31
4.2. Ergenlerin yetiştiği aile yapısı.....	33
4.3. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin gelişim dönemlerine göre bakım verenler .	34
4.4. Katılımcıların aile özellikleri	34
4.5. Katılımcıların Özellikleri.....	36
4.6. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin okul durumları.....	38
4.7. Katılımcıların arkadaşlarının özellikleri	39
4.8. Olgu ve kontrol gruplarında istismar öyküsü.....	39
4.9. Katılımcıların psikiyatrik tanıları ve tedavileri	40
4.10. Olgu grubundaki ergenlerin kendine zarar verme davranışının özellikleri	41
4.11. Olgu grubunda kendine zarar verme davranış şekillerinin cinsiyete göre dağılımı	42
4.12. Olgu grubunda kendine zarar verme davranış başlama yaşı ve kendine zarar verme davranış değerlendirme envanteri alt puanlarının cinsiyetle ilişkisi	43
4.13. Kısa semptom envanteri alt ölçek puanları	44
4.14. Kimlik durum değerlendirme aracı ve Coopersmith benlik saygısı ölçeğinin ölçek puanları	45
4.15. Ebeveyn ve arkadaşla bağlanma ölçeği anneye bağlanma	45
4.16. Ebeveyn ve arkadaşla bağlanma ölçeği babaya bağlanma	46
4.17. Ebeveyn ve arkadaşla bağlanma ölçeği arkadaşla bağlanma	46
4.18. İlişki ölçekleri anketi anne ölçeği.....	47
4.19. İlişki ölçekleri anketi anne ölçeği.....	47
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	62
6.1. Sonuç	62
6.2. Öneriler	63
6. KISITLILIKLAR	64
7. ÖZET.....	65
8. ABSTRACT	66
KAYNAKÇA	67
EKLER	81

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde kendisinden ve öğrencilerinden çok şey öğrendiğim, bu konuda kendimi oldukça şanslı hissettiğim, ayrıca tez sürecimde bana yardımcı olan değerli hocam Prof. Dr. Ayşen Coşkun'a,

Tezimin danışmanlığını üstlenen, çalışmam boyunca bana sabırla yardım eden ve uzmanlık eğitimim boyunca büyük bir içtenlikle bana yol gösterip destek olan, Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca büyük bir içtenlikle bana yol gösterip destek olan, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, güler yüz ve içtenlikleriyle bana her konuda destek olan hocalarım, Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu'ya, Prof. Dr. Nursu Çakın Memik'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve diğer çalışanlara,

Tez çalışmam esnasında büyük yardımları olan, değerli arkadaşım Dr. Emrah Tatır'a

Sevgilerini ve özverilerini hiç esirgemeyen, sahip olduğum için kendimi şanslı hissettiğim, sevgili annem, rahmetli babam ve tüm kardeşlerime

Ve özellikle tez yazım aşamamda desteğini hiç esirgemeyen, hayatın her alanında özverisini hissettiğim çok değerli eşim Sevde Demir'e en içten teşekkürlerimi ve minnettarlığımı sunarım.

KISALTMALAR DİZELGESİ

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, V. Edisyon

KZVD: Kendine zarar verme davranışı

BTA: başka türlü adlandırılmayan

KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

KDDA: Kimlik Durumu Değerlendirme Aracı

KSE: Kısa Semptom Envanteri

RCİ: Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi

BTİ: Belirti Toplamı İndeksi

SRI: Semptom Rahatsızlık İndeksi

İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi

ICD-10: İstatistiksel Sınıflaması Onuncu Baskısında

MDB: Major Depresif Bozukluk

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

AB: Anksiyete Bozuklukları

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

YB: Yeme Bozuklukları

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TABLolar DİZELGESİ

Tablo 1. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin ailelerinin sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması	32
Tablo 2. Katılımcıları aile yapısına göre karşılaştırılması	33
Tablo 3. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin gelişim dönemlerine göre bakım veren açısından karşılaştırılması	34
Tablo 4. Olgu ve kontrol grubunun aile özelliklerinin karşılaştırılması	35
Tablo 5. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin özelliklerinin karşılaştırılması	37
Tablo 6. Katılımcıların okul durumlarının karşılaştırılması	38
Tablo 7. Katılımcıların arkadaşlarının özelliklerinin karşılaştırılması	39
Tablo 8. Katılımcıların istismar öyküsü açısından değerlendirilmesi	39
Tablo 9. Katılımcıların mevcut psikiyatrik tanıları ve medikal tedavi kullanmaları açısından değerlendirilmesi	40
Tablo 10. Olgu grubunda kendine zarar verme davranışı özellikleri	41
Tablo 11. Olgu grubunda kendine zarar verme davranış şekillerinin cinsiyete göre dağılımı	42
Tablo 12. Olgu grubunda KZVD başlama yaşı ve kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri alt puanlarının ile cinsiyet ilişkisi	43
Tablo 13. Katılımcıların kısa semptom envanteri alt ölçeklerinden aldıkları puanların karşılaştırılması	44
Tablo 14. Katılımcıların kimlik durum değerlendirme aracı ve Coopersmith benlik saygısı ölçeğinin ölçek puanlarının değerlendirilmesi	45
Tablo 15. Ergenlerin EABÖ anne ölçek puanlarının karşılaştırılması	45
Tablo 16. Ergenlerin EABÖ baba ölçek puanlarının karşılaştırılması	46
Tablo 17. Ergenlerin EABÖ arkadaş ölçek puanlarının karşılaştırılması	46
Tablo 18. Katılımcıların annelerinin İÖA ölçek puanların karşılaştırılması	47
Tablo 19. Katılımcıların babalarının İÖA ölçek puanların karşılaştırılması	47

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yazında kendine zarar verme davranışının (KZVD) son yıllarda yaygınlığı artmakta olan ve özellikle ergenlik döneminde sık görülen önemli bir ruh sağlığı sorunu olduğu belirtilmiştir¹. KZVD'nin tanımı, kişinin vücudunun belirli bölümlerine zarar vermesi ve bu eylemin tekrarlayıcı olması, ölümcül olmaması, yaşamı tehdit etmemesi olarak belirtilmiştir². Çocuk ve ergen psikiyatrisinde kullanılan tanı ölçütleri incelendiğinde, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı– Son Gözden Geçirilmiş Baskısı ve Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması Onuncu Baskısında kendine zarar verme davranışı için özgü bir tanı olmadığı görülmektedir^{3,4}. Ancak yazında duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, disosiyatif bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları ile davranım bozukluğu, yeme bozuklukları ve başta sınır kişilik bozukluğu olmak üzere kişilik bozukluklarında KZVD görülebildiği belirtilmiştir⁵.

Bowlby, bağlanma ve keşfetme davranışının birbiriyle bağlantılı olduğunu belirtmiştir. Toplumsal ve fiziksel çevreyi öğrenebilmesi için ergenin araştırma yapması gerektiğini, ergenlik döneminde kimlik oluşturma sürecinde de temel faaliyetin bireyin yeni roller denemesi, yani keşif etkinliğini ortaya koymasının olduğunu ve bu doğrultuda ilk yıllarda güvenli bağlanan ergenlerin kimlik oluşturma sürecinde araştırma davranışını daha fazla sergilediklerini saptanmıştır⁶.

Bağlanma kuramı, çocukların anne-babalarıyla olan yaşantılarından, çocukluk yaşantıları ve sonraki anne-babalık davranışları arasında bir bağlantı oluşturan zihinsel yapılar geliştirdiklerini ve bu yapıların hayat boyu tüm ilişkilerini (kendi çocukları ile olan etkileşimlerini de içeren) etkilediğini belirtmektedir⁷. Güvenli bağlanma stiline sahip ergenlerin yaşamlarının kendi kontrolleri altında olduğunu düşündükleri, stres durumlarına karşı dayanıklı oldukları ve herhangi bir stres ya da kriz anında anne-babalarından ya da arkadaşlarından yardım almak veya onlarla iletişime geçmek için çaba harcadıkları belirtilmiştir. Güvensiz bağlanma stiline sahip ergenlerin ise stres durumlarına karşı dirençsiz oldukları ve herhangi bir kriz anında anne-babalarından ya da arkadaşlarından yardım almayı reddedikleri ve KZVD veya intihar girişimi gibi riskli davranışları sergiledikleri saptanmıştır⁸.

Yapılan prospektif boylamsal çalışmalar güvensiz bağlanmanın ergenlerde kendine zarar verme davranışında önemli bir risk faktörü olabileceğini göstermiştir⁹

Ergenlerde görülen kendine zarar verme davranışı ile azalmış benlik saygısı, arkadaşlarında kendine zarar verme öyküsünün olması, çatışmalı aile ilişkileri ve madde kullanımının olması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur¹⁰.

Araştırmamızın temel amacı, ergenlerde kendine zarar verme davranışı ile ergenlerin anne-baba-arkadaşa bağlanma stilleri, anne-babanın kendi bağlanma stilleri, ergendeki kimlik karmaşası ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Ergenlik döneminde görülen kendine zarar verme davranışının altında yatan motivasyonun belirlenmesi halinde, yetişkinlikte bu davranışın devamlılığını önlemek için çeşitli yaklaşımlar geliştirilebilir. Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olabilecek faktörlerin ortaya koyulmasının, kendine zarar verme davranışını önleyici birtakım çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1. GENEL BİLGİLER

2.1. Kendine Zarar Verme Davranışı

2.1.1 Tanım

KZVD; istemli bir şekilde, bir kez veya tekrarlayıcı, hayata son verme amacı olmadan, doku tahribatı ile sonuçlanan, kişinin kendi vücuduna yönelik yaptığı girişim olarak tanımlanmaktadır². Kültürel olarak kabul görülen durumlar (dövme yaptırma, küpe takma, piercing, kültürel ritüeller vb.) KZVD olarak kabul edilmemektedir¹¹.

Çocuk ve ergen psikiyatrisinde kullanılan tanı ölçütlerine bakıldığında, ilk olarak DSM-IV-TR’de basmakalıp davranış bozukluğunda “işlevselliği bozan ya da tedavi almayı gerektirecek kadar; kendi kendini ısırma, derisini yolma, kafa vurma, vücuduna vurma gibi yineleyici ve işlevsel olmayan motor hareketler ve borderline kişilik bozukluğunda “kendine zarar verme (kendine kıyım) davranışları” olarak yerini aldığı belirtilmektedir¹².

Favazza (1998), KZVD’yi “kişinin yaşamını sonlandırma amacı olmaksızın kasıtlı olarak ve tekrarlayıcı biçimde beden dokularına zarar vermesi olarak” tanımlamıştır.¹³

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

Major kendine zarar verme davranışı; hayatı ciddi bir şekilde tehdit edebilen veya geri dönüşümsüz vücut hasarı oluşturan kendine zarar verme davranışlarını tanımlamaktadır. Bu grupta gözünü çıkartma, kastrasyon, kol ve bacak ampütasyonu gibi görülen zarar verme davranışları, özellikle psikotik bozukluklarda görülmektedir. Psikotik bozukluğu olmayan kişilerde “cinsel günaha” karşı kendini cezalandırma, “cinsel günahtan” kurtulma gibi amaçlarla göz ve cinsel organlarına zarar verme davranışı olarak görülebilmektedir.

Stereotipik kendine zarar verme davranışı; herhangi bir kişisel ve sosyal içerikten bağımsız, tekrarlayıcı, monoton, ritmik, çoğu zaman dürtüsel bir şekilde hafif veya ciddi bir şekilde zarar verici boyutta olabilen kendine zarar verme davranışlarını kapsamaktadır.

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

İmpulsif kendine zarar verme davranışı; impulsif bir şekilde agresyonun dışı vuran davranış biçiminde ortaya çıkması sonucunda, eylemi yapan kişiye stres karşısında hızlı ve kısa süreli rahatlama sağlayan davranışları içerir. Deriyi kesme, yakma, yontma, şekil kazıma, yara iyileşmesine engel olma, kendine vurma, iğne batırma gibi davranışlar bu grupta sık görülübilmektedir. İntihar amacı taşıyan davranışlar ile aklıktan ölme ve madde kullanma gibi dolaylı yollardan kendine zarar verme davranışları bu tanımın dışında tutulmuştur. İmpulsif kendine zarar verme, epizodik ve tekrarlayıcı kendine zarar verme şeklinde iki gruba ayrılmaktadır. Epizodik tip, düzensiz bir şekilde ve sınırlı sayıda kendine zarar vermeyi içermektedir. Bu kişiler kendilerini daha iyi hissetmek veya duygularını kontrol altına almak için kendilerine zarar vermektedir. Tekrarlayıcı tipte ise, sık ve çok sayıda kendine zarar verme davranışı olduğu belirtilmiştir¹⁴.

Bu davranış şekilleri bağımlılığa da vurgu yapacak bir biçimde, kişinin kimlik algısının kabul edilmiş bir yüzünü; içsel ve dışsal uyaranlara karşı otomatik cevap verme tarzını temsil edebildiği belirtilmiştir¹⁵.

2.1.2. DSM V Tanı Kriterleri

DSM-V’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.

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 davranış sık görülen ve önemsiz bir nitelikte olmamalıdır, örneğin yara yolma veya tırnak yeme gibi.

B. İstemli yapılan bu yaralama aşağıdakilerden en az ikisi tanesi 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 çıkıyor olması
2. Bu eylemde bulunmadan önce kişinin bir süre yapmak istenen ve karşı konması güç olan bu davranışla meşguliyetinin 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 oluşmasına veya bozulmaya neden olur.

D. Bu davranış özellikle psikoz, deliryum veya entoksikasyon durumlarında ortaya çıkmamalıdır. Gelişimsel bozukluğu olan kişilerde bu davranış, tekrarlayıcı stereotipi örüntüsünün bir parçası olmamalıdır. Bu davranış, diğer akıl hastalıkları veya tıbbi bozukluklardan dolayı ortaya çıkmamalıdır. (psikotik bozukluk, yaygın gelişimsel 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; özkıyıma da eğilimlidir. ¹⁶

2.1.3. Tarihçe

Kendine zarar verme davranışı konusundaki yazılar, tarihte Yeni Ahit'e kadar uzanmaktadır. Yeni Ahit'te "cinlerin hükmündeki bir adamın gece ve gündüz bağırdığından ve kendisini taşla kestiğinden" söz edilmiştir¹⁷. Yunan mitolojisinde ise Sophocles'in Kral Oedipus trajedisinde Kral Oedipus'un babasını öldürdükten sonra annesiyle evlendiğini öğrendiğinde suçluluk ve günahkarlık duyguları içinde nasıl gözlerini çıkarıp Tebai kentini terk ettiği anlatılmıştır ve Norveç mitolojisinde Odin'nin, sularında bilgelik ve zekaya sahip olmak amacıyla Mirmir ırmağının suyundan tek bir yudum içebilmek için gözlerinden birini verdiğinden bahsetmektedir^{18,19}.

Onüçüncü yüzyılda ise, Marco Polo anılarında Bağdat'ta tanıştığı bir ayakkabı tamircisinin müşterilerinden bir bayanın terliklerini onarıırken bacağına baktığı için günah olduğunu düşündüğü için sağ gözünü nasıl kör ettiğini anlatmıştır. Tıbbi literatüre bakıldığında ilk olarak 1946'da suçluluk duyguları içinde her iki gözünü çıkarmış olan bir kadın hastadan bahsedilmektedir²⁰.

Erken dönem psikanalitik çalışmalarda, genital yaralanmalara ve organ kayıplarına yol açan KZVD'leri; kastrasyon korkusu, mastürbasyon ve sapkın cinsel arzuların önüne geçmek için yapılan davranışlar olarak ele alınmıştır. Emerson (1913), kişinin kendisini kesmesini mastürbasyonun sembolik bir görünümü olarak değerlendirdiği bir çalışmada, ilk kez kendine zarar verme (self mutilation) kavramını kullanmıştır²¹.

Favazza (1996), kendine zarar verme ile intiharın ayrı kavramlar olduğunu vurgulamıştır. Bununla birlikte Favazza, kültürel etkileri de göz önüne almış ve kendine zarar verme davranışını kültürel olarak onay gören kendine zarar verme ve kültür dışı (onaylanmayan) kendine zarar verme olarak ikiye ayırmıştır²².

2.1.4. Epidemiyoloji

KZVD her yaşta görülebilmektedir²³. Yapılan araştırmalarda ergenlik ve genç erişkinlik döneminde daha sık görüldüğü ve bu davranışa çoğunlukla 12-14 yaşlarında başladığı saptanmıştır²⁴. Türkiye’de yapılan bir çalışmada KZVD’nin daha çok 16-20 yaşlar arası olan geç ergenlik döneminde başladığı saptanmıştır²⁵.

KZVD’nin prevalansı ile ilgili farklı oranlar mevcut olmasına karşın toplum örneklemleri çalışmalarda ergenlerin %13-%45’i yaşamlarının bir döneminde KZVD’de bulduklarını bildirmişlerdir. Klinik bazlı çalışmalarda ise KZVD sıklığı %40-%61 arasında değişmektedir²⁶.

İstanbul’da lise öğrencileri arasında Zoroğlu ve arkadaşları (2003) tarafından yapılmış olan bir çalışmada, KZVD sıklığı % 21,4 olarak bulunmuştur; çalışmada kız ve erkek katılımcılar arasında fark bulunmamıştır²⁷. 2006 yılında iki devlet üniversitesinden 636 katılımcının yer aldığı bir çalışmada ise, öğrencilerin %15,4’ünde kendine zarar verme davranışı olduğu saptanmıştır²⁸.

Yazında KZVD’lerin görülme sıklığı olarak kendini kesme %72 ile en sık görülürken, onu kendini yakma (%35), kendine vurma (%30), yaraların iyileşmesine izin vermeme (%22), kemik kırma (%8) izlemektedir¹⁷. Olguların çoğunluğu birden fazla yöntemi birlikte kullanmaktadır²⁹. En sık zarar verilen bölgeler sırasıyla; kollar, bacaklar, karın, kafa, göğüs ve genital bölgeler şeklinde olmaktadır. Kolay ulaşılabilmesi nedeniyle en yüksek oran %74 ile kollar olduğu saptanmıştır¹⁷. Ergenlerle yapılan çalışmalarda da benzer şekilde en sık kullanılan KZVD yöntemlerinin, kendini kesme ve vurma olduğu saptanmıştır³⁰. Zoroğlu ve arkadaşları (2003) tarafından İstanbul’da lise öğrencileri arasında yapılmış olan bir çalışmada ise yere veya duvara kafa ve yumruk vurma %11,3, kendini kesme %8,4, saç çekme %4,3, sigara söndürme %2,1 ve diğer tipler %2,3 olarak bulunmuştur²⁷.

2.1.5. Etiyoloji

Ergenlerde KZVD; psikodinamik, psikososyal, genetik, biyolojik nedenler, psikiyatrik hastalıklar gibi birçok faktör sonucunda ortaya çıkabilmektedir³¹.

2.1.5.1. Psikodinamik Etkenler

Kendini kesmeyi en çok etkileyen faktör istismardır. Fiona Gardner (2001) kendini kesen kişinin, eylem sonrasında geçici bir rahatlama yaşamaması ve baş edilemeyen bunaltıcı duyguların kendini kesme yolu ile hafiflemesini ön plana çıkarmıştır; kişinin kendisini bu yolla gerçek hissettiğini, bedenini kontrolünü ele geçirdiğini ve başkaları ile arasında bir sınır çizdiğini belirtmiştir. Gardner'a göre; emosyonel sıkıntı ve umutsuzluk bedene eziyet yolu ile çözüm bulur. Kendini kesen kişi, başkalarına karşı; bazen de, kontrol edemediği kendi arzularına karşı; duyduğu öfkeyi, kendisine döndürüp bedenine saldırır ve bunun sonucunda bir rahatlama oluşur. Bu yolla emosyonel acı, yerini başa çıkması daha kolay olan, fiziksel acıya bırakır ve metaforik olarak birbirinden ayrılmış olan, beden ve kendilik bütünleştirilir. Kontrol edilemeyen, kontrolü ele geçirilir ve aynı zamanda zarar vermeye bağlı bir haz duygusu da, buna eşlik eder. Bundan dolayı kendini kesme, bağımlılık yapıcı şekilde devam eder. Kendini kesmenin; çocukluk çağında örseleyici olaylar yaşayan, ihmal ya da istismara uğrayanlar için acıyı kesip çıkartma anlamı taşıdığı belirtilmiştir³².

Glasser'in (1992) tanımladığı, "çekirdek yapı-core complex" ve agresyonun içe döndürülmesinin; ülküleştirilmiş anne ile kaynaşma ve tek bir bütün olma düşlemi ile yutulma anksiyetesi sonucunda gelişen ambivalans ve bu çatışmanın çözümü için kullanılan savunmaların içeride kendiliğe, yüzeyde bedene yönelen agresyonun oluşmasına neden olduğunu belirtmiştir³³. Anne tasarımı, kendilik tasarımı ile narsistik bir bağlantı içindedir. Bir yandan, annenin talep edici olarak algılanması sonucunda, kaynaşma düşlemi ile kendiliği yitirme tehdidini meydana getirir. Bu durum, yutulma ve zapt edilme düşüncelerinde kendini yansıtır. Diğer yandan da; annenin duygusal gereksinimleri yeterince anlamayan ve doyuramayan birisi olduğu algısı ile kayıtsız ve ilgisiz olarak görülmeye başlanır ve reddedilme duyguları ile birliktelik gösterir. Bütün bu yapılanma; yutulma anksiyetesiyle sonuçlanır. Buna karşı gösterilen savunmalar, narsistik geri çekilme ve kendiliği koruyan agresyondur. Narsistik geri çekilme; terk edilme endişeleri, çökkünlük, izolasyon ve değersizlik duygularının oluşması için bir yatkınlık oluşturur. Bu da, tekrar kaynaşma düşlemlerine geri dönüşe neden olur.

Glasser; çekirdek yapıdaki bu durumun, kötü bir kısır döngü olduğuna dikkat çeker. Çatışmanın çözümü düşmanlık olur ve bu düşmanlık dış nesnelere yönlendirilmek yerine kendiliğe ve bedene yönlendirilir. Yutulma anksiyetesi ve kendiliğe yönlendirilen agresyon KZVD ile sonuçlanır.³³

2.1.5.2. Psikososyal Etkenler

İstismar

Erken çocukluk veya ergenlik döneminde olumsuz yaşam olaylarına (istismar ve ihmal) maruz kalınmasının KZVD ile ilişkili olan en önemli faktörlerden biri olduğu saptanmıştır³⁴.

İstismar; fiziksel, duygusal ya da cinsel istismar şeklinde olabilir. İstismara uğrayan ergenin yaşadığı travmatik olay ile ilgili flashbacklar yaşaması, suçluluk düşüncelerinin olması, olayı tekrar tekrar hatırlaması ergenin anksiyete düzeyini artırmaktadır. Bu anksiyete ile baş edebilmek için ergenlerin KZVD'yi daha fazla yaptıkları saptanmıştır³⁵.

Fiziksel istismar sonucunda kendiliğin ve bedenin birbirinden ayrıştığı, ağrı duyusunun daha az hissedildiği ve bedene zarar vermenin kolaylaştığı belirtilmiştir³⁶. Cinsel istismarın da KZVD (özellikle kendini kesme) için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. KZVD'si olan ergenlerle yapılan çalışmaların hemen hemen tamamında, KZVD olmayanlara göre daha sık cinsel istismar öyküsü bildirilmiştir³⁷.

Ailesel Etkenler

Aile özellikleriyle ilgili olarak yapılan izlem çalışmalarına göre ailesinden ayrı olan, çocukluğunda bir süre de olsa ailesinden ayrı kalan veya anne-babası boşanmış ergenlerin KZVD riski daha yüksekken; olumlu ailesel ilişkilere sahip olan ergenlerin KZVD riski düşük bulunmuştur²⁸.

Ailesel faktörlerin, başka dışsal faktörlerle birlikte ergenlerin sorunlarını çözmede yetersizliğe neden olduğu ve ergenlerde kendine zarar vermek için riskli psikolojik süreçlere yol açtığı öne sürülmektedir. Ayrıca uygun olmayan ailesel ve dışsal süreçlerin ergenlerin öz saygı ve kimlik oluşumuna olumsuz etki yaptığı, bunun kendine zarar verme ile ilişkisi gösterilmiş ve bu durumun depresyon ve umutsuzluğa yol açtığı belirtilmiştir³⁸.

Kendine zarar verenlerin ailelerinde kendine zarar verme öyküsü sıktır. Aile bireylerinden birinde fiziksel bir hastalık veya psikopatolojinin varlığı, alkol ve madde kullanım bozukluğunun olması ergenlerin kendine zarar verme davranışı ile ilişkili bulunmuştur³⁷.

Bulaşma

Ergenlerin arkadaş etkisiyle madde kullanımına başladığı, şiddet ve diğer riskli davranışlarda bulunduğu bilinmektedir. KZVD ergenlerin arkadaş etkisinde kalması; kendisiyle ortak ilgi alanları olan yaşlılarıyla arkadaşlık kurmak veya arkadaşlarının etkisinde kalarak onlarınkine benzer sosyalleşme süreçleri sonucunda olabildiği bildirilmiştir³⁹. Kendine zarar veren ergenlerin bir kısmında bulaşma etkisinin kendine zarar verme davranışına yol açtığı belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %82'si en az bir tane kendine zarar veren arkadaşı olduğunu bildirmiştir⁴⁰. Kızların ve yaşı küçük ergenlerin bulaşma etkisine daha çok maruz kaldığı belirtilmektedir³⁹.

2.1.5.3. Biyolojik Etkenler

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

Opiyat Sistemi

Mental retardasyon ve otizm spektrum bozukluklarındaki kendine zarar verici davranışlar ile endojen opiyat sistemi arasında ilişki olduğu bildirilmektedir⁴¹. Bu görüşü destekler şekilde, opiyat reseptör antagonistlerinin, mental retardasyon ve otizmde kendine zarar verici davranışları azalttığı gösterilmiştir⁴². KZVD'si olan kişilerle yapılan bir çalışmada, kendine zarar veren grubun BOS β -endorphin ve met-enkephalin düzeylerinin belirgin derecede düşük olduğu saptanmıştır^{43,44}. Endojen opiyatların kendine zarar verme davranışındaki rolünü açıklamak için, iki temel hipotez vardır. Birincisi KZVD'si olan kişi kendi endojen opiyatlarına bağımlı hale gelir ve kendine zarar verme davranışında bulunarak endojen opiyat salınmasını sağlar⁴⁵. İkinci ise, ağrı ile ilişkilidir. Endojen opiyatlar, ağrı eşikliğini yükselterek; eylem sırasında ağrı duyulmasını engeller.

Kendine zarar veren ve yüksek ağrı eşiği olan kişilerle yapılmış olan çalışmalarda, merkezi ve periferik opiyat düzeylerinin yüksek olduğunun bulunması; bu görüşü desteklemektedir⁴⁶.

Dopaminerjik Sistem

Kendine zarar verme davranışının, kompulsif ve stereotipik olarak gözleendiği Lesch-Nyan sendromunda, KZVD ile dopaminerjik sistem bozukluğu ve dopamin resöptör aşırı duyarlılığı arasında bağlantı olduğu; dopamin ile tekrarlayıcı şekilde kendine zarar verme ilişkisi, mental retardasyon ve otizm spektrum bozukluğu olan olgularda gösterilmiştir^{47,48}.

Serotonerjik Sistem

Erken dönem çalışmalarda kendine zarar verme davranışları, intihar girişimi ile birlikte ele alınmış olup, KZVD'si olan kişilerin BOS incelemesinde serotonin metaboliti 5-hidroksiindolasetikasit (5- HIAA) düzeyleri düşük bulunmuş ve düşük serotonin düzeylerinin kendine zarar verme ve şiddet davranışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır⁴⁹. KZVD öyküsü olan kız ergenlerde yapılan bir çalışmada periferik serotonin düzeyi kontrol grubuna göre düşük olduğu saptanmıştır⁵⁰. Serotoninle ilgili genetik araştırmaların derlendiği bir çalışmada serotonin taşıyıcı gen polimorfizmiyle KZVD ve intihar davranışları arasında bir bağlantı saptanmamış; aynı psikiyatrik tanıli hastalardan KZVD'si olanların genotipinde daha sık "S" alleli saptanmıştır⁵¹.

2.1.5.4. Kişisel Psikolojik Etkenler

KZVD'si olan ergenler pek çok kişisel psikolojik etkenlere sahiptir. Kendine zarar veren 12-19 yaş arasındaki ergenlerin sağlıklı ergenlerle karşılaştırıldığı bir çalışmada, kendine zarar veren ergenlerin stres karşısında daha az dayanıklı oldukları bulunmuştur. Problemler karşısında fizyolojik olarak yüksek stres düzeylerine ulaştıkları deri iletkenlik testiyle gösterilmiştir⁵². KZVD'si olan kişilerin kontrollere göre daha impulsif olduğu ve çoğu eylemi beş dakikadan daha kısa bir süre içerisinde gerçekleştirdikleri saptanmıştır. Ayrıca alkol-madde kullanımı, patolojik kumar oynama, tıknırcasına yeme bozukluğu gibi impulsivitenin belirgin olduğu durumlarda, kendine zarar verme daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Glenn ve Klonsky (2010) çalışmalarında KZVD'si olan kişilerin impulsivitenin, olumsuz olan durumlarda ani karar verme, eylem öncesi plan yapabilmek için eylemi geciktirme gibi alt boyutlarının kendine zarar verme davranışını yordadığını bulmuşlardır⁵³.

Yapılan çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerin sağlıklı ergenlere göre daha çok disosiyatif belirtiler gösterdikleri bulunmuştur. Özellikle kendini keserek zarar veren ergenlerde bu belirtilerin yüksek olduğu bildirilmiştir⁵⁴. Bazı kişilerde KZVD, kişinin kendisini yaralaması sonucu elde edeceği ikincil kazançlar sağlar. İkincil kazançlar için kendine zarar verme davranışı, daha sık olarak tutuklular ve askerler gibi belirli popülasyonda bulunur. Bu gruplarda kendine zarar verme davranışı sorumluluktan kaçmak, can sıkıntısından kurtulmak, fiziksel tehlikelerden korunmak ve daha az kısıtlayıcı ortamlara gönderilmeyi sağlamak amacını taşıdığı bildirilmiştir⁵⁵.

2.1.5.5. Psikiyatrik Bozukluklar

Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde depresyon, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, disosiyatif bozukluk, madde kullanım bozuklukları, davranım bozukluğu, yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları (Borderline kişilik bozukluğu başta olmak üzere) en sık görülen ruhsal rahatsızlıklardır⁵⁶. Tanılar açısından cinsiyet farkına bakıldığında, kızlarda major depresif bozukluk; erkeklerde de madde kullanım bozuklukları daha sık görülmektedir⁵⁷.

Klinik örnekleme yapılan çalışmalarda kendine zarar verme davranışına yüksek oranda psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. Yapılan bir çalışmada 15 yaşından büyük, kendine zarar verme davranışı olan (intihar girişimini de içeren) kişilerin %92' sinde en az bir psikiyatrik tanı bulunmuştur⁵⁸.

Major Depresif Bozukluk

Yapılan çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerin %42-68'inde major depresif bozukluk saptanmıştır⁵⁶. Toplum örneklemleri bir çalışmada ise kendine zarar veren ergenlerin %63'ü major depresif bozukluk tanısı aldığı bildirilmiştir⁵⁹. Kendine zarar veren ergenlerle yapılan toplum örneklemleri çalışmalarda ölçeklerle değerlendirilen depresif belirtiler, sağlıklı ergenlere göre anlamlı olarak fazla bulunmuş ve depresif belirtilerin kendine zarar verme davranışı için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır⁶⁰.

Anksiyete Bozuklukları

Klinik örnekleme kendine zarar veren ergenlerle yapılan bir çalışmada ergenlerin %39'unda bir anksiyete bozukluğu saptanırken, toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada ise kendine zarar veren ergenlerin %37'sinde bir anksiyete bozukluğu bulunmuştur^{40,59}. Yapılan bir alan çalışmasında KZVD olan ergenlerde özgül fobi kendine zarar vermeyi 8.5 kat, obsesif kompulsif bozukluk 5.3 kat artırdığı saptanmıştır. Hem depresyon hem de anksiyete bozukluklarının olumsuz kendilik ve emosyon disregülasyonu üzerinden kendine zarar vermeye yol açtığı öne sürülmektedir⁶¹.

Yıkıcı Davranış Bozuklukları

Klinik örneklemin değerlendirildiği çalışmalarda yıkıcı davranım bozuklukları KZVD'si olan ergenlerin %24-63'ünde saptanmıştır^{62,63}. Toplum örneklemlerinde yıkıcı davranım bozuklukları belirtileri arasında görülen davranış problemlerinin, suça yönelik davranışların kendine zarar verme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir^{64,65}.

Yeme Bozuklukları

Yeme bozukluğu olan kişilerde KZVD sık görülmektedir. Bulimiya nervosa olgularının %26-55, anoreksiya nervosa olgularının %27-61'inde KZVD olduğu saptanmıştır³⁹. Yeme ataklarının ve kusmaların kendine zarar verme davranışlarında da rol alan olumsuz duygulanım ve regülasyonu ile ilişkili olduğu saptanmıştır⁵⁶. Ülkemizde yapılan bir alan çalışmasında ise ergenlerin yeme tutumları değerlendirilmiş, patolojik yeme tutumları olan ergenlerde kendine zarar verme %11.7 oranında, sağlıklı ergenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur⁶⁶.

Madde Kullanım Bozuklukları

Madde bağımlılığı olan kişilerin %25-33'ünde KZVD öyküsü olduğu bulunmuştur⁶⁷. Klinik örnekleme kendine zarar veren ergenlerin %60'ında bir madde kullanım bozukluğu olduğu belirtilmiştir⁶³. Avrupa'da yedi ülkede çok merkezli olarak yapılan bir çalışmada KZVD'si olan ergenler kendine zarar verme epizodlarının %20'sinde alkol etkisinde oldukları, %13'ünde madde etkisinde oldukları bildirilmiştir⁶⁸. Madde kullanımının kişinin kendine yönelik şiddeti kolaylaştırdığı saptanmıştır⁶⁹.

Disosiyatif Bozukluklar

Disosiyatif bozukluğu olan kişilerin %69'unda KZVD öyküsü olduğu saptanmıştır²³. Disosiyatif belirtilerin, ergenlerdeki KZVD ile ilişkisi adli, klinik ve toplum örneklemleri yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur^{70,71}.

Borderline Kişilik Bozukluğu

KZVD borderline kişilik bozukluğu için bir DSM-IV tanı kriteridir. Borderline kişilik bozukluğu tanısında kullanılan ölçütlerden biri tekrarlayan intihar davranışları, tehditleri ya da kendine zarar verme davranışlarıdır⁷². KZVD'si olan ergenlerle yapılan klinik örneklemleri çalışmalarda borderline kişilik bozukluğu belirtileri %37-52 oranında saptanmıştır⁶². İtalya'da yapılan bir çalışmada ergenlerde KZVD ile borderline kişilik bozukluğu semptomları arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır⁶⁵. Olumsuz kendilik ve emasyon disregülasyonu hem borderline kişilik bozukluğunda hem de kendine zarar verme davranışında temel çekirdek özellikler olarak yer alması iki durum arasındaki yoğun ilişki olduğunu açıklamak için kullanılmıştır⁵⁶.

2.2. Bağlanma

2.2.1. Tanım

Bağlanma, yaşamın başladığı ilk günlerinde ortaya çıkmaya başlayan, çevreyle olan etkileşim sonucu gelişen ve duygusal yönü ağır basan bir durumdur. Aynı zamanda bağlanma, çocuk ve ona bakım veren kişi arasında oluşan; çocuğun bakım veren kişiyi arama ve ondan yakınlık arayışı davranışları ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, dayanıklılığı ve sürekliliği olan duygusal bir bağ olarak da tanımlanmaktadır⁷³.

2.2.2. Bağlanmanın Gelişimi

0-2 yaş arası bebeklik dönemi olarak tanımlanmakta ve insanoğlunun, fiziksel, zihinsel ve duygusal yönden en hızlı geliştiği dönem olmaktadır. Bu süreçte bebeğin, kendine bakım verenle kurduğu birebir ilişki, onun zihinsel ve duygusal gelişimi için son derece önemli olmaktadır⁷⁴. Bağlanma gelişimi altı ay ile yirmi dört ay arasında tam olarak şekillenmektedir.

Doğumdan hemen sonra, hatta son dönemde yapılan birçok çalışmaya göre doğumdan önce, insan yavrusunun doğası gereğince başlayan bağlanma; meme arama, başı döndürme, emme, yutma, parmak emme, yakalama, anneye yönelme, beslenme saatlerini sezinleme ve hazırlanma şeklinde kendisini göstermektedir⁷⁵.

Bebeklik dönemindeki bağlanma aşamalar halinde gözlenmektedir. İlk aşama 0-2 ay dönemidir. Bu dönemde başlayan meme arama, emme, yutma, yakalama, anneye yönelme, beslenme saatlerini sezinleme ve hazırlanma şeklindeki davranışlar bağlanma öncülleridir. İkinci aşama 2-6 aylar arasına rastlar. İkinci ay ile birlikte bebek bakıcısına yönelmeye başlar, sosyal tepkileri artar. Bebek bu dönemden itibaren bakıcısına gülümsemekte, uzun süreli göz teması kurmakta ve daha fazla ses çıkarmaktadır. 2 ve 7. aylar arası dönem bağlanmanın oluşma aşamasıdır. Bebek henüz bağlanma figürünü seçmemiştir ancak ebeveynlerini tanır ve onlara daha fazla tepki verir. Yedinci ayla birlikte bebekler çevrelerindeki ilişki örüntülerini anlamlandırmaya başlarlar. Bu dönemde bebek gerçek ve belirgin bir objeye yönelmektedir. Yedinci aydan itibaren bağlanma ilişkisiyle bebek çok geniş yelpazede olan sosyal ilişkilerini sınırlandırmaktadır. Bağlanma üçüncü dönemde 7-24. aylar arasında netleşir. Artık bebek ilgisini tüm ihtiyaçlarını karşılayan kişiye yönelmektedir. Bu kişiye birincil bağlanma objesi denir. Birincil bağlanma objesiyle bebek arasında diğer insanlar arasında farklı bir ilişki vardır. Birincil bağlanma objesi, bebeğin rahatlaması ve kendisinin yeniden güvende hissetmesi için dönebileceği güvenli bir üs işlevini görmektedir. Eğer bebek, bağlandığı kişiye yakınsa, kendisini güvenli bir ortamda algılar ve araştırmacı davranışlarda bulunabilir. Bebek çevreyi araştırdıktan sonra sığınabileceği tek güvenilir dayanağının birincil bağlanma nesnesi ki genellikle anne olduğunu bilmektedir. Bu dönemden itibaren bebekler yabancı kişilerle karşılaştıklarında korku, kaygı ya da kaçma davranışlarında bulunmaktadırlar. Genellikle sekizinci ayda yabancı kaygısı başlar. On sekizinci ay itibarı ile ayrılık kaygısı başlar. Bebek annesinden ayrıldığında sıkıntı duyar ve ağlar. Bu dönemin ardından nesne sürekliliğini kazanmış olan 2 yaş üstündeki çocuklar yaşamlarında gerek birincil bakıcısıyla gerekse de diğer insanlarla karmaşık yapıdaki ilişkilere girer⁷⁵.

2.2.3. Bağlanma Kuramı

Bowlby'nin bağlanma kuramı nesne ilişkileri ve psikodinamik yaklaşımları içeren bir kuramıdır⁷⁶. John Bowlby bağlanma kuramının merkezine anne çocuk ilişkisini yerleştirmiş ve çocuğun fiziksel ve psikolojik açıdan sağlıklı birey olarak yetişmesinde, bu ilişkinin kalitesinin önemini vurgulamıştır⁷⁷.

Bowlby'e göre insan hayatı için bağlanmanın üç temel işlevi vardır: Dünyayı keşfederken geri dönebilecek güvenli bir üs olma, fiziksel gereksinimleri karşılama, hayata dair bir güvenlik duygusu geliştirebilme şansıdır. Bu gereksinimler yeterli düzeyde karşılanmadığı takdirde, çocukta oluşan özbenlik algısıyla bağlantılı olarak patoloji gelişebileceğini belirtmiştir⁷⁸.

Bowlby'e göre, bağlanma figürleriyle sürekli tekrarlanan ilişki şekli, bellekte sunumsal yapılar içinde organize hale gelmektedir. Bowlby'nin "İçsel çalışan modeller" adını verdiği bu temsiller, bağlanma figürü ve benliğe ilişkin beklentileri kapsamaktadır. İçsel çalışan modellerin içeriğini bireyin kendisi ve diğerleri hakkındaki bilişleri oluşturur⁷⁹. Eğer bebek, bağlanma kişinin korku, kaygı gibi olumsuz duygularına duyarlı olduğunu ve sakinleştirici yönde cevap verdiğini hissederse, duygularıyla başa çıkmak için geliştireceği stratejiler daha çok rahatlama ve desteklenme işlevi taşıyacaktır. Bu da güvenli bağlanmanın gelişimini güçlendirecektir. Aksi durumda ise, bebek olumsuz duyguları, olumsuz sonuçlar ile güvensiz bağlanmaya katkıda bulunan baş etme stratejileri geliştirmeyi öğrenecektir⁸⁰.

Bağlanma davranışı hayat boyu sürer. Birey ergenlik dönemine girdiğinde bağımsız olma ihtiyacı ve isteği artar, yeni ilgi alanlarına yönelmeye başlar. Yaşlılarıyla daha fazla vakit geçirmek ister. Böylece bağlanma davranışı sergilediği bireyden kısmen uzaklaşır. Anne ve babaya bağlanma oranları ve yaşları farklılık gösterebilir. 0-6 yaş aralığında anneye, orta çocukluk döneminden sonra ise babaya bağlanma eğiliminin güçlü olduğu saptanmış ve çocuğun doğumundan itibaren bakım ihtiyaçlarını karşılayan anneye, daha sonra da özellikle eğitim süreci başladığında çocuğu yetiştirmede etkisinin artması sayesinde babaya bağlanma gücü belirginlik kazandığı belirtilmiştir⁸¹.

İçsel çalışan modeller bebeklikten ergenliğe doğru sürekli olarak pekiştirilirler. Çocuğun bağlanma figürü ile olan ilişkileri sonucu içselleştirdiği deneyimleri, sonraki dönemlerde aile ortamı dışında geliştireceği yakın ilişkiler için bir prototip oluşturur⁸². İlk olarak Bowlby tarafından tanımlanan bağlanma kuramı, daha sonra Ainsworth ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ainsworth laboratuvar ortamında uyguladığı yabancı durum testi ile annesinden ayrılan ve daha sonra annesiyle buluşturulan çocukların tepkilerine göre bağlanma biçimlerini değerlendirmiştir. Bunları güvenli, kaygılı-ambivalans ve kaçınan olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır.

Güvenli bağlanma gösteren çocuklar, annelerinin her zaman yanlarında olup, stres durumlarında yardımcı olacaklarından emin olan çocuklardır. Anne ayrıldığında tepki gösterirler ancak anneleri döndüğünde kolaylıkla yatışırlar. Güvenli bağlanmanın gelişmesi için çocuğun kesintisiz, tutarlı tepki veren, duyarlı ve her zaman ulaşılabilir bir bakım verene sahip olması önemlidir.

Kaygılı-ambivalans bağlanma örüntüsü olan çocuklar, çağırdıklarında annenin yanıt vereceğinden ya da yardımcı olacağından emin olamayan çocuklardır. Bu nedenle ayrılığa direnirler ve anneleri döndüğünde yatışmazlar. Araştırmacı davranışlarda bulunmaya ilişkin kaygıları vardır. Bu anneler tepkilerinde tutarlı olmayan ve kontrol amaçlı terk etme tehdidinde bulunan annelerdir.

Kaçınan bağlanma örüntüsü olan çocuklar ise annelerinin kendilerine yardımcı olacağına ilişkin hiç güveni olmayan çocuklardır. Sürekli olarak çocuklarını geri çeviren ya da reddeden anneleri olan bu çocuklar ayrılığa tepkisiz kalıp anneleri döndüğünde onlara yakın durmazlar.

Güvenli, kaygılı-ambivalans ve kaçınan bağlanma örüntülerine daha sonra Main ve Solomon tarafından dezorganize bağlanma örüntüsü eklenmiştir⁸³. Dezorganize bağlanmada stres ile baş etmede organize bir davranış göstermeme, yabancı durum testinde stereotipik, asimetrik ve zamansız hareketlerin varlığı, donup kalma ya da hareketlerde yavaşlama görülür.

Bu çocukların kurum bakımında kalan ya da bakım verenin kendilerine istismar ya da ihmalde bulunduğu, psikiyatrik bozukluk oranları yüksek olan ya da kendi bağlanma nesnelere ile olan sorunlarını çözmemiş annelerin çocukları olduğu bildirilmektedir.

Dezorganize bağlanma örüntüsünün altında yatan nedenin bakım verenden korkma olduğu belirtilmektedir⁸⁴. Bartholomew ve Horowitz ise güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma biçimlerini ortaya koymuşlardır⁸⁵.

Güvenli bağlanma örüntüsünde hem benlik, hem de başkaları modelleri olumludur. Bu örüntüye sahip bireyler kendilerini değerli olarak algılar, diğerlerini kabul eder ve onları destekleyici olarak görürler⁸⁵. Bu kişiler hem başkalarıyla kolaylıkla yakınlık kurar hem de özerk kalmayı başarabilmektedirler. İhtiyaç duyduklarında diğerlerinden destek almak konusunda rahattırlar.

Saplantılı bağlanma örüntüsü, olumsuz benlik modeli ve olumlu başkaları modeliyle ilişkilidir. Kendilerini değersiz hissetme ve sevmeye değer görmeme eğilimindedirler. Başkalarının onay ve görüşüne bağımlıdırlar. Diğerlerine yakın olmayı isterler fakat ihtiyaç duyduklarında diğerlerinin hazır bulunması veya elde edilebilirliği konusunda güvenleri eksiktir. Bir insanın iyi olduğunu düşünüp yaklaşmak isterler fakat reddedilecekleri veya terk edilecekleri konusunda kaygıları çoktur⁸⁶.

Kayıtsız bağlanma örüntüsü, benlik modelinin olumlu olduğu fakat başkaları modelinin olumsuz olduğu örüntüdür⁸⁷. Bu örüntüde kişinin başkalarına karşı reddedici bir tutumu vardır. Kişi özerkliğine aşırı derecede önem verir. Negativ duyguları baskı altında tutma eğilimindedirler ve kaçınma stratejilerini temel başa çıkma stratejileri olarak kullanırlar. Bağlanma figürünü elde edilemez ve sorumsuz olarak görürler. Diğerlerinden uzak durarak ve bağlanma ihtiyaçlarını reddederek olası bir reddedilmeye karşı olumlu kendilik imajını korumaya çalışırlar.⁸⁶

Korkulu bağlanma örüntüsü, her iki modelin de olumsuz olduğu örüntüdür. Bu örüntüye sahip kişilerin hem benlik hem de başkaları modeli olumsuzdur⁸⁸. Diğerlerine aşırı bağımlılık gösterirler⁸⁷. Bunlar kendilerini değersiz ve sevilmez olarak algılayarak başkalarını da güvenilmez ve reddedici olarak algılayarak diğerleri tarafından kabul edilmeyi istemelerine rağmen reddedilme beklentileri ya da korkuları yüzünden yakın olmaktan korkarlar⁸⁵.

Kendilerini başkalarına açma, onlarla yakınlık kurma ve stres anında başkalarından yardım isteme konusunda rahatsızlık duydukları, kendilerine güvenlerinin az olduğu, sosyal ortamlarda atılganlık gösteremeyen kişiler oldukları bulunmuştur⁸⁹.

2.2.4. Ergenlikte Bağlanma ve Kendine Zarar Verme Davranışı İlişkisi

Ergenlik dönemi fiziksel, bilişsel, duygusal değişimin ve kimlik gelişiminin olduğu dönemdir. Her ergen bu dönemi farklı biçimlerde yaşar⁹⁰. Bowlby'e göre bağlanma ve keşfetme davranışı birbiriyle bağlantılıdır. Toplumsal ve fiziksel çevreyi öğrenebilmesi için ergenin araştırma yapması gerekir. Ancak keşif zor ve tehlikelidir. Keşfin gerçekleşebilmesi için bağlanma figürünün ortamda olması ya da keşif davranışı için bireye güven sağlaması gerekir.

Kimlik oluşturma sürecinde de temel görev bireyin yeni roller denemesi yani keşif etkinliğini ortaya koymasındır. Bu doğrultuda ilk yıllarda güvenli bağlanma gerçekleştiren ergenler, kimlik oluşturma sürecinde araştırma davranışını daha fazla ortaya koyarlar⁶. Güvenli bağlanma biçimine sahip olan ergenler için bu dönem daha rahat ve daha az krizle geçirilirken, güvenli olmayan bağlanma örüntüsüne sahip olan ergenler için ise zor ve pek çok krizle geçirilmektedir⁹⁰.

Güvenli bağlanma stiline sahip ergenler yaşamlarının kendi kontrolleri altında olduğunu düşünürler. Bu bireyler stres durumlarına karşı dirençlidirler ve herhangi bir stres ya da kriz anında anne-babalarından ya da arkadaşlarından yardım almak veya onlarla iletişime geçmek için çaba harcarlar. Güvensiz bağlanma stiline sahip ergenler ise stres durumlarına karşı dirençsizdirler ve herhangi bir kriz anında anne-babalarından ya da arkadaşlarından yardım almayı reddederler ve KZVD veya intihar girişimi gibi riskli davranışlar sergilerler⁸.

Wright ve arkadaşları intihar riski yüksek olan ergenlerin, düşük riskli olanlara ya da kontrol grubuna göre, güvenli ya da kaçınan bağlanma biçiminden çok saplantılı bağlanma biçimi gösterdiğini bulmuştur. Stepp ve arkadaşlarının çalışmasında da kaygılı bağlanma biçiminin intihar davranışlarını arttırdığı saptanmıştır⁹¹. Lessard ve arkadaşları bağlanma biçimlerini Bartholomew'nun iki boyutlu dört kategorili modelini kullanarak değerlendirmiş, korkulu ya da saplantılı bağlanma biçimine sahip olan ergenlerin, güvenli ya da kayıtsız olanlara göre daha fazla intihar düşüncesine sahip olduklarını bulmuştur².

2.2.5. Yetişkinlikte Bağlanma

Bağlanma, yalnızca çocukluk ile sınırlı olmayıp yaşam boyu var olan bir durumdur. Bebeklikte anneyle kurulan bağlanma ilişkisi ve bu ilişkinin niteliğine göre oluşan bağlanma stilleri, yetişkinlik yıllarındaki yakın ilişkilerin temelini oluşturmaktadır. Bu bakımdan, insanların bebeklik döneminde ebeveynleriyle kurmuş oldukları ilişki ile yetişkinlik dönemindeki romantik ilişkileri pek çok açıdan benzerlikler göstermektedir. Bir çocuğun, bağlanma figürü yanında olduğunda ve bakım veren tarafından ihtiyaçlarına duyarlılık gösterilip, yeterli ve uygun cevaplar verildiğinde, kendisini güvende hissetmesi gibi, yetişkinler de eşleriyle birlikte olduklarında ve gereksinimlerine doyum bulduklarında kendilerini güvende hissetmektedirler. Bu durumda eş, bireyin gelişimini sağlayan bir güvenli üs olma özelliği taşımaktadır⁹². Bebeklik ve yetişkinlik dönemi bağlanma süreci arasındaki farklılıklara bakıldığında ise; tek yönlü olan bebek ile anne arasındaki bağ, yetişkin romantik ilişkilerde karşılıklı bir hal almaktadır. Yani, bebeklik döneminden farklı olarak birey, yetişkin bağlanma ilişkisinde hem bakım alan hem de bakım veren konumunda bulunmaktadır. Bu nedenle, yetişkin romantik bağlanma sürecinin, bağlanma, ebeveynlik (bakım) ve cinsel ilişki öğelerinin bir bileşimi olduğu öne sürülmektedir⁹³. Hazan ve Shaver (1987), Ainsworth ve arkadaşlarının ortaya koyduğu ve özelliklerini açıkladığı üçlü bağlanma sistemini romantik ilişkilere göre uyarlamışlar ve buna paralel olarak da üç tür bağlanma stili tanımlamışlardır.

Güvenli bağlanma stiline sahip bireyler, insanlarla yakın ilişkiler kurmaktan ve onlara bağlı olmaktan dolayı kendilerini rahat hissederler. Bu kişiler başkalarına yaklaşmaktan ve başkalarının kendilerine yaklaşmasına izin vermekten rahatsızlık duymazlar. Terk edilme korkusu taşımazlar.

Kaçıngan bağlanma stiline sahip bireyler ise, insanlara yakın ve bağlı olmaktan huzursuzluk duymaktadırlar. Sadece kendilerini güvenilir olarak gördükleri için, başkalarına yakın olmaktan rahatsızlık duyarlar. Başkalarına bağlanmak ve güvenmekte zorlanırlar.

Kaygılı / kararsız stile sahip yetişkinler ise, insanlarla yakın ilişkiler kurmak için yoğun bir istek duymaktadırlar ancak, yoğun bir şekilde onlar tarafından terk edilme ve reddedilme korkusu yaşamaktadırlar.

Bu bireyler, kendilerinden daha fazla başkalarına güven duyan kişiler olmaktadır. Bu kişiler ilişkilerinin her an bitebileceği ve terk edilebilecekleri endişesini yoğun yaşamaktadırlar. Genellikle eşlerinin kendilerini yeterince sevmediğini düşünmektedirler⁹⁴.

2.2.6. Bağlanmanın Kuşaklar Arası Aktarımı

İnsanlar, anne ve babalarından, onların da kendi anne babalarından aldıkları içsel çalışma modelleri olarak isimlendirilen şeyi alırlar. Bowlby'e göre bu modeller, çocukluk döneminde yaşanan etkileşimlerden alınan, kendisi ve ailesi (diğerleri) hakkındaki zihinsel temsilleridir. Bu gerçek yaşantıdan ziyade çocukluk dönemindeki yaşantıların yeniden değerlendirilmesi ve yapılandırılmasıdır^{6,95}.

Çocukların sonraki ilişkilerinde, ilk ilişki örüntülerini tekrar ettikleri görüşüne dayanarak, anne-babaların da çocukken yaşadıkları örüntüleri sonradan kullanıp kullanmadıkları sorusu ortaya çıkmaktadır. Anne-babaların kendi çocukluklarındaki bağlanma modellerinin sonradan bağlanma figürü olarak nasıl davranacaklarını belirlediğini gösteren araştırmalar bulunmaktadır⁹⁶.

Bağlanmanın kuşaklar arası aktarımını araştırmak için, yapılan bir araştırmada 40 anneye, bebeklik ve çocuklukları süresince kendi aileleri ile ilişkilerini hatırlamaları konusunda görüşmeler yapılmış. Bowlby'nin teorisiyle uyumlu olarak annelerin, kendi ailelerine ilişkin anıları ve onların kendi bebekleriyle şu anki ilişkilerini tanımlamalarına göre bağlanma sınıflaması yapılmış. Kadınlar üç gruba ayrılmış.

Özerk gruptakiler; bebekliklerinde güvenli bağlanma örüntüsü geliştirmişlerdir. Bu gruptakiler, geçmiş bağlanma yaşantılarına (aileleri ve diğerleri ile olan) değer veren, geçmişteki ilişkileri olumlu ya da olumsuz olsun betimlemelerinde genellikle objektif ve tutarlı kimselerdir.

Kayıtsız gruptakiler; bağlanma ilişkilerini hatırlamaktan kaçınan, çocukluklarındaki yaşantıların ve aileleriyle olan geçmiş yaşantılarının kişilikleri üzerinde olumsuz bir etkisinin olmadığını vurgulayan bir tutum sergilelerler.

Üçüncü grup olan saplantılı gruptakiler; dirençli bebeklerin ailelerini oluşturur. Çocukluk bağlanma ilişkileri konusunda pek çok olayı hatırlarlar ancak; anlatımlarında bir tutarlılık ve netlik göstermezler⁹⁷.

2.3. Ergenlik ve Kimlik

“Ben kimim?” sorusu, ergenin ya da genç yetişkinin kimlik oluşturma çabasının ve kimlik duygusunun özündeki sorudur. Ergen, bir yandan kendisi hakkındaki düşüncelerini, toplumdaki yerini ve gelecekte ne yapacağına ilişkin kararları ortaya koymaya çalışırken, diğer yandan da çevresinin ve toplumun kendisinden beklentileri ile kendi istek ve düşünceleri arasındaki çatışmaları anlamaya ve onları çözmeye çalışır. Kimlik duygusu: Bireyin kendi yaşayışından, yani birey olarak benzersiz ve kendine özgü bir tarz içinde var olduğunu ve bu tarzın süreklilik gösterdiğini duyumsayıdır⁹⁸.

Erikson’a göre ergenlik, normatif bir kimlik-kimlik krizi dönemidir. Ergenler bu dönemde, ne olduklarını algılamaya ve aynı zamanda ne olabileceklerini anlamaya başlarlar. Geçmiş deneyimlerini bütünleştirme, “Ben kimim?” sorusuna yanıt arama, sağlam bir kişisel kimlik duygusuna ulaşma çabası içindedirler. Bu kriz dönemini geçerek kişiliğinde belli bir bütünlüğe ulaşan ergen, kimlik kazanmış olur. Kendisi, ilişkileri ve yaşam biçimi gibi konularda çözümsüz ve ilgisiz oluş ise kimlik karmaşasının belirtileridir. Kimlik karmaşasında ergen kendini belli roller ve hedefler karşısında yetersiz ve tanımlanmamış biri olarak algılar. Kimlik duygusunun kazanılması, çocukluktaki sorunların halledilmesi ve yetişkinler dünyasının sorunlarıyla yüz yüze gelebilmeye hazır olmayı gerektirir. Bu çatışmaların çözümü kültürden kültüre değişebildiği gibi kişiden kişiye de değişebilmektedir⁹⁹.

Bugüne kadar yapılan çalışmalarda tutarlılığı ve sürekliliği olan bir kimlik duygusunun kazanılmaması sonucunda gelişen kimlik karmaşasının çeşitli psikiyatrik bozukluklara neden olabileceği belirtilmiştir. Ergen ve genç erişkinlerde kimlik karmaşasının major depresyon, alkol ve madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, özgül ve sosyal fobiler, uyum bozuklukları, kişilik bozuklukları ve genel psikiyatrik belirti düzeyinde artış ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir^{98,100-105}.

2.4. Ergenlik ve Benlik Saygısı

Benlik saygısı kişinin kendi hakkındaki değerlendirme ve yargılamaları sonucunda ulaştığı tutum ve inançlardır¹⁰⁶. Benlik saygısı ile ilgili yapılan çalışmalar ergenlerin benlik saygısı düzeyinin okul başarılarını, arkadaşları ve aileleri ile olan sosyal ilişkilerini önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Benlik saygısı düzeyi yüksek olan kişiler, genel anlamda bilgi ve becerilerine güvenen, bireysel özelliklerinin farkında olan ve bu özellikleri kabul eden kişilerdir. Ergenlikte benlik saygısının sonuçları ile ilgili yürütülen çalışmalar bu dönemde sahip olunan düşük benlik saygısının suça eğilimde, alkol ve madde kullanımında, intihar eğiliminde, riskli cinsel ilişkiye girme davranışlarında artışla ilişkili olduğunu göstermektedir. Çünkü düşük benlik saygısı ergenlerin akranlarının etkisine daha dayanaksız hale gelmesine yol açmaktadır. Kendine değer vermeyen bir ergenin olumsuz arkadaş ortamlarından daha kolay etkilenmesi ise beklenen bir sonuç olduğu belirtilmiştir¹⁰⁷.

Benlik saygısı, kişinin kendisini algılama tutumudur. Ergenin kendine yaklaşımını çevresel unsurlar ve içsel faktörlerle beslenen benlik imgeleri belirler. Benlik saygısını bireyin kendisini olumlu ya da olumsuz şekilde algılaması belirlemektedir. Bu da kimlik oluşumunun temelini oluşturmaktadır. Ergenin kendisini değerli görmesi ailenin desteği, arkadaş ilişkileri başarılı olabileceği yerleri tanınması ve başarıya teşvik edilmesi sayesinde gerçekleşir. Böylece güven duyguları desteklenmiş olur.¹⁰⁸

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Katılımcıların Seçimi

Araştırma örneklemini Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde Ocak 2019 – Mayıs 2019 tarihleri arasında kendine zarar verici davranışı nedeniyle takipli olan, acil olarak başvurmuş veya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi tarafından konsülte edilmiş 12-17 yaş arası ergenler ve ebeveynleri ile bunlarla yaş, cinsiyet açısından eşleştirilmiş kontrol grubu oluşturmuştur. Kontrol grubunu herhangi bir nedenle Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran ancak kendine zarar verme davranışı olmayan ergen ve aileleri oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışma kriterlerine uygun ergenlerden ve ailelerinden yazılı onam alınmıştır.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

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

Çalışmadan Dışlama Kriterleri

1. Tıbbi duruma bağlı psikoz ve mani
2. Madde kullanımına bağlı psikoz ve mani
3. Madde bağımlılığı
4. Mental Retardasyon
5. Otizm Spektrum Bozukluğu
6. Şizofreni ve Bipolar bozukluk

Araştırmanın Hipotezleri

- 1.Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin (psikiyatrik tanıdan bağımsız olarak) anne babalarının kendi bağlanma stilleri güvensiz bağlanma biçimidir ve ergenlerin bağlanma stilleri de ebeveynlerinin bağlanma stillerine benzer şekilde güvensiz bağlanma şeklinde olacaktır.
- 2.Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin (psikiyatrik tanıdan bağımsız olarak) hem aileden hem de arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek düzeyi ve benlik saygıları psikiyatrik tedavi gören ancak kendine zarar vermeyen ergenlere göre daha düşüktür.
- 3.Kendine zarar verme davranışı olan ergenler (psikiyatrik tanıdan bağımsız olarak) güvensiz bağlanma örüntüsüne sahip olup daha fazla kimlik karmaşası yaşarlar.
- 4.Kendine zarar verme davranışları olan ergenlerin ebeveynlerinin öyküsünde, daha fazla oranda psikopatoloji riski vardır.

3.2. Yöntem

Ergen ve anne-babalarıyla DSM-V'e dayalı klinik görüşmeler yapıp Sosyodemografik Veri Formu doldurulup ardından ergenlere; psikiyatrik belirtileri, bağlanma stillerini, kimlik gelişimini, benlik saygısını ve kendine zarar verme davranışını değerlendirmek için Kısa Semptom Envanteri, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, Kimlik Durumu Değerlendirme Aracı, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği, Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri verilmiştir. Anne-babaların kendi bağlanma stillerini değerlendirmek için İlişki Ölçekleri Anketi verilmiştir. Ölçekleri dolduran kişinin, formları doldururken diğerlerinden etkilenmemesi ve onlar tarafından yönlendirilmemesi için yalnız kalabileceği bir odaya alınmıştır.

3.3. Gereçler

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form KZVD'si olan ve olmayan ergenlerin kendileri ve anne-babalarından alınan bilgiler doğrultusunda doldurulmuştur. Gencin yaş, cinsiyet, okula devam ve sınıf tekrarı durumu, aile yapısı, kardeş sayısı, barınma durumu, gence göre ailenin yaşadığı yerin güvenli olup olmaması, sorunlarını paylaştığı kişiler, ailenin aylık gelir düzeyi, gelişim dönemlerinde bakımından sorumlu olan kişiler, anne ve babanın

yaşı, eğitim durumları, ebeveyn çalışma durumu, ailedeki fiziksel ve ruhsal hastalıklar, kendisinde ve arkadaşlarında evden, okuldan kaçma öyküsü, gencin kendisinde, ailesinde, arkadaşlarında KZVD, sigara-alkol-madde kullanım öyküsü, fiziksel-duygusal-cinsel istismar geçmişinin olup olmadığı, DSM- 5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. edisyon)'a göre bir çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından en az iki görüşme sonunda netleştirilen ruhsal tanı bilgileri ve mevcut medikal tedavileri alınmıştır.

3.3.2. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)

Klonsky ve Glen tarafından geliştirilen Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde kasıtlı olarak ve intihar amacı olmaksızın gerçekleştirilen 12 tür kendine zarar verme davranışının yaşam boyu görülme sıklığı sorulmaktadır. Bu davranışlar kesme, ısırma, yakma, cilde bir harf / yazı / şekil kazıma, çimdikleme, saç kopartma, tırnaklama, kendine vurma, yaranın iyileşmesine engel olma, cildi sert bir yüzeye sürme, kendine iğne batırma ve tehlikeli / zararlı madde içme / yutmadır. Bu bölümde bir veya daha fazla sayıda kendine zarar verme davranışı olduğunu belirten katılımcılardan envanterin ikinci bölümünü cevaplaması istenir. İkinci bölümde 39 madde ile kendine zarar verme davranışlarının farklı işlevleri sorgulanır. İşlevler otonom ve sosyal olmak üzere iki boyut altında toplanmıştır. Otonom işlevler affekt regülasyonu (1, 14, 27. maddeler), intiharı önleme (6, 19, 32), sıkıntıyı etiketleme (11, 24, 37), kendini cezalandırma (3, 16, 29) ve çözülmeyi önleme (5, 18, 31) şeklinde 5 alt boyuttan; sosyal işlevler ise kişiler arası sınırlar (2, 15, 28. maddeler), kişiler arası etkileşim (9, 22, 35), intikam alma (12, 25, 38), heyecan arama (7, 20, 33), akranlarla bağ kurma (8, 21, 34), dayanıklılık (10, 23, 36), özerklik (13, 26, 39) ve kendiyle ilgilenme (4, 17, 30) şeklinde 8 alt boyuttan oluşmaktadır¹⁰⁹. Envanter lise öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışma ile Bildik, Somer, Başay, Başay ve Özbaran tarafından Türk kültürüne uyarlanmıştır. Envanterin ilk bölümünde katılımcının her bir kendine zarar verme davranışını kaç kez gerçekleştirdiği sorulmaktadır. Yapılan iç tutarlılık ve madde analizi sonuçları madde toplam puan korelasyonlarının 0.33 (yakma) ile 0.55 (tırnaklama) arasında değiştiğini, toplam kendine zarar verme davranışı için iç tutarlılık katsayısının $\alpha=0.79$ olduğunu göstermiştir. Test tekrar test güvenilirliği analizinde korelasyon katsayıları 0.38 (yaranın iyileşmesine engel olma) ile 0.73 (kendini kesme) arasında değişmekte iken, toplam kendine zarar verme için $r=0.66$ olarak bulunmuştur.

Envanterin ikinci bölümünde katılımcıdan her bir maddenin kendine zarar verme davranışının işlevleri açısından kendisine uygunluğunu; “0-hiç uygun değil”, “1-kısmen uygun”, “2-çok uygun” şeklinde 3 dereceli bir ölçek üzerinde belirtmesi istenmektedir. Otonom işlevler boyutu için yapılan iç tutarlılık ve madde analizi sonuçları madde toplam puan korelasyonlarının 0.57 (kendini cezalandırma) ile 0.69 (sıkıntıyı etiketleme) arasında değiştiğini, otonom işlevler toplam puanı için iç tutarlılık katsayısının $\alpha=0.81$ olduğunu göstermiştir. Sosyal işlevler boyutunda madde toplam puan korelasyonlarının 0.48 (intikam alma) ile 0.71 (özerklik) arasında değişmekte ve sosyal işlevler toplam puanı için tutarlılık katsayısının $\alpha=0.86$ olduğu bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği analizinde korelasyon katsayılarının otonom işlevler için 0.58 ve sosyal işlevler için 0.60 bulunmuş, toplam işlev puanı için ise $r=0.64$ olarak tespit edilmiştir¹¹⁰.

3.3.3. Kimlik Durumu Değerlendirme Aracı (KDDA):

Kimlik gelişiminin farklı alanlarını sorgulayan ve 28 maddelik bir ölçüm aracıdır. Türk ergenleri için geliştirilmiş ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Dereboy ve arkadaşları⁹⁸ tarafından yapılmıştır. Ölçeği dolduran ergen her maddeyi okuyup kendine kendisine uygunluğuna göre 1-5 arasında puan verir (1=bana hiç uymuyor, 2=bana pek uymuyor, 3=bana biraz uyuyor, 4=bana oldukça uyuyor, 5=bana tümüyle uyuyor). Tüm maddelere verilen puanlar toplanarak toplam puan hesaplanır. Toplam puan arttıkça kimlik karmaşasının arttığı kabul edilmektedir. Ölçeğin kimlik karmaşası için kesim noktası 70 puandır. Ölçeğin iç yapı tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayıları 0.90 ve 0.91 arasında değişmektedir ve daha önceki çalışmalarda düzeltilmiş madde toplam korelasyon katsayıları 0.25’in üzerinde bulunmuştur^{111,112}.

3.3.4. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Derogotis (1992) tarafından geliştirilmiş Likert tipi kendini değerlendirme türü bir envanterdir. 53 maddeden oluşan ve 5- 10 dakikada uygulanabilen bir envanterdir. KSE, dokuz alt ölçek, ek maddeler ve üç global indeksten oluşmuştur. Alt ölçekler, sırası ile “Somatizasyon”, “Obsesif-Kompulsif Bozukluk”, “Kişilerarası Duyarlılık”, “Depresyon”, “Anksiyete Bozukluğu”, “Hostilite”, “Fobik Anksiyete”, “Paranoid Düşünceler”, “Psikotizm” olarak isimlendirilmiştir. Şahin ve Durak¹¹³ tarafından yapılan Türkiye uyarlamasında KSE’nin “Anksiyete”, “Depresyon”, “Olumsuz Benlik”, “Somatizasyon” ve “Hostilite” olmak üzere beş faktörden oluştuğu bulunmuştur.

Global Rahatsızlık Belirleyicisi üç ölçek ise, farklı puanlama yöntemleri olan ve puanlama türüne bağlı olarak “Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ)- (Global Severity Index)”, “Belirti Toplamı İndeksi (BTİ) - (Positive Symptom Total)”, ve “Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRİ)- (Positive Symptom Distress Index)” olarak isimlendirilmiştir. Maddeler, “hiç yok” ve “çok fazla var” ifadelerine karşılık gelen 0- 4 değerleri arasında derecelendirilmiştir. Her alt ölçek için belirlenen toplam, o alt ölçekteki madde sayısına bölüldüğünde o boyut için bir puan elde edilir. Her bir alt test puanı ve genel belirti puanının yükselmesi psikolojik belirti düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. “Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ)” stres düzeyini gösterir. Bu değer 0- 4 arası değişmektedir. Alt ölçeklerin toplamının 53’e bölünmesi sonucu elde edilen puandır. “Belirti Toplamı İndeksi (BTİ)” 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki pozitif olan tüm değerlerin bir olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır. Bu puan 0- 53 arası değişmektedir. “Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRİ)” alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir¹¹⁴.

3.3.5. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)

Bartholomew ve Horowitz tarafından geliştirilip⁸⁵ ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sümer ve Güngör tarafından yapılan bu ölçek bağlanma stillerini ölçmek için kullanılmıştır¹¹⁵. Ölçek 17 maddeden oluşmakta ve bağlanma stillerini tanımlamayı amaçlamaktadır. Korkulu, kayıtsız, güvenli, saplantılı bağlanma olmak üzere 4 farklı derecede değerlendirme yapmaktadır. Ölçekteki her madde 1-7 arasında puanlanmaktadır. Korkulu bağlanmayı gösteren sorular 1, 4, 9, 14; kayıtsız bağlanmayı 2, 5, 12, 13, 16; güvenli bağlanmayı 3, 7, 8, 10, 17; saplantılı bağlanmayı 5 (ters yüklü), 6, 11 ve 15. gösteren sorulardır. Ölçekte yer alan bir madde (5. madde) hem kayıtsız hem de saplantılı bağlanma stili için kullanılmaktadır. Ölçekteki 5, 7, 17. ters maddelerdir. Güvenli bağlanma boyutu dışındaki etkenlerde puan artışı sağlıksız bağlanmayı göstermektedir. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte faktör puanlar değerlendirilmektedir⁸⁶.

3.3.6. 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. 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, baba ve arkadaş için ayrı ayrı hesaplanabilmektedir^{116,117}.

3.3.7. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CSB)

Coopersmith tarafından geliştirilen, Turan ve Tufan tarafından Türkçeye uyarlanan Ölçeğin birer yıl arayla yapılan iki ayrı Türkçe uyarlama çalışmasında test-tekrar test güvenilirliği 0.65 ve 0.76 olarak saptanmıştır. Ölçeğin 25 maddelik kısa ve 58 maddelik uzun formları bulunmaktadır. Ölçekteki maddeler, "benim gibi" ya da "benim gibi değil" biçiminde işaretlenmektedir. Maddelerde hayata bakış açısı, aile ilişkileri, sosyal ilişkileri ve dayanma gücü ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Ölçeğin çocuklar ve yetişkinler için uygulanabilecek 2 ayrı şekli vardır. Bu tez çalışmasında 25 maddelik kısa form kullanılmıştır. Form 'Evet' veya 'Hayır' şeklinde cevaplanabilen ifadelerden oluşmaktadır. Ölçekteki 1,4,5,8,9,14,19 ve 20. maddeler 'Evet' olarak işaretlenirse, 2, 3,6,7,10,11,12,13,15,16,17,18,21,22, 23,24 ve 25. maddeler 'Hayır' olarak işaretlenirse 4 puan alınmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100'dür. Bireyin ölçekten almış olduğu puana göre 10-30 puan arası düşük, 31-70 puan arası orta, 71-100 puan arası yüksek benlik saygısı düzeyini ifade etmektedir¹¹⁸.

3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı ile yapılmıştır. Çalışmanın gücünü/örnek hacmini belirlemek amacıyla G*Power version 3.1.9.2 (Kiel University, Kiel, Germany) paket programı kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk testi Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Nümerik değişkenler ortalama \pm standart sapma ve medyan (25. - 75. persentil), kategorik değişkenler ise frekans (yüzde) olarak verilmiştir. Gruplar/materyaller arasındaki farklılık normal dağılıma sahip olan nümerik değişkenler için Student's t testi ile, normal dağılıma sahip olmayan nümerik değişkenler için Mann Whitney U Testi ile belirlenmiştir.

Kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla Fisher's Exact kıkare testi, Yates' kıkare testi ve Monte Carlo kıkare testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ iki yönlü testlerde istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların ailelerinin sosyodemografik özellikleri

Çalışmamızın olgu grubu 60, kontrol grubu 60 ergenden oluşmuştur. Olgu ve kontrol grubundaki tüm anne-babalara da ulaşılmıştır. Olgu grubundaki ergenlerin 47'sinin (%78,3) anne-babası birlikte, 13'ünün (%21,7) anne-babasının ayrı veya boşanmış olduğu, kontrol grubunun 60'ının (%100) anne-babasının birlikte olduğu gözlenmektedir. Anne-baba ilişkisi açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. (Tablo 1)

Olgu grubundaki babaların 24'ü (%40) ilkokul, 18'i (%30) ortaokul, 11'i (%18,3) lise, 7'si (%11,7) üniversite mezunu; kontrol grubundaki babaların 1'i (%1,7) ilkokul, 6'sı (%10) ortaokul, 27'si (%45) lise, 26'sının (%43,3) üniversite mezunu olduğu gözlenmektedir. Olgu grubundaki babaların lise ve üniversite mezunu olma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır. (Tablo 1)

Olgu grubundaki annelerin 29'u (%48,3) ilkokul, 17'si (%28,3) ortaokul, 13'ü (%21,7) lise, 1'i (%1,7) üniversite mezunu; kontrol grubundaki annelerin 2'si (%3,3) ilkokul, 23'ü (%38,3) ortaokul, 18'i (%30) lise, 17'sinin (%28,3) üniversite mezunu olduğu gözlenmektedir. Kontrol grubundaki ergenlerin annelerinin üniversite mezunu olma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. (Tablo 1)

Kontrol grubunda ergenlerin ailelerinin yüksek gelirli olma oranının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Olgu grubundaki babaların 59'unun (%98,3), kontrol grubundaki babaların tamamının; olgu grubundaki annelerin 22'sinin (%37,3), kontrol grubundaki annelerin 27'sinin (%45) herhangi bir işte çalıştığı gözlenmektedir. Olgu ve kontrol gruplarında anne ve babaların çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. (Tablo 1)

Tablo 1. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin ailelerinin sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar	Olgu (N=60)		KONTROL (N=60)		p*
		N	%	N	%	
Anne-baba ilişkisi	Berberler	47	78,3	60	100	P<0,001
	Boşandılar ya da ayrılar	13	21,7	0	0	
	Anne Ölmüş	0	0	0	0	
	Baba ölmüş	0	0	0	0	
	Her ikisi de ölmüş	0	0	0	0	
Babamın Eğitim Durumu	Okula gitmemiş	0	0	0	0	P<0,001
	İlkokul mezunu	24	40	1	1,7	
	Ortaokul mezunu	18	30	6	10	
	Lise mezunu	11	18,3	27	45	
	Üniversite mezunu	7	11,7	26	43,3	
Annenin Eğitim Durumu	Okula gitmemiş	0	0	0	0	P<0,001
	İlkokul mezunu	29	48,3	2	3,3	
	Ortaokul mezunu	17	28,3	23	38,3	
	Lise mezunu	13	21,7	18	30	
	Üniversite mezunu	1	1,7	17	28,3	
Ailenin aylık gelir düzeyi	0-2020 t1	6	10	0	0	P<0,001
	2020-30000 t1	25	41,7	0	0	
	3000-5000 t1	25	41,7	15	25	
	5000 t1 ve üzeri	4	6,7	45	75	
Babamın işi	Çalışıyor	59	98,3	60	100	1,000
	Çalışmıyor	1	1,7	0	0	
Annenin işi	Çalışıyor	22	37,3	27	45	0,504
	Çalışmıyor	37	62,7	33	55	

*Ki –Kare Testi

4.2. Ergenlerin yetiştiği aile yapısı

Kardeş sayısı ve evde yaşayan kişi sayısı bakımından incelendiğinde iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Olgu grubundaki ergenlerin, anne ya da baba ile yaşama oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 2)

Her iki grubun ev durumlarına göre karşılaştırılmasında ise kontrol grubundaki ergenlerin yaşadıkları evin kendilerine ait olma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. (Tablo 2)

Tablo 2. Katılımcıların aile yapısına göre karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar	Olgu (N=60)		KONTROL (N=60)		p*
		N	%	N	%	
Kardeş Sayısı	Tek çocuk	4	6,7	6	10	0,420
	2-5 kardeş	54	90	54	90	
	6 veya daha fazla	2	3,3	0	0	
Evde yaşayan kişi sayısı	1-5 kişi	59	98,3	60	100	1,000
	6 ya da daha fazla kişi	1	1,7	0	0	
Beraber yaşadığı kişiler	Anne ve baba	47	78,3	60	100	P<0,001
	Anne ya da baba	13	21,7	0	0	
	Akraba	0	0	0	0	
	Kurum	0	0	0	0	
Ev durumu	Kendilerine ait	48	80	58	96,7	P<0,001
	Kira	11	18,3	2	3,3	
	Lojman	0	0	0	0	
	Diğer	1	1,7	0	0	

*Ki –Kare Testi

4.3. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlere gelişim dönemlerine göre bakım verenler

Olgu ve kontrol gruplarında gelişim dönemlerine göre bakım verenlere bakıldığında, her iki grup arasında 0-1 yaş, 1-3 yaş ve 6 yaş ve üzeri dönemlerde bakım veren açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Olgu grubundaki ergenlere 3-6 yaş döneminde büyükanne-dede tarafından bakım verme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 3)

Tablo 3. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin gelişim dönemlerine göre bakım veren açısından karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar	Olgu (N=60)		KONTROL (N=60)		p*
		N	%	N	%	
Büyüten kişi 0-1 yaş arası	Anne-baba	59	98,3	60	100	1,000
	Büyükanne-dede	1	1,7	0	0	
	Akraba	0	0	0	0	
Büyüten kişi 1-3 yaş arası	Anne-baba	56	93,3	60	100	0,119
	Büyükanne-dede	4	6,7	0	0	
	Akraba	0	0	0	0	
Büyüten kişi 3-6 yaş arası	Anne-baba	54	90	60	100	0,027
	Büyükanne-dede	6	10	0	0	
	Akraba	0	0	0	0	
Büyüten kişi 6 yaş ve üzeri	Anne-baba	55	91,7	60	100	0,057
	Büyükanne-dede	5	8,3	0	0	
	Akraba	0	0	0	0	

*Ki –Kare Testi

4.4. Katılımcıların aile özellikleri

Olgu grubundaki ergenlerin ailelerinde sigara ve alkol kullanım oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Olgu grubundaki ergenlerin babalarında ve kardeşlerinde madde kullanım oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ancak her iki grubun annelerinde madde kullanımını bakımından anlamlı fark bulunmamıştır. Olgu grubundaki ergenlerin ailelerinde tıbbi ve psikiyatrik hastalık ve kendine

zarar verme davranışı görülme oranı anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Her iki grup arasında yakınlarında intiharla ölme bakımından anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 4)

Tablo 4. Olgu ve kontrol grubunun aile özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar	Olgu (N=60)		KONTROL (N=60)		p*
		N	%	N	%	
Ailede sigara kullanımı	Var	53	88,3	31	51,7	P<0,001
	Yok	7	11,7	29	48,3	
Babada alkol kullanımı	Var	35	58,3	11	18,3	P<0,001
	Yok	25	41,7	49	81,7	
Annede alkol kullanımı	Var	14	23,3	2	3,3	0,003
	Yok	46	76,7	58	96,7	
Kardeşlerde alkol kullanımı	Var	11	18,3	0	0	0,002
	Yok	49	81,7	60	100	
Babada madde kullanımı	Var	11	18,3	0	0	0,002
	Yok	49	81,7	60	100	
Annede madde kullanımı	Var	3	5	0	0	0,244
	Yok	57	95	60	100	
Kardeşlerde madde kullanımı	Var	6	10	0	1	0,027
	Yok	54	90	60	100	
Ailede kendine zarar verme davranışı	Var	39	65	1	1,7	P<0,001
	Yok	21	35	59	98,3	
Yakınları arasında intiharla ölen	Var	1	1,7	0	0	1,000
	Yok	59	98,3	60	100	
Ailede tıbbi hastalık	Var	43	71,7	31	51,7	0,039
	Yok	17	28,3	29	48,3	
Ailede psikiyatrik hastalık	Var	57	95	18	30	P<0,001
	Yok	3	5	42	70	

*Ki –Kare Testi

4.5. Katılımcıların Özellikleri

Çalışmaya olgu grubu 60, kontrol grubu 60 olmak üzere 120 ergen alınmıştır. Her iki grubun 43'ü (%71,7) kız, 17'si (%28,3) erkekten oluşmaktadır. Olgu ve kontrol grupları arasında cinsiyete göre anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 5)

Çalışmaya katılanların yaşları 12-17 arasında olup, olgu grubunda ortalama yaş ortalaması 16 (14-16p); kontrol grubunda ise 15 (13-17p) olarak bulunmuştur. Olgu ve kontrol gruplarında yaş ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. (Tablo 5)

Olgu grubundaki ergenlerin evden kaçma ve polis müdahalesi gerektirecek olay yaşama oranları, kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. (Tablo) Oturduğu mahalle ilişkin güven duygusu açısından incelendiğinde ise kontrol grubundaki ergenlerin yaşadığı mahalleye ilişkin güven duygusu, olgu grubundaki ergenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Tablo 5)

Olgu grubundaki ergenlerden 1'inin (%1,7) anne-baba, 25'inin (%41,7) arkadaş, 2'sinin (%3,3) anne-baba ve arkadaş ile sorunlarını paylaştıkları, 32'sinin (%53,3) sorunlarını hiç kimse ile paylaşmadıkları; kontrol grubundaki ergenlerin 13'ünün (%21,7) anne-baba, 12'sinin (%20) arkadaş, 35'inin (%58,3) anne-baba ve arkadaş ile sorunlarını paylaştıkları, sorunlarını kimse ile paylaşmayan ergenin olmadığı gözlenmiştir. Kontrol grubunda sorunlarını paylaşma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Olgu grubundaki ergenlerin sigara içme, alkol-madde kullanma oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek Saptanmıştır. (Tablo 5)

Tablo 5. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar	Olgu (N=60)		KONTROL (N=60)		P
		Ortanca	(25-75.p)	Ortanca	(25-75.p)	
Yaş Ortalaması		16	14-16	15	13-17	0,187**
		N	%	N	%	
Cinsiyeti	Kız	43	71,7	43	71,7	1,000*
	Erkek	17	28,3	17	28,3	
Evden kaçma	Var	19	31,7	0	0	p<0,001*
	Yok	41	68,3	60	100	
Yaşadığı mahalleye ilişkin güven duygusu	Hiç güvenli değil	3	5	0	0	p<0,001*
	Pek güvenli değil	18	30	0	0	
	Orta derece güvenli	35	58,3	8	13,3	
	Oldukça güvenli	4	6,7	19	31,7	
	Çok güvenli	0	0	33	55	
Sorunların paylaştığı kişi	Anne-baba	1	1,7	13	21,7	p<0,001*
	Arkadaş	25	41,7	12	20	
	Anne-baba ve arkadaş	2	3,3	35	58,3	
	Hiç kimse	32	53,3	0	0	
Polis müdahalesi gerektirecek olay yaşama	Var	26	43,3	0	0	p<0,001*
	Yok	34	56,7	60	100	
Sigara Kullanımı	Var	52	86,7	22	36,7	p<0,001*
	Yok	8	13,3	38	63,3	
Alkol Kullanımı	Var	40	66,7	13	21,7	p<0,001*
	Yok	20	33,3	47	78,3	
Madde Kullanımı	Var	9	15	0	0	0,003*
	Yok	51	85	60	60	

*Ki –Kare Testi **Mann-Whitney U Testi

4.6. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin okul durumları

Kaçıncı sınıfa gittiklerinin ortalamasına bakıldığında, olgu grubundaki ergenlerin 10'uncu (9-11), kontrol grubundakilerin 9'uncu (8-11) sınıfta oldukları gözlenmiştir. Olgu ve kontrol gruplarında kaçıncı sınıfa gittikleri bakımından ve okudukları okul açısından anlamlı fark saptanmamıştır. (Tablo 6)

Kontrol grubundaki ergenlerin okuldaki başarı düzeyleri olgu grubundakilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Okul devamsızlıkları açısından bakıldığında olgu grubundaki ergenlerin daha fazla devamsızlık yapma ve devamsızlıktan kalma oranları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 6)

Tablo 6. Katılımcıların okul durumlarının karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar	Olgu (N=60)		KONTROL (N=60)		P
		Ortanca	(25-75.p)	Ortanca	(25-75.p)	
Kaçıncı sınıfa gittiği		10	9-11	9	8-11	0,293**
		N	%	N	%	
Okulu	Ortaokul	13	21,7	22	36,7	0,108*
	Lise	47	78,3	38	63,3	
Okuldaki Başarı durumu	Mükemmel	0	0	5	8,3	P<0,001 *
	Ortalama üstü	0	0	30	50	
	Ortalama	18	30	25	41,7	
	Ortalama altı	27	45	0	0	
	Zayıf	15	25	0	0	
Okuldaki devamsızlık durumu	Hiç yok	1	1,7	13	21,7	P<0,001 *
	5-10 gün	14	23,3	37	61,7	
	10-15 gün	35	58,3	10	16,7	
	Devamsızlıktan kalma	10	16,7	0	0	

*Ki –Kare Testi

**Mann-Whitney U Testi

4.7. Katılımcıların arkadaşlarının özellikleri

Olgu grubundaki ergenlerin arkadaşlarının evden kaçma, sigara içme, alkol-madde kullanma ve kendine zarar verme davranışı oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 7)

Tablo 7. Katılımcıların arkadaşlarının özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar	Olgu (N=60)		KONTROL (N=60)		p*
		N	%	N	%	
Evden kaçan	Var	28	46,7	1	1,7	P<0,001
	Yok	32	53,3	59	98,3	
Alkol kullanan	Var	57	95	16	26,7	P<0,001
	Yok	3	5	44	73,3	
Madde kullanan	Var	25	41,7	1	1,7	P<0,001
	Yok	35	58,3	59	98,3	
Kendine zarar verme davranışı	Var	59	98,3	4	6,7	P<0,001
	Yok	1	1,7	56	93,3	

*Ki –Kare Testi

4.8. Olgu ve kontrol gruplarında istismar öyküsü

Olgu grubundaki ergenlerin fiziksel, cinsel ve duygusal istismara uğrama oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 8)

Tablo 8. Katılımcıların istismar öyküsü açısından değerlendirilmesi

Özellikler	Gruplar	Olgu (N=60)		KONTROL (N=60)		p*
		N	%	N	%	
Fiziksel İstismar	Var	33	55	2	3,3	P<0,001
	Yok	27	45	58	96,7	
Cinsel istismar	Var	10	16,7	0	0	0,003
	Yok	50	83,3	60	100	
Duygusal istismar	Var	29	48,3	5	8,3	P<0,001
	Yok	31	51,7	55	91,7	

*Ki –Kare Testi

4.9. Katılımcıların psikiyatrik tanıları ve tedavileri

Çalışmamıza katılan ergenlerin DSM-5'e göre klinik tanıları değerlendirilmiş ve gruplar karşılaştırılmıştır. Olgu grubunda major depresif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Diğer psikiyatrik hastalıkları ve medikal tedavi kullanma oranları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 9)

Tablo 9. Katılımcıların mevcut psikiyatrik tanıları ve medikal tedavi kullanmaları açısından değerlendirilmesi

Özellikler	Gruplar	Olgu (N=60)		Kontrol(N=60)		Toplam(N=120)		p*
		N	%	N	%	N	%	
MDB	Var	42	70	17	28,3	59	49,2	p<0,001
	Yok	18	30	43	71,7	61	50,8	
DEHB	Var	39	65	42	70	81	67,5	0,697
	Yok	21	35	18	30	39	32,5	
AB	Var	9	15	14	23,3	23	19,2	0,354
	Yok	51	85	46	76,7	97	80,8	
OKB	Var	5	8,3	6	10	11	9,2	1,000
	Yok	55	91,7	54	90	109	90,8	
YB	Var	4	6,7	0	0	4	3,3	0,119
	Yok	56	93,3	60	100	116	96,7	
TSSB	Var	7	11,7	0	0	7	5,8	0,013
	Yok	53	88,3	60	100	113	94,2	
Medikal tedavi	Kullanıyor	57	95	58	96,7	115	95,8	1,000
	Kullanmıyor	3	5	2	3,3	5	4,2	

MDB: Major Depresif Bozukluk

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

AB: Anksiyete Bozuklukları

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

YB: Yeme Bozuklukları

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

*Ki -Kare Testi

4.10. Olgu grubundaki ergenlerin kendine zarar verme davranışının özellikleri

Olgu grubunun 43'ü (% 71,7) kendilerine zarar verme isteği hissetmelerinin ardından 1 saat içinde; 17'si (% 28,3) ise 1 saat veya daha uzun bir süre içinde zarar verme eylemini gerçekleştirdikleri gözlenmiştir. KZVD sırasından acı hissetmeleri açısından incelendiğinde, 21'inin (% 35) evet, 31'nin (% 51,7) bazen, 8'inin (%13,3) ise hayır dedikleri saptanmıştır. KZVD sırasında yalnız olma durumlarına bakıldığında, ergenlerin 36'sının (% 60) evet, 24'ünün (% 40) bazen şikkını işaretledikleri görülmüştür. KZVD'yi sonlandırma istediğini ifade ederken, 19'unun (% 31,7) kendine zarar verme davranışını sonlandırmak istemediğini belirtmiştir. (Tablo 10)

Tablo 10. Olgu grubunda kendine zarar verme davranışı özellikleri

	Olgu Grubu N=60	
	N	%
Kendine zarar verme sırasında fiziksel acı hisseder mi?		
Evet	21	35
Bazen	31	51,7
Hayır	8	13,3
Kendine zarar verme sırasında yalnız mı?	N	%
Evet	36	60
Bazen	24	40
Hayır	0	0
Kendine zarar verme dürtüsünün oluşumundan eyleme geçme süresi	N	%
< 1 saat	43	71,7
1-3 saat	17	28,3
3-6 saat	0	0
6-12 saat	0	0
12-24 saat	0	0
> 1 gün	0	0
Kendine zarar verme davranışını sonlandırmak ister mi?	N	%
Evet	41	68,3
Hayır	19	31,7

4.11. Olgu grubunda kendine zarar verme davranış şekillerinin cinsiyete göre dağılımı

En sık görülen davranış şekli olarak saptanan kesme, her iki gruptaki tüm ergenlerde görüldüğü için tabloya alınmamıştır. Sonrasında her iki cinste de sırasıyla kendini sert bir yere vurma/çarpma ve ilaç/madde yutma davranışlarının olduğu saptanmıştır. Cildi sert bir yüzeye sürtme davranışının kız ergenlerde görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Diğer davranış şekilleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. (Tablo 11)

Tablo 11. Olgu grubunda kendine zarar verme davranış şekillerinin cinsiyete göre dağılımı

	Kız (N=43)		Erkek (N=17)		Toplam		p*
	N	%	N	%	N	%	
Isırma	29	67,4	11	64,7	40	66,7	1,000
Yakma	14	32,6	6	35,3	20	33,3	1,000
Kazıma	10	23,3	4	23,5	14	23,3	1,000
Çimdikleme	10	23,3	6	35,3	16	26,7	0,352
Saç koparma	14	32,6	7	41,2	21	35	0,741
Tırnaklama	15	34,9	6	35,3	21	35	1,000
Kendini sert bir yere vurma/çarpma	40	93,3	14	82,4	54	90	0,338
Yara kopartma	28	65,1	12	70,6	40	66,7	0,919
Cildi sert bir yüzeye sürtme	10	23,3	0	0	10	16,7	0,049
İğne batırma	7	16,3	2	11,8	9	15	1,000
İlaç/madde yutma	39	90,7	14	82,4	53	88,3	0,393

*Ki -Kare Testi

4.12. Olgu grubunda kendine zarar verme davranış başlama yaşı ve kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri alt puanlarının cinsiyetle ilişkisi

Kız ve erkeklerde kendine zarar verme davranışına bakıldığında kızların ortalama 13 (12-23) yaşında, erkeklerin ise 13 (11-13) yaşlarında kendine zarar verme davranışına başladıkları saptanmış ve KZVD'ye başlama yaşı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Kendine zarar verme davranışı envanteri alt puanlarının cinsiyet ile karşılaştırılmasında ise sıkıntıyı etiketleme, kişiler arası etkileşim, akranlarla bağ kurma, özerklik, ve kendiyle ilgilenme başlıklarının erkeklerde görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Diğer başlıklar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 12)

Tablo 12. Olgu grubunda kendine zarar verme davranış başlama yaşı ve kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri alt puanlarının ile cinsiyet ilişkisi

	Kız (N=43)	Erkek (N=17)	p*
	Ortanca (25-75. p)	Ortanca (25-75.p)	
KZVD başlama yaşı	13 (12-13)	13 (11-13)	0,531
Otonom işlevler			
Affekt regülasyonu	5 (4-6)	5 (3,5-6)	0,659
Özkıyımı önleme	3 (2-5)	4 (3-5)	0,340
Sıkıntıyı etiketleme	4 (3-6)	6 (5,5-6)	0,001
Kendini cezalandırma	4 (2-5)	5 (3,5-5)	0,158
Çözülmeyi önleme	3 (2-5)	4 (3-5)	0,069
Sosyal işlevler			
Kişiler arası sınırlar	4 (3-5)	5 (3,5-5,5)	0,047
Kişiler arası etkileşim	2 (1-3)	3 (1-4)	0,074
İntikam alma	3 (1-4)	3 (2-5)	0,119
Heyecan arama	1 (0-2)	1 (0-2)	0,359
Akranlarla bağ kurma	1 (0-2)	2 (1-3,5)	0,006
Dayanıklılık	3 (1-4)	3 (2-5)	0,647
Özerklik	2 (2-3)	3 (2,5-4)	0,038
Kendiyle ilgilenme	2 (2-3)	3 (2,5-4)	0,021

KZVD: Kendine Zarar Verme Davranışı

*Mann-Whitney U Testi

4.13. Kısa semptom envanteri alt ölçek puanları

Depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt ölçekleri normal dağılıma uymadıkları için Man Whitney U testi, anksiyete ve genel şiddet indeksi normal dağılıma uydukları için T-testi kullanılmıştır. Olgu grubundaki ergenlerde KSE tüm alt ölçekleri ve genel şiddet indeksi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. (Tablo 13)

Tablo 13. Katılımcıların kısa semptom envanteri alt ölçeklerinden aldıkları puanların karşılaştırılması

Kısa septom envanteri alt ölçekleri	Olgu(N=60)	Kontrol(N=60)	p
	Ortanca (25-75.p)	Ortanca (25-75.p)	
Depresyon	2,45 (2,16-2,91)	1,13 (1,00-1,50)	p<0,001*
Olumsuz benlik	2,16 (1,91-2,41)	1,16 (,91-1,47)	p<0,001*
Somatizasyon	1,66 (1,33-1,88)	1,00 (,79-1,22)	p<0,001*
Hostilite	2,14 (1,88-2,42)	1,14 (1,00-1,71)	p<0,001*
	Ortalama (±SS)	Ortalama (±SS)	
Anksiyete	2,09 (±,341)	1,24 (±,402)	p<0,001**
Genel şiddet indeksi	2,08 (±,308)	1,20 (±,307)	p<0,001**

*Mann-Whitney U Testi

** T-Testi

4.14. Kimlik durumunu değerlendirme aracı ve Coopersmith benlik saygısı ölçeğini ölçek puanları

Olgu grubundaki ergenlerin kimlik durum değerlendirme aracı puanları anlamı olarak yüksek bulunmuştur. Kontrol grubundaki ergenlerin benlik saygılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Tablo 14)

Tablo 14. Katılımcıların kimlik durum değerlendirme aracı ve Coopersmith benlik saygısı ölçeğinin ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Olgu (N=60)	Kontrol (N=60)	p*
	Ortanca (25-75.p)	Ortanca (25-75.p)	
KDDA	94,5 (87-102,75)	74 (70-78)	p<0,001
CBSÖ	34 (24-43)	64 (52-80)	p<0,001

KDDA: Kimlik durumunu değerlendirme aracı

CBSÖ: Coopersmith benlik saygısı ölçeği

*Mann-Whitney U Testi

4.15. Ebeveyn ve arkadaşla bağlanma ölçeğinin anneye bağlanma formu

EABÖ anne ölçeğinde; güven, iletişim, yabancılaşma ve toplam puanlar açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmektedir. Olgu grubundakilerin anneye güven ilişkisi ve iletişimi azalmış, yabancılaşması ise artmıştır. Kontrol grubunda anneye bağlanma biçiminin güvenli bağlanma olduğu saptanmıştır. (Tablo 15)

Tablo 15. Ergenlerin EABÖ anne ölçek puanlarının karşılaştırılması

EABÖ alt boyutları	Olgu (N=60)	Kontrol (N=60)	p*
	Ortanca (25-75.p)	Ortanca (25-75.p)	
Güven	14,5 (13-16)	25 (22-28)	p<0,001
İletişim	13 (10-16)	22 (19-25)	p<0,001
Yabancılaşma	13 (10-13)	22 (16-25)	p<0,001
Toplam	39 (34,25-45)	66 (60-69,75)	p<0,001

EABÖ: Ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma ölçeği

*Mann-Whitney U Testi

4.16. Ebeveyn ve arkadaşla bağlanma ölçeği babaya bağlanma formu

EABÖ baba ölçeğinde; güven, iletişim, yabancılaşma ve toplam puanlar açısından iki grup anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Olgu grubundakilerin babayla güven ilişkisi ve iletişimi azalmış, yabancılaşması ise artmıştır olup, Kontrol grubunda babaya bağlanmanın daha güvenli olduğu bulunmuştur. (Tablo 16)

Tablo 16. Ergenlerin EABÖ baba ölçek puanlarının karşılaştırılması

EABÖ alt boyutları	Olgu (N=60)	Kontrol (N=60)	p*
	Ortanca (25-75.p)	Ortanca (25-75.p)	
Güven	13 (13-16)	25 (22-28)	p<0,001
İletişim	13 (10-16)	22 (19-25)	p<0,001
Yabancılaşma	13 (10-15,75)	22 (18,25-25)	p<0,001
Toplam	39 (33-42)	66 (60,75-72)	p<0,001

EABÖ: Ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma ölçeği

*Mann-Whitney U Testi

4.17. Ebeveyn ve arkadaşla bağlanma ölçeği arkadaşla bağlanma formu

EABÖ arkadaş ölçeğinde; güven, iletişim, yabancılaşma ve toplam puanlar açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda güvenli bağlanmayı gösteren toplam puan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Olgu grubundakilerin arkadaşlarıyla güven ilişkisi ve iletişimi azalmış, yabancılaşması ise artmıştır. (Tablo 17)

Tablo 17. Ergenlerin EABÖ arkadaş ölçek puanlarının karşılaştırılması

EABÖ alt boyutları	Olgu (N=60)	Kontrol (N=60)	p*
	Ortanca (25-75.p)	Ortanca (25-75.p)	
Güven	16 (13-16)	25 (22-28)	p<0,001
İletişim	13 (10-14,5)	22 (19-25)	p<0,001
Yabancılaşma	13 (10-13)	22 (16-25)	p<0,001
Toplam	39 (33,75-42)	66 (60-72)	p<0,001

EABÖ: Ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma ölçeği *Mann-Whitney U Testi

4.18. İlişki ölçekleri anketi anne ölçeği

Olgu grubundaki ergenlerin annelerinde korkulu, saplantılı ve kayıtsız bağlanma biçimi puanlarının yüksek, güvenli bağlanma puanının düşük; kontrol grubundakilerin annelerinde ise güvenli bağlanma puanının yüksek, diğerlerinin düşük olduğu saptanmıştır. (Tablo 18)

Tablo 18. Katılımcıların annelerinin İÖA ölçek puanların karşılaştırılması

Değişkenler	Olgu (N=60)	Kontrol (N=60)	p*
	Ortanca (25-75.p)	Ortanca (25-75.p)	
Güvenli bağlanma	11 (11-14)	23 (20-24)	p<0,001
Korkulu bağlanma	19 (16,25-22)	16 (10,75-19)	p<0,001
Saplantılı bağlanma	22 (22-25)	13 (10-16)	p<0,001
Kayıtsız bağlanma	17 (14-17)	13 (11-14)	p<0,001

İÖA: İlişki ölçekleri anketi *Mann-Whitney U Testi

4.19. İlişki ölçekleri anketi anne ölçeği

Olgu grubundaki ergenlerin babalarında saplantılı ve kayıtsız bağlanma biçimi puanlarının yüksek; kontrol grubundakilerin babalarında ise güvenli bağlanma puanının yüksek olduğu saptanmıştır. Her iki grubun babalarında korkulu bağlanma açısından anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 19)

Tablo 19. Katılımcıların babalarının İÖA ölçek puanların karşılaştırılması

Değişkenler	Olgu (N=60)	Kontrol (N=60)	p*
	Ortanca (25-75.p)	Ortanca (25-75.p)	
Güvenli bağlanma	14 (14-17)	26 (23-29)	p<0,001
Korkulu bağlanma	16 (13-16,75)	16 (10,75-16,75)	0,293
Saplantılı bağlanma	16 (13-22)	13 (10-16)	p<0,001
Kayıtsız bağlanma	23 (17-26)	14 (11-17)	p<0,001

İÖA: İlişki ölçekleri anketi

*Mann-Whitney U Tes

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde kendine zarar verme davranışı nedeniyle takipli olan, acil olarak başvurmuş veya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi tarafından konsülte edilmiş 12-17 yaş arası ergenler ve ebeveynleri ile aynı yaş grubunda herhangi bir nedenle Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran ancak kendine zarar verme davranışı olmayan ergen ve ailelerinden oluşmuştur. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin DSM- 5'e göre bir çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından en az iki görüşme sonunda netleştirilen ruhsal tanı bilgileri alınmıştır. Araştırmada kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde bağlanma stilleri, kimlik karmaşası ve benlik saygısı ilişkisi incelenmeye çalışılmıştır. Ergenlik döneminde görülen kendine zarar verme davranışının altında yatan motivasyonun belirlenmesi halinde, yetişkinlikte bu davranışın devamlılığını önlemek için çeşitli yaklaşımların geliştirilebileceği ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olabilecek faktörlerin ortaya koyulmasının, kendine zarar verme davranışını önleyici birtakım çalışmalara katkı sağlayacağı amaçlanmaktadır.

Çalışmaya katılan ergenlerin yaş açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur. Her iki grubun %71,7'sini kızlar, %28,3'ünü erkekler oluşturmaktadır. Cinsiyet dağılımı gruplar arasında benzerdir.

Anne-babaların eğitim düzeyleri ve ailelerin aylık gelirleri kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Sosyoekonomik ve sosyokültürel olarak düşük seviyeden gelen ergenlerde KZVD sıklığının çok daha fazla olması ile ilgili yazında çok sayıda yayın mevcuttur. Ekonomik ve sosyal koşulların insan ruh sağlığı üzerindeki etkilerini konu edinen yazılarda kendini öldürme olaylarının düşük sosyoekonomik düzeylerdeki kesimlerde daha yaygın olduğu bildirilmektedir^{119,120}. Çalışmamızdaki bulgular yazın ile uyumlu saptanmıştır.

Anne-babanın ilişki durumu incelendiğinde, olgu grubundaki ergenlerden 13'ünün (%21,7) ebeveyninin boşanmış ya da ayrı olduğu bulunmuştur. Bu oranlar göz önüne alındığında çalışmamızda parçalanmış ailede yaşama ve ebeveynlerden uzun süre ayrı yaşamanın KZVD açısından risk faktörü teşkil ettiği düşünülmektedir. Bu sonucumuz intihar girişiminde bulunan ve KZVD'si olan çocuk ve ergenlerin büyük bölümünün parçalanmış ailelerden gelmiş oldukları ve ailelerinde boşanma oranlarının yüksek olduğu görüşü ile örtüşmektedir¹²¹.

Alanyazında, geniş aile veya kardeş sayısının KZVD üzerine etkisini değerlendiren çalışma ile karşılaşılammıştır. Ancak, kardeş ilişkisinin ergenlikte yaşam olayları ile başa çıkma becerisine katkıda bulunduğu bulunmuştur¹²². Kardeşler arasındaki dinamiklerin akranlarla olan ilişkilerde ve okula uyum sağlamada da etkili olduğu belirtilmiştir^{123,124}. Sosyal ağ modeli, bağlanmanın anne, baba, kardeş, dede-nine ve bakıcılar gibi çok sayıda bağlanma figürüne eş zamanlı olarak geliştiğini savunmaktadır¹²⁵. Bu çalışmada, aile içi ilişkilerin doğası ile ilgili değerlendirme yapılmamıştır. Ancak, yukarıda sözü edilen sosyal ağ modeli açısından bakıldığında evde yaşayan kişi sayısının yüksekliğinin güvenli bağlanmaya katkısının olması ve KZVD'yi engellemesi beklenebilir. Çalışmamızda olgu ve kontrol gruplarında kardeş sayısı ve evde yaşayan kişi sayısı bakımından istatistiksel anlamlılığa ulaşılmamıştır. Ancak, aile desteğinin KZVD'nin azaltılmasında önemli bir etmen olduğu bilgisi göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamızdaki olgu grubundaki ergenlerin evlerinde yaşayan kişi sayısı yüksek olsa bile aile destek sisteminin yetersiz olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması nedeniyle katılımcıların sadece araştırma yapıldığı dönemdeki özellikleri incelenebilmiştir, o dönemdeki bağlanma paternleri değerlendirilmiştir, neden sonuç ilişkilerinin kurulabileceği izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Bakım veren açısından incelendiğinde gruplar arasında üç yaşına kadar bakım veren açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bağlanma kuramı, bebeklerin bakım verenleriyle duygusal bir bağ oluşturmaları için biyolojik olarak programlandığını ve bağlanma figürünün de bebeğe güvenlik ve rahatlık sağlamaya çalıştığını ileri sürmektedir¹²⁶. Güvenli bağlanmış bebekler için bakım veren stres anında ulaşılabilir durumdadır ve bebeğin ihtiyaçlarına duyarlıdır. Aynı zamanda çevreyi keşfetme sırasında bebek için 'güvenli bir üs' görevini görmektedir. Bu rahat keşif, bebekte duygu düzenleme ve problem çözme becerilerinin gelişmesini ve özgüvenin oluşmasını sağladığı belirtilmiştir¹²⁷. Bu becerilerin, çocukların çevrelerine uyumunu sağladığı ve hayat boyunca bu uyum sürecini etkilediği belirtilmiştir. Birincil bakım veren çocuğun ihtiyaçlarına karşı duyarsız olduğunda, çocuğun bakım verenle iletişim kuramayacağı ve ayrılık karşısında kaygı duymaya yatkın hale geleceği ve bu şekilde oluşan güvensiz bağlanma biçiminin; kişinin sosyal ve duygusal gelişimini, zorlu durumlarda gerekli başa çıkma stratejilerini ve problem çözme becerileri geliştirmelerini engelleyebileceği belirtilmiştir¹²⁸. Klinik örnekleme içeren çalışmalarda güvensiz bağlanmanın ergenlerdeki KZVD ile ilişkili olduğu saptanmıştır¹²⁹.

Yapılan prospektif boylamsal çalışmalar, güvensiz bağlanmanın ergenlerde KZVD için önemli bir risk faktörü olabileceğini göstermiştir⁹. Çalışmamızda ilk 3 yaş döneminde bakım veren açısından her iki grup arasında istatistiksel fark bulunmamıştır. Yazında belirtildiği gibi olgu grubundaki ergenlerin KZVD nedeninin bakım verenin yokluğundan çok, bebeklik döneminde birincil bakım verenle kurmuş oldukları güvensiz bağlanma biçimi olabileceği düşünülmüştür. Ancak çalışmamız kliniğe başvuran az sayıda örneklem ile yapılmıştır, bu nedenle kliniğe başvurmayan toplumsal örneklemi temsil etmemektedir. Elde edilen bulguların genellenebilmesi için daha fazla olgu sayısı ile toplum temelli, homojen gruplarla, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Ailede alkol-madde kullanımı bakımından incelendiğinde, literatürde intihar girişiminde bulunana ergenlerin ailelerinde alkol ve madde kötüye kullanımının sık olduğu bulunmuştur¹³⁰. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin ailelerinde alkol-madde bağımlılığının olduğu ve ergenlerin alkol kullanmasında, ebeveynin alkol kullanımının etkili olduğu saptanmıştır¹³¹. Çalışmamızda olgu grubundakilerin ailelerinde alan yazınla uyumlu olarak alkol-madde kullanımı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Araştırmalarda kendine zarar verme davranışı olan ebeveyne sahip çocuklarda intihar niyetiyle KZVD riskinin arttığı belirtilmiştir¹³². Ancak çalışmamıza intihar niyeti ile KZVD gösteren ergenler alınmamıştır. Başka bir çalışmada ergenlerde intihar niyeti olmadan girilen KZVD riski ile aile bireylerinde intihar girişimi arasında ilişki olmadığı saptanmıştır¹³³. Bu çalışmanın sonuçları da benzer biçimde, iki grubun ailede intiharla ölen açısından farklılık saptanmamıştır. Farklılığın olmamasının nedeni çalışmamızın kliniğe başvuran az sayıda örneklemle yapılması olabilir.

Ailede KZVD olması açısından bakıldığında, çalışmamızda yazınla uyumlu olarak olgu grubundaki ergenlerin ailelerinde KZVD oranı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Fliege ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada çalışmamıza benzer şekilde, KZVD'si olan ergenlerin ailelerinde KZVD'si olmayan ergenlerle karşılaştırıldığında kendine zarar verme öyküsünün daha sık olduğunu belirtmişler³⁷. Bir çalışmada ailede KZVD öyküsünün olmasının, erkek ergenlerde kendine zarar verme riskini 3.3 kat arttırırken, kızlarda 2.8 kat arttırdığı bulunmuştur⁶⁰. Benzer şekilde başka bir çalışma ailede KZVD varlığının erkek ve kız ergenlerde KZVD için riski 3.2 kat arttırdığı saptanmıştır¹³⁴.

İngiltere’de yapılan bir çalışmada ailede kendine zarar verme öyküsü olmasının erkek ergenlerin kendine zarar verme riskini 9 kat artırdığı saptanmıştır³⁴.

Aile içi sorun yaşayan ebeveynlerin kendilerinin de duygu düzenleme becerilerinde sorun yaşadıklarını varsaydığımızda bu beceriyi bakım verdikleri kişilere kazandırmakta yetersiz kalabilecekleri ve KZVD ya da intihar girişimi gibi uygun olmayan baş etme becerilerini gösterebilecekleri beklenen bir durum olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerin ailelerinde psikiyatrik hastalık oranı yüksek bulunmuş ve bu sonuç yapılan çalışmaların sonuçları ile tutarlılık göstermektedir³⁸. Aile içi bağlılığın ve iyi bir iletişimin olmasının KZVD’yi önlemek için koruyucu bir etmen olduğu bildirilmektedir^{135,136}. Ailede var olan ruhsal hastalıkların aile içi ilişkileri veya doğrudan ergenle iletişimi bozarak ruhsal patolojileri arttırabileceği belirtilmiştir³⁸.

Ailede tıbbi hastalık olması açısından incelendiğinde; yazında, aile işlevselliğinin bozulması kendine zarar verme davranışı için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır¹³⁷. Fliege ve ark (2009) yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin kronik fiziksel hastalığı, alkol-madde kullanımı KZVD ile ilişkili bulunmuştur^{37,138}. Çalışmamızda da benzer şekilde olgu grubundaki ergenlerin ailesinde tıbbi hastalık bulunma oranı yüksek bulunmuştur. Ailede psikiyatrik ve tıbbi hastalığın olması, ergenlerin duygusal gelişimine ket vurarak, duygu düzenleme güçlükleri yaşamalarına ve bunun sonucunda KZVD gibi uygun olmayan baş etme becerilerine yönelmelerine katkı sağlıyor olabileceği düşünülmüştür.

Sorunlarını paylaşma açısından bakıldığında, ailede çatışma ve ebeveynlerin eleştirel olmasının, intihar girişimi dışındaki KZVD ile yakından ilişkili olduğu saptanmıştır¹³⁹⁻¹⁴¹. Norveç’te ergenlerle yapılan bir çalışmada, KZVD ile sosyal destek sisteminin zayıflığı arasında ilişki olduğu bulunmuştur¹⁴². Ebeveynlerine sorunlarını anlatabilen ve ebeveynleri ile geçirdiği süre daha fazla olan ergenlerde madde kullanımı riskinin azaldığı gözlenmiştir^{143,144}. Ebeveynlerin gençlerin duygusal gereksinimlere yeterli düzeyde yanıt verebilmeleri, KZVD deneyimini azaltmaktadır¹⁴⁵⁻¹⁴⁹. Çalışmamızda da benzer şekilde olgu grubundaki ergenlerin (%53,3) sorunlarını hiç kimse ile paylaşmadıkları, kontrol grubunda ise sorunlarını kimse ile paylaşmayan ergenin olmadığı gözlenmiştir Kontrol grubunda sorunlarını paylaşma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Alan yazında, KZVD ile diğer bir bireyi yaralama veya diğer bir birey tarafından yaralanma arasındaki ilişkiyi değerlendiren az sayıda çalışma vardır. Bir çalışmada, ergenlerde KZVD ile kesici/delici/zedeleyici alet taşıma ve bu aletlerle tehdit edilme veya dövülme arasında bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir^{150,151}. Çalışmamızda da olgu grubundan polis müdahalesi gerektirecek olay yaşama oranı yüksek bulunmuştur.

Sigara, alkol, madde kullanımı açısından incelendiğinde, KZVD'nin; ergenlerdeki çeşitli riskli ergen davranışlar (sigara kullanımı, alkol-madde kullanımı) ile ilişkili olduğu bulunmuştur^{24,152-154}. Doğrudan KZVD ve dolaylı KZVD'nin (madde kullanımı vb.) bir boyut üzerindeki farklı noktaları temsil ettiği ileri sürülmektedir. Bu durum, "öz yıkımın devamlılığı" (continuity of self- destruction) olarak isimlendirilmektedir^{155,156}. KZVD ile diğer risk alma davranışları ve öz yıkım davranışları arasındaki ilişkilerin; yukarıda bahsedilen tüm davranış örüntülerinin "yoğun negatif duygusal durumların düzenlenmesine" hizmet etmesinden kaynaklanıyor olabileceği belirtilmiştir⁶⁴. Ergenlerde, yasa dışı ilaç kullanımı, sigara, alkol ve madde kullanımı ile KZVD riski arasında güçlü ilişki bulunmuştur¹⁵⁷⁻¹⁶⁰. Hem alkol-madde kullananlarda KZVD'nin daha sık olduğu, hem de KZVD'si olan bireylerde alkol-madde kullanımının daha fazla görüldüğü; bunun nedeninin maddeye yönelik yoksunluk, özelliklerle baş etme, zayıf sorun çözme becerisi veya bu bireylerde dürtüsellik özelliklerin daha sık olması ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir¹⁷. Çalışmamızda da yazınla uyumlu olarak, olgu grubundaki ergenlerin sigara, alkol, madde kullanımı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Ergenlerin okul durumları incelendiğinde; psikopatoloji şiddeti kontrol edildikten sonra okul performansı ve okulda disiplin sorunlarının intihar girişimi olan veya intihar eden bireyler arasında daha sık olduğu bulunmuştur^{161,162}. Jablonska ve arkadaşları (2007), çocukların okul performansının gelecekte KZVD ile kendini gösteren ruhsal hastalıkların gelişmesi ile ilişkili olduğunu saptamıştır¹⁶³. Çalışmamızda yukarıda bahsedilen çalışmaların sonuçlarını ile uyumlu olarak, olgu grubundaki ergenlerin, kontrol grubundakilere göre okul başarılarının daha düşük ve okula devamlılıklarının daha az olduğu olduğu bulunmuştur.

Ergenlerin KZVD'si olan arkadaşlarının olması, KZVD riskini artıran bir etmen olarak saptanmıştır¹⁵⁷. Çalışmamızda, olgu grubundaki ergenlerden KZVD'si olan arkadaşlara sahip olma oranı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Bu durumun, KZVD'nin kişilerarası işlevlerden biri olan uyum sağlama işlevi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca taklit etme, gruptan dışlanmama, örnek alma gibi faktörler de bunda etkili olabilir.

Arkadaş grubu özellikleri açısından incelendiğinde; sosyal öğrenme ve bağlanma kuramı, aile etkileşim kuramı, ergenlerin madde kullanımının içinde bulunulan psikolojik durum, akran etkileri ve aile özelliklerinden kaynaklandığını ileri sürmektedir^{164,165}. Madde kullanımında akran etkisinin olduğuna dair kanıtlar bulunmuştur¹⁶⁶. Asya kökenli Amerikalı ergenlerle yapılan bir çalışmada, akran kılavuzluğunun ve baskısının madde kötüye kullanımında önemli faktörlerden biri olduğu saptanmıştır^{167,168}. Çalışmamızda da benzer şekilde olgu grubundaki ergenlerin alkol, madde kullanan arkadaşına sahip olma oranı kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

İstismar öyküsü açısından incelendiğinde, yazında klinik ve toplum örneklemli çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerde fiziksel istismara uğrama oranının yüksek olduğu belirtilmektedir^{4,53,54,63,169,170}. Muehlenkamp ve arkadaşları (2010), fiziksel istismar ve KZVD arasında önemli bir ilişki olduğunu saptamıştır¹⁷¹. Whitlock ve ark. (2008) üniversite öğrencilerinden oluşan örnekleme, kendine zarar verme davranışının fiziksel, cinsel ve duygusal kötüye kullanım deneyimiyle ilişkili olduğunu belirtmiştir¹⁷². İstanbul'da toplum örneklemli yapılan bir çalışmada, kendine zarar veren ergenlerde; duygusal kötüye kullanım, fiziksel kötüye kullanım ve duygusal ihmal kontrol grubu ergenlere göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır¹⁷³. Sonuçta bu çalışmalarda toplumumuzda istismara maruz kalan ergenlerin, kendine zarar verme davranışı açısından yüksek risk taşıdığını göstermektedir. Çalışmamızda yazınla uyumlu olarak, kontrol grubuna göre; olgu grubunda, fiziksel istismar başta olmak üzere cinsel ve duygusal istismar oranı da anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan her iki gruptaki tüm ergenler en az bir psikiyatrik tanı almıştır. Psikiyatrik tanıları açısından incelendiğinde, olgu grubunda majör depresif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu tanımlarını karşılayan ergenlerin sayısı kontrol grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

Klinik örneklemliler bir çalışma, kendine zarar veren ergenlerin %88'inin en az bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu saptanmıřtır⁶³. Toplum örneklemliler bir çalışmada, kendine zarar veren ergenlerin %79'unda en az bir psikiyatrik bozukluğun olduğu bulunmuřtur¹⁷⁴.

Kendine zarar veren ergenlerde en sık konulan tanıların; depresyon, davranım bozukluğu, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, disosiyatif bozukluk, madde kullanım bozuklukları olduğu belirtilmektedir¹⁷⁵. Kendine zarar vermeyi takiben hastaneye başvuran hastalardaki psikiyatrik bozuklukların bir meta-analiz sonucu bizim çalışmamızla benzer şekilde bireylerin yaklaşık %50'sinde depresyon olduğunu saptamıřtır¹⁷⁶. Depresyonun sıklıkla umutsuzluk, olumsuz duygulanım ve yinelenen intihar düşünceleri gibi belirtileri içerdiiği göz önüne alındığında KZVD için önemli bir risk faktörü olabileceği belirtilmiřtir¹⁷⁷. Çalışmamızda da benzer şekilde olgu grubundaki ergenlerde kontrol grubuna göre major depresif bozukluk bulunma oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Kısa semptom envanteri alt ölçek puanları açısından incelendiğinde, klinik örneklemlilerde kendine zarar veren ergenlerle yapılan çalışmalarda en sık görülen tanı depresyon olduğu,; kendine zarar veren ergenlerin %42'sinde depresyon saptandığı, diğer depresif bozukluklar eklendiğinde bu oran yaklaşık %89'a çıktığı belirtilmektedir⁵⁶. Toplum örneklemliler bir çalışmada da kendine zarar veren ergenlerin %63'ünün major depresif bozukluk tanısı aldıkları saptanmıřtır⁵⁹. Hem depresif bozuklukların hem de anksiyete bozukluklarının duygular düzenlemesindeki bozulma ile kendine zarar vermeye davranışına yol açtığı ileri sürülmüřtür¹⁷⁸. Anksiyete bozuklukları ile KZVD arasında ilişki olduğu bildirilmiřtir¹⁷⁹. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerle yapılan klinik örneklemliler bir çalışmada ergenlerin %39'unda, toplum örneklemlilerde yapılan bir çalışmada ise %37'sinde en az bir anksiyete bozukluğu saptanmıştır^{59,63}. Literatürde düşük benlik saygısı ile KZVD, madde/alkol kullanımı, intihar düşüncesi/girişimi gibi riskli davranışların birliktelik gösterdiği saptanmıştır^{30,60,180-182}. Klinik örneklemliler ile yapılan çalışmalarda yıkıcı davranış bozuklukları, kendine zarar veren ergenlerin %24-63'ünde bulunmuştur^{52,62}. Toplum örneklemliler çalışmalarda değerlendirilen dikkat, impulsivite ve davranış problemlerinin KZVD ile ilişkili olduğu saptanmıştır^{65,183,184}. İmpulsivite (dürtüsellik) KZVD ve yıkıcı davranış bozukluklarında önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir^{184,185}.

Çalışmamızda da alan yazınla uyumlu olarak olgu grubunda anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve genel şiddet indeksi puanları olgu grubundaki

ergenlerde, kontrol grubundakilere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hem yapılan çalışmalarda he bizim çalışmamızdaki sonuçlar açısından bakıldığında depresif bozukluklar, yıkıcı davranış bozuklukları, anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik bozuklukların etkin ve doğru tedavisi KZVD'nin ortaya çıkmasını ve devam etmesini önleyeceği düşünülmektedir.

Olgu grubunda KZVD açısından incelendiğinde, Kendine zarar verme davranışının genellikle ergenlikte başladığı, başlangıç yaş aralığının ise 13-15 arası olduğu bulunmuştur¹⁸⁶. İstanbul'da liseli ergenlerle yapılan bir çalışmada da kendine zarar verme başlama yaşı ortalaması 12 yaş olarak bulunmuş ve kendine zarar vermenin en sık 13 yaşında başladığı saptanmıştır¹⁷³. Çalışmamızda da olgu grubunda, bu verilerle uyumlu olarak kendine zarar verme başlangıç yaş ortalaması 13 olarak bulunmuştur.

Gençlerin kendine zarar verme yöntemi olarak en çok 'kesme'yi kullandıkları saptanmıştır²³. Sıklıkla bileklerini kesme şeklinde olan kendini kesme diğer kendine zarar verme yöntemlerine (yakma, vurma, ısırma gibi) göre psikopatoloji ile en ilişkili olan yöntem olduğu belirtilmiştir¹⁸⁷. Brunner ve arkadaşları (2013), KZVD'nin en sık biçiminin deriyi kesme, yakma veya beden bölgesini vurma dışındaki yöntemlerle deriyeye zarar verme biçiminde olduğunu bildirmiştir¹⁸⁸. Kendini kesme, başka araştırmalarda da ilk sırada yer alan KZVD biçimi olarak saptanmıştır^{172,189}. Bizim çalışmamızda da olgu grubunda kendine zarar verme yöntemi olarak en sık kullanılanın kendini kesme olduğu bulunmuştur.

Olgu grubundaki ergenlerde kendine zarar verme davranışının olayla ilişkili özellikleri (yalnız olma, acı hissi, sona erdirmeye isteği gibi) incelendiğinde; ergenlerin %60'ı kendine zarar verme eylemi sırasında yalnız olduğunu belirtmiştir. Lüleci'nin (2007) yaptığı bir çalışmada ergenlerin %74'ünün bu eylemi yalnızken gerçekleştirdiği bulunmuştur¹⁷³. Yapılan çalışmalarda kendine zarar veren bireylerin eylem sırasında daha az acı hissettikleri belirtilmiş ve bunun eylem sırasında salınan endojen opioidlere bağlı olabileceği bazı çalışmalarda belirtilmiştir¹⁹⁰. Çalışmamızda da benzer şekilde, gençlerin %51,7'si eylem sırasında bazen acı hissettiklerini, %13,3'ü herhangi bir acı hissetmediklerini belirtmişlerdir.

Favazza ve ark (1989) kendine zarar veren 240 kız ile yaptığı bir çalışmada, kendine zarar vermenin plan yapmadan impulsif bir tarzda ortaya çıktığını saptamıştır¹⁹¹. Nock ve ark (2005) yaptıkları çalışmada, olgu grubundaki ergenlerin %87,5'i KZVD düşüncesi oluştuktan sonra 1 saat içinde davranışı gerçekleştirdiğini saptamıştır¹⁹². Çalışmamızda da yazınla uyumlu olarak, ergenlerin dürtüsel olarak plan yapmadan KZVD gösterdikleri bulunmuştur.

Alan yazında, KZVD'de bildirilen kontrol kaybı ve olumsuz sonuçlar doğurmasına rağmen bireylerin KZVD'ye devam etmesi, davranışın bağımlılık yapıcı bir davranış olabileceği belirtilmiştir^{193,194}. Çalışmalar, KZVD'yi bağımlılık yapıcı özelliklere sahip olarak algılayan ergenler ve genç yetişkinlerin daha uzun süre KZVD'de bulunduğunu bildirmektedir¹⁹⁵⁻¹⁹⁷. Çalışmamızda da yazınla uyumlu olarak, olgu grubundaki ergenlerin %68,3'ü kendine zarar verme davranışı sonlandırmak istediğini bildirmiştir. Ancak birçok gencin sonlandırmak istemesine rağmen bu davranışa devam etmesi, çalışmalarda da belirtildiği gibi davranışın bağımlılık yapıcı bir özelliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Kendine zarar verme davranışının işlevleri olan otonom işlevler ve sosyal işlevler açısından bakıldığında, olgu grubundaki ergenlerden her iki cinsten de otonom işlevlerde yüksek alt puan affekt regülasyonu, sıkıntıyı etiketleme ve kendini cezalandırma; sosyal işlevlerde en yüksek alt puanının kişiler arası sınırlar olduğu saptanmıştır. Kendine zarar verici davranışların işlevlerini değerlendiren çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde en yüksek alt puan affekt regülasyonu olarak saptanmıştır ve kendine zarar verme davranışında affekt regülasyonu işlevinin; olumsuz ve yoğun duygularla başa çıkmak ve bu olumsuz duyguları azaltmak ya da bu duygulardan kurtulmak olduğu bildirilmektedir¹⁹⁸. Yazın bilgisi araştırıldığında sıkıntıyı etiketleme işlevini değerlendiren bir çalışmaya rastlanamamıştır. Kendini cezalandırma "suçluluk, öfke ve saldırganlık duygularını" kişinin kendisine yöneltmesi ve kendisini değersizleştirme anlamı taşıdığı bildirilmiştir¹⁹⁸.

KZVD'nin ego-sintonik olarak algılandığı; stres verici bir durum ile karşılaşıldığında, kendini rahatlatmanın yolu olarak işlev gördüğü belirtilmiştir¹⁹⁸. KZVD, olumsuz kendilik algısını artırırken, özsaygıyı azaltarak kendine zarar verme için kısır bir döngü oluşturduğu saptanmıştır¹⁷⁸. Kişiler arası sınırlar modeli "kendiliğın sınırlarını belirleme" işlevi taşıdığını belirtmektedir¹⁹⁹. Bu model nesne ilişkileri ve ayrılma-bireyleşme kuramından temel alıp, anneye güvensiz bağlanma ve anneden ayrışamama nedeniyle normal kendilik algısının gelişemediğini belirtmektedir^{200,201}.

Kendine zarar verme davranışı ile ergenin kendini çevreden ve başkalarından ayırdığı ve bu yolla kendilik duygusunu hissetme olanağını bulduğu; KZVD'nin düşük benlik saygısı da dahil olmak üzere zayıf kendilik algısı ve zayıf kimlik entegrasyonunu gösteren faktörlerle bağlantılı olduğu bildirilmiştir^{30,31,202}.

Kimlik karmaşası ve benlik saygısı açısından incelendiğinde, Erikson'a göre ergenlik döneminde kimlik gelişiminin tamamlanmasının temel gelişimsel bir işlev olduğunu, bu dönemde ergenlerin geçmiş özdeşimlerini ve kendilerine ilişkin duygu, deneyim ve algılarını yeniden gözden geçirip harmanlayarak sürekliliği olan bir kimlik duygusu kazandıklarını belirtmiştir¹⁰⁴.

Bugüne kadar yapılan çalışmalarda tutarlılığı ve sürekliliği olan bir kimlik duygusunun kazanılmaması sonucunda gelişen kimlik karmaşasının çeşitli psikiyatrik bozukluklara neden olabileceği belirtilmiştir. Ergenlerdeki kimlik karmaşasının major depresyon, alkol ve madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, özgül ve sosyal fobiler, uyum bozuklukları, kişilik bozuklukları ve genel psikiyatrik belirti düzeyinde artış ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir^{98,100-105}. Ülkemizde, liseye giden gençlerde, kendine zarar verme davranışı olanlarda, kimlik gelişimi ile ilişkili olduğu düşünülen duygu düzenleme ve ayrılma bireyleşme süreçlerinde güçlüklerin olduğu, bu gençlerin aile ve arkadaşlarından algıladıkları sosyal desteğin zayıf olduğu bulunmuştur²⁰³. Ancak kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde temel olarak kimlik gelişimini araştıran ve bu bulguyu karşılaştırabilecek başka bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerdeki kimlik karmaşası belirtileri, her iki grupta farklı oranlarda eşlik eden psikiyatrik tanılarının etkisi kontrol edildiğinde dahi, diğer psikiyatrik yakınmalar ile başvuran ergenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu ergenlerdeki kimlik karmaşasının diğer psikiyatrik bozukluklardan bağımsız olarak kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Yapılan çalışmalarda kendine zarar verme davranışında bulunan ergenlerin benlik saygılarının düşük olduğu; akademik ve sosyal becerilerini ve fiziksel görünümelerini daha olumsuz değerlendirdikleri, benlik saygısı ile kendine zarar verme davranışı olan arkadaşlar edinme arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır^{10,173,204}.

İntihar girişiminin eşlik ettiği kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde benlik saygısının daha düşük olduğu bulunmuştur²⁰⁵. Çalışmamızda da benzer şekilde olgu grubundaki ergenlerin benlik saygısı puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Ergenlerin anne-baba ve arkadaşlara bağlanmaları incelendiğinde; bağlanma biçiminin duyguları düzenleme ile ilişkili olduğu bildirilmektedir²⁰⁶. Güvensiz bağlanma stilleri olan bireylerin güvenli bağlanma stilleri olan kişilerle karşılaştırıldığında, duygusal, davranışsal ve bilişsel düzenlemeyle ilgili daha fazla zorluklar yaşadığı saptanmıştır²⁰⁷⁻²¹⁰. KZVD'si olan ergenlerin ebeveynlerinin duygusal gereksinimlere yeterli düzeyde yanıt verebilirliklerinin KZVD'si olmayan ergenlerin ebeveynlerinden daha yetersiz olduğu bulunmuştur^{145-147,149}. Diğer çalışmalarda güvenli olmayan bağlanmanın önemli psikolojik ve kişiler arası güçlüklerle ve KZVD, anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğu saptanmıştır^{149,211-213}.

Başka bir çalışma, ergenlerdeki KZVD'yi, intihar dışı kendini yaralama çerçevesinde ve bu yaralamada ana-babaya bağlanmanın rolünü belirlemeyi amaçlamış ve bu çalışmada intihar dışı KZVD'si olan ergenlerdeki ebeveyn bağlanma kalitesinin, KZVD'si olmayan ergenlerden daha düşük olduğu saptanmıştır²¹⁴. Fergusson ve arkadaşları (2000), algılanan ebeveyn bağlanma kalitesinin KZVD riskini belirgin biçimde etkilediğini bildirmiştir⁹. Boylamsal bir araştırmada ise, daha önce psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören ergenler, hastaneye yatmamış ergenlerle, bağlanma stilleri ve psikopatoloji ilişkisi açısından incelenmiş ve klinik gruptaki güvensiz bağlanmış ergenlerin madde kötüye kullanma, KZVD, intihar girişimi, suç eyleminde bulunma ve çözülmemiş travma geçmişine sahip olma oranları, kontrol grubuna göre daha fazla saptanmıştır²¹⁵. Çalışmamızda, belirtilen çalışmalarla uyumlu olarak, olgu grubundaki ergenlerin kontrol grubundakilere göre anne-baba ve arkadaşlarıyla güven ilişkisi ve iletişimlerinin azalmış, yabancılaşmalarının artmış; güvenli bağlanmayı gösteren toplam puanının ise düşük olduğu saptanmıştır.

Bağlanma ve kimlik karmaşası açısından bakıldığında, Grotevant ve Cooper (1985;1986) ergenlik döneminde ebeveyn-çocuk ilişkilerinde yaşanan değişiklikleri inceledikleri araştırmalarında, ergenlerin kimlik oluşturmalarındaki bireysel farklılıklarının, aileleri ile yaşadıkları deneyimlerle ilişkili olduğunu belirtmişler. Aile etkileşimleri samimiyet, cesaretlendirme ve kabule dayanan ergenlerin, ergenlik esnasında yaygın olan gelişimsel, duygusal ve sosyal değişiklikleri daha kolay atlattıklarını bildirmişler^{216,217}.

Rice (1990), güvenli bağlanma ilişkisinin, keşfetme ve kimlik gelişimini destekleyeceğini; ayrıca, ebeveynleriyle güvenli bağlanma ilişkisi geliştiren ergenlerin sosyal becerilerinin, genel yaşam doyumlarının ve benlik saygısı düzeylerinin yüksek olduğunu saptamıştır²¹⁸.

Bu çalışmanın sonucuna benzer olarak, DiTommaso ve arkadaşları (2002) ve Deniz, Hamarta ve Arı (2005)'da güvenli bağlanmaya sahip olan bireylerin sosyal becerilerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir^{219,220}. Kroger (1985)'de çalışmasında başarılı kimliğe sahip ergenlerin güvenli bağlanmaya sahip bireyler olduğunu, kız ve erkek ergenlerin bağlanma ve kimlik statülerinde ise anlamlı düzeyde bir farklılaşmanın olmadığını saptamıştır²²¹. Çalışmamızda da alan yazınla uyumlu olarak olgu grubundaki ergenlerin bağlanma biçimlerinin güvensiz bağlanma olduğu ve her iki grupta farklı oranlarda eşlik eden psikiyatrik tanılarının etkisi kontrol edildiğinde dahi, diğer psikiyatrik yakınmalar ile başvuran ergenlere göre olgu grubundaki ergenlerdeki kimlik karmaşası belirtileri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Bağlanma ve benlik saygısı açısından bakıldığında; güvenli bağlanma biçimine sahip bireylerin diğer kişilerle olumlu ilişkiler kurduğu ve bu bireylerin benlik saygılarının da güvensiz bağlanan bireylerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir^{89,222}. Bartholomew ve Horowitz (1991) güvenli bağlanma gösteren ergenlerin başkaları ve kendileri hakkındaki benlik algılarının olumlu olduğunu belirtmişler. Bireyin kararlılığın sekiz boyutunda (aile, meslek, din, cinsellik, gelecekle ilgili planlar, değerler, politika, arkadaşlık) bir yandan kendi kararlarına güvenirken, diğer yandan güven duyduğu kişilerin kararlarına da ilgi duyduğunu ve bu durumun güvenli bağlanma gösteren ergenleri daha dengeli bir kararlılığa kavuşturduğunu bildirmiştir⁸⁵. Benlik saygısı ile ilgili diğer araştırmalar incelendiğinde; güvenli bağlanma stiline sahip bireylerin daha yüksek benlik saygısına sahip olduğu saptanmıştır^{85,86,218,222-226}. Çalışmamızda da alan yazınla uyumlu olarak olgu grubundaki ergenlerin bağlanma biçimlerinin güvensiz bağlanma olduğu ve bu gruptaki ergenlerde kontrol grubundakilere göre benlik saygılarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Anne-babanın kendi bağlanma biçimleri açısından incelendiğinde; ergenlerin bağlanma biçimleri ile KZVD arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar olmasına rağmen anne-babaların bağlanma biçimi ile ergendeki KZVD arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaya rastlanmamıştır²²⁷⁻²²⁹.

Çalışmamızda, olgu grubundaki ergenlerin annelerinde kontrol grubundakilerin annelerine göre korkulu, saplantılı ve kayıtsız bağlanma biçimi puanlarının yüksek, güvenli bağlanma puanlarının düşük; olgu grubundaki ergenlerin babalarında kontrol grubundaki ergenlerin babalarına göre saplantılı ve kayıtsız bağlanma biçimi puanları yüksek, güvenli bağlanma puanının düşük olduğu saptanmıştır. Her iki gruptakilerin babalarında korkulu bağlanma biçimi açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Yazında belirtildiği gibi bağlanma biçiminin evlilik problemleri ve çocuklarla yaşanan sorunlar gibi bir dizi yetişkin işlevsizliğini, nörotik (nevrotik) semptomları etkilediği; anne ve babaların bağlanma hakkında geliştirmiş oldukları düşünce, duygu ve tutumlarının çocuk yetiştirme tarzlarını şekillendirdiği; birincil bakım veren çocuğun ihtiyaçlarına karşı duyarsız olduğunda, çocuğun sosyal ve duygusal gelişimini, zorlu durumlarda gerekli başa çıkma stratejilerini ve problem çözme becerileri geliştirmelerini engelleyebildiği belirtilmiştir^{128,225,230}. Çalışmamızın anne babanın kendi bağlanma biçimlerinin ergenlerdeki KZVD'ye olan etkisi daha iyi anlamak için yapılabilecek olan daha fazla olgu sayısı ile klinik ve toplum temelli çalışmalara ışık tutabileceği düşünülmüştür.

Annebabanın bağlanma biçimi ile ergenin bağlanma biçimi açısından incelendiğinde; Bowlby (1977, 1980, 1982), bağlanmanın çocuklukla sınırlı olmadığını vurgulamış ve ilk bağlanma deneyiminin sonraki duygusal zincirleri kurma kapasitesini; evlilik problemleri ve çocuklarla yaşanan sorunlar gibi bir dizi yetişkin işlevsizliğini, nörotik (nevrotik) semptomları etkilediğini belirtmiştir²²⁵. Anne ve babaların bağlanma hakkında geliştirmiş oldukları düşünce, duygu ve tutumlarının çocuk yetiştirme tarzlarını etkilediği bulunmuştur²³⁰. Bowlby (1973), düzenli olarak sevgi gösteren anne-babayla büyümenin duygusal destek açısından derin kökleri olan beklentiler yarattığını bildirmiştir⁶. Bunlar sadece gelecekte kurulacak ilişkiler için bir zemin oluşturmak için değil ayrıca sıkıntı veren duyguları kişinin nasıl algıladığı, bunlarla nasıl başa çıkabileceğine dair yazılmamış kuralları da sunduğu belirtilmiştir²¹².

Bowlby'e (1973), bebeklik dönemindeki gözlem ve deneyimler sonucunda ben ve diğerleri hakkında zihinsel temsiller oluştuğunu belirtmiştir⁶. Steele ve Steele (1994), bağlanma stillerinin bebeğe aktarılmasında içsel çalışma modelleri ve bu modellerinin tutarlılığına vurgu yapmışlardır. Ebeveynlikteki davranış rolünü vurgulayan modele göre ise ebeveynlerin

kendisine, diğerkleriyle ilişkilere dair olarak geliştirmiş oldukları içsel çalışma modellerinin ailenin özellikle bebekleriyle ilişkisindeki beklentilerine ve davranışlarına öncülük ettiğini saptamışlar ve ebeveynlerin sahip oldukları bağlanma stillerine bağlı olarak bebeklerin belirli bağlanma stilleri geliştireceklerini belirtmişlerdir²³¹.

Güngör (2000), bağlanma ve ebeveynlik davranışları çerçevesinde bağlanmanın zihinsel modellerinin, kuşaklararası aktarımında ebeveynlik davranışlarının etkisini incelemiş. Araştırma sonucu, güvenli bağlanma stiline sahip ebeveynlerin çocuklarının güvenli; korkulu bağlanma stillerine sahip ebeveynlerin çocuklarının korkulu, kayıtsız bağlanma stillerine sahip ebeveynlerin çocuklarının da kaçınan bağlanma stilleri ile ilişkilili olduğunu saptamıřtır²³². Main ve Goldwyn (1983), annelerin genel olarak konuşmalarında kendi ebeveynleri ile olan ilişkilileri hakkında olumlu konuştuklarını, fakat özel olarak konuşulduğunda ebeveynlerin reddedici davranışlarından söz eden annelerin çocuklarının da “Yabancı Durum” ortamında kaygılı davrandıklarını gözlemlemişler. Bebeklerin anneye kaçınan yaklaşmaları, annenin de kendi annesi tarafından reddedilmesi, ihtiyaçlarına cevap alamaması ve annenin çocukluk hatıralarını anımsamasıyla ilişkilili olduğu belirtmişler²³³.

On yıllık bir izlem çalışmasında, 60 anne ve bu annelerin 69 kız çocuğu ayrı ayrı değerlendirilmiş. Depresyon, mizaç ve sosyoekonomik düzeyden bağımsız olarak ebeveyn tutumunun kuşaktan kuşağa aktarıldığı; özellikle duygusuz bakım verme (düşük ilgi- yüksek kontrol) diye adlandırılan tutumun anneler ve kızları arasında yüzde yüze yaklaşan oranda paralellik gösterdiği belirlenmiştir²³⁴. Çalışmamızda da yazınlarla uyumlu olarak, olgu grubundaki ergenlerin hem anne hem de babalarında kontrol grubundakilere göre saplantılı ve kayıtsız bağlanma biçimi puanları yüksek, güvenli bağlanma puanları düşük saptanmıştır. Ayrıca olgu grubundaki ergenlerin annelerinde korkulu bağlanma puanları yüksek bulunmuştur. Ergenlerin anne-baba-arkadaşa bağlanma biçimlerinin güvensiz bağlanma şekli olduğu saptanmıştır. Çalışmamız kesitsel, klinik bazlı ve az sayıdaki örnekleme yapılan bir çalışma olduğu için katılımcıların sadece araştırma yapıldığı dönemdeki özellikleri incelenebilmiştir, o dönemdeki bağlanma paternleri değerlendirilmiştir. Çalışmamızın hipotezlerinden olan bağlanmanın kuşaklar arası aktarımı ve KZVD’nin psikopatolojisine olan etkisini anlamak, buna yönelik koruyucu yöntemleri geliştirmek için daha uzun süreli ve fazla olgu sayısı ile toplum temelli ve klinik bazlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Çalışmamızda kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde anne-baba-arkadaşa bağlanma biçimleri, anne-babanın kendi bağlanma biçimleri, ergendeki kimlik karmaşası ve benlik saygısı arasındaki ilişki incelenmeye çalışılmıştır.

Çalışmamıza katılan olgu grubundaki ergenlerin anne-babalarının boşanmış ya da ayrı yaşama oranları yüksek saptanmıştır. Olgu grubundaki anne-babaların gerek eğitim düzeyleri gerekse de sosyoekonomik düzeyleri düşük ve ailede KZVD öyküsü, sigara-alkol-madde, tıbbi ve psikiyatrik hastalık oranı yüksek bulunmuştur. Her iki gruptaki tüm ergenler en az bir psikiyatrik tanı almıştır. Psikiyatrik tanıları açısından incelendiğinde, olgu grubunda major depresif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu tanımlayan ergenlerin sayısı kontrol grubundakilere göre yüksek saptanmıştır. Kısa Semptom Envanteri alt ölçekleri açısından; olgu grubunda anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve genel şiddet indeksi puanları olgu grubundaki ergenlerde, kontrol grubundakilere göre yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda ilk 3 yaş döneminde bakım veren açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Olgu grubundaki ergenlerin KZVD nedeninin bakım verenin yokluğundan çok, bebeklik döneminde birincil bakım verenle kurmuş oldukları güvensiz bağlanma biçimi olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda olgu grubundaki ergenlerin sorunlarını paylaşmama, polis müdahalesi gerektirecek olay yaşama; sigara, alkol, madde kullanımı oranları yüksek; okul başarılarının daha düşük ve okula devamlılıklarının daha az olduğu olduğu ve benzer özelliklere taşıyan arkadaş arkadaşlara sahip olma oranı yüksek bulunmuştur. Bu durumun, KZVD'nin kişilerarası işlevlerden biri olan uyum sağlama işlevi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca taklit etme, gruptan dışlanmama, örnek alma gibi faktörler de bunda etkili olabileceği düşünülmüştür. Olgu grubundaki ergenlerde fiziksel istismar başta olmak üzere cinsel ve duygusal istismar oranı yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızın olgu grubunda, kendine zarar verme başlangıç yaş ortalaması 13 olarak bulunmuştur. Kendine zarar verme yöntemi olarak en sık kullanılan kendini kesme olduğu; ergenlerin dürtüsel olarak plan yapmadan KZVD'yi gösterdikleri ve büyük çoğunluğunun

kendine zarar verme davranışı sonlandırmak istediği saptanmıştır. Ancak birçok gencin sonlandırmak istemesine rağmen bu davranışa devam etmesi, KZVD'nin bağımlılık yapıcı özelliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerin kontrol grubundakilere göre anne-baba ve arkadaşlarıyla güven ilişkisi ve iletişimlerinin azalmış, yabancılaşmalarının ise artmış; güvenli bağlanmayı gösteren toplam puanının ise düşük; bu gruptaki ergenlerde kontrol grubundakilere göre benlik saygılarının daha düşük ve kimlik karmaşası belirtileri daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızın olgu grubundaki ergenlerin annelerinde kontrol grubundakilere göre korkulu, saplantılı ve kayıtsız bağlanma biçimi puanlarının yüksek, güvenli bağlanma puanlarının düşük; olgu grubundaki ergenlerin babalarında kontrol grubundakilere göre saplantılı ve kayıtsız bağlanma biçimi puanları yüksek, güvenli bağlanma puanının düşük saptanmıştır. Her iki gruptakilerin babalarında korkulu bağlanma biçimi açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Ergenlerin bağlanma biçimleri ile KZVD arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar olmasına rağmen anne-babaların bağlanma biçimi ile ergendeki KZVD arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızın anne babanın kendi bağlanma biçimlerinin ergenlerdeki KZVD'ye olan etkisi daha iyi anlamak için yapılabilecek olan daha fazla olgu sayısı ile klinik ve toplum temelli çalışmalara ışık tutabileceği düşünülmüştür.

6.2. Öneriler

1. Ülkemizde çocuk ve ergenlerde sık görülen KZVD'nin risk etkenlerini anlamaya yönelik toplum tabanlı geniş örneklemli çalışmaların yapılması toplum ruh sağlığı ve koruyucu ruh sağlığı açısından oldukça önemlidir.

2. Bağlanma açısından bakıldığında; kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin bağlanmalarının güvensiz bağlanma biçimi olduğu ve ebeveynlerinin de bağlanma biçimlerinin güvensiz bağlanma olduğu saptanmıştır. Bağlanmanın kuşaklar arası aktarımı göz önünde bulundurulduğunda, koruyucu faktörlerin devreye sokulması için bağlanma teorisi odaklı olarak doğum öncesi ve bebeklik dönemi ev ziyareti programlarının düzenlenmesi, anne-babanın ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesi, desteklenmesi güvenli bağlanmanın gerçekleşmesi için zemin hazırlayacağı düşünülmektedir. ,

Yüksek risk grubunda olan çocuk ve bakım verenlerde güvenli bağlanmanın gerçekleşmesi için erken dönemde anne-babaların bilgilendirilip düzenli bir şekilde takiplerinin yapılmasının koruyucu hekimlik açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

3. Güvenli bağlanmanın kontrol grubunda daha sık olması, güvenli bağlanmanın kendine zarar verici davranışlara karşı koruyucu bir etmen olduğunu desteklemektedir. Güvensiz bağlanma biçimlerinin kişiler arası ilişki kurma ve oluşabilecek sorunları çözme becerilerini etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle koruyucu önlem olarak güvensiz bağlanma örüntüleri olan ergenlerde sağlıklı sorun çözme becerileri ve kişiler arası ilişkiler geliştirilebilir.

4. Yıkıcı davranış bozuklukları (DEHB vb.), depresif bozukluklar gibi ruhsal rahatsızlıkların etkin ve doğru tedavisi KZVD ortaya çıkmasını ve devam etmesini önleyecektir.

5. Bu çalışmanın sonuçları KZVD'si olan ergenlerin depresyon, KZVD gibi benzer sorunları olan kişilerle arkadaşlık etmesi, düşük okul başarısı ve okulda disiplin sorunlarının olduğunu göstermesi öğretmenler, rehber öğretmenler vb. ergenlerle çalışan profesyonellerin bu ergenleri daha kolay ayırt etmesine ve psikiyatrik tedaviye/yardıma yönlendirmesi bakımından önemlidir.

6. KISITLILIKLAR

Çalışmamız, kliniğe başvuran az sayıda örneklem ile yapılmıştır, bu nedenle kliniğe başvurmayan toplumsal örneklemi temsil etmemektedir. Elde edilen bulguların genellenebilmesi için daha fazla olgu sayısı ile toplum temelli, homojen gruplarla, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca araştırmamızda kendine zarar verici davranışı olup klinik başvurusu olan grubu çoğunlukla kızlar oluşturduğu için, örneklemin çoğunluğu kızlardan oluşmaktadır. Bu nedenle bulgularımızı her iki cinsiyete genellemek zordur. Çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması nedeniyle katılımcıların sadece araştırma yapıldığı dönemdeki özellikleri incelenebilmiştir, o dönemdeki bağlanma paternleri değerlendirilmiştir, neden sonuç ilişkilerinin kurulabileceği izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

7. ÖZET

Giriş ve Amaç: Çalışmamızda, kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin bağlanma stilleri, ebeveynlerinin bağlanma stilleri, ergendeki kimlik karmaşası ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ergenlere psikiyatrik belirtileri, bağlanma stillerini, kimlik gelişimini, benlik saygısını ve kendine zarar verme davranışını değerlendirmek için Kısa Semptom Envanteri, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, Kimlik Durumu Değerlendirme Aracı, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği, Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri verilmiştir. Anne babanın kendi bağlanma stillerini değerlendirmek için İlişki Ölçekleri Anketi verilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda, olgu grubundaki ergenlerin kontrol grubundakilere göre bağlanma stillerinin güvensiz bağlanma biçimi olduğu saptanmıştır. Olgu grubundaki ergenlerin anne ve babalarının bağlanma biçimlerinin güvensiz bağlanma paterni olduğu bulunmuştur. Olgu grubundaki ergenlerin kontrol grubundakilere göre benlik saygılarının daha düşük olduğu ve eşlik eden psikiyatrik tanılarının etkisi kontrol edildiğinde dahi, olgu grubundaki ergenlerde kimlik karmaşasının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda literatür bilgisi ile uyumlu olarak, olgu grubundaki ergenlerin bağlanma biçimlerinin ve ebeveynlerinin bağlanma biçimlerinin güvensiz bağlanma şeklinde olduğu saptanmıştır ve kontrol grubundaki ergenlere göre daha fazla kimlik karmaşası yaşadıkları ve benlik saygılarının düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğu için katılımcıların sadece araştırma yapıldığı dönemdeki özellikleri incelenmiştir, neden sonuç ilişkilerinin kurulabileceği toplum tabanlı geniş örneklemlili izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Bağlanma, kimlik karmaşası, benlik saygısı, kendine zarar verme

8. ABSTRACT

Introduction and aim: The aim of this study was to investigate the relationship between attachment styles of adolescents with self-harm behavior, attachment styles of their parents, identity confusion in adolescents and self-esteem.

Materials and methods: Adolescents were given Brief Symptom Inventory, Self-Harm Behavior Assessment Inventory, Identity Status Assessment Tool, Coopersmith Self-Esteem Inventory, Parent and Friends Attachment Inventory to assess psychiatric symptoms, attachment styles, identity development, self-esteem and self-harm behavior. The Relationship Scales Questionnaire was given to evaluate the parents' attachment styles.

Results: In our study, it was found that the attachment styles of the adolescents in the case group were insecure attachment styles compared to the control group. The attachment style of the parents of the adolescents in the case group was found to be insecure attachment pattern. It was found that adolescents in the case group had lower self-esteem than the control group and identity confusion was higher in the adolescents in the case group even when the effect of comorbid psychiatric diagnoses was controlled.

Conclusion: In our study, it was found that the attachment styles of the adolescents in the case group and the attachment styles of their parents were in the form of insecure attachment and found that they had more identity confusion and low self-esteem than the adolescents in the control group. Since our study was a cross-sectional study, the characteristics of the participants were examined only in the period in which the research was conducted. There is a need for large-scale community-based follow-up studies in which cause-effect relationships can be established.

Key words: Attachment, identity confusion, self-esteem, self-harm

KAYNAKÇA

1. Hawton K, Hall S, Simkin S, vd. Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44(8):1191–1198.
2. Feldman MD. The challenge of self-mutilation: A review. *Compr Psychiatry*. 1988;29(3):252–269.
3. Association AP. *Diagnostic criteria from dsM-iV-tr*. American Psychiatric Pub; 2000.
4. Organization WH. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. C 2. World Health Organization; 1993.
5. Schroeder SR, Oster-Granite M Lou, Berkson G, vd. *SELF-INJURIOUS BEHAVIOR: GENE-BRAIN-BEHAVIOR RELATIONSHIPS*. C 7.; 2001.
6. Bowlby J. *Attachment and loss: Separation (vol. 2)*. New York: Basic Books; 1973.
7. Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol 3: Loss: Sadness and De pression*. New York: Random House.; 1980.
8. France A. Towards a Sociological Understanding of Youth and their Risk-taking. *J Youth Stud*. 2000;3(3):317–331.
9. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med*. 2000;30(1):23–39.
10. Claes undefined L, Houben undefined A, Vandereycken undefined W, Bijttebier undefined P, Muehlenkamp undefined J. Brief report: The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. 2010;33(5):775–778.
11. LLOYD-RICHARDSON EE, PERRINE N, DIERKER L, KELLEY ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*. 2007;37(8):1183–1192.
12. Segal DL. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). İçinde: *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; 2010.
13. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(5):259–268.
14. Simeon D, Hollander E. *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment*. American Psychiatric Pub; 2008.
15. Miller DN, Brock SE. *Identifying, assessing, and treating self-injury at school*. Springer Science & Business Media; 2010.
16. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2013.: Arlington. VA *Am Psychiatr Publ*.
17. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic Issues in Self-Mutilation. *Psychiatr Serv*.

- 1993;44(2):134–140.
18. Favazza AR. Why patients mutilate themselves. *Psychiatr Serv*. 1989;40(2):137–145.
 19. Aksoy A, Ögel K. Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2003;4(4):226–236.
 20. Favazza AR, Conterio K. Habitual female self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79:283–289.
 21. Emerson E L. The case of Miss A: a preliminary report of a psychoanalytic study and treatment of a case of self-mutilation. *Psychoanal Rev*. 1913;1(1):41–54.
 22. Favazza AR. *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. JHU Press; 1996.
 23. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*. 1998;68(4):609–620.
 24. Gollust SE, Eisenberg D, Golberstein E. Prevalence and correlates of self-injury among university students. *J Am Coll Heal*. 2008;56(5):491–498.
 25. Tarlacı N, Yeşilbursa D, Türkcan S, Saatçioğlu Ö, Yaman MB. kümesi kişilik bozukluklarında kendini yaralamanın özellikleri. *Turk Psikiyatr Derg*. 1997;8:29–35.
 26. Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev*. 1998;18(5):531–554.
 27. Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, vd. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;57(1):119–126.
 28. Toprak S, Cetin I, Guven T, Can G, Demircan C. Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry Res*. 2011;187(1–2):140–144.
 29. Langbehn DR, Pfohl B. Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients. *Ann Clin Psychiatry*. 1993;5(1):45–51.
 30. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *J Youth Adolesc*. 2005;34(5):447–457.
 31. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(8):957–979.
 32. Gardner F. *Self-harm: A psychotherapeutic approach*. Routledge; 2013.
 33. Glasser M. Problems in the psychoanalysis of certain narcissistic disorders. *Int J Psychoanal*. 1992;73:493–503.
 34. O’connor RC, Rasmussen S, Miles J, Hawton K. Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *Br J Psychiatry*. 2009;194(1):68–72.
 35. Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Malhi GS, Wilhelm K, Austin M-P. Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *Am J Psychiatry*. 2004;161(8):1417–1425.

36. Yates PM. Treatment of adult sexual offenders: A therapeutic cognitive-behavioural model of intervention. *J Child Sex Abus.* 2004;12(3–4):195–232.
37. Fliege H, Lee J-R, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *J Psychosom Res.* 2009;66(6):477–493.
38. Webb L. Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors. *J Adv Nurs.* 2002;38(3):235–244.
39. Prinstein MJ, Heilbron N, Guerry JD, vd. Peer influence and nonsuicidal self injury: Longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *J Abnorm Child Psychol.* 2010;38(5):669–682.
40. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2005;114(1):140.
41. Sandman CA, Hetrick W, Taylor D V, Chicz-DeMet A. Dissociation of POMC peptides after self-injury predicts responses to centrally acting opiate blockers. *Am J Ment Retard.* 1997;102(2):182–199.
42. Symons FJ, Thompson A, Rodriguez MC. Self-injurious behavior and the efficacy of naltrexone treatment: A quantitative synthesis. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 2004;10(3):193–200.
43. Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang Y, Mann JJ. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *J Affect Disord.* 2010;124(1–2):134–140.
44. Ballard E, Bosk A. Invited commentary: Understanding brain mechanisms of pain processing in adolescents' non-suicidal self-injury. 2010.
45. Sandman CA, Hetrick WP. Opiate mechanisms in self-injury. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 1995;1(2):130–136.
46. Tiefenbacher S, Novak MA, Lutz CK, Meyer JS. The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: A nonhuman primate model. *Front Biosci.* 2005;10(1):1–11.
47. Wong DF, Harris JC, Naidu S, vd. Dopamine transporters are markedly reduced in Lesch-Nyhan disease in vivo. *Proc Natl Acad Sci.* 1996;93(11):5539–5543.
48. Turner CA, Lewis MH. Dopaminergic mechanisms in self-injurious behavior and related disorders. *Self-injurious Behav Gene-brain-behavior relationships.* 2002;165:179.
49. Kishore S, Stamm S. The snoRNA HBII-52 regulates alternative splicing of the serotonin receptor 2C. *Science (80-).* 2006;311(5758):230–232.
50. Crowell SE, Beauchaine TP, McCauley E, Smith CJ, Stevens AL, Sylvers P. Psychological, autonomic, and serotonergic correlates of parasuicide among adolescent girls. *Dev Psychopathol.* 2005;17(4):1105–1127.
51. Lin P-Y, Tsai G. Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism and suicide: results of a meta-analysis. *Biol Psychiatry.* 2004;55(10):1023–1030.
52. Nock MK, Mendes WB. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(1):28.

53. Glenn CR, Klonsky ED. A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personal Disord Theory, Res Treat.* 2010;1(1):67–75.
54. Tolmunen T, Rissanen M-L, Hintikka J, vd. Dissociation, self-cutting, and other self-harm behavior in a general population of Finnish adolescents. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196(10):768–771.
55. Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry.* 1991;148(12):1665–1671.
56. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2007;11(2):129–147.
57. Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Shaffer D. Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(10):1122–1128.
58. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry.* 2001;178(1):48–54.
59. Hintikka J, Tolmunen T, Rissanen M-L, Honkalampi K, Kylmä J, Laukkanen E. Mental disorders in self-cutting adolescents. *J Adolesc Heal.* 2009;44(5):464–467.
60. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *Bmj.* 2002;325(7374):1207–1211.
61. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: A research review for the practitioner. *J Clin Psychol.* 2007;63(11):1045–1056.
62. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008;37(2):363–375.
63. Nock MK, Joiner Jr TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144(1):65–72.
64. Brunner R, Parzer P, Haffner J, vd. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(7):641–649.
65. Bjärehed J, Lundh L. Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: How frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cogn Behav Ther.* 2008;37(1):26–37.
66. Eker E. yılında İstanbul ortaöğretim kurumlarında eğitim gören ergenlerin yeme tutumlarının değerlendirilmesi ve kendine zarar verme ile intihar davranışları bakımından karşılaştırılması (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). *İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sos Bilim Anabilim Dalı, İstanbul.* 2005.
67. Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *J Am Board Fam Med.* 2010;23(2):240–259.
68. Madge N, Hewitt A, Hawton K, vd. Deliberate self-harm within an international

- community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(6):667–677.
69. Joiner TE. Why people die by suicide. *Harvard Univ Press*. 2005.
 70. Kisiel CL, Lyons JS. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 2001;158(7):1034–1039.
 71. Matsumoto T, Yamaguchi A, Chiba Y, Asami T, Iseki E, Hirayasu Y. Self-burning versus self-cutting: Patterns and implications of self-mutilation; a preliminary study of differences between self-cutting and self-burning in a Japanese juvenile detention center. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59(1):62–69.
 72. SHAPSE SN. THE DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS i. 2008.
 73. Gross HS. *Psychoanalytic Conversations: Interviews with Clinicians, Commentators, and Critics*. C 190.; 2002.
 74. Öztürk MO. *Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim ve Ruh Sağlığı. Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015.
 75. Sosyal AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klin Psikiyatr*. 2005;8(2):88–99.
 76. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychol*. 1992;28(5):759.
 77. Weber DA. A Comparison of Individual Psychology and Attachment Theory. *J Individ Psychol*. 2003;59(3).
 78. Eder RA, Mangelsdorf SC. The emotional basis of early personality development: Implications for the emergent self-concept. İçinde: *Handbook of personality psychology*. Elsevier; 1997:209–240.
 79. Balkaya F. Bilgi işleme süreçleri açısından bağlanma kuramının yeniden ele alınması. *Türk Psikol Yazıları*, 8 (Özel Ek Sayı). 2005:17–39.
 80. Holmes J. Attachment theory: a biological basis for psychotherapy? *Br J Psychiatry*. 1993;163(4):430–438.
 81. Suess GJ, Grossmann KE, Sroufe LA. Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: From dyadic to individual organisation of self. *Int J Behav Dev*. 1992;15(1):43–65.
 82. Soygüt G. Bir düzeltici bağlanma ilişkisi olarak psikoterapi: Psikoterapi süreçlerinde bağlanma ve terapötik ittifak. *Türk Psikol Yazıları*. 2004;7(13):63–77.
 83. Atay İ and EK. Ergenlerde intihar davranışı. *Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*,. 2003;10(3):128–136.
 84. Kokkevi A, Richardson C, Olszewski D, Matias J, Monshouwer K, Bjarnason T. Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012;21(8):443–450.
 85. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a

- four-category model. *J Pers Soc Psychol*. 1991;61(2):226.
86. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örnekleme üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikol Derg*. 1999;14(43):71–106.
 87. Stanojević TS. Adult Attachment and Prediction of Close Relationships. *FACTA Univ Sociol Psychol Hist*. 2004;(01):67–81.
 88. Rholes WS, Simpson JA, Campbell L, Grich J. Adult attachment and the transition to parenthood. *J Pers Soc Psychol*. 2001;81(3):421.
 89. Mikulincer M, Erev I. Attachment style and the structure of romantic love. *Br J Soc Psychol*. 1991;30(4):273–291.
 90. Allen JP, Land D. Attachment in adolescence. 1999.
 91. Stepp SD, Morse JQ, Yaggi KE, Reynolds SK, Reed LI, Pilkonis PA. The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviors. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2008;38(5):592–607.
 92. Bartholomew K. Adult attachment processes: Individual and couple perspectives. *Br J Med Psychol*. 1997;70(3):249–263.
 93. Brodsky SL, Lichtenstein B. Don't ask questions: A psychotherapeutic strategy for treatment of involuntary clients. *Am J Psychother*. 1999;53(2):215–224.
 94. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*. 1987;52(3):511.
 95. Bowlby J. *Attachment and bowlby: vol. 1. attachment (2. Basım)*. New York: Basic Books.; 1982.
 96. Bretherton I. Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monogr Soc Res child Dev*. 1985;50(1–2):3–35.
 97. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monogr Soc Res child Dev*. 1985.
 98. Demir HK, Dereboy F, Dereboy Ç. Gençlerde Kimlik Bocalaması ve Psikopatoloji. *Türk Psikiyat Derg*. 2009;20(3).
 99. EKŞİ A. *ÇOCUK GENÇ ANA BABALAR*. Ankara: Ankara: Bilgi Yayınevi.; 1990.
 100. Auslander BA, Dunham RM. Bulimia and the diffusion status of ego identity formation: similarities of the empirical descriptors of self and parent. *J Adolesc*. 1996;19(4):333–338.
 101. Bishop DI, Macy-Lewis JA, Schneklath CA, Puswella S, Struessel GL. Ego identity status and reported alcohol consumption: A study of first-year college students. *J Adolesc*. 1997;20(2):209–218.
 102. Cuhadaroğlu F. Identity confusion and depression in groups of adolescents having psychiatric and physical symptoms. *Türk J Pediatr*. 1999;41(1):73–79.
 103. Demir B, Kaynak-Demir H, Sönmez EI. Sense of identity and depression in adolescents. *Türk J Pediatr*. 2010;52(1):68.
 104. Erikson EH. *Childhood and Society* WW Norton & Company. *Inc(New York)*

- 1950EriksonChildhood Soc. 1963.
105. Jones RM. Ego identity and adolescent problem behavior. 1992.
 106. Özkan İ. Benlik saygısını etkileyen etkenler. *Düşünen Adam*. 1994;7(3):4–9.
 107. Emler N. *Self esteem: The costs and causes of low self worth*. York Publishing Services; 2001.
 108. Kulaksizoglu A. Ergenlik psikolojisi. *Adolesc Psychol Istanbul Remzi Kitapevi*. 1998.
 109. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess*. 2009;31(3):215–219.
 110. Bildik T, Somer O, Kabukçu Başay B, Başay Ö, Özbaran B. Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanterinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatı Derg*. 2013;24(1):49–57.
 111. Şahin NH, Batıgün AD, Uğurtaş S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatı Derg*. 2002;13(2):125–135.
 112. Dereboy IF, Dereboy C, Coskun A, Coskun B. Özdeğer duygusu, öz imgesi ve kimlik duygusu (Self-esteem, self-image and identity). *Cocuk ve Genc Ruh Sağlığı Derg*. 1994;1:3–12.
 113. Sahin N, Durak A. Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Türk Gençleri İçin Uyarlanması. *Türk Psikol Derg*. 1994.
 114. Savaşır, I. ve Şahin NH. *Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.; 1997.
 115. Brent D, Melhem N, Ferrell R, vd. Association of FKBP5 polymorphisms with suicidal events in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA) study. *Am J Psychiatry*. 2009;167(2):190–197.
 116. Shaffer D, Psychiatry CP-A of C& A, 2001 U. *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior*.
 117. Günaydın G, Selçuk E, Sümer N, Uysal A. Ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma envanteri kısa formu'nun psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikol Yazıları*. 2005;8(16):13–23.
 118. Turan N, Tufan B. Coopersmith benlik saygısı envanteri'nin (SEI) geçerlik-güvenirlik çalışması. 23. *Ulus Psikiyatı ve Nörolojik Bilim Kongresi, İstanbul-Türkiye*. 1987:816–817.
 119. Seidman E, Rapkin B. Economics and psychosocial dysfunction: Toward a conceptual framework and prevention strategies. İçinde: *Preventive psychology: Theory, research and practice*. Pergamon Press; 1983:175–198.
 120. Pritchard C. [BOOK REVIEW] Suicide--the ultimate rejection?, a psycho-social study. *Suicide Life-Threatening Behav*. 1997;27(3):319–320.
 121. Metin T. Dr. Atilla TURGAY. *Suicide*. 1992;3(3).
 122. Waite EB, Shanahan L, Calkins SD, Keane SP, O'Brien M. Life events, sibling

- warmth, and youths' adjustment. *J Marriage Fam.* 2011;73(5):902–912.
123. Feinberg ME, Sakuma K-L, Hostetler M, McHale SM. Enhancing sibling relationships to prevent adolescent problem behaviors: Theory, design and feasibility of Siblings Are Special. *Eval Program Plann.* 2013;36(1):97–106.
 124. Feinberg ME, Solmeyer AR, McHale SM. The third rail of family systems: Sibling relationships, mental and behavioral health, and preventive intervention in childhood and adolescence. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2012;15(1):43–57.
 125. Duck SE, Hay DF, Hobfoll SE, Ickes WE, Montgomery BM. *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions.* John Wiley & Sons; 1988.
 126. Bowlby J. Attachment (2nd edn). *Attach loss.* 1982;1.
 127. Bowlby J. Attachment and Loss: Separation, anger and anxiety, Vol. 2 (1998 ed.). *Londres: Pimlico.* 1973.
 128. Mikulincer M, SHAVER PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry.* 2012;11(1):11–15.
 129. Adam KS, Sheldon-Keller AE, West M. Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(2):264.
 130. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide. *Pediatr Drugs.* 2003;5(4):243–265.
 131. Johnson V, Pandina RJ. Effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency, and coping styles. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1991;17(1):71–88.
 132. Hargus E, Hawton K, Rodham K. Distinguishing between subgroups of adolescents who self-harm. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2009;39(5):518–537.
 133. Cox LJ, Stanley BH, Melhem NM, vd. A longitudinal study of nonsuicidal self-injury in offspring at high risk for mood disorder. *J Clin Psychiatry.* 2012;73(6):821.
 134. De Leo D, Heller TS. Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Med J Aust.* 2004;181(3):140–144.
 135. Tulloch AL, Blizzard L, Pinkus Z. Adolescent-parent communication in self-harm. *J Adolesc Heal.* 1997;21(4):267–275.
 136. Connor JJ, Rueter MA. Parent-child relationships as systems of support or risk for adolescent suicidality. *J Fam Psychol.* 2006;20(1):143.
 137. Crowell SE, Beauchaine TP, McCauley E, Smith CJ, Vasilev CA, Stevens AL. Parent-child interactions, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescents. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(1):15.
 138. Wang M, Helgesson M, Rahman S, Niederkrotenthaler T, Mittendorfer-Rutz E. Trajectories and characteristics of functional impairment before and after suicide attempt in young adults—a nationwide register-based cohort study. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):393.
 139. Wedig MM, Nock MK. Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(9):1171–1178.
 140. Yates TM, Tracy AJ, Luthar SS. Nonsuicidal self-injury among "privileged" youths:

- Longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(1):52.
141. Kaess M, Parzer P, Mattern M, vd. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res.* 2013;206(2–3):265–272.
 142. Wichstrøm L. Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: similar or different? *Arch Suicide Res.* 2009;13(2):105–122.
 143. Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C. Parent–child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *Am J Prev Med.* 2006;30(1):59–66.
 144. Cohen DA, Richardson J, LaBree L. Parenting behaviors and the onset of smoking and alcohol use: a longitudinal study. *Pediatrics.* 1994;94(3):368–375.
 145. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am J Orthopsychiatry.* 2002;72(1):128–140.
 146. Vary TC, Kimball SR, Sumner A. Sex-dependent differences in the regulation of myocardial protein synthesis following long-term ethanol consumption. *Am J Physiol Integr Comp Physiol.* 2007;292(2):R778–R787.
 147. Bureau JF, Martin J, Freynet N, Poirier AA, Lafontaine MF, Cloutier P. Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *J Youth Adolesc.* 2010.
 148. Martin J, Bureau JF, Yurkowski K, Fournier TR, Lafontaine MF, Cloutier P. Family-based risk factors for non-suicidal self-injury: Considering influences of maltreatment, adverse family-life experiences, and parent-child relational risk. *J Adolesc.* 2016.
 149. Hallab L, Change TC-B, 2010 U. Deliberate self-harm: The interplay between attachment and stress. *cambridge.org.*
 150. Baheiraei A, ... ZH-I, 2011 U. Violence-related behaviors and self-inflicted injuries among 15-18 year old Iranian adolescents. *search.ebscohost.com.*
 151. Hastanesi SL-HE ve A, İstanbul U, 2007 U. Kendini yaralama davranışı olan ergenlerin psikiyatrik ve sosyokültürel özellikleri.
 152. Haw C, Hawton K, Casey D, Bale E, Shepherd A. Alcohol dependence, excessive drinking and deliberate self-harm. Trends and patterns in Oxford, 1989-2002. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005.
 153. Brunner R, Parzer P, Haffner J, vd. *Prevalence and Psychological Correlates of Occasional and Repetitive Deliberate Self-harm in Adolescents.* C 161.; 2007.
 154. Serras A, Saules KK, Cranford JA, Eisenberg D. Self-injury, substance use, and associated risk factors in a multi-campus probability sample of college students. *Psychol Addict Behav.* 2010;24(1):119.
 155. Holinger PC. Violent deaths among the young: recent trends in suicide, homicide, and accidents. *Am J Psychiatry.* 1979;136(9):1144–1147.
 156. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010;6:339–363.

157. McMahon EM, Reulbach U, Corcoran P, Keeley HS, Perry IJ, Arensman E. Factors associated with deliberate self-harm among Irish adolescents. *Psychol Med*. 2010;40(11):1811–1819.
158. Haw CM, Hawton K. Problem drug use, drug misuse and deliberate self-harm: trends and patient characteristics, with a focus on young people, Oxford, 1993–2006. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46(2):85–93.
159. Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53(4):381–389.
160. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, vd. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*. 2012;379(9812):236–243.
161. Richardson AS, Bergen HA, Martin G, Roeger L, Allison S. Perceived academic performance as an indicator of risk of attempted suicide in young adolescents. *Arch Suicide Res*. 2005;9(2):163–176.
162. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(12):1155–1162.
163. Jablonska B, Lindberg L, Lindblad F, Rasmussen F, Östberg V, Hjern A. School performance and hospital admissions due to self-inflicted injury: a Swedish national cohort study. *Int J Epidemiol*. 2009;38(5):1334–1341.
164. Brook JS, Richter L, Whiteman M. Effects of parent personality, upbringing, and marijuana use on the parent-child attachment relationship. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(2):240–248.
165. Brook DW, Brook JS, Rubenstone E, Zhang C, Gerochi C. Cigarette smoking in the adolescent children of drug-abusing fathers. *Pediatrics*. 2006;117(4):1339–1347.
166. Musher-Eizenman DR, Holub SC, Arnett M. Attitude and peer influences on adolescent substance use: The moderating effect of age, sex, and substance. *J Drug Educ*. 2003;33(1):1–23.
167. Hahm HC, Lahiff M, Guterman NB. Acculturation and parental attachment in Asian-American adolescents' alcohol use. *J Adolesc Heal*. 2003;33(2):119–129.
168. Fang L, Barnes-Ceeney K, Lee RA, Tao J. Substance use among Asian-American adolescents: Perceptions of use and preferences for prevention programming. *Soc Work Health Care*. 2011;50(8):606–624.
169. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-injurious behaviors in eating-disordered patients. *Eat Behav*. 2001;2(3):263–272.
170. Kumar G, Pepe D, Steer RA. Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(12):830–836.
171. Claes L, Houben A, Vandereycken W, ... PB-J of, 2010 U. Brief report: The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Elsevier*.
172. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college

- population. *Pediatrics*. 2006;117(6):1939–1948.
173. Lülecı S. Kendini yaralama davranışı olan ergenlerin psikiyatrik ve sosyokültürel özellikleri. *Yayınlanmamış Uzm Tezi, TC Sağlık Bakanl Bakırköy Prof Dr Maz Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hast Eğitim ve Araştırma Hastan İstanbul*. 2007.
 174. Ateşci FÇ, Kuloğlu M, Tezcan E, Yıldız M. İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları. *Klin Psikiyatr*. 2002;5(1):22–27.
 175. Myers K, McCauley E, Calderon R, Treder R. The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991;30(5):804–810.
 176. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;151(3):821–830.
 177. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013.
 178. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: A research review for the practitioner. *J Clin Psychol*. 2007.
 179. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *J Youth Adolesc*. 2002;31(1):67–77.
 180. Haw C, Hawton K, Casey D, Bale E, Shepherd A. Alcohol dependence, excessive drinking and deliberate self-harm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(12):964–971.
 181. LUNDH L, Karim J, Quilisch EVA. Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scand J Psychol*. 2007;48(1):33–41.
 182. Wild LG, Flisher AJ, Bhana A, Lombard C. Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *J child Psychol psychiatry*. 2004;45(8):1454–1467.
 183. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, vd. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2004;14(1):11–28.
 184. Cerutti R, Manca M, Presaghi F, Gratz KL. Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *J Adolesc*. 2011;34(2):337–347.
 185. Herpertz S, Sass H, Favazza A. Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *J Psychiatr Res*. 1997;31(4):451–465.
 186. Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2015;49:125–134.
 187. research EK-P, 2009 undefined. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Elsevier*.

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178108000577>. Erişim Temmuz 28, 2019.
188. Brunner R, Kaess M, Parzer P, vd. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2014. doi:10.1111/jcpp.12166
 189. Morey C, Corcoran P, Arensman E, Perry IJ. The prevalence of self-reported deliberate self harm in Irish adolescents. *BMC Public Health.* 2008.
 190. Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, ... YH-J of affective, 2010 U. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Elsevier.*
 191. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand.* 1989. doi:10.1111/j.1600-0447.1989.tb10259.x
 192. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. *Artic J Abnorm Psychol.* 2005.
 193. Hagedorn WB. The Call for a New Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Diagnosis: Addictive Disorders. *J Addict Offender Couns.* 2009.
 194. Buser TJ, Buser JK. Conceptualizing nonsuicidal self-injury as a process addiction: Review of research and implications for counselor training and practice. *J Addict Offender Couns.* 2013.
 195. Martin J, Cloutier P, ... CL-P, 2013 U. Psychometric properties of the functions and addictive features scales of the Ottawa Self-Injury Inventory: A preliminary investigation using a university sample. *psycnet.apa.org.*
 196. Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J. Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008.
 197. Nixon M, Cloutier P, Of SA-J of the AA, 2002 U. Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Elsevier.*
 198. Klonsky D, David Klonsky E. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence Article in *Clinical Psychology Review* · April 2007 The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. 2016.
 199. Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev.* 1998;18(5):531–554.
 200. Psycho-Analysis MG-IJ of, 1992 U. *Problems in the psychoanalysis of certain narcissistic disorders.*
 201. Friedman M, Glasser M, Laufer E, ... ML-IJ of, 1972 U. Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: Some observations from a psychoanalytic research project.
 202. McGee R, Williams S, Nada-Raja S. Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. *J Abnorm Child Psychol.* 2001;29(4):281–291.
 203. BAŞAY BK, BAŞAY Ö, BİLDİK T, vd. Türk Örnekleminde Lise Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışının Doğası, İşlevleri ve İlişkili Risk Faktörleri. 2017.

204. Aktepe E, Çalışkan S, Sönmez Y. Aktepe ve ark. 69 Kendine zarar veren ergenlerin aile işlevlerinin ve benlik saygılarının saptanması: Olgu-kontrol çalışması Determining the family functions and self-esteem of the self-injurious adolescents: a case-control study. 2013.
205. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6(1):10.
206. Miga EM, Hare A, Allen JP, Manning N. The relation of insecure attachment states of mind and romantic attachment styles to adolescent aggression in romantic relationships. *Attach Hum Dev*. 2010;12(5):463–481.
207. Bogaerts S, Vanheule S, Declercq F. Recalled parental bonding, adult attachment style, and personality disorders in child molesters: A comparative study. *J Forens Psychiatry Psychol*. 2005;16(3):445–458.
208. Hudson SM, Ward T. Interpersonal competency in sex offenders. *Behav Modif*. 2000;24(4):494–527.
209. Lyn TS, Burton DL. Attachment, anger and anxiety of male sexual offenders. *J Sex Aggress*. 2005;11(2):127–137.
210. Vondra JI, Shaw DS, Swearingen L, Cohen M, Owens EB. Attachment stability and emotional and behavioral regulation from infancy to preschool age. *Dev Psychopathol*. 2001;13(1):13–33.
211. Allen JP, Hauser ST, Bell KL, O'Connor TG. Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors of adolescent ego development and self-esteem. *Child Dev*. 1994;65(1):179–194.
212. Cooper ML, Shaver PR, Collins NL. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *J Pers Soc Psychol*. 1998;74(5):1380.
213. Kobak RR, Hazan C. Attachment in marriage: Effects of security and accuracy of working models. *J Pers Soc Psychol*. 1991;60(6):861.
214. Hilt LM, Cha CB, Nolen-Hoeksema S. Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: Moderators of the distress-function relationship. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(1):63.
215. Allen JP, Hauser ST, Borman-Spurrell E. Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: an 11-year follow-up study. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(2):254.
216. Grotevant HD, Cooper CR. Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence. *Child Dev*. 1985;56(2):415–428.
217. Grotevant HD, Cooper CR. Individuation in family relationships. *Hum Dev*. 1986;29(2):82–100.
218. Rice KG. Attachment in adolescence: A narrative and meta-analytic review. *J Youth Adolesc*. 1990;19(5):511–538.
219. Deniz M, Hamarta E, Ari R. An investigation of social skills and loneliness levels of university students with respect to their attachment styles in a sample of Turkish

- students. *Soc Behav Personal an Int J*. 2005;33(1):19–32.
220. DiTommaso E, Brannen-McNulty C, Ross L, Burgess M. Attachment styles, social skills and loneliness in young adults. *Pers Individ Dif*. 2003;35(2):303–312.
 221. Kroger J. Separation-individuation and ego identity status in New Zealand university students. *J Youth Adolesc*. 1985;14(2):133–147.
 222. Brennan KA, Morris KA. Attachment styles, self-esteem, and patterns of seeking feedback from romantic partners. *Personal Soc Psychol Bull*. 1997;23(1):23–31.
 223. Brennan KA, Bosson JK. Attachment-style differences in attitudes toward and reactions to feedback from romantic partners: An exploration of the relational bases of self-esteem. *Personal Soc Psychol Bull*. 1998;24(7):699–714.
 224. Bylsma WH, Cozzarelli C, Sumer N. Relation between adult attachment styles and global self-esteem. *Basic Appl Soc Psych*. 1997;19(1):1–16.
 225. Bartholomew K. Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *J Soc Pers Relat*. 1990;7(2):147–178.
 226. Feeney JA, Noller P. Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *J Pers Soc Psychol*. 1990;58(2):281.
 227. Glazebrook K, Townsend E, Sayal K. The role of attachment style in predicting repetition of adolescent self-harm: A longitudinal study. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2015;45(6):664–678.
 228. Kara MZ. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı Gösteren Ergenlerde Gelişimsel ve Psikiyatrik Özellikler. 2014.
 229. Sheftall AH, Mathias CW, Furr RM, Dougherty DM. Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attach Hum Dev*. 2013;15(4):368–383.
 230. Crain W. *Theories of development : concepts and applications*. Pearson; 2014.
 231. Steele H, Steele M. *Intergenerational patterns of attachment*. Jessica Kingsley Publishers; 1994.
 232. Güngör D. Bağlanma stillerinin ve zihinsel modellerin kuşaklararası aktarımında anababalık stillerinin önemi.[The importance of parenting styles in intergenerational transferring of attachment styles and mental models.]. *Unpubl thesis Ankara, Turkey Ankara Univ Dep Psychol*. 2000.
 233. Ricks MH. The social transmission of parental behavior: Attachment across generations. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1985.
 234. Miller L, Kramer R, Warner V, Wickramaratne P, Weissman M. Intergenerational transmission of parental bonding among women. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(8):1134–1135.

EKLER

Sosyodemografik Veri Formu

1 Adı soyadı:

2. Cinsiyeti 0. Kız 1. Erkek

3. Yaşı (-----)

4.Oturduğu il ve ilçe:

5.Okuduğu okul ve sınıf:

6. Ulaşılması gerektiğinde kullanılacak telefonu numaraları:

7. Kardeş sayısı.

0.Tek çocuk 1.(2-5) Kardeş 2. 6 ya da daha fazla kardeş

8. Evde yaşayan kişi sayısı

0.(1-5) kişiyiz 1. 6 ya da daha fazla kişiyiz

9.Anne ve Babası için hangisi doğru?

0.Berberler 1.Boşandılar ya da ayrılır 2. Anne ölmüş 3. Baba ölmüş 4. Anne de baba da ölmüş

10. Kimlerle yaşıyor?

0. Anne ve baba 1. Anne ya da baba 2. Akraba 3. Kurum

11. Kendisini yaş dönemlerine göre büyüten

0. 0-1 yaş:a.Anne-Baba b. Büyükanne-büyükbaba c. Akraba d.Yetiştirme yurdu e.Diğer

1. 1-3 yaş: a.Anne-Baba b. Büyükanne-büyükbaba c. Akraba d.Yetiştirme yurdu e.Diğer

2. 3-6 yaş: a.Anne-Baba b. Büyükanne-büyükbaba c. Akraba d.Yetiştirme yurdu e.Diğer

3. 6 yaş ve üzeri: a.Anne-Baba b. Büyükanne-büyükbaba c. Akraba d.Yetiştirme yurdu e.Diğer

12. Babanın eğitim durumu

0. Okula gitmemiş 1.ilkokul 2.Ortaokul 3.Lise 4.Üniversite

13. Annenin eğitim durumu

0. Okula gitmemiş 1.ilkokul 2.Ortaokul 3.Lise 4.Üniversite

14. Ailenin aylık geliri

0. (0-2020 TL) 1. (2020-3000 TL) 2.(3000-5000TL 3 .(5000 ve üzeri)

15. Babanın işi

0.Babası çalışıyor (İş.....) 1. Babası çalışmıyor

16. Annenin işi

0.Annesi çalışıyor (İş.....) 1. Annesi çalışmıyor

17.Ev durumu

0.Kendilerine ait 1. Kira 2.Lojman 3.Diğer

18. Yaşadığı mahalle ile ilgili düşüncesi

0.Hiç güvenli değil 1.Pek güvenli değil 2.Orta derece güvenli 3.Oldukça güvenli 4.Çok güvenli

19. Sorunlarını kiminle paylaşır.

0.Anne- baba 2.Arkadaş 3. Anne-baba ve arkadaş 4.Hiç kimse

20. Polis müdahalesi gerektirecek bir olayda bulunması

0. Var 1.Yok

21. Fiziksel istismar öyküsü

0. Var 1.Yok

22. Cinsel istismar öyküsü

0. Var 1.Yok

23. duygusal istismar öyküsü

0. Var 1.Yok

24. Sigara kullanımı

0.Evet 1. Hayır

25. Alkol kullanımı

0.Evet 1. Hayır

26. Uyuşturucu veya başka madde kullanımı

0.Evet 1. Hayır

27. Kendisine göre okuldaki başarı durumu

0.Mükemmel 1.Ortalama üstü 2.Ortalama 3.Ortalama altı 4.Zayıf

28. Okuldaki devamsızlık durumu

0. Hiç 1. Her dönem 5-10 gün 2. Her dönem 10-15 gün

3. Devamsızlıktan kalma

29. Evden kaçmak konusundaki durumu

0. Var 1. Yok

30. Evden kaçan arkadaşları

0.Var 1.Yok

31. Uyuşturucu kullanan arkadaşları

0.Var 1.Yok

32. Alkol kullanan arkadaşları

0.Var 1.Yok

33. Kendini yaralama davranışı bulunan arkadaşları

0.Var 1.Yok

34. Kendisinin dışındaki aile bireyleri arasında sigara kullanan var mı?

0.Var 1.Yok

35. Babada alkol kullanımı

0.Var 1.Yok

36. Annede alkol kullanımı

0.Var 1.Yok

37. Kardeşlerinde alkol kullanımı

0.Var 1.Yok

38. Baba uyuşturucu (esrar, eroin, kokain, ekstazi, baly, tiner) kullanıyor mu?

0.Evet 1. Hayır

39. Anne uyuşturucu (esrar, eroin, kokain, ekstazi, baly, tiner) kullanıyor mu?

0.Evet 1. Hayır

40. Kardeşleri uyuşturucu (esrar, eroin, kokain, ekstazi, baly, tiner) kullanıyor mu?

0.Evet 1. Hayır

41. Ailede kendisi hariç, kendini yaralama davranışı olan var mı?

0.Var 1.Yok

42. Yakınları arasında intihar ile ölen

0.Var 1.Yok

43. Ailede tıbbi bir hastalığı olan

0.Var 1.Yok

44. Ailede kendisi dışında psikiyatrik bir hastalığı olan

0.Var 1.Yok

45. Psikiyatrik tanıları ve tedavileri

KİMLİK DURUMUNU DEĞERLENDİRME ARACI

Bu ölçeğin her bir maddesinde söz edilen yaşantıların sizin durumunuzla ne ölçüde uygunluk gösterdiğini, yani sizin düşünce ve duygularınızı ne ölçüde yansıttığını, cevap anahtarını kağıdındaki ilgili kutuya işaretleyin. Lütfen bütün maddeleri cevaplandırın.

1. Bana hiç uymuyor 2. Bana pek uymuyor 3. Bana biraz uyuyor 4. Bana oldukça uyuyor
5. Bana tümüyle uyuyor

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

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

COOPERSMITH ÖZSAYGI ENVANTERİ

Aşağıda her insanın zaman zaman hissedebileceği bir takım durumlar maddeler halinde sıralanmıştır. Bu maddelerde belirtilen ifadeler, sizin genellikle hissettiklerinizi tanımlıyor ve çoğunlukla size uygun geliyorsa ilgili maddenin karşısındaki EVET sütununa bir çarpı işareti (x) koyunuz. Bu ifadeler eğer sizin genellikle hissettiklerinizi tanımlamıyor ve çoğunlukla size uygun gelmiyorsa bu durumda da HAYIR sütununa bir çarpı işareti (x) koyunuz.

Evet Hayır

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Olup bitenlerden genellikle rahatsızlık duymam. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Sınıfın önünde konuşma yapmak bana oldukça güç gelir. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Eğer gücüm yetse kendimle ilgili değiştirmek istediğim pek çok özelliğim var. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebilirim. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. İnsanlar benimle birlikteyken hoş ve neşeli vakit geçirirler. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Evdeyken kolayca canım sıkılır, moralim bozulur. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Yeni şeylere alışmam uzun zaman alır. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Yaşıtlarımın arasında seviliyorum. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Anne ve babam genellikle duygularımı dikkate alır. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Güçlükler karşısında kolayca pes ederim. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Anne ve babamın benden beklentisi çok fazla (aşırı derecede). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Kendim olabilmek oldukça zor. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Hayatımdaki her şey karmakarışık. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Arkadaşlarım genellikle sözümü dinler, düşüncelerimi izlerler. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Kendime ait düşüncelerim olumsuz. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Pek çok kere evden ayrılmayı (başımı alıp gitmeyi) istemişimdir. |

17. Okulda sıkça moralimin bozulduğunu, canımın sıkıldığını hissediyorum.
18. Çoğu insan kadar güzel görünümlü biri değilim.
19. Söyleyecek bir şeyim olduğunda, genellikle çekinmeden söylerim.
20. Anne - babam beni anlıyor.
21. İnsanların çoğu benden daha çok seviyor.
22. Anne ve babamın çoğu zaman beni sanki zorladıklarını hissediyorum.
23. Okulda çoğu zaman cesaretim kırılıyor.
24. Sık sık keşke başka birisi olsam diye arzularım.
25. Kendimi güvenilir biri olarak görmüyorum. (Bana bel bağlanmaz)

Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri

Maddeleri okuyunuz ve 1 ile 7 puan arasında size uygun olan puanı yazınız.

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

Beni hiç

Beni kısmen

Tamamıyla

tanımlamıyor

tanımlıyor

beni tanımlıyor

Ölçek maddeleri (Anne Formu);

1. Anne duygularıma saygı gösterir.
2. Anne başka biri olsun isterdim.
3. Anne beni olduğum gibi kabul eder.
4. Sorunlarım hakkında anne ile konuştuğumda kendimden utanırım ya da kendimi kötü hissederim.
5. Evde kolayca keyfim kaçar.
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.

Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri

Maddeleri okuyunuz ve 1 ile 7 puan arasında size uygun olan puanı yazınız.

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

Beni hiç

Beni kısmen

Tamamıyla

tanımlamıyor

tanımlıyor

beni tanımlıyor

Ölçek maddeleri (Baba Formu);

1. Babam duygularıma saygı gösterir.
2. Babam başka biri olsun isterdim.
3. Babam beni olduğum gibi kabul eder.
4. Sorunlarım hakkında babam ile konuştuğumda kendimden utanırım ya da kendimi kötü hissederim.
5. Evde kolayca keyfim kaçar.
6. Babamın 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. Babama 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.

Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri

Maddeleri okuyunuz ve 1 ile 7 puan arasında size uygun olan puanı yazınız.

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

Beni hiç tanımlamıyor Beni kısmen tanımlıyor Tamamıyla beni tanımlıyor

Ölçek maddeleri (Arkadaş Formu);

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

İlişki Ölçekleri Anketi

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

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

Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
Tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

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

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

AÇIKLAMA: Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU aşağıdaki derecelendirmeye göre uygun olan yeri işaretleyiniz. Hiçbir maddeyi atlamamayı ve de tek bir yeri işaretlemeye özen gösterin. TEŞEKKÜRLER

0 Hiç yok	1 Biraz var	2 Orta derecede var	3 Epey var	4 Çok fazla var
-----------	-------------	---------------------	------------	-----------------

1	İçinizdeki sınırlılık ve titreme hali	0	1	2	3	4
2	Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5	Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8	Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10	İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11	İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16	Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17	Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4

18	Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19	Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20	Kolayca incinebilmek, kırılmak	0	1	2	3	4
21	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek	0	1	2	3	4
23	Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu hissi	0	1	2	3	4
25	Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26	Yaptığımız şeyleri tekrar tekrar doğrumu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27	Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28	Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30	Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32	Kafanızın “bomboş” kalması	0	1	2	3	4
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36	Konsantrasyon(dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4
37	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4

39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44	Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45	Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46	Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47	Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50	Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51	Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52	Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53	Aklında bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

BÖLÜM I: DAVRANIŞLAR

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

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

100 vb.):

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

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

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

3.Hangi yaşta? İlk kez kendinize zarar verdiniz? ...

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

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

Lütfen daire içine alınız EVET BAZEN HAYIR

5.Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?

Lütfen daire içine alınız EVET BAZEN HAYIR

6.Tipik olarak kendinize zarar verme dürtüsü oluşuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz? Lütfen daire içine alınız

<1 saat 1-3 saat 3-6 saat
6-12 saat 12-24 saat >1gün

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

Lütfen daire içine alınız EVET HAYIR

BÖLÜM II: İŞLEVLER BÖLÜM

Yönerge: Bu anket intihar amaçlı olamayan kendine zarar verme davranışı deneyimini daha iyi anlamamızı sağlamaya yönelik oluşturulmuştur. Aşağıda sizin kendinize zarar verme deneyiminizle ilişkili olabilecek ya da olmayabilecek durumlar bir liste olarak verilmiştir. Lütfen Belirtilen durum size **hiç uygun değilse** “0” ,**kısmen uygunsu** “1” işaretleyiniz, **çok uygunsu** “2” işaretleyiniz

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

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