T. C.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN KIZ ERGENLERDE STRESLE BAŞA ÇIKMA BECERİLERİNİN YEME TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

ARŞ. GÖR. DR. ZEYNEP UÇAR

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

2025

T. C.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN KIZ ERGENLERDE STRESLE BAŞA ÇIKMA BECERİLERİNİN YEME TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

ARŞ. GÖR. DR. ZEYNEP UÇAR

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

DOÇ. DR. BURCU KARDAŞ

ETİK KURUL ONAYI: 10.06.2024 KÜGOKAEK 2024/286

2025

İÇİNDEKİLER DİZELGESİ

TEŞEKKÜR ..... **IV**

KISALTMALAR DİZELGESİ ..... **VI**

TABLOLAR DİZELGESİ ..... **VIII**

ŞEKİLLER DİZELGESİ ..... **IX**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2. GENEL BİLGİLER **3**

2.1. Kendine Zarar Verme Davranışı 3

2.1.1. Tanım, Tarihçe, Terminoloji 3

2.1.2. Kendine Zarar Verme Davranışının Ayrı Bir Bozukluk Olarak Tanı Sınıflamasında Yer Alması 5

2.1.3. Epidemiyoloji 6

2.1.4. Etiyoloji 8

2.1.4.1. Psikodinamik Faktörler 8

2.1.4.2. Genetik ve Nörobiyolojik Nedenler 9

2.1.4.3. Çevresel ve Psikososyal Faktörler 12

2.1.5. Psikiyatrik Bozukluklar ve Kendine Zarar Verme Davranışı 14

2.1.6. Kendine Zarar Verme Davranışı İşlevleri 15

2.1.7. Değerlendirme 17

2.1.8. Tedavi 18

2.1.8.1. Psikoeğitim 18

2.1.8.2. Psikoterapi 19

2.1.8.3. Psikofarmakoterapi 20

2.2. Stresle Başa Çıkma 21

2.2.1. Stresle Başa Çıkma Tanımı 21
2.2.2. Stresle Başa Çıkma Türleri.....22
2.2.3. Stresle Başa Çıkma ve Kendine Zarar Verme Davranışı.....23
2.3. Yeme Tutumları 24
2.3.1. Yeme Tutumu Tanımı.....24
2.3.2. Yeme Tutumu Türleri 25
2.3.2.1. Duygusal Yeme Davranışı 25
2.3.2.2. Kısıtlayıcı Yeme Davranışı 26
2.3.2.3. Dışsal Yeme Davranışı.....27
2.3.3. Yeme Tutumları ve Kendine Zarar Verme Davranışı.....28
3. YÖNTEM VE GEREÇLER 30
3.1. Çalışmanın Yöntemi.....30
3.2. Çalışmanın Örneklemi.....30
3.3. Veri Toplama Araçları.....32
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu.....33
3.3.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T).....33
3.3.3. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) 34
3.3.4. Ergenler İçin Başa Çıkma Ölçeği (EİBÇÖ) 34
3.3.5. Hollanda Yeme Davranışları Ölçeği (HYDÖ) 35
3.4. Verilerin istatistiksel analizi 35
4. BULGULAR.....36
4.1. Katılımcıların Genel Sosyodemografik Özellikleri.....36
4.2. Katılımcıların Tanısal Özellikleri ve İlaç Kullanma Durumlarına Ait Özellikler 39
4.3. Katılımcılara Ait Tedavi Özellikleri.....41

4.4. Katılımcılara Ait Özellikler 42

4.5. Katılımcıların Ebeveynlerine Ait Özellikler 45

4.6. Katılımcıların Ailelerine Ait Özellikler 48

4.7. Katılımcıların Arkadaşlarına Ait Özellikler 52

4.8. Kendine Zarar Verme Davranışı Sayısının ve İşlevlerinin Değerlendirilmesi 54

4.9. Olgu Grubunun KZVD Özelliklerinin İncelenmesi 57

4.10. Ergenler İçin Başa Çıkma Ölçeği ve Hollanda Yeme Davranışları Anketi Özellikleri 58

4.11. Kendine Zarar Verme Davranışı Envanteri ve EBÇÖ ve HYDA İlişkisi 59

5. TARTIŞMA 64

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 86

6.1. Sonuçlar 86

6.2. Öneriler 88

6.3. Sınırlılıklar 90

7. ÖZET 91

8. ABSTRACT 93

9. EKLER 95

10. KAYNAKÇA 104

TEŞEKKÜR

Tüm hayatım boyunca zorlandığım anlarda bana cesaret veren, gösterdikleri sonsuz fedakarlık, hoşgörü, anlayış ve sabırla bu süreçte de en büyük desteğim olan, varlıklarıyla güç, sevgileriyle huzur veren canım annem Havva Uçar ve babam İbrahim Uçar'a,

Uzmanlık eğitimim ve tez yazım sürecim boyunca bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren, çalışmanın her aşamasında zamanını ve deneyimlerini benimle cömertçe paylaşan; sabrı, anlayışı ve destekleriyle yanımda olan kıymetli tez danışmanım Doç Dr. Burcu Kardaş'a,

Uzmanlık eğitimim süresince yetişmemde emeği olan, bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren kıymetli hocalarım Prof. Dr. Ayşen Coşkun, Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu, Prof. Dr. Nursu Çakın Memik, Prof. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar, Doç. Dr. İrem Damla Çimen, Doç. Dr. Ömer Kardaş ve Dr. Öğr. Üyesi Gökçe Yağmur Efendi'ye,

Çocuk Nörolojisi rotasyonum süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, birlikte çalışma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı hissettiğim Prof. Dr. Bülent Kara'ya ve tüm yandal uzmanlarına,

Erişkin Psikiyatrisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Prof. Dr. Aslıhan Polat, Prof. Dr. Cem Cerit, Prof. Dr. Elif Tatlıdil, Doç. Dr. Bahadır Geniş ve Dr. Öğr. Üyesi Diğdem Göverti'ye,

Uzmanlık eğitimim süresince bana sıcak, destekleyici ve keyifli bir çalışma ortamı sunan; tanımaktan ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarıma, bölümümüzde görev yapan değerli sekreterlerimize, sosyal hizmet uzmanımıza, psikologlarımıza ve asistan doktorları adeta kendi çocukları gibi sahiplenen, bölümümüzün Adile Naşit'i sevgili Nursel Yılmaz'a,

Üniversite yıllarından beri benim için bir arkadaştan çok daha fazlası olan, birlikte büyüdüğüm, her derdimi içtenlikle dinleyen ve araya zaman girse bile samimiyetimizin asla eksilmeyeceğini bildiğim Bilge, Nur, Reyhan ve Şerife'ye,

Uzmanlık eğitimim sayesinde tanıma fırsatı bulduğum, tez yazım süreci de dahil olmak üzere dört yıl boyunca her türlü yardım arayışıma içtenlikle karşılık veren, birlikte pek çok

duyguyu paylaştığımız, yanlarındayken her zaman huzur ve keyif hissettiğim, benim için bir eşkıdemden daha fazlası olan Beyza ve Sefanur'a,

Bu süreçte yolumun farklı noktalarında karşılaştığım ve zamanla birlikte yürüdüğüm, zamanımı keyifle birlikte geçirdiğim, anlaşıldığımı hissettiğim, dürüstlükleri ve samimiyetlerinden emin olduğum, görüşlerine ve katkılarına değer verdiğim, kıymetlerini anlatmakta zorlandığım benim için bir arkadaştan çok daha fazlası olan Fulya ve Tuğçe'ye,

Sonsuz sevgi, minnet ve teşekkürlerimle…

Dr. Zeynep UÇAR

Şubat 2025, Kocaeli

KISALTMALAR DİZELGESİ

5- HİAA: 5-Hidroksi İndol Asetik Asit

AN: Anoreksiya Nervoza

ANOVA: Analysis of Variance -Tek Yönlü Varyans Analiz

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BN: Bulimia Nervoza

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

CASE: Avrupa Çocuk ve Ergen Kendini Yaralama Çalışma Grubu'nun (Child and Adolescent Self Harm in Europe (CASE) Study Group)

ÇDŞG-ŞY-T: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması

DDT: Diyalektik Davranışçı Terapi

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSM- 5 TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5 Text Revision

EİBÇÖ: Ergenler İçin Başa Çıkma Ölçeği

EMA: European Medicines Agency

FDA: Food and Drug Administration

HPA: hipotalamo-pitüiter-adrenal

HYDA: Hollanda Yeme Davranışları Anketi

ICD: Dünya Sağlık Örgütünün yayınladığı Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması

ISSS: International Society for the Study of Self-injury (Uluslararası Kendine Zarar Verme Davranışı Çalışma Topluluğu)

KOÜTF ÇERSAH: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

KOÜTF: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

KZVD: Kendine zarar verme davranışı

KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri

LSD: The Least Significant Sifference

MBT: Mentalization Based Therapy (Zihinselleştirme Temelli Terapi)

MDB: Major Depresif Bozukluk

NICE: National Institute of Health and Clinical

SED: Sosyoekonomik Düzey

SPSS: Statistical Package For The Social Secince

SSRI: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TYB: Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

VKİ Vücut Kitle İndeksi

TABLOLAR DİZELGESİ

Tablo 1. Katılımcıların Genel Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 2. Katılımcıların Tanısal Özelliklerinin ve İlaç Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 3. Katılımcıların Kullandığı Psikiyatrik İlaç Türlerinin Karşılaştırılması

Tablo 4. Katılımcılara Ait Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 5. Katılımcıların Ebeveynlerine Ait Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 6. Katılımcıların Ailelerine Ait Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 7. Katılımcıların Arkadaşlarına Ait Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 8. Olgu Grubundaki Ergenlerin Kendine Zarar Verme Davranışı İle İlgili Özelliklerine Göre Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

Tablo 9. Kendine Zarar Verme Davranışının Türlerine Göre Sayısı

Tablo 10. Kendine Zarar Verme Davranışı İşlevlerinin Özellikleri

Tablo 11. Olgu Grubunda KZVD Özellikleri

Tablo 12. Ergenlerin Grupları Arasında Yeme Davranışları ve Başa Çıkma Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 13. Olgu Grubundaki Ergenlerin KZVD Alt Boyutları İle HYDA ve EBÇÖ Puanları Arasındaki İlişki Tablosu

Tablo 14. Katılımcıların HYDA ve EBÇÖ Puanları Arasındaki İlişki Tablosu

Tablo 15. Her Bir Grupta Ergenlerin HYDA ve EBÇÖ Puanları Arasındaki İlişki Tablosu

Tablo 16. Sosyal Medya Kullanım Süresi ile HYDA ve EBÇÖ ve Alt Ölçekler Arasındaki Korelasyon Tablosu

ŞEKİLLER DİZELGESİ

Şekil 1: Olgu Grubunda Kullanılan KZVD Türlerinin Oranı

Şekil 2: Olgu Grubundaki Ergenlerin KZVD'nn İşlevlerinin Kullanma Sıklığı

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) tüm dünyada özellikle de gençler arasında görülen önemli bir ruh sağlığı sorunudur.[1] KZVD; bireyin intihar amacı olmadan, toplumsal olarak kabul edilmeyen bir şekilde, kasıtlı ve tekrarlayıcı olarak kendi beden dokularına zarar vermesi olarak tanımlanır.[2] Çalışmalarda KZVD için en sık kullanılan yöntemler olarak kendini kesme, vurma, çarpma, kazıma ve tırnaklarıma rapor edilmiştir.[3,4] Her yaşta ortaya çıkabilen KZVD, genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkmakta, dürtüsel şekilde başlamakta, ergenlik ve genç erişkinlik döneminde daha sık görülmektedir. Ergenlerde KZVD başlama yaşı genellikle 13-14 yaş civarındadır.[4]

Ergenlerde KZVD; psikiyatrik hastalıklar, genetik ve biyolojik nedenler, çevresel ve psikososyal etmenler ve psikiyatrik hastalıklar sonucunda ortaya çıkabilmektedir.[5] KZVD tanılı ergenlerde en sık rastlanılan tanı depresyon olmakla birlikte anksiyete bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanıları da sıklıkla KZVD'ye eşlik etmektedir.[6]

İntihar riskini artırması, birey ve ailesi üzerinde psikolojik, tıbbi ve sosyal açılardan pek çok güçlüklere sebep olması nedeniyle KZVD, ilk kez 2013 yılında yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskısı (DSM-5)'nın "Daha İleri Çalışmalar İçin Durumlar" başlığı içerisinde, ayrı bir konu olarak ele alınmıştır. Bu yeni düzenleme ile KZVD, intihar davranışı ve kasıtlı kendine zarar verme tanımından (intihar amacı olan veya olmayan tüm kendine zarar verme eylemlerini kapsar.) açıkça ayrılmıştır.[7]

Stres yaratan durumlarla ilgili olarak kişiler çoğunlukla başa çıkma stratejileri olarak adlandırılan bir dizi mekanizmaları kullanırlar. Ergenlerin, KZVD'yi açıklayan modellerde de sıklıkla etkili olmayan başa çıkma yöntemlerini kullandıklarına dair atıflarda bulunulur.[8] Diğer ergenlerle kıyaslandıklarında KZVD sergileyen veya zarar verme düşüncesine sahip olan ergenlerin daha zayıf başa çıkma stratejilerine sahip oldukları düşünülebilir.[9]

KZVD açısından düşünüldüğünde, bireylerin yaşadıkları sorunların artması sonucunda oluşan stresi kendilerine zarar vererek azalttıkları söylenebilir. Williams ve Hasking'e[10] göre de kendine zarar verme, yoğun duyguları hafifletmek için uyumlu başa çıkma stillerine sahip olmayan kişilerin başvurduğu bir baş etme yöntemi olarak ortaya çıkmaktadır.[10] KZVD ile stresle baş etme stilleri arasındaki ilişki düşünüldüğünde, pek çok

araştırmacı tarafından KZVD'nin, kendine acı veren duyguları hafifletme, gerilimi azaltma, uygun olmayan bir baş etme mekanizması ya da duyguları düzenleme yöntemi olarak değerlendirildiği görülmektedir.[2]

Yeme tutumu kişinin ne yiyeceğine, nasıl yiyeceğine dair oluşan tercihleridir ve yeme davranışı için hazırlayıcı bir eğilim olduğu söylenebilir.[11] Bu tercihler yeme ile ilgili gözlemlenebilen normal ve anormal davranışların kişinin yemeye karşı tutumunun yani eğiliminin bir sonucu olduğu söylenebilir. Bazı araştırmaların sonucuna göre de bozulmuş yeme tutumları yeme bozukluğu tanısı alan kişiler için öncü kabul edilebilmektedir.[12]

Yeme davranışını açıklayan temel kuram, kişilerin sıkıntı veren durumlarla karşılaştıklarında duygusal bir savunma mekanizması olarak yemeyi kullanmaları ve sıkıntılı durumla bu şekilde baş ettiklerine dair kuramdır.[13] Birçok çalışma hem KZVD hem de yeme bozukluklarını bir çeşit duygu düzenleme mekanizması olarak tanımlamıştır. Yeme bozukluğu ve KZVD birlikteliği olan bireylerin daha fazla olumsuz duygu yaşadığı, kendine zarar vermenin yeme bozukluğu hastalarındaki olumsuz duygulanımlara karşı oluşan cevap özelliği taşıdığı belirtilmektedir.[14–16]

Hızlı toplumsal değişimlerin olduğu ve buna bağlı olarak beden algısına ilişkin her geçen gün artan beklentilerin olduğu dünyada ve Türkiye'de, yeme bozuklukları ile daha sık karşılaşılabileceği düşünülebilir. Bu veriler özellikle KZVD ve yeme bozukluğunun ergenlik dönemi için dikkate alınması gereken önemli problem alanları olduğu söylenebilir.[17]

Yazında, 14-18 yaş grubunda gerçekleştirilen ve kendine zarar verme davranışı ile stresle başa çıkma becerileri ve yeme tutumları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde ise, ergenlerde görülen KZVD'yi inceleyen çalışmaların sayısı sınırlıdır. Araştırmamızın sonucunda KZVD'nin birey ve toplum sağlığına olumsuz etkilerinin önlenmesine katkı sağlayacağı, koruyucu ve tedavi edici yaklaşımlar konusunda klinisyenlere yol göstereceği düşünülmektedir. KZVD olan ergenlerde bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının daha fazla olması, stresle başa çıkabilme becerilerinin daha zayıf olması, bu iki değişkenin birbiri ile ilişkili olması beklenmektedir. Ayrıca kendine zarar verme davranışının sosyodemografik değişkenler ile ilişkisi de incelenecektir

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI

2.1.1. Tanım, Tarihçe, Terminoloji

KZVD tüm dünyada özellikle de gençler arasında görülen önemli bir ruh sağlığı sorunudur.[1] Dünya sağlık örgütünün yaptığı bir tanıma göre; kendine zarar verme kişinin dışarıdan bir müdahale olmadan, kendi isteğiyle, alışılmışın dışında, kendine zarar verecek bir davranışta bulunması veya bir maddeyi kendi isteğiyle reçetelenen dozdan veya maksimum kullanılan dozdan daha fazla almasıyla giden ve direkt ya da beklenen fiziksel sonuçlarla kişinin hedeflediği değişiklikleri gerçekleştirmesini amaçlayan, ölümcül sonucu olmayan davranışlara denir.[18] Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi ise KZVD'yi kişinin kendi bedenine zarar verme niyetiyle gerçekleştirdiği eylem olarak tanımlamaktadır.[19]

KZVD, genellikle deriyi kesmek veya oymak; bir yarayı kopartmak veya kanatmak; deriyi kanayana kadar kazımak, kaşımak veya çimdiklemek; kendi kendini ısırmak; derinin altına nesneler sokmak; cildi yakmak veya dondurmak; saçları çekmek; kendi kendine vurmak gibi deri lezyonlarını içerse de, kişinin keskin veya zararlı nesneleri yutması ve intihar amacı olmadan kendi kendini zehirleme girişimi de KZVD yöntemleri arasında sayılabilir.[2,20] KZVD tanımlamalarında belirtilen en önemli özellikler; bedenin belirli bölümlerine doku hasarı ile sonuçlanacak şekilde zarar verilmesi, tekrarlayıcı ve amaçlı olması, bilinçli yapılması, zararın ölümcül olmaması ve kişinin ölüm niyetinin bulunmamasıdır.[21]

Toplum örneklemine kıyasla klinik örneklemlerde kullanılan KZVD çeşitliliği daha fazladır.[22] Yapılan çalışmalarda; kendini kesme, vurma, çarpma, kazıma ve tırnaklarıma en sık kullanılan yöntemler olarak belirtilmiştir. Kız cinsiyette daha çok kendini kesme davranışının olduğu, erkeklerde daha çok kendine sert bir cisimle vurma, kendini bir yere çarpma, yakma davranışları saptanmıştır. Yine ülkemizde yapılan çalışmalarda en sık kendine sert bir cisimle vurma bildirilirken kendini kesme bir diğer sık kullanılan yöntem olarak rapor edilmiştir.[3,4]

Günümüze kadar KZVD birçok bilim insanı tarafından tanımlanmaya çalışılmıştır;

Farberow[23]*;* bireyin kendini önemli ölçüde zarar verecek biçimde kesmesi ya da bedenin belirli bölümlerine zarar vermesi olarak tanımlamıştır.[23]

Walsh ve Rosen[24]*;* isteyerek ve amaçlı yapılan, çoğunlukla ölümcül olmayan ve toplumsal olarak alışılmışın dışında bir davranış olarak belirtmiştir.[24]

Favazza[25,26]*;* tekrarlayıcı biçimde, ölümcül olmayan, kendine fiziksel zarar verme davranışı olduğunu ve bu davranışın kişinin içinde bulunduğu olumsuz duruma tahammül edememesinin yarattığı strese karşı kendini rahatlatma ve kendine yardım etme durumu olarak ifade etmiştir.[25,26]

Ghaziuddin ve ark[27]*;* bireyin kendisinde ölme isteği olmadan, doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine ilişkin girişimi olarak ele almıştır.[27]

LeBlanch[28] ise ortama uyamamanın ve memnuniyetsizliğin kişinin bedenine yansıması olarak tanımlamıştır.[28]

KZVD ile ilgili yazında tanımlanmış terminolojiye bakıldığında günümüze kadar pek çok farklı isimlendirme kullanılmıştır.[29] Bu terimlerin bazıları; **self injury** (kendine zarar verme), **deliberate self-harm** (kasıtlı kendine zarar verme), **self destruction** (fiziksel olarak kendini tahrip etme), **self mutilation** (kendini yaralama), **auto aggression** (kendine yönelik agresyon) ve **parasuisiddir** (ölüm amacı olmayan intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları). **'Delibrate self-harm'** terimi ise geniş bir sınıflandırmayı içermektedir. Bu terim intihar davranışını da kapsar. İntihar niyeti ve kendine zarar vermenin birlikte ele alınması kavram karmaşasına neden olmakta; aslında iki fenomenin birbirinden farklı amaçlara hizmet ettiği gerçeğinin üzerini örtmektedir.[30]

Tanım ve terminoloji birliğinin oluşması için Uluslararası Kendine Zarar Verme Davranışı Çalışma Topluluğu (International Society for the Study of Self-injury (ISSS) ve Avrupa Çocuk ve Ergen Kendini Yaralama Çalışma Grubu'nun (Child and Adolescent Self Harm in Europe (CASE) Study Group) çalışmaları bu alanda öncülük etmektedir. ISSS tarafından 2006 yılında, "ölüm niyeti veya sosyal yaptırım amacı olmadan, kişinin kendisi tarafından, istemli olarak, vücut dokularında oluşturulan hasar" olarak tanımlanan KZVD için intihar dışı kendini yaralama **(non-suicidal self injury)** teriminin kullanılması uygun görülmüştür.[31] Bu tanımlamaya kaza ile veya dolaylı olarak kendine zarar verme (madde kullanımı gibi), intihar girişimi ya da dövme gibi kültürel, sosyal ya da dini olarak kabul edilmiş yöntemler dahil edilmemiştir.[32]

Bu bilgiler ışığında, kendine zarar verme terimi yazında fazlaca kullanılmasına rağmen terminoloji konusunda henüz ortak bir görüş oluşmamıştır. Bu araştırma da Uluslararası

Kendine Zarar Verme Davranışı Çalışma Topluluğu tarafından önerilen "nonsuicidal self injury" teriminin karşılığı olarak 'kendine zarar verme davranışı' kullanılmıştır.

2.1.2. Kendine Zarar Verme Davranışının Ayrı Bir Bozukluk Olarak Tanı Sınıflamasında Yer Alması

KZVD psikiyatrik tanı sınıflandırmasında günümüze kadar farklı tanı kategorilerinde bir belirti olarak yer almaktaydı. KZVD ilk kez Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının üçüncü baskısında (DSM-III) borderline kişilik bozukluğunun bir belirtisi olarak bahsedilmiştir.[33] Daha sonra DSM-IV'te KZVD duygudurum bozukluğu, sınır kişilik bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklar ile ilişkilendirilmiştir.[34] DSM-IV ile benzer şekilde Dünya Sağlık Örgütünün yayınladığı Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması Onuncu Baskısında (ICD-10) KZVD bir tanı olarak ele alınmamış, sınırda kişilik bozukluğunun bir belirtisi veya 'keskin bir nesneyle kasıtlı kendine zarar verme' (X78 kodu) olarak yer almıştır.[35] KZVD ilk kez, 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te "İleri Çalışma Gerektirecek Konular" başlığı içerisinde, ayrı bir konu olarak ele alınmıştır. Bu yeni düzenleme ile KZVD, intihar davranışı ve dolayısıyla intihar amacı olan veya olmayan tüm kendine zarar verme eylemlerini içeren kasıtlı kendine zarar verme tanımından açıkça ayrılmıştır.[7]

DSM–5 önerisine göre, KZVD'nin olası tanı ölçütleri şu şekildedir:

DSM-5-TR Kendine Zarar Verme Davranışı Tanı Kriterleri:

A. Kişi, geçmiş bir yıllık süre içerisinde; 5 veya daha fazla günde, kasıtlı olarak, sadece hafif ya da orta şiddette zarar verme niyeti ile vücut yüzeyinde hasar oluşturmuş ya da kanama, zedelenme veya ağrı ile sonuçlanan (kesme, yakma, vurma, sürtme vb.) bir eylemde bulunmuştur (Bu eylemleri yaparken intihar amacının olmaması ya hastanın kendi tarafından belirtilmiştir ya da hastanın ölümcül olmadığını bildiği yöntemleri sıklıkla kullanması söz konusudur).

B. Kasıtlı zarar verme davranışı aşağıdaki beklentilerden en az bir veya daha fazlasına yönelik olarak gerçekleşir:

1. Olumsuz bir duygudan ya da zihinsel süreçten kurtulma.

2. Kişiler arası ilişkilerden kaynaklanan güçlüklerden kurtulma.

3. Pozitif bir his yaratma (Arzu edilen rahatlama kendine zarar verme eylemi sırasında ya da hemen sonrasında hissedilmelidir. Bu nedenle kişi bu eylemleri tekrarlama ihtiyacı duyar).

C. Kasıtlı zarar verme davranışı aşağıdaki durumlardan en az biri ile ilişkilidir:

1. Kendine zarar vermenin hemen öncesinde depresyon, anksiyete, gerginlik, öfke, genel stres, kendini eleştirme gibi olumsuz his ya da düşünceler vardır.

2. Davranış öncesi niyet edilen eylem ile uğraş ve direnme güçlüğü vardır.

3. Kendine zarar verme isteği her zaman eyleme dönüşmese de sık sık hissedilir.

D. Bu davranış piercing, dövme, dini veya kültürel ritüelin bir parçası gibi toplumsal olarak kabul görmez ve tırnak yeme, yara kabuğu ile oynama gibi önemsiz kabul edilecek bir durum değildir.

E. Zarar verici davranış ve sonuçları klinik olarak belirgin sıkıntı ya da kişiler arası, akademik veya diğer alanlarda işlevsellikte bozulma ile sonuçlanır.

F. Davranış, psikotik atak sırasında, deliryum ya da entoksikasyon durumunda ortaya çıkmamıştır. Gelişimsel bozukluğu olan kişilerdeki stereotipik davranışın bir parçası değildir. Başka bir ruhsal ya da tıbbi hastalığın parçası değildir (Örneğin psikotik bozukluk, yaygın gelişimsel bozukluk, mental retardasyon, Lesch-Nyhan Sendromu, kendine zarar verme ile giden stereotipik davranış bozukluğu, trikotillomani, deri yolma bozukluğu).[36]

2.1.3. Epidemiyoloji

Her yaşta ortaya çıkabilen KZVD, genellikle 12-14 yaş arası erken ergenlik döneminde görülmeye başlamakta, sıklıkla dürtüsel şekilde olmakta, geç ergenlik ve genç erişkinlikte daha sık görülmektedir.[4,37,38] Aynı zamanda KZVD öyküsü olan gençlerin %20'sinin 12 yaşından önce de kendilerine zarar verdikleri bildirilmiştir.[4,39] Uzunlamasına yapılan çalışmaların gözden geçirildiği bir derlemede KZVD'nin 15-16 yaşlarında pik yaptığı, geç ergenlik sürecinde sıklığının azaldığı bildirilmiştir.[40] Yine ülkemizde yakın tarihte yapılan bir çalışmada, 555 ergen arasında KZVD'ye başlama yaşı 12.4±1.87 olarak bildirilmiş ve kendine zarar verme davranışı oranı %11.4 olarak bulunmuştur.[41]

KZVD'nin toplumdaki görülme sıklığıyla ilgili yapılan araştırmalarda belirgin farklılıklar gözlemlenmiştir.[42,43] Genel popülasyonda bu oran yaklaşık %1 iken, ergen ve genç erişkinlerde %12 civarında olabileceği öne sürülmektedir.[44] Ergenler üzerinde gerçekleştirilen çalışmalarda yaygınlık oranları önemli ölçüde değişiklik göstermektedir. Amerika'da benzer yaş grubunu kapsayan iki ayrı araştırmada yaşam boyu KZVD oranları sırasıyla %10 ve %52.1 olarak rapor edilmiştir.[45,46] Ayrıca, 2005-2011 yılları arasında yapılan 52 uluslararası çalışmanın dahil olduğu bir meta-analizde yaşam boyu KZVD yaygınlığı %18 olarak belirlenmiştir.[47] Diğer bir meta-analiz çalışmasında ise ergenlerde KZVD'nin ortalama yaşam boyu yaygınlığı %17.2 olarak saptanmıştır.[48]

İstanbul'da 1258 ergenle yapılan bir çalışmada, ergenlerin %57.5'inin en az bir kez kendilerine zarar verdikleri bulunmuştur.[49] Klinik örneklemli bir araştırmada bu oran %50 olarak belirlenmiştir.[50] Ülkemizde sınırlı sayıda toplum örneklemli araştırmada, İstanbul ve İzmir illerindeki lise öğrencileri arasında yapılan iki ayrı çalışmada, yaşam boyu en az bir kez kendine zarar verme davranışı sergileyen gençlerin yaygınlık oranları sırasıyla %21.4 ve %31.3 olarak saptanmıştır.[3,51] DSM-5 tanı kriterleri dikkate alındığında, daha düşük yaygınlık oranlarına ulaşılmaktadır. 2015 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, DSM-5'e göre çocuk ve gençlerde kendine zarar verme davranışının yaygınlığı %1.5-6.7 olarak rapor edilmiştir.[52]

Kendine zarar verme davranışının yaygınlığının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğine dair bulgular çelişkilidir. Yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, bu davranışın kızlar arasında daha yaygın olduğu bildirilmişken, bazı çalışmalar herhangi bir cinsiyet farkı bulmamıştır. Yakın zamanda gerçekleştirilen bir meta-analiz, ergen ve erişkin kadınların kendine zarar verme eğilimlerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.[6,53,54] Bununla birlikte, Türkiye'de yapılan bir araştırmada kendine zarar verme davranışında cinsiyetler arası bir fark rapor edilmemiştir.[3,4]

Bazı kendine zarar verme davranışlarının sıklığı, cinsiyetler arasında farklılıklar gösterebilir. Örneğin, yapılan bir araştırmada erkeklerin kendini yakma davranışına, kızlara göre daha fazla eğilim gösterdiği, buna karşın kızların ise kendini kesme ve kazıma davranışlarına daha yatkın olduğu ortaya konulmuştur.[55]

Ergenlerde en yaygın görülen kendine zarar verme davranışı, kendini kesmedir.[56,57] Kolay erişilebilir olması nedeniyle özellikle kollar ve bileklerde kesme eylemleri sıklıkla

gözlemlenmektedir. Bunun yanı sıra, vücudun diğer bölgelerinde de benzer zarar verme davranışları ortaya çıkabilmektedir.[28,58] Zarar verilen en yaygın bölgeler ise şu şekilde sıralanmaktadır: %74 oranında kollar, %44 bacaklar, %25 karın, %23 baş bölgesi, %18 göğüs ve %8 genital bölgeler.[59] Kendine zarar veren bireylerin çoğunluğu (%75) birden fazla yöntem kullanmaktadır.[60] Sık karşılaşılan zarar verme davranışları arasında kendini kesme, yakma, tırnaklama, yara ile oynama, vurma, çarpma, deri üzerine şekil veya sembol kazıma ve iğne batırma yer almaktadır.[39,61] Bu yaygın davranışların yanı sıra, parmak ısırma ve ezme, saç çekme, asit dökme ve kendini ısırma gibi diğer yöntemler de kaydedilmiştir.[27]

Tüm veriler ışığında KZVD sık görülen toplumsal bir problemdir ve çoğu psikiyatrik hastalıktan daha yüksek oranlarda karşımıza çıkmaktadır. KZVD bir psikiyatrik bozuklukla birlikte olabileceği gibi herhangi bir psikiyatrik tanı olmadan da tek başına görülebilir.[62,63]

2.1.4. Etiyoloji

Ergenlerde KZVD; psikodinamik, genetik ve nörobiyolojik, psikososyal etmenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir.

2.1.4.1. Psikodinamik Faktörler

Kendine zarar verme eylemi ile ilgili ilk psikanalitik inceleme, Emerson (1913) tarafından yapılmıştır. Emerson'a[64] göre, bu davranış birden fazla amaca hizmet edebilir: kendine zarar verme doğrudan sado-mazoşistik bir haz sağlayabilir, kişinin yaşadığı hazzı değersizleştirecek bir yara oluşturabilir, gerçek kastrasyonu önleyen sembolik bir kastrasyon olarak işlev görebilir ve babanın hem korkulan hem de arzu edilen penetrasyonunu temsil eden "self-penetrasyon"nun bir simgesi olabilir.[64]

Freud[65], çalışmalarında ölüm içgüdüsünün gücünün azaltılabileceğini öne sürse de, insanın hem kendisini hem de başkalarını yok edebilecek bir dürtüye sahip olduğunu ifade etmiştir. Freud'a göre, ölüm içgüdüsü bağlamında saldırganlık, dış etkilere bir tepki olarak değil, insan doğasının sürekli bir dürtüsü olarak ortaya çıkar.[65]

1960'tan önce, genellikle çocukluk dönemlerine dayanan psikoanalitik yorumlarla bu davranışın nedenlerini açıklama çabaları vardı. Kendine zarar vermek, kişinin kendini yok etmesinin sınırlı bir biçimi, kendini cezalandırma ya da sahte intihar olarak görülmüştür. Ancak, 1960'lara gelindiğinde laboratuvar çalışmaları başlamış ve hayvanlar üzerinde

edimsel koşullama deneyleri yapılmıştır. Davranışçı yaklaşıma göre, kendine zarar verme sonradan öğrenilen bir davranış olup, bireyin yaşamın zorluklarına karşı kendini koruma arzusundan kaynaklanmaktadır.[66]

Gardner[67], kişinin kendine zarar verdikten sonra geçici bir rahatlama hissettiğini ve bu şekilde yoğun duygulardan arınabildiğini belirtmiştir. Ayrıca, kişinin bu yolla gerçek duygularını hissettiğini, bedeninin kontrolünü eline aldığını ve başkalarıyla arasında sınır çizdiğini de vurgulamıştır.[67]

Kendine zarar verme, çocuklukta yaşanan travmatik olaylar ve birincil nesnelerle ilişkilerden kaynaklanan içsel acı verici deneyimlerin fiziksel olarak yeniden ortaya çıkmasıdır.[68] Bu tür davranışlarda, yadsıma, ayrışma ve yansıtmalı özdeşim gibi ilkel savunma mekanizmaları devreye girer. Bu nedenle psikodinamik yönelimli teorisyenler, kendine zarar verme davranışının preödipal dönemdeki patolojilerle bağlantılı olabileceğini öne sürmüşlerdir. Graff ve Mallin[69] (1967), bu bireylerde preverbal dönemde yaşanan gelişimsel eksikliklerin ortak bir özellik olduğunu ve bu nedenle kişilerin stresle başa çıkmak için fiziksel ve preverbal mesajlar verdiklerini iddia etmişlerdir.[69]

Son olarak, nesne ilişkileri kuramına dayanan sınırlar modeli geliştirilmiştir. Bu modele göre, birey kendisi ile başkaları arasında bir ayrım oluşturma çabası içindedir. Ancak, bu sınır belirgin değilse, kişi yaşadığı her kaybı, kendilik kaybı olarak deneyimler. Kendine zarar verme davranışı ile birey, kendisi ile diğerleri arasında bir sınır oluşturur ve bu davranış, başkalarından farklı olduğunu hissetmesini sağlar. Zamanla, kendini başkalarından ayırmaya yardımcı olan bu kendine zarar verme kimliği benimsenir ve birey bu davranışıyla gurur duyarak sürdürür.[25,70–72]

2.1.4.2. Genetik ve Nörobiyolojik Nedenler

Kendine zarar verme davranışının etiyolojisinde genetik ve nörobiyolojik faktörlerin önemli bir yeri vardır. Yapılan bir ikiz çalışmasında, özellikle kız çocuklarında kendine zarar verme davranışının genetik geçiş oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir.[73] Ayrıca, KZVD olan bireylerin aile üyelerinde kendine zarar verme riskinin 3 kat, intihar riskinin ise 4 kat fazla olduğu bulunmuştur.[74]

Son yıllarda, kendine zarar verme davranışına yönelik nörobiyolojik araştırmalar artış göstermektedir. Bağımlılık ve ağrı ile olan ilişkisinden dolayı endojen opioidler üzerinde; agresif ve dürtüsel doğasından dolayı serotonin üzerinde; kompulsif doğası nedeniyle de

dopamin üzerinde çalışmalar yürütülmektedir.[75] Ayrıca, KZVD'nin sıklıkla stresli yaşam olaylarıyla ilişkili olması nedeniyle hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) aksı, emosyonel, sosyal ve fiziksel stresörlerin işlenmesindeki nöral anormalliklerle de bağlantılı olarak incelenmektedir.[76] Ancak, mevcut çalışmalara rağmen, kendine zarar verme davranışının nörobiyolojik yönü tam anlamıyla aydınlatılamamıştır.[4]

Endojen Opiyatlar: Kendine zarar verme davranışında endojen opioidlerin etkisini inceleyen çalışmalarda iki farklı ve önemli hipotez öne sürülmüştür: İlk hipotez, kendine zarar veren bireylerin, endojen opioidlerine bağımlı hale geldiklerini ve bu davranışı sürdürerek vücutlarındaki endojen opioid düzeyini artırmaya çalıştıklarını öne sürmektedir. β-endorfin ve met-enkefalin gibi stres kaynaklı ve ağrıya karşı analjezi sağlayan opioidlerin, bu davranışa aracılık ettiği belirtilmektedir. Kişinin endojen opioid bağımlılığı nedeniyle kendini tekrar eden KZVD'yi gerçekleştirdiği ve bu bireylerin ağrı eşiğinin daha yüksek olduğu, dolayısıyla eylem sırasında daha az ağrı hissettikleri ileri sürülmüştür.[77] İkinci hipotez ise, endojen opioidlerin kişinin ağrı eşiğini yükselttiğini ve kendine zarar verme sırasında hissedilen ağrıyı azalttığını savunmaktadır.[78] KZVD'li bireylerde ağrı eşiğinin arttığını[79] veya aynı kaldığını belirten yayınlar mevcuttur.[80] Yapılan bazı çalışmalarda, kendine zarar veren bireylerde endojen opioid düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır.[81,82] Özellikle β-endorfin ve met-enkefalin düzeyleri, KZVD geçmişi olan ergenlerde sağlıklı bireylere kıyasla daha düşük bulunmuştur.[81,83] Türkiye'de 2022 yılında kendine zarar veren ergenlerle yapılan bir araştırmada, sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında KZVD olan ergenlerin plazma β-endorfin düzeylerinin daha düşük olduğu, ancak plazma met-enkefalin düzeyleri arasında bir fark bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmada, katılımcıların depresyon düzeyleri ile plazma β-endorfin düzeyleri arasında ters bir ilişki olduğu saptanmıştır.[84]

Serotonin: İntihar davranışında olduğu gibi, intihar niyeti taşımayan kendine zarar verme eylemlerinde de beyin omurilik sıvısı (BOS) serotonin seviyelerinde azalma bildirilmiştir.[66] Sınırda Kişilik Bozukluğu tanısı konmuş bireylerde, serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) kendine zarar verme davranışını azalttığı görülmüştür.[85] Kendine zarar verme davranışı gösteren ergen kızlarda yapılan bir çalışmada, kontrol grubuna kıyasla periferik serotonin seviyelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir.[86] Yetişkinlerde yapılan başka bir araştırmada ise, beyin omurilik sıvısındaki serotonin metaboliti olan 5-hidroksi indol asetik asit (5- HİAA) seviyeleri ölçülmüş, KZVD olan bireyler ile kontrol

grubu arasında BOS 5- HİAA seviyelerinde fark bulunmamıştır.[81] Bir başka çalışmada, majör depresyon tanısı alan 21 hastanın BOS 5- HİAA seviyeleri ve kendine zarar verme davranışları değerlendirilmiştir. Bu hastalardan 5'inin kendine zarar verme davranışı gösterdiği, bu 5 hastanın BOS 5- HİAA seviyelerinin, kendine zarar vermeyen 16 hastaya göre belirgin şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur.[87] Bazı çalışmalarda düşük serotonin seviyelerinin bireyde irritabiliteye neden olabileceği, bunun da KZVD ve intihar davranışına yol açabileceği ifade edilmektedir.[21]

Dopamin: Dopamin ile ilgili yapılan araştırmalar, zihinsel geriliği olan hastalar üzerinde gerçekleştirilen çalışmalara dayanmaktadır. Özellikle Lesch-Nyhan Sendromu'nda görülen kompulsif ve stereotipik kendine zarar verme davranışlarında, dopaminerjik sistemdeki bozukluklar ve dopamin reseptörlerindeki aşırı duyarlılığın KZVD ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür.[88] Entelektüel yeti yitimi ve otizm spektrum bozukluğu olan vakalarda, tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışının dopaminle bağlantılı olduğu bulunmuştur.[89] Klinik açıdan değerlendirildiğinde, zihinsel geriliği olan hastalarda antipsikotik tedavi uygulandığında kendine zarar verme davranışında azalma gözlenmiştir. Bu durum, antipsikotiklerin dopaminerjik reseptörler üzerindeki etkisiyle açıklanmaktadır ve bu etiyolojiyi desteklemektedir.[90] Ayrıca, hayvan deneylerinde postsinaptik dopamin D1 ve D2 reseptörlerinin aşırı duyarlılığının KZVD ile ilişkili olduğu saptanmıştır.[78] Ancak, intihar amacı olmadan kendine zarar veren bireylerde beyin omurilik sıvısında ölçülen dopamin metaboliti homovalinik asit düzeylerinin kontrol grubuyla farklılık göstermediği bildirilmiştir.[81] Kendine zarar vermenin tekrarlayıcı ve bağımlılık yaratan doğası ise dopaminerjik sinyal yolaklarındaki değişikliklere bağlanmıştır.[66]

Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal (HPA) Aks: Erken çocukluk döneminde olumsuz ve travmatik olaylara maruz kalmanın, bireylerin HPA ekseninde ve ağrı modülasyonunda bozukluklara yol açtığı, aynı zamanda bu iki sistemin duygu düzenleme becerileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.[91] Ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcılara deneysel bir sosyal stres programı uygulanmış ve program sonrasında HPA eksenindeki düzensizliklerin kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir.[92] Yakın zamanda yapılan bir çalışmada ise, KZVD'li 26 ergende tükürük ve saç kortizol seviyeleri ölçülmüş ve sağlıklı bireylerle karşılaştırılmıştır. Sonuçlarda, saç kortizol seviyelerinde bir fark bulunmamakla birlikte, KZVD olan ergenlerde daha yüksek sabah kortizol seviyeleri

saptanmıştır.[93] Ayrıca, kız ergenlerle yapılan bir başka çalışmada, azalmış post-deksametazon kortizol seviyeleri ile KZVD arasında bir ilişki bulunmuştur.[94]

2.1.4.3. Çevresel ve Psikososyal Faktörler

Genetik olarak hassasiyeti olan bireylerde genellikle çevresel ve ailesel durumların bir araya gelmesi kendine zarar verme davranışının gelişmesinde etkili olmaktadır.[95]

Aileye ilişkin özellikler, KZVD etiyolojisinde önemli faktörler arasında yer alır. KZVD olan ergenlerde olumsuz aile duygulanımları ve ilişkilerinin daha sık olduğu belirtilmiştir. Bu ergenler, sırlarını aileleriyle daha az paylaşmakta, daha az yardım istememekte ve kendine zarar verme davranışını stresle başa çıkma yöntemi olarak kullanmaktadır.[96] Yapılan aile izlem çalışmaları, ergenin ailesinden ayrı yaşaması, çocukluğunda kısa süreli de olsa ailesinden uzak kalması veya ebeveynlerinin boşanmış olmasının KZVD riski ile ilişkili olduğunu göstermektedir.[97] Ayrıca, yüksek davranış kontrolü ve düşük ebeveyn desteği gibi ebeveynlik stilleri de KZVD gelişimi için risk faktörlerindendir.[98]

Türkiye'de yapılan bir çalışmada, KZVD olan ergenlerin ailelerinde KZVD'nin görülme oranının yaklaşık 2.4 kat daha sık olduğu tespit edilmiştir.[99] Ayrıca, ailede ruhsal hastalık, suça karışma öyküsü ve alkol kullanımının daha yaygın olması KZVD riskini artırmaktadır.[100–103] Sağlıklı ergenlere kıyasla, KZVD olan ergenlerin problem çözme becerilerinde zorluk yaşadıkları, aile içi duyguların ifadesinde sıkıntılar çektikleri ve olumsuz aile ilişkilerine sahip oldukları saptanmıştır.[104] Bu ergenlerin genellikle denetimsiz bir ortamda büyüdükleri, uygun rol modellerinden yoksun kaldıkları belirtilmiştir.[105] Çok çocuklu ailelerde KZVD oranı, tek çocuklu ailelere göre daha yüksektir. Aynı şekilde, tek ebeveynli ailelerde KZVD prevalansı, iki ebeveynli ailelere kıyasla daha fazla bulunmuştur.[106] Çocukluk döneminde yaşanan stresli yaşam olayları, beynin stres yanıt sistemini olumsuz etkileyerek ilerleyen yıllarda duygu düzenleme becerilerini zayıflatmakta ve kendine zarar verme davranışlarına zemin hazırlamaktadır. Özellikle ev ortamında bir ebeveyn figürü tarafından gerçekleştirilen olumsuz yaşam olayları, zayıf aile ilişkileri ve güvensiz bağlanmaya yol açarak KZVD riskini artırmaktadır.[107]

Sosyoekonomik düzeyle (SED) ilgili yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Net bir veri olmamasına karşın birkaç çalışma düşük sosyoekonomik düzeyin KZVD açısından risk teşkil ettiğini ileri sürmüştür.[47,108–110] Kendine zarar verme ile düşük SED arasında güçlü

bir ilişki olduğu, kentsel veya yüksek nüfus yoğunluğuna sahip yerleşimlerde daha sık gözlendiği bildirilmektedir.[111,112] Ülkemizde 2012 yılında Zeki ve Çuhadaroğlu'nun lise öğrencileri arasında yapmış olduğu çalışmada ise KZVD gösteren ergenler arasında sosyoekonomik düzey açısından farklılık olmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmanın olgu kontrollü klinik basamağında da KZVD gösteren ergenler arasında sosyoekonomik düzey açısından farklılık olmadığı bulunmuştur.[113]

Kendine zarar veren ergen ve yetişkinlerle yapılan pek çok çalışma kendine zarar verme davranışı ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki olduğunu bildirmiştir. Çocukluk döneminde fiziksel istismar ve duygusal ihmale uğrayan bireylerde KZVD daha sık görülmektedir. Cinsel istismarın da KZVD için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmaların çoğunda KZVD olanlarda, olmayanlara göre daha sık cinsel istismar öyküsü bildirilmiştir.[102] Bir çalışmada istismar ve KZVD arasındaki ilişkide duygu düzenleme becerilerinin bozulmasına vurgu yapılmıştır.[114] Fiziksel istismara uğrayanların beden ve kendilik duyumlarının ayrıştığı, ağrıya daha az duyarlı olduğu ve buna bağlı olarak bedene zarar verme riskinin artabileceği belirtilmiştir.[115] Muehlenkamp ve ark.[116] istismar türleri ve KZVD ilişkisini inceledikleri bir araştırmada, fiziksel istismar ile KZVD arasında cinsel istismara göre daha güçlü bir ilişki olduğunu, bu ilişkide duygu düzenlemedeki bozulmanın rolünü vurgulamışlardır.[116]

Ergenlerde kendine zarar verme davranışına etki eden ergen yaş grubunda olmak, kız cinsiyette olmak, mizaç özellikleri ve duygu düzenleme güçlükleri gibi çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır.[117] Ancak, cinsiyet farklılığını ele alan bazı güncel çalışmalarda bu farkın belirgin olmadığı, hatta bazı araştırmaların cinsiyet farklılığı bulmadığı vurgulanmıştır.[3,54,118,119] Ayrıca, etnik kökenle ilgili yapılan çalışmalarda, beyaz ırkın KZVD ile ilişkili olduğu saptanmıştır.[120] Fakat bu alandaki çalışmaların çelişkili sonuçlar içerdiği de ifade edilmektedir.[22]26.05.2025 09:19:00

Ergenlik dönemi, beyin gelişiminin bir aşaması olarak dürtüsellik ve duygusal tepkiselliğin daha yoğun olduğu bir dönemdir. Bu nedenle, kendine zarar verme ve intihar davranışı açısından hassas bir süreçtir ve yaş ilerledikçe bu davranışın sıklığının azaldığı gösterilmiştir.[121–124]

Kendine zarar veren bireylerin, günlük yaşamlarında daha sık ve şiddetli olumsuz duygular yaşadıkları, duygu düzenlemede zorluklar çektikleri, depresyon ve kaygı

seviyelerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir.[123] Son yıllarda yapılan klinik çalışmalar, KZVD sergileyen bireylerde dürtüsellik düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.[125] Ayrıca, dürtüselliğin belirgin olduğu diğer psikiyatrik bozukluklar olan alkol-madde bağımlılığı ve tıkınırcasına yeme bozukluğu gibi durumlarda KZVD'nin daha sık görüldüğü belirtilmektedir.[120]

Çalışmalarda, kendine zarar veren ergenlerin sağlıklı ergenlere kıyasla sosyal problem çözme becerilerinin daha düşük olduğu, stresli durumlara karşı daha az dayanıklı oldukları ve fizyolojik olarak daha yüksek stres düzeylerine ulaştıkları gösterilmiştir.[126] Bu ergenlerde, kendini aşırı eleştirme, kendinden hoşlanmama ve kendine yönelik yoğun öfke duyguları sıkça görülmektedir. Kendini cezalandırma isteği ve kendine duyulan öfke, KZVD için güçlü bir motivasyon kaynağı oluşturmakta, bu davranış ise olumsuz kendilik algısını artırırken özsaygıyı azaltarak kısır bir döngü yaratmaktadır. Ayrıca, KZVD olan ergenlerin, yaşadıkları deneyimlere uygun duygular hissetmedikleri, duygularını uygun şekilde ifade edemedikleri ve duygularının tam olarak farkında olmadıkları gösterilmiştir.[123]

Bireyler, kendine zarar verme davranışından önce genellikle umutsuzluk, yalnızlık, üzüntü ve bunaltı gibi duygular yaşamaktadır. Kendine zarar verme davranışının risk faktörleri üzerine yapılan bir sistematik derlemede, geçmişte KZVD öyküsünün ve umutsuzluğun en güçlü risk etkenleri olduğu belirtilmiştir.[127] Kendine zarar verme davranışının özellikle ilk 6 ayda daha sık görüldüğü ve bu sürecin intihar davranışının en riskli dönemi olduğu bilinmektedir.[128]

2.1.5. Psikiyatrik Bozukluklar ve Kendine Zarar Verme Davranışı

Kendine zarar verme davranışına özgü tanımlanmış bir psikiyatrik bozukluk yoktur. Ancak, bu davranış birçok farklı psikiyatrik bozuklukla ilişkili olarak görülebilmektedir.[129] Haw ve ark.[130] araştırmalarında, KZVD sergileyen ergenlerin %92'sinde en az bir psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmıştır. Bu ergenlerde en sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasında %72 ile duygudurum bozuklukları, özellikle depresyon yer almaktadır.[130]

Duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, disosiyatif bozukluklar,

yeme bozuklukları ve madde kullanım bozukluğu, KZVD olan ergenlerde en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır.[22]

Jacobson ve Gould'un[22] sistematik gözden geçirme çalışmaları, kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerde en yaygın komorbid tanının %41.6-58 oranıyla majör depresyon olduğunu bildirmiştir. Diğer depresif bozukluklar da dikkate alındığında bu oran %88.9'a çıkmaktadır.[22] 2021 yılında gerçekleştirilen bir sistematik gözden geçirme çalışmasında, depresyonun ergenlerde tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olduğu bulunmuştur.[122]

KZVD olan ergenlerde yapılan klinik örneklemli bir çalışmada, ergenlerin %39'unda; toplum örneklemli bir çalışmada ise %37'sinde anksiyete bozukluğu saptanmıştır.[129,131] Yapılan çalışmalarda, anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozukluklarındaki bozulmuş duygu düzenleme becerileri ile olumsuz kendilik algısının kendine zarar verme davranışına yol açabileceği ifade edilmiştir.[123]

Kendine zarar verme davranışının etiyolojisinde dissosiyasyon merkezi roller veren görüşler mevcuttur.[132] Disosiyatif belirtilerin ergenlerdeki kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi, yapılan adli, klinik ve toplum örneklemli çalışmalarla ortaya konmuştur.[133–135] Özellikle, TSSB ile disosiyatif belirtilerin, çocukluk çağı cinsel istismarı ile KZVD arasındaki ilişkiye aracılık ettiği saptanmıştır.[136]

Yeme bozuklukları ve kendine zarar verme davranışının birlikte ortaya çıkışı üzerine yapılan çalışmalarda, Svirko ve Hawton[137], yeme bozukluğu olan bireylerde KZVD sıklığının %25 ile %55 arasında, KZVD olan bireylerde ise yeme bozukluğu oranının %54 ile %61 arasında değiştiğini belirtmişlerdir.[137] Ayrıca, bulimiya nervosa (BN) tanılı bireylerin %26-55'inde ve anoreksiya nervosa (AN) tanılı bireylerin %27-61'inde kendine zarar verme davranışı saptanmıştır.[138] Yeme atakları ve kusmaların, kendine zarar verme davranışlarında rol oynayan yetersiz duygu düzenleme ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir.[139]

2.1.6. Kendine Zarar Verme Davranışı İşlevleri

Literatürde, kendine zarar verme davranışının çeşitli işlevleri tanımlanmıştır. En bilinenlerinden biri, Nock ve Prinstein'in[140] 2004 yılında ortaya koyduğu dört faktör modelidir. Bu model, entelektüel yeti yitimi olan bireylerde gözlenen kendine zarar verme davranışlarına dayanmaktadır. Bu model, kendine zarar verme davranışının bireyin içsel ve

dışsal durumlarıyla nasıl ilişkili olduğunu açıklar. Modelde dört işlev tanımlanmıştır. Kendine zarar verme, bireyin huzursuzluk veya olumsuz duygularını azaltıyorsa otomatik negatif pekiştirme; eğer bu davranış bireye olumlu duygular kazandırıyor veya istenen bir durumu sağlıyorsa otomatik olumlu pekiştirme işlevi üstlenir. Her iki durumda da davranış, duygusal düzenlemeye katkı sağlar. Bireyin kişilerarası taleplerden kaçınmasını sağlarsa sosyal negatif pekiştirme; sosyal desteği artırmak veya çevresinden tepki almak amacıyla yapılıyorsa sosyal pozitif pekiştirme olarak tanımlanır.[140]

Klonsky ve Muehlenkamp[123], 2007 yılında kendine zarar verme davranışını anlamak için farklı bir model geliştirmiştir. Bu modelde, KZVD işlevleri otonom ve sosyal işlevler olarak iki ana kategoriye ayrılmıştır. Otonom işlevler beş alt gruptan, sosyal işlevler ise sekiz alt gruptan oluşmaktadır.[123] Bu işlevlerin daha iyi anlaşılması amacıyla yapılan araştırmalar sonucunda "Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri" (KZVDDE) geliştirilmiştir. Bu envanterde, beş farklı otonom (intrapersonel) işlev ve sekiz farklı sosyal (interpersonel) işlev değerlendirilir.[141,142]

A. Otonom İşlevler

1. **Duygu Düzenleme:** Kendine zarar verme, bireyin yoğun ve olumsuz duygularını azaltmak için başvurduğu bir yöntemdir. Bu davranış, huzursuzluk yerine rahatlama getirir.
2. **Sıkıntıyı Etiketleme:** Stresli süreçleri somutlaştırmak amacıyla bireyler kendilerine zarar verebilirler.
3. **Disosiyasyonu Önleme:** Gerçeklikten kopmuş ya da hiçbir şey hissetmeyen bireyler, kendine zarar vererek tekrar gerçeklik hissine kavuşmayı amaçlayabilir.
4. **Kendini Cezalandırma:** Olumsuz kendilik algısı olan bireyler, stres altındayken kendini cezalandırmak için zarar verme davranışını kullanabilir.
5. **İntiharı Önleme:** İntihar düşüncelerine karşı direnmek için bireyler kendine zarar vererek bir tür "uzlaşma" arayabilir.

B. Sosyal İşlevler:

1. **Kişiler Arası Sınırlar:** Birey, kendi kimliğini ve özerkliğini vurgulamak için kendine zarar verebilir.

2. **Kişiler Arası Etkileşim:** İlgi, yardım ya da diğerlerinin davranışlarını kontrol etmek amacıyla bu davranışı kullanabilir.
3. **Heyecan Arama:** Heyecan ve coşku hissedebilmek için bu davranışa başvurulabilir.
4. **İntikam Alma:** Birey, kendine zarar vererek diğerlerinden öç almak isteyebilir.
5. **Akranlarla Bağ Kurma:** Akranlarına uyum sağlamak ya da arkadaşlık ilişkilerini güçlendirmek amacıyla bu davranış sergilenebilir.
6. **Dayanıklılık:** Birey, acıya karşı dayanıklı olduğunu kanıtlamak için kendine zarar verebilir.
7. **Özerklik:** Kendi kendine yettiğini göstermek amacıyla bu davranışı kullanabilir.
8. **Kendiyle İlgilenme:** Fiziksel hasar sayesinde birey, kendisine daha fazla odaklanabilir.

Yapılan araştırmalarda, otonom işlevlerin en yaygın kullanılan işlevler olduğu, özellikle duygu düzenleme işlevinin en sık bildirilen alt işlev olduğu saptanmıştır.[143–145] Türkiye'deki bir çalışmada, gençlerin başlangıçta sosyal işlevler için kendilerine zarar verdikleri, zamanla bu davranışın otonom işlevler doğrultusunda devam ettiği belirlenmiştir.[146]

2.1.7. Değerlendirme

Kendine zarar verme davranışı, bireyin kendisi ve çevresi üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratabileceği için etkin bir şekilde ele alınması ve tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Bu davranışı sergileyen her çocuk ve ergen, öncelikle kendine zarar verme davranışının tekrarlama riski ve intihar olasılığı açısından değerlendirilmelidir. İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü'nün (NICE- National Institute of Health and Clinical Exellence) 2022 yılı kılavuzunda da, bu bireylerin kişisel risk durumlarının ve ihtiyaçlarının titizlikle değerlendirilmesinin önemine dikkat çekilmiştir.[147]

Kendine zarar verme davranışı gösteren bir ergeni değerlendirirken ilk hedef, bu davranışın riskini azaltmaktır. Bu amaçla, ergenin güvenliği sağlanmalı ve çevresi uygun şekilde düzenlenmelidir. Evde güvenliğin sağlanabilmesi için, aileden güvenilir ve iş birliğine yatkın bir yetişkin seçilmeli, bu kişiyle birlikte evdeki ilaçlar, kesici ve delici

aletler uzaklaştırılmalıdır. Kendine zarar verme davranışı tekrarlandığında ulaşılabilecek yardım kaynakları hem ergene hem de ailesine anlatılmalı ve acil durumlarda yardım istemeleri gerektiği vurgulanmalıdır. Ayrıca, hastanın kendine zarar verme ve intihar düşünceleri sorgulanmalı, olası bir kriz anında destek alınabilecek kaynaklar belirlenmelidir.[148]

Ergenin geçmişte ve günümüzde sergilediği zarar verici davranışların sayısı, niteliği ve bu davranışların onun için ne anlama geldiği detaylı olarak incelenmelidir. İntihar düşünceleri, planları ve girişimleri, duygusal özellikleri, psikopatoloji varlığı ile kendine zarar verme arasındaki ilişki de göz önünde bulundurulmalıdır. KZVD'yi tetikleyen bireysel ve çevresel faktörler, risk artıran ve azaltan etkenler, entelektüel kapasite ve dürtü kontrol yeteneği detaylı bir şekilde ele alınmalıdır. Ayrıca, bireyin güçlü yönleri, baş etme becerileri, psikososyal işlevselliği, mevcut yaşam sorunları, sosyal destek sistemleri ve ilaç tedavisi gereksinimi dikkatle değerlendirilmelidir. Aile öyküsü ve korunmaya muhtaçlık durumu da incelenmelidir.[147]

Ergenin duygularını uygun bir şekilde ifade etmesi desteklenmeli ve ona yol gösterilmelidir. Alkol veya madde kullanımı olup olmadığı ve herhangi bir psikiyatrik bozukluğun varlığı değerlendirilmeli, saptanırsa uygun tedavi uygulanmalıdır. [148]

2.1.8. Tedavi

Çocuk ve ergenlerde KZVD tedavisinde psikoterapi, ilaç tedavisi ve bunların kombinasyonları kullanılabilir.[149] Ancak, bu davranışın tekrarını önlemek için ne psikoterapi ne de ilaç tedavisi kesin bir çözüm sunmamaktadır.[150] Uygulanan terapiler, ergenlerin tedaviye olan motivasyonunu artırmada etkili olabilir. [149,151]

Tedavi yöntemi ne olursa olsun, ilk adım olarak ergen ve ailesine KZVD hakkında etkili bir psikoeğitim verilmelidir. Ergene, KZVD hakkında net bilgiler vermek, kriz anlarında uygulanacak stratejileri belirlemek ve problem çözme becerilerini desteklemek, tedavi sürecini kolaylaştırabilir.[32]

2.1.8.1. Psikoeğitim

KZVD hakkında net bilgiler sunmak ve kriz anlarında kullanılacak müdahale tekniklerini terapi süresince ergenle konuşmak, süreci olumlu yönde etkiler. Ayrıca, hasta yakınlarının da bu konuda bilgilendirilmesi, tedavi sürecini kolaylaştıracaktır. Ergenin

problem çözme becerilerinin geliştirilmesi de KZVD üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir.[32] Miller ve Rollnick[152], hastanın değişime yönelik motivasyonunu korumak için terapistin hastanın direncini kabul ederek, yansıtıcı bir dinleme ile karşılık vermesi gerektiğini belirtmektedir. Bu motivasyonel yaklaşım, gençlerin tedaviye aktif katılımını sağlar ve bireyin deneyimlerinin kabul edildiğini hissettirir.[152]

2.1.8.2. Psikoterapi

Literatür incelemeleri ve klinik kılavuzlar, KZVD tedavisinde depresyon ve anksiyete gibi altta yatan nedenlerin farmakolojik tedaviyle birlikte psikoterapi ile ele alınmasını önermektedir. Ancak hangi terapi yönteminin en etkili olduğu konusunda net bir fikir birliği yoktur.[150]

Bilişsel Davranışçı Terapilerin (BDT) temeli, bireylerin düşüncelerinin, hislerinin ve davranışlarının birbirini nasıl etkilediği teorisine dayanır.[4] Bu bakış açısına göre, KZVD gibi uyumsuz davranışlar, hatalı düşüncelerden ve problem çözme, duygu düzenleme gibi bireysel beceri eksikliklerinden kaynaklanır. KZVD yaşayan ergenlerde BDT, bilişsel çarpıtmaları fark etmeyi, problem çözme becerilerini geliştirmeyi ve bilişsel yeniden yapılandırmayı sağlar.[153]

Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT), Linehan[4] tarafından sınırda kişilik bozukluğu olan bireylerde duygu düzenleme sorunlarını iyileştirmek ve bunların altında yatan nedenleri bulmak amacıyla geliştirilmiştir.[4] Erişkinlerde etkili olan bu terapi, ergenler için DDT-A adıyla uyarlanmıştır. DDT; problem çözme, beceri ve bilişsel değişim eğitimi ile farkındalık tekniklerini birleştirir. Bireylerin duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını bastırmadan ya da kaçınmadan kabul etmelerini sağlar.[154] DDT'nin amacı, bireylerin duygularını daha iyi düzenlemesini, zorlayıcı duygu ve düşüncelerle daha iyi başa çıkabilmesini sağlamaktır.[155] Böylece, KZVD öncesi yaşanan yoğun duygularla baş etme becerileri geliştirilir ve duygusal farkındalık artar.[4] Ancak, bu terapi, ergenlerde kendine zarar verme davranışını önlemede birçok randomize kontrollü çalışmada yeterli etkiyi gösterememiştir.[153]

Zihinselleştirme temelli terapi (Mentalization Based Therapy-MBT), bireyin kendi ve başkalarının düşünce ve duygularını anlama ve doğru yorumlama becerisini geliştirmeyi amaçlar.[156] Bu terapiye göre, kendine zarar verme davranışı, bireyin zihinselleştirme becerilerindeki yetersizlikten kaynaklanır. Kişi kendi duygularını ve ilişkilerini doğru

anlayamaz, bu da kendine yabancılaşmasına ve kendine zarar verme davranışına yol açabilir. MBT-A, bu terapinin ergenlere uyarlanmış versiyonudur ve gençlerle haftalık, aile bireyleriyle ise aylık ya da iki ayda bir görüşmeler yapılır.[157] Bir çalışmada MBT-A, kendine zarar verme davranışını, basit müdahaleler ve bireysel bilişsel ya da psikodinamik terapilere göre istatistiksel olarak daha fazla azaltmıştır. [32]

Ergenlerde KZVD tedavisinde kullanılan diğer yöntemler arasında bireysel beceri eğitimleri, aile eğitimleri ve aile terapileri yer alır. Aileyi içeren terapiler ve beceri eğitimleri de etkili tedavi yöntemleri arasında yer almıştır.[153]

2.1.8.3. Psikofarmakoterapi

Diğer terapi yaklaşımları yetersiz kaldığında ve kişinin işlevselliği bozulduğunda, KZVD olan ergenlerde ek tedavi olarak farmakolojik tedavi planlanmalıdır.[32] Ancak, FDA (Food and Drug Administration) veya EMA (European Medicines Agency) tarafından KZVD tedavisi için onaylanmış bir ilaç bulunmamaktadır. Bu nedenle, tedavide kullanılan ilaçlar endikasyon dışı olarak uygulanmaktadır.[150] KZVD'nin dopaminerjik, serotonerjik ve endojen opioid sistemlerindeki bozulmalarla ilişkili olduğu bilgisi farmakolojik tedavilerin temelini oluşturur.[32] Atipik antipsikotikler, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI) ve naltreksonun KZVD'yi azaltmada etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır.[158]

KZVD genellikle anksiyete ve depresyon gibi ruhsal bozukluklarla birlikte görülür. Bu bozuklukların serotonerjik sistemle bağlantısı göz önüne alındığında, KZVD tedavisinde eşlik eden anksiyete ve depresyon varlığında SSRI'lar kullanılabilir.[159,160] Ayrıca, KZVD'nin dürtüsel doğası nedeniyle antipsikotik ilaçlar, özellikle atipik antipsikotikler, tedavide faydalı olabilir.[161]

Son yıllarda yapılan bir sistematik derleme, ilaç tedavilerine dair kanıtları incelemiş ve SSRI'lar, atipik antipsikotikler, NSRI'lar, opioidler ve opioid antagonistleri gibi beş ilaç grubunda bazı deneysel kanıtlar bulmuştur. Ancak, bu kanıtların yetersiz olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, ergenlerde KZVD tedavisinde altta yatan psikiyatrik bozuklukların tedavisinin, KZVD sıklığını azaltabileceği vurgulanmıştır.[158]

Duygudurum düzenleyicilerden lityumun, kendine zarar verme davranışını azalttığı bildirilmiştir.[162] Ancak, lityumun toksik olabilmesi ve KZVD'nin bir yöntemi olarak fazla ilaç almanın risk oluşturabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.[150] Tartışılan diğer ilaçlar

arasında naltrekson, klonidin, benzodiazepinler, omega yağ asitleri ve riluzol bulunmaktadır. Ancak bu ilaçlarla yapılan çalışmalar ya küçük gruplarda gerçekleştirilmiş ya da yeterince etkili bulunmamıştır.[163–167]

2.2. Stresle Başa Çıkma

2.2.1. Stresle Başa Çıkma Tanımı

Stres terimi, başlangıçta fiziksel baskıları tanımlamak için kullanılırken, zamanla "darlık, daralma, baskı, sıkıntı" anlamlarını kazanmıştır.[168] Stresin, hem fiziksel hem de psikolojik sağlığımız üzerinde önemli etkileri vardır. Araştırmalar, stresin intihar, madde kullanımı, depresyon, bağışıklık sistemi zayıflığı ve kalp hastalıkları gibi ciddi sorunlara yol açabileceğini göstermektedir.[169]

Stres genellikle olumsuz algılansa da, bazen uyarıcı bir rol oynayabilir ve değişimlere karşı önemli bir tepki olarak kabul edilebilir. Sağlıklı düzeyde stres, performansı artırabilir. Ancak aşırı stres yıpratıcı olabilir, verimliliği azaltarak sonunda sağlığı bozup tükenmeye neden olabilir. Bu yüzden stresin yönetimi, kişinin onu nasıl algıladığı ve nasıl tepki verdiğine bağlıdır.[170]

Ergenlik döneminde bireyler, fizyolojik değişimler, aileden bağımsızlaşma, okulda başarı, sosyal ilişkiler ve gelecekle ilgili plan yapma gibi pek çok stresli durumla karşı karşıya kalır. Ayrıca, ergen beynindeki gelişim süreci nedeniyle mantıklı kararlar veren frontal korteksin, duygusal tepkileri yöneten limbik sistemden daha sonra gelişmesi, ergenlerin istenmeyen durumlarla başa çıkarken daha fazla stres yaşamasına neden olabilir.[171]

Başa çıkma, kişinin çevresinden gelen ya da kendi yarattığı taleplerle başa çıkmak için geliştirdiği sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanır.[169] Bu süreçler, özellikle ergenlik döneminde büyük önem taşır. Ergenler, hayatlarında ilk kez birçok stres yaratan durumla karşılaşır ve henüz geniş bir başa çıkma mekanizması geliştirmemişlerdir. Bu nedenle, ergenlik sürecine uyum sağlamak için başa çıkma stratejilerine ihtiyaç duyarlar.[172] Araştırmalar, ergenlikte geliştirilen başa çıkma örüntülerinin, yetişkinlikteki başa çıkma becerilerinin temelini oluşturduğunu göstermektedir.[173]

2.2.2. Stresle Başa Çıkma Türleri

Lazarus[169], başa çıkmayı sürekli bir durum olarak değil, stresli anlara verilen bilişsel ve davranışsal tepkiler olarak ele alır. Bu tepkiler, stresi azaltma amacı taşır ve ikiye ayrılır: doğrudan eylemler (problem odaklı) ve hafifletici eylemler (duygu odaklı). Doğrudan eylemler; kişinin stres yaratan durumla ilgilenmesini, ona karşı mücadele etmesini sağlarken, hafifletici eylemler; stres yaratan duruma katlanılması gerektiğinde devreye girerek kişinin duygularını ifade etmesini, bu şekilde çevreden destek alarak stres verici durumdan kaçınmasını içerir.[169]

Sonraki araştırmalar, başa çıkmayı iki boyutla sınırlamanın yeterli olmadığını savunmuş ve daha fazla boyutla incelenmesini önermiştir. Ne var ki başa çıkmanın hangi boyutlarda değerlendirilmesi gerektiğine dair fikir birliğine varılamasa da, üç ve daha fazla boyutta yapılan değerlendirmeler daha çok önerilmektedir.[174] Önerilen boyutlar arasında aktif, kaçınan, olumsuz[175]; problem çözme, kaçınma, duygusal oyalanma[176] gibi farklı kategoriler bulunur. Spirito ve ark.[175] başa çıkma yollarını, 10 bilişsel ve davranışsal başa çıkma stratejisini içeren aktif başa çıkma, kaçınan başa çıkma ve olumsuz başa çıkma olmak üzere üç ana başlıkta ele almıştır.[175]

Aktif başa çıkma stratejisi; bilişsel yeniden yapılandırma, problem çözme, duygu düzenleme ve sosyal destek gibi süreçleri kapsar. Bu strateji, problemleri tanımlayıp alternatif çözümler üretmeyi, karar vermeyi ve değerlendirmeyi içeren yapıcı ve işlevsel bir yaklaşımdır.[175] Aktif başa çıkmayı tercih eden kişiler, sorunlardan kaçmak yerine, onları çözmek için sorumluluk alır ve stres yaratan durumları değiştirmeye çalışır. [177]

Kaçınan başa çıkma stratejisi ise dikkat dağıtma, sosyal uzaklaşma ve geri çekilme gibi işlevsel olmayan davranışları içerir. Bu yaklaşımı kullanan bireyler, stresli durumu çözmek, maruz kalmak veya üstesinden gelmek yerine ondan uzaklaşmayı tercih eder. Örneğin, stres yaratıcı durumla başa çıkmak yerine televizyon izlemek, başka bir şeyle ilgilenmek, alışveriş yapmak gibi faaliyetlerle meşgul olabilirler.[175]

Olumsuz başa çıkma yöntemi ise kendini eleştirme, başkalarını suçlama ve çevreye zarar verme gibi tepkileri içerir. Bu yöntemi kullanan kişiler, sorunları tehdit olarak algılar ve çözemeyeceklerine inanır. Bu tür başa çıkma şekli, özellikle gençlerde uyum sorunlarına yol açarak psikolojik zarar verebilir.[175]

Başarılı bir başa çıkma süreci, stresi kontrol altına alırken; başarısız bir süreç kaygı ve diğer fizyolojik-psikolojik tepkilere yol açabilir. Başa çıkma stratejileri, stresi yönetmeyi kolaylaştıran bir mekanizmadır ve yeni stratejiler öğrenmek, bireyin stresle daha etkin başa çıkmasını sağlar. Bu stratejiler hem stresi hem de stresin neden olduğu olumsuz duygusal tepkileri yönetmede etkilidir.[178]

2.2.3. Stresle Başa Çıkma ve Kendine Zarar Verme Davranışı

Kendine zarar veren ergenler, stresli durumlarla başa çıkarken hem yapıcı hem de işlevsel olmayan stratejiler kullanabilirler. Bu ergenlerin, kendine zarar verme davranışı göstermeyen yaşıtları gibi yardıma ihtiyaç duydukları ancak çoğunun yardım aramadıkları gözlemlenmiştir. Kendine zarar veren ergenler de diğer gençler gibi yardım almak için daha çok arkadaşlarına yönelmektedirler. Ancak, karşılaştıkları zorluklarla baş etme stratejileri farklılık göstermektedir. Stresli veya kaygı yaratan durumlarla karşılaştıklarında kendine zarar veren ergenlerin, probleme odaklanmak yerine kaçınma davranışları sergiledikleri ve daha çok duygu odaklı başa çıkma stratejilerini tercih ettikleri görülmüştür. Buna karşın, kendine zarar verme düşüncesi olmayan ergenlerin, biriyle konuşmak veya problemi çözmeye çalışmak gibi problem odaklı stratejiler kullandıkları belirlenmiştir.[9]

Literatürde ergenlerde başa çıkma becerilerinin kendine zarar verme davranışı üzerindeki etkisine dair çalışmalar sınırlıdır. Ancak, erişkinlerde yapılan çalışmalar kendine zarar veren bireylerin sağlıklı bireylere göre daha az problem odaklı ve daha çok kaçınma odaklı stratejiler kullandığını göstermektedir.[179] Ülkemizde yapılan benzer bir çalışma ise, kendine zarar veren ergenlerin, KZVD'den önce daha çok duygu odaklı ve daha az problem odaklı başa çıkma yöntemlerine başvurduklarını bildirmiştir.[180]

16-18 yaş arası ergenlerle yapılan bir araştırmaya göre, dört veya daha fazla dönemde kendine zarar verme davranışı gösteren katılımcıların, duygu odaklı ve kaçınma odaklı başa çıkma stratejilerini daha sık tercih ettikleri saptanmıştır.[181] Williams ve Hasking[10] (2010) ise duygu odaklı ve kaçınma odaklı başa çıkma stratejilerinin, intihar amacı taşımayan kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olduğunu bulmuştur. Kaçınmacı stratejilerin genç yetişkinlerde kendine zarar verme davranışı ile pozitif bir ilişkisi olduğu gözlemlenmiştir.[10] Üniversite öğrencileriyle yapılan bir diğer çalışmada, kendine zarar verme geçmişi olan katılımcıların (deney grubu), bu geçmişe sahip olmayanlardan (kontrol

grubu) daha fazla kaçınma başa çıkma stratejisi kullandığı görülmüştür. Aynı çalışmada, kendine zarar veren bireylerin problem çözme ve sosyal destek arama stratejilerini daha az kullandıkları tespit edilmiştir.[182] 2000-2010 yılları arasında yapılan 18 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analiz, duygu odaklı ve kaçınma stratejilerinin kendine zarar verme davranışıyla tutarlı bir şekilde pozitif ilişkili, problem odaklı başa çıkma stratejisinin ise negatif ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.[8]

2.3. Yeme Tutumları

2.3.1. Yeme Tutumu Tanımı

Yeme tutumu, bireyin düşünce, duygu ve davranışlarına dair bir eğilim olarak değerlendirilir. Bu tutum, kişinin ne yiyeceğinin yanı sıra ne zaman, nasıl, kiminle ve ne kadar yiyeceği konusundaki seçimlerini de kapsar ve psikolojik ile toplumsal değişkenler çerçevesinde gelişir.[183,11] Yeme ile ilgili normal veya anormal davranışlar, bu tutumun bir sonucu olarak ortaya çıkar. Psikolojik sağlık ve bozulmalar, yeme davranışlarını etkiler; özellikle duygusal ve bilişsel faktörler önemli rol oynar.[184] Duyguların yeme davranışı ve iştah üzerindeki etkisi %30-48 arasında değişir ve bu da yemeyi artırabilir veya azaltabilir.[185]

Yeme davranışını psikoloji perspektifinden açıklamak için birçok kuram geliştirilmiştir. Temel kurama göre, bireyler sıkıntılı durumlarla karşılaştıklarında duygusal bir savunma mekanizması olarak yemeyi kullanırlar.[13] Evers[186] (2011), bireylerin yemek yemeyi bir savunma mekanizması olarak kullanmaktan çok, yiyeceklerin görüntüsü ve kokusu gibi dışsal uyarıcılardan etkilendiklerini savunmaktadır.[186] Psikosomatik kurama göre ise, olumsuz duygulara yanıt olarak aşırı yeme davranışı ortaya çıkar; bu, bireyin açlık hissetmeden de yiyecek almasıyla başa çıkma biçimidir. Özellikle çocukluk döneminde duygularını düzenlemeyi öğrenemeyen çocuklar bu durumu örnek olarak gösterilebilir.[187] Kaçış Modeli'ne göre, yeme davranışı bir kaçış mekanizması olarak kullanılır; kişi, tehditlerle karşılaştığında dikkatini bu uyarandan uzaklaştırmak için yeme davranışına yönelir.[188] Bireyler sıkıntıdan kaçmak için yeme davranışını tetikleyen durumlarla başa çıkmaya çalışırlar .[189]

Günümüzde yeme tutumlarına olan ilgi artmakta ve bu konuda yapılan araştırmalar çoğalmaktadır. Bozulmuş yeme tutumları, yeme bozukluğu tanısı alan bireyler için öncü bir gösterge olarak kabul edilmektedir.[12] Calam ve Waller[190] (1998), yeme tutumundaki

bozulmaların zamanla süreklilik gösterdiğini ve bu durumun ilerideki yeme bozukluklarını etkilediğini belirtmektedir.[190] Yeme bozuklukları, ciddi tıbbi sonuçlar doğurabilen ve bireyin fiziksel ve zihinsel sağlığını tehdit eden karmaşık psikiyatrik hastalıklardır; bu hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar arasında en yüksek ölüm oranına sahiptir. Görülme sıklığındaki artış, yaşların düşmesi ve tedavi sürecinin zorluğu, yeme bozuklukları üzerine yapılan çalışmaları artırmıştır. Bu bağlamda, bireylerin yeme tutumlarındaki bozulmaların incelenmesi önem kazanmaktadır.[191,192]

Ergenlik dönemi, gelişim ve büyümenin en hızlı yaşandığı bir dönemdir; bu dönemde ergenler dış görünüşlerine büyük önem verirler. Yeme tutumlarında sıkça rastlanan düzensiz öğünler, atıştırmalar, hızlı ve ayaküstü beslenme ile dışarıda yemek yeme alışkanlıkları, birçok faktörden (aile, akran, medya) etkilenir. Ergenliğin erken döneminde yeme bozukluğu tanısı nadir görülse de, bu bozukluğun belirtilerinin erken ergenlikte ortaya çıktığı ve bireyin yeme tutumlarını oluşturmaya başladığı düşünülmektedir.[193]

2.3.2. Yeme Tutumu Türleri

Yeme tutumları genel olarak duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme şeklinde üç kategoriye ayrılır.[194]

2.3.2.1 Duygusal Yeme

Duygusal yeme, olumsuz duygularla başa çıkma amacıyla ortaya çıkan bir yeme davranışıdır ve kişinin aç olmamasına rağmen aşırı besin alma isteğiyle karakterizedir. Duygular, bireylerin yeme tutumunu ve davranışını etkileyebilir; bu durum, duygu kontrolünde zorluk yaşayan bireylerin yeme alışkanlıklarında sorunlar yaşamasına neden olabilir. Kişi kaygı veya stresli bir durumla karşılaştığında, aç olmadığı halde yemek yeme davranışına yönelebilir.[195] Duygusal yeme genellikle olumsuz duygulara verilen bir tepki olarak tanımlanabilir.[187]Araştırmalar, tıkanırcasına yeme krizlerinin duygusal yeme ile bağlantılı olabileceğini göstermektedir.[187,195]

Duygusal yeme davranışına sahip bireyler, yeme ihtiyaçlarının fizyolojik mi yoksa duygusal mı olduğunu ayırt etmekte zorluk yaşarlar ve bu davranış genellikle ana öğünlerin dışında, özellikle gece ve ara öğünlerde ortaya çıkar.[185] Aldao ve Nolen-Hoeksema'nın[196] 2010 yılında yaptığı araştırmada, öğrencileri stresli dönemlerinde yeme davranışına yöneldikleri görülmüştür.[196] Ayrıca, kaygı duygusunu reddetmek tıkınırcasına

yeme ataklarının oluşmasına yol açabilir. Bireylerin gıda tüketimi sırasında bunun fiziksel bir açlık hissi mi yoksa duygusal bir ihtiyaçtan mı kaynaklandığını ayırt edebilmesi önemlidir. Duygusal yeme sergileyen kişiler, açlık hissinin bedensel ihtiyaçtan mı yoksa duygusal yönden mi kaynaklandığını bilmekte yetersiz kalırlar. Normal koşullarda negatif ruh halleri fizyolojik değişiklikleri tetikler ve iştahta kesilmeye neden olurken, duygusal yeme tutumu gösteren bireyler bu olumsuz duygulara gıda tüketimi ile yanıt verirler.[189]

Duygusal yeme davranışının, Amerika Birleşik Devletleri'nde obezite sorununa yol açan önemli bir etken olabileceği belirtilmektedir. Duygusal yeme tutumu ve belirleyici faktörleri ile ilgili çalışmalar, obezite problemini engelleme çabalarına katkı sağlayacak sağlık bilgilendirme çalışmalarının düzenlenmesine yardımcı olabilir. Obezite hastalarıyla yapılan pek çok çalışma, bu bireylerin duygusal yeme tutumları sergilediğini ortaya koymaktadır.[197,188] Duygusal yemenin obezite ve beden kitle indeksi ile ilişkili araştırmalarda yer alması, obezitede tedaviye yönelik terapilerin önem kazanmasını sağlamıştır.[185]

Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza gibi yeme bozukluklarına, kontrol kaybı hissiyle birlikte duygusal yeme eşlik etmektedir.[198] Yeme bozukluklarıyla olan ilişki incelendiğinde, tıkınırcasına yeme bozukluğu ve duygusal yeme arasında bir bağ olduğu gözlemlenmektedir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı olan bireylerde duygusal yeme davranışları sıkça görülmekte; ayrıca algılanan stresin, tıkınırcasına yeme bozukluğunun önemli bir belirleyicisi olduğu düşünülmektedir.[199]

Duygusal yeme, DSM-5 veya ICD-10'da resmi bir bozukluk olarak tanımlanmamış olsa da, tıkınırcasına yeme bozukluğunun yanı sıra anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza gibi psikiyatrik bozukluklarla da ilişkili olduğu araştırmalarla gösterilmiştir.[198,199]

2.3.2.2. Kısıtlayıcı Yeme Davranışı

Kısıtlı yeme tutumu, bireyin mevcut vücut ağırlığını kontrol edebilmek amacıyla tükettiği gıdaları kısıtlaması olarak tanımlanır.[200,201] Kısıtlı gıda tüketen veya diyet yapan bireylerin başarıya ulaşamamaları, genellikle bu süreçte sık sık aşırı besin alımı dönemlerine girmeleriyle ilişkilidir.[202] Kişi ihtiyacı olan miktarda yemek yemekte ve bu noktada kendisini kısıtlamamaktadır. Ancak, yemek istediği miktarı tüketmeyerek kendini kısıtlamakta, dolayısıyla aynı kiloda kalmayı amaçlamaktadır.[203]

Kişinin besin alımında kendisini aşırı kısıtlaması, aşırı yeme davranışının başlaması için bir risk oluşturabilir. Bu kısıtlama sonucunda yeme atakları meydana gelebilir ve yeme bozuklukları gelişebilir.[204] Aşırı kısıtlama, zamanla yoğun bir açlık hissine yol açar ve bireyde yeme atakları başlar [209]

Kısıtlama teorisindeki "disinhibisyon hipotezi"ne göre, yoğun duygu durumları ve stresli durumlar, kısıtlayıcı yeme tutumuna sahip bireylerde kontrolün geçici olarak bozulmasına neden olabilir.[203] Anksiyete, depresyon, alkol kullanımı bireyin çok yediğine dair algı kontrolünün kaybına yol açan faktörler arasında yer alır.[205]

Mevcut literatürde, rejim kısıtlaması deneyimlerinin bulimia nevroza (BN) ve tıkanırcasına yeme bozukluğu (TYB) yaşayan bireylerde tıkınma ataklarının artışı ile ilişkilendirildiği görülmektedir.[206–209] Ergenler ve genç yetişkinleri kapsayan bir çalışmada, riskli diyet tutumlarının beş yıl boyunca tıkınma atakları ile besin alımının önemli bir yordayıcısı olduğu gözlemlenmiştir.[210] Ayrıca, yapılan bir araştırmada, bulimia nevroza ve tıkanırcasına yeme bozukluğunun genellikle yeme alışkanlıklarındaki bozulmalarla, anoreksiya nevroza (AN) tanısının ise diyet yapma tutumlarıyla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır.[211]

2.3.2.3 Dışsal Yeme Davranışı

Dışsal yeme tutumu sergileyen bireylerin, fizyolojik açlık ve tokluk hissine dair algılarında bozulma söz konusudur. Bu kişiler, açlık ve tokluk hissini belirleyen faktörlerin dış uyaranlar olduğunu deneyimler. Fizyolojik olarak tok olduklarında bile, bulundukları ortamda olan besinlerin kokusu, görünümü ve tadı gibi niteliklere karşı aşırı hassasiyet gösterirler. Bu nedenle, bu nitelikler kişileri yemek yemeye yönlendirebilir.[186,212] Dışsal yeme stiline sahip bireyler, tok olsalar bile bu dışsal faktörlerden etkilenerek yiyecek tüketme eğilimindedirler. Yemek ile ilgili bir ortam ve mekân mevcut olmadığında, genellikle yemek düşüncesi akıllarına bile gelmez.[186]

Kilo artışı ile besine karşı verilen tepki daha belirgin hale gelir. Schachter[213] (1968), normal ağırlığa sahip bireylerin dışsal besin alımı unsurları (gıdanın kokusu, görünüşü ve tadı) ile karşılaştıklarında, fizyolojik açlık ve tokluk sinyallerini algılayarak gıda tüketim davranışlarını nasıl şekillendirebileceklerini belirtmektedir. Buna karşın, obez bireyler fizyolojik olarak açlık ve tokluk sinyallerini algılamadan, dışsal unsurların etkisiyle yeme

davranışı sergileyebilirler. Obezite problemi yaşayan bireyler, normal ağırlığa sahip bireylerle kıyaslandığında, bir pastane gördüklerinde vitrinlerindeki ürünlerin görünümünden etkilenirler. Tok olsalar bile dışsal faktörlerle karşılaştıklarında, besin tüketme isteği duyabilirler.[213]

2.3.3. Yeme Tutumları ve Kendine Zarar Verme Davranışı

Yeme davranışları ve kendine zarar verme davranışları arasındaki ilişkiye odaklanan çalışmalarda; sağlıksız yeme alışkanlıkları ile kendine zarar verme davranışları arasında sıkı bir bağlantı olduğunu öne sürmektedir.[12,184] Duygusal düzenleme sorunları olan bireylerde genellikle zorlayıcı duygularla başa çıkmakta zorlandıklarından dolayı olumsuz yeme veya kendine zarar verme gibi davranışlara başvurabilirler.[12,195] Yeme bozukluklarıyla kendine zarar verme arasındaki ilişki üzerine yapılan bir sistematik inceleme, kendine zarar verme davranışlarının sıklıkla düşük öz-değer, anksiyete ve stres gibi psikolojik faktörlerle bağlantılı olduğunu göstermiştir.[196,199] Çalışmalara göre, duygusal zorlanmalarla başa çıkmada yetersiz kalan genç bireylerde bu tür davranışlar daha sık ortaya çıkmaktadır. Bu davranışların tetikleyicileri genellikle kendini değersiz hissetme, sosyal izolasyon ve yoğun stres gibi olumsuz duygusal deneyimlerdir.[195,214] Yapılan araştırmalar, sağlıksız yeme davranışlarına sahip bireylerin kendine zarar verme davranışlarına daha yatkın olduklarını göstermektedir. Bu iki davranış arasındaki ilişkiyi açıklayan bazı etmenler şunlardır:

1. **Duygusal Regülasyon:** Yeme bozuklukları veya yeme ile ilgili olumsuz tutumlar, çoğunlukla duygusal regülasyon zorluklarıyla bağlantılıdır. Kişi, zorlayıcı duygularla başa çıkmakta zorlandığında ya aşırı yeme gibi davranışlara yönelebilir ya da yeme kısıtlaması gibi kendine zarar verici eylemlerde bulunabilir. Benzer şekilde, kendine zarar verme davranışları da duygusal regülasyon stratejilerinin yetersiz olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır.[215,216]
2. **Stres ve Anksiyete:** Yeme tutumlarındaki olumsuzluklar, özellikle stresli ve anksiyeteli durumlarda daha belirgin hale gelmektedir. Stres altındaki bireyler, yemeği bir başa çıkma yöntemi olarak kullanabilir veya kendine zarar verme davranışları geliştirebilir. Her iki durumda da birey, yeme ve kendine zarar verme davranışlarını stres ve kaygıyla başa çıkma aracı olarak kullanmaktadır.[189,217]

3. **Kendini Cezalandırma Eğilimi**: Özellikle tıkanırcasına yeme ve ardından suçluluk hissetme gibi durumlar, kişinin kendini cezalandırma eğiliminde olduğunu gösterebilir. Bu, kendine zarar verme davranışının altında yatan temel motivasyonlardan biridir. Kişi, kendini yetersiz veya başarısız hissettiğinde, hem yemekle ilgili kontrol davranışları sergileyebilir hem de kendine zarar verme eğilimi gösterebilir.[215,218]

Özellikle ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde hem sağlıksız yeme davranışları hem de kendine zarar verme davranışları daha belirgin hale gelir. Bu nedenle, bu yaş grubunda duygusal düzenleme becerilerinin geliştirilmesi ve sağlıklı başa çıkma stratejilerinin öğretilmesi, her iki davranış türünü de azaltmada önemli bir rol oynayabilir

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Yöntemi

Bu tez çalışması Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (KOÜTF ÇERSAH) Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Etik kurul onayı alındığı tarihten itibaren KOÜTF ÇERSAH ile Pediatri Polikliniği'ne başvuran, dahil edilme kriterlerine uyan olgu grubu hastalarına, bunlarla yaş, cinsiyet ve ruhsal tanı açısından eşleştirilmiş klinik kontrol grubuna ve sağlıklı kontrol grubuna birebir çalışma hakkında bilgi verilerek ulaşılmıştır. Çalışmaya katılmadan önce araştırmacı tarafından gençlere ve ebeveynlerine çalışma hakkında bilgi verilmiş, gencin ve ebeveynin çalışmaya katılmayı kabul etmesi sonrasında, gençler kendileri için hazırlanmış olan Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu, ebeveynler ise Ebeveynler İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu okumuş ve Onam Formunu imzalamışlardır. Etik kurul onayı 10.06.2024 tarih ve 2024/289 karar numarası ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

3.2. Çalışmanın Örneklemi

Çalışmaya KOÜTF ÇERSAH Polikliniklerinde Haziran 2024 – Kasım 2024 tarihleri arasında kendine zarar verici davranışı nedeniyle takipli olan, acil olarak başvurmuş veya KOÜFT Çocuk Acil Servisi tarafından konsülte edilmiş 14-18 yaş aralığında, kız; klinik görüşmeler ve uygulanan yapılandırılmış psikiyatrik değerlendirme formu (ÇDŞG-ŞY-T) sonrasında KZVD ve içe yönelim bozukluğu (depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu) tanısı alan 30 ergen olgu grubuna dahil edilmiş; klinik kontrol grubuna, herhangi bir nedenle KOÜTF ÇERSAH Kliniği'ne başvuran 14-18 yaş aralığında, kız, kendine zarar verme davranışı olmayan, klinik görüşmeler ve uygulanan yapılandırılmış psikiyatrik değerlendirme formu (ÇDŞG-ŞY-T) sonrasında içe yönelim bozukluğu (depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu) tanısı alan, yaş, cinsiyet ve tanı olarak olgu grubuyla eşleştirilmiş 30 ergen dahil edilmiş; sağlıklı kontrol grubuna, KOÜTF Pediatri Polikliniklerine başvuran, 14-18 yaş aralığında, kız; daha önce çocuk psikiyatri başvurusu olmayan, klinik değerlendirme ve uygulanan yapılandırılmış psikiyatrik değerlendirme formu (ÇDŞG-ŞY-T) sonrasında herhangi bir psikopatoloji saptanmayan 30 ergen dahil edilmiştir. Çalışmayı kabul eden ve çalışma kriterlerine uygun ergenlerden ve ailelerinden yazılı onam alınmıştır.

Her 3 gruptaki ergenler için çalışmaya dahil etme ve dışlama kriterleri aşağıda maddelemiştir.

Olgu Grubunun Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 14-18 yaş arasında, kız cinsiyette olma,

2. Son bir yılda >5 kez intihar dışı kendine zarar verme davranışında bulunma,

3. ÇDŞG-ŞY-T uygulandıktan sonra bir içe yönelim bozukluğu tanısı (depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu) alma,

4. Araştırmacı tarafından çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olma.

Klinik Kontrol Grubunun Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1.14-18 yaş arasında, kız cinsiyette olma,

2. İntihar dışı kendine zarar verme davranışında bulunmama,

3. ÇDŞG-ŞY-T uygulandıktan sonra bir içe yönelim bozukluğu tanısı (depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu) alma,

4. Araştırmacı tarafından çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olma.

Sağlıklı Kontrol Grubunun Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 14-18 yaş arasında kız cinsiyette olma,

2. ÇDŞG-ŞY-T uygulandıktan sonra tanı alacak bir psikopatolojisi olmama,

3. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Pediatri Polikliniklerine başvurma,

4. Araştırmacı tarafından çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olma.

Dışlama Kriterleri

Yapılan psikiyatrik görüşme ve uygulanan psikometrik testler sonucunda kişide;

1.Alkol-madde bağımlılığı,

2.Ölçek doldurmaya engel olabilecek derecede klinik olarak hafif, orta ya da ağır mental retardasyon olması,

3.Otizm Spektrum Bozukluğu,

4.Şizofreni ve Bipolar bozukluk tanılarının olması,

5.Konuşma ve anlamayı engelleyecek düzeyde işitme ve dil sorununun olması, görme bozukluklarının olması.

Çalışmanın Hipotezleri

Ana hipotez: Kendine zarar verme davranışı olan kız ergenlerde stresle başa çıkmadaki güçlükler ile bozulmuş yeme tutumları arasında pozitif ilişki vardır.

Hipotez 1: Kendine zarar verme davranışı olan kız ergenlerde, stresle başa çıkmadaki güçlükler klinik kontrol ve sağlıklı kontrol gruplarına kıyasla anlamlı şekilde yüksektir.

Hipotez 2: Kendine zarar verme davranışı olan kız ergenlerde, işlevsiz yeme tutumları klinik kontrol ve sağlıklı kontrol gruplarına kıyasla daha fazladır.

Hipotez 3: Bozulmuş yeme tutumları ile stresle başa çıkmadaki güçlükler arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Hastaya sertifikalı bir çocuk psikiyatri hekimi tarafından Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 uygulanmıştır ve hem ergenlerden hem anne-babadan alınan bilgilerle Sosyodemografik Veri Formu doldurulmuştur. Ergenlerden Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, Ergenler İçin Başa Çıkma Ölçeği, Hollanda Yeme Davranışları Ölçeği doldurması istenmiştir.

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form çalışmaya katılan ergenlerin sosyodemografik özellikleri, beslenme ve yaşam alışkanlıkları hakkında bilgi toplamak amacıyla kendileri ve bakımverenlerinden alınan bilgiler doğrultusunda doldurulmuştur. Gencin yaş, cinsiyet, okula devam ve sınıf tekrarı durumu, son 1 yıldaki okul başarısı, daha önce psikiyatri ilaç kullanımı olup olmadığı, fast-food tüketim sıklığı, aile yapısı, kardeş sayısı, gence göre ailenin yaşadığı yerin güvenli olup olmaması, ailenin aylık gelir düzeyi, anne ve babanın eğitim durumları, ebeveyn çalışma durumu, ailedeki fiziksel ve ruhsal hastalıklar, kendisinde evden, okuldan kaçma öyküsü, gencin ailesinde ve arkadaşlarında KZVD, sigara-alkol-madde kullanım öyküsü, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar öyküsü sorgulanmıştır. Çocuk ve ebeveynle yapılan görüşmede çocuğun "boy" ve "vücut ağırlığı" aynı cihazla ölçülmüş, "Vücut kitle indeksi" (VKİ) hesaplanarak, VKİ persentili belirlenmiştir.

3.3.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)

Kaufman ve ark.[219], çocuk ve ergenlerde geçmiş ve mevcut psikopatolojiyi belirlemek amacıyla DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncelledikleri bu yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesini oluşturmuşlar, bu uyarlamada, çeviri ve geri çeviri metinlerindeki farklılıklar araştırmacılar tarafından gözden geçirilmiş ve ana-baba ile çocuklarla yapılan deneme görüşmeleri doğrultusunda formun işlerliği değerlendirilmiştir. Bu süreç sonunda, ÇDŞG-ŞY-T nihai halini almıştır.[219]

Formun Türkçeye uyarlaması geçerlik ve güvenirlik çalışması 2019 yılında Ünal ve ark.[220] tarafından yapılmıştır. Tanı amaçlı kullanılan bu tarama görüşmesi, üç bölümden oluşmakta olup, 200'den fazla semptomu değerlendirerek 23 farklı tanıyı tarayabilme kapasitesine sahiptir.[220]

Görüşme çizelgesinin ilk bölümünde yapılandırılmamış bir görüşme ile çocuğun ve ailesinin sosyodemografik özellikleri yakınmaları, gelişim öyküsü, sağlık durumu, genel olarak okuldaki ve evdeki işlevselliği ile ilgili bilgiler sorgulanmaktadır. İkinci bölümde hem geçmiş hem de şu andaki (son iki aydaki) özgül belirtileri değerlendiren tarama

soruları yer alır. Üçüncü bölüm DSM-5 tanılarını doğrulamak için yapılan değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşur. Her bir bilgi kaynağından alınan bilgiler ayrı ayrı ve sonunda klinisyen gözlemleriyle de birleştirilerek puanlanır.[220]

3.3.3. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)

Klonsky ve Glenn[142] tarafından geliştirilen Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, intihar amacı olmadan kasıtlı olarak yapılan 12 farklı kendine zarar verme davranışının sıklığı sorgulanır. Bu davranışlar arasında kesme, ısırma, yakma, cilde bir harf/yazı/şekil kazıma, çimdikleme, saç koparma, tırnaklama, kendine vurma, yaranın iyileşmesini engelleme, cildi sert bir yüzeye sürtme, kendine iğne batırma ve tehlikeli/zorlayıcı maddeler içme/yutma gibi eylemler yer alır. İkinci bölümde ise 39 madde ile kendine zarar verme davranışlarının farklı işlevleri sorgulanmaktadır. Bu işlevler, otonom ve sosyal olmak üzere iki ana boyutta toplanmıştır. Otonom işlevler; duygusal düzenleme, intiharı önleme, sıkıntıyı etiketleme, kendini cezalandırma ve çözülmeyi önleme olarak beş alt boyuta ayrılırken, sosyal işlevler; kişiler arası sınırlar, etkileşim, intikam alma, heyecan arama, akranlarla bağ kurma, dayanıklılık, özerklik ve kendiyle ilgilenme olarak sekiz alt boyuttan oluşmaktadır.[142]

Envanterin geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Bildik ve ark.[221] tarafından 2008 yılında lise öğrencileri üzerinde yapılmış ve Türk kültürüne uyarlanmıştır.[221]

3.3.4. Ergenler İçin Başa Çıkma Ölçeği (EİBÇÖ)

Ergenlerde başa çıkma yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla Spirito ve ark[222] (1988) tarafından geliştirilen bu ölçek, Bedel ve ark.[223] tarafından 2014 yılında Türkçeye uyarlanmıştır.[222,223] Uyarlama çalışması, yaşları 13-18 arasında değişen ve 7., 8., 9., 10. ve 11. sınıflarda öğrenim gören toplam 453 öğrenci ile yapılmıştır. Ölçek, üç alt boyuttan oluşmaktadır: aktif başa çıkma, kaçınan başa çıkma ve olumsuz başa çıkma. Toplam 11 maddeden oluşan ölçek, 4'lü Likert tipi derecelendirme kullanılarak hazırlanmıştır ve cevaplar "hiçbir zaman" (0) ile "her zaman" (3) arasında derecelendirilmektedir. Dört madde aktif başa çıkma stilini, dört madde kaçınan başa çıkma stilini ve üç madde de olumsuz başa çıkma stilini ölçmektedir. Her bir alt ölçek puanı, ilgili maddelerin toplamı

ile elde edilir. Ölçekten alınabilecek puanlar, aktif başa çıkma ve kaçınan başa çıkma stili için 0-12, olumsuz başa çıkma stili için ise 0-9 arasında değişmektedir. Yüksek puan, o başa çıkma stratejisinin daha sık kullanıldığını göstermektedir.

3.3.5. Hollanda Yeme Davranışları Ölçeği (HYDÖ)

Hollanda Yeme Davranışları Anketi, yeme tutumlarını değerlendirmek amacıyla 1986 yılında Van Strein ve ark.[224] tarafından geliştirilmiştir.[224] HYDA, özbildirime dayalı 33 maddelik bir Likert tipi ölçektir ve her madde 1 (hiçbir zaman) ile 5 (çok sık) arasında puanlanır. Ölçek; ruh halinin yemek yeme üzerindeki etkisini ölçen "duygusal yeme", kilo alma korkusunun yemek yeme davranışı üzerindeki etkisini değerlendiren "kısıtlayıcı yeme" ve çevresel faktörlerin yeme tutumu üzerindeki etkisini inceleyen "dışsal yeme" olmak üzere üç alt ölçekten oluşur. Ölçeğin Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması 2009 yılında Bozan[225] tarafından yapılmıştır.[225] Bu ölçekte belirli bir kesme değeri bulunmamakla birlikte, toplam puanın yüksekliği yeme tutumunda olumsuz bir eğilimi gösterir.

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Veri analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 26 program kullanılmıştır. Öncelikle hastaların grupları ile demografik kategorik değişkenler arasındaki ilişki de oranları karşılaştırma kullanılan ve parametrik olmayan yöntem olan ki-kare analiz yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem iki kategorik değişkenlerin frekans dağılımını karşılaştıran ve parametrik olmayan bir yöntemdir.[226] Anlamlı ki-kare sonucu için farkın kaynağı ise Bonferroni düzeltmesi ile incelenmiştir. KZVD davranışları alt faktörleri için tanımlayıcı istatistikler belirtilmiştir. Çocukların gruplarına göre sürekli olan demografik ve ölçek puanları ise ANOVA yöntemi ile karşılaştırılmıştır. Bu yöntemde üç ve daha fazla gruba ilişkin sürekli ölçümler karşılaştırılır. Ayrıca bu yöntemde gruplarda veri sayısı yeterli sayıda (N>50) olması gerekir.[227] Anlamlı çıkan ANOVA sonuçlarında ise farkın hangi gruplar arasında olduğu LSD çoklu karşılaştırma yöntemi ile karşılaştırılmıştır. Son olarak KZVD, başa çıkma ve yeme bozukluğu sürekli ölçümleri arasındaki ilişki ise Pearson korelasyon yöntemi ile incelenmiştir. Baykul[228] korelasyon değeri olan r için 0.70'den büyükse ilişkinin gücünün yüksek olduğunu, 0.40-0.70 arasındaysa orta ve 0.40'tan küçükse düşük düzeyde olduğunu belirtmiştir.[228]

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Genel Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamıza 31'i olgu, 30'u klinik kontrol, 30'u sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 91 ergen alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcılar kız cinsiyetten oluşmuştur. Çalışmamıza alınan ergenlerin yaşları 14-18 arasında olup ortalama yaş olgu grubunda 16,32±1,18, klinik kontrol grubunda 16,39±1,23 ve sağlıklı kontrol grubunda 16,38±1,06 olarak bulunmuştur. Gruplara göre yaş ortalaması benzer olup yaş ortalaması açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 1).

Çalışmamızdaki ergenlerin boyları 181cm-148 cm arasında olup ortalama boy olgu grubunda 162,36±7,76 cm, klinik kontrol grubunda 159,4±6,04 cm ve sağlıklı kontrol grubunda 161,97±5,1 cm olarak saptanmıştır. Gruplara göre boy ortalaması benzer olup boy ortalaması açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 1).

Çalışmamızdaki ergenlerin vücut ağırlıkları 100kg-36kg arasında olup vücut ağırlığı ortalamaları olgu grubunda 62,29±16,57 kg, klinik kontrol grubunda 55,2±10,87 kg ve sağlıklı kontrol grubunda 54,3±9,9 kg olarak saptanmıştır. Grupların vücut ağırlığı ölçümlerine göre anlamlı farklılık saptanmıştır (p<.05). Farkın hangi gruplar arasında olduğu LSD çoklu karşılaştırma yöntemi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre olgu grubundaki ergenler ile diğer gruplardaki ergenlerin vücut ağırlığı ölçümleri arasındaki fark anlamlıdır (p<.05). Olgu grubundaki ergenlerin vücut ağırlığı ölçüm ortalaması klinik kontrol ve sağlıklı kontrol gruplarındaki ergenlerden daha yüksektir (Tablo 1).

Çalışmamızdaki ergenlerin VKİ değerleri 36,51-15,2 arasında olup ortalama VKİ olgu grubunda 23,57±5,76, klinik kontrol grubunda 21,65±3,66 ve sağlıklı kontrol grubunda 20,66±3,49 olarak saptanmıştır. Grupların VKİ özelliklerine göre anlamlı farklılık saptanmıştır (p<.05). Farkın hangi gruplar arasında olduğu LSD çoklu karşılaştırma yöntemi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre olgu grubundaki ergenler ile sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin VKİ ölçümleri arasındaki fark anlamlıdır (p<.05). Olgu grubundaki ergenlerin VKİ ölçüm ortalaması sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerden daha yüksektir (Tablo 1).

Çalışmamızda olgu grubunda bulunan ergenlerin %19,4'ü (n=6) kırsal ve %80,6'sı (n=25) kentsel yerde, klinik kontrol grubunda %13,3'ü (n=4) kırsal ve %86,7'si (n=26) kentsel yerde, sağlıklı kontrol grubunda ise %13,3'ü (n=4) kırsal ve %86,7'si (n=26)

kentsel yerde yaşadığı öğrenilmiştir. Yerleşim yeri açısından yapılan gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 1).

Çalışmamızda ergenlerin eğitim durumlarına bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin eğitim durumuna göre dağılımı açıköğretim %6,5 (n=2), örgün %83,9 (n=26) ve okula gitmiyor %9,7 (n=3) olarak, klinik kontrol grubundaki ergenlerin eğitim durumuna göre dağılımı açıköğretim %6,7 (n=2), örgün %90 (n=27) ve okula gitmiyor %3,3 (n=1) olarak, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin eğitim durumuna göre dağılımı açıköğretim %6,7 (n=2), örgün %93,3 (n=28) ve okula gitmiyor %0 (n=0) olarak belirlenmiştir. Eğitim durumları açısından yapılan gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 1).

Çalışmamızda katılan ergenlerin eğitimde sene kaybı özelliklerine bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin %67,7'sinde (n=21) sene kaybı yok ve %32,3'inde (n=10) sene kaybı var, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %86,7'sinde (n=26) sene kaybı yok ve %13,3'ünde (n=4) sene kaybı var, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %90'ında (n=27) sene kaybı yok ve %10'unda (n=3) sene kaybı var olarak bulunmuştur. Gruplarda eğitimde sene kaybı olma durumuna ilişkin oranlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 1).

Çalışmamızda ergenlerin kendileri tarafından algılanan akademik başarılarına bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin akademik başarısını düşük %38,7 (n=12), orta %51,6 (n=16) ve yüksek %9,7 (n=3) olarak algıladığı, klinik kontrol grubundaki ergenlerin akademik başarısını düşük %23,3 (n=7), orta %46,7 (n=14) ve yüksek %30 (n=9) olarak algıladığı, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin ise akademik başarısını düşük %6,7 (n=2), orta %40 (n=12) ve yüksek %53,3 (n=16) olarak algıladığı gözlenmiştir. Ergenlerin algılanan akademik başarı durumuna ilişkin oranlar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<.05). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Bu farklılığın; olgu grubundaki ergenlerde kontrol gruplarındaki ergenlere göre algılanan akademik başarının düşük, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerde ise olgu grubundaki ergenlere göre algılanan akademik başarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 1).

Çalışmamızda ergenlerin okul devamsızlığına bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin %35,5'inin (n=11) okula devamsızlığının olmadığı ve %64,5'inin (n=20) okula

devamsızlığının olduğu, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %76,7'sinin (n=23) okula devamsızlığının olmadığı ve %23,3'ünün (n=7) okula devamsızlığının olduğu, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %83,3'ünün (n=25) okula devamsızlığının olmadığı ve %16,7'sinin (n=5) okula devamsızlığının olduğu görülmüştür. Katılımcıların grupları ile okula devamsızlık durumuna ilişkin oranlar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<.05). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Bu farklılığın; olgu grubundaki ergenlerde kontrol gruplarındaki ergenlere göre okul devamsızlığının daha fazla olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Genel Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişken		**Olgu (Ort±ss)**	**Klinik kontrol (Ort±ss)**	**Sağlıklı kontrol (Ort±ss)**	**p**
Yaş		16,32±1,18	16,39±1,23	16,38±1,06	0,964
Boy		162,36±7,76	159,4±6,04	161,97±5,1	0,156
Klio		62,29±16,57A	55,2±10,87B	54,3±9,9B	**0,033**
VKİ		23,57±5,76A	21,65±3,66A,B	20,66±3,49B	**0,038**
Değişken	**Grup**	**Olgu**	**Klinik**	**Sağlık**	p
		f(%)	**f(%)**	**f(%)**	
Yerleşim yeri	Kırsal	6(19,4)	4(13,3)	4(13,3)	0,752
	Kentsel	25(80,6)	26(86,7)	26(86,7)	
Eğitim durumu	Açıköğretim	2(6,5)	2(6,7)	2(6,7)	0,474
	Örgün	26(83,9)	27(90)	28(93,3)	
	Okula gitmiyor	3(9,7)	1(3,3)	0(0)	
Eğitimde sene kaybı	Yok	21(67,7)	26(86,7)	27(90)	0,054
	Var	11(35,5)	4(13,3)	3(10)	
Algılanan akademik başarı	Düşük	12(38,7)a	7(23,3)a,b	2(6,7)b	**0,002**
	Orta	16(51,6)a	14(46,7)a	12(40)a	
	Yüksek	3(9,7)a	9(30)a,b	16(53,3)b	
Okula devamsızlık	Yok	11(35,5)a	23(76,7)b	25(83,3)b	**0**
	Var	20(64,5)a	7(23,3)b	5(16,7)b	

p1:Ki-kare istatistiği anlamlılık değeri. p2:ANOVA istatistiği anlamlılık değeri. a,b: Anlamlı ki-kare istatistiği sonucunda farkın hangi gruplar arasında olduğunu gösteren Bonferroni düzeltmesi sonucunu gösterirken farklı küçük harfler gruplara ilişkin oranlar arasında anlamlı farkı gösterir. A;B ise ANOVA soncucu anlamlı ise farkın hangi gruplar arasında olduğunu gösteren LSD karşılaştırma sonucunu gösterir.

4.2. Katılımcıların Tanısal Özellikleri ve İlaç Kullanma Durumlarına Ait Özellikler

Çalışmamıza katılan ergenlerin fiziksel hastalık özelliklerine bakıldığında; olgu grubundakilerin %83,9'unda (n=26) fiziksel hastalık yok ve %16,1'inde (n=5) iskelet deformitesi (n=2), hipotiroidi (n=1), astım (n=1), alerjik rinit (n=1) olmak üzere fiziksel hastalık var, klinik kontrol grubundakilerin %76,7'sinde (n=23) fiziksel hastalık yok ve %23,3'ünde (n=7) astım (n=1), hipotiridi (n=2), kalp kapak yetmezliği (n=1), inflamatuar bağırsak hastalığı (n=1), tip-1 diyabet (n=1), hipertiroidi (n=1) olmak üzere fiziksel hastalık var, sağlıklı kontrol grubundakilerin %86,7'sinde (n=26) fiziksel hastalık yok ve %13,3'ünde (n=4) astım (n=2), immün trombositik purpura (n=1), alerjik rinit (n=1), sistemik lupus eritematozus (n=1) olmak üzere fiziksel hastalık var olarak bulunmuştur (Tablo 2). Katılımcıların fiziksel hastalığa ait ilaç kullanma durumlarına bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin %90,3'ünde (n=28) ilaç kullanımı yok ve %9,7'sinde (n=3) salbutamol (n=1), levotiroksin (n=1), desloratadin (n=1) olmak üzere ilaç kullanımı var, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %90'ında (n=27) ilaç kullanımı yok ve %10'unda (n=3) levotiroksin (n=1), insülin (n=1), metimazol (n=1) olmak üzere ilaç kullanımı var, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %93,3'ünde (n=28) ilaç kullanımı yok ve %6,7'sinde (n=2) hidroksiklorokin (n=1), salbutamol (n=1) olma üzere ilaç kullanımı var olarak belirlenmiştir. Katılımcıların grupları ile fiziksel hastalık durumu ve ilaç kullanım durumuna ilişkin oranlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>.05$) (Tablo 2).

Araştırmamıza katılan olgu grubunda 8 ergen tek bir ruhsal bozukluk tanı ile takip edilmekte, klinik kontrol grubunda ise 28 ergen tek bir ruhsal bozukluk tanısıyla takip edilmektedir. Olgu grubunun ruhsal bozuklukları incelendiğinde 22 ergen (%70) depresif bozukluk, 14 ergen (%45) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, 11 ergen (%35) anksiyete bozukluğu, 9 ergen (%29) travma sonrası stres bozukluğu tanısıyla takip edilmektedir. Klinik kontrol grubunun ruhsal bozuklukları incelendiğinde 17 ergen (%54) anksiyete bozukluğu, 16 ergen (%53) depresif bozukluk, 1 ergen (%3) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, 1 ergen (%3) travma sonrası stres bozukluğu tanısıyla takip edilmektedir (Tablo 2).

Katılımcıların grupları ile psikiyatrik başvuru, Major Depresif Bozukluk (MDB) tanısının olması ve anksiyete bozukluğu tanısının olması durumlarına ilişkin oranlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>.05$) (Tablo 2).

Çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerin %96,8'i (n=30) psikiyatrik ilaç kullanmakta ve %3,2'si (n=1) kullanmamakta olduğu; klinik kontrol grubundaki ergenlerin %66,7'si (n=20) psikiyatrik ilaç kullanmakta ve %33,3'ü (n=10) kullanmamakta olduğu bulunmuş, sağlıklı kontrol grubundaki ergenler bu değişken ile değerlendirilememiştir. Katılımcıların grupları ile psikiyatrik ilaç kullanımı durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre psikiyatrik ilaç kullanan ergenler için olgu grubundakilerin oranı klinik kontrol gruptakilerden daha yüksektir (Tablo 2).

Olgu grubundaki ergenlerin %29'u (n=9) TSSB tanısına sahip olup ve %71'i (n=22) sahip değil, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %3,3'ü (n=1) TSSB tanısına sahip olup ve %96,7'si (n=29) sahip değildir. Katılımcıların grupları ile TSSB tanısına sahip olma durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre TSSB tanısı olan ergenler için olgu grubundakilerin oranı klinik kontrol gruptakilerden daha yüksektir (Tablo 2).

Olgu grubundaki ergenlerin %45,2'sinde (n=14) DEHB tanısı var olup %54,8'inde (n=17) yok, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %3,3'ünde (n=1) DEHB tanısı var olup %96,7'sinde (n=29) yoktur. Sağlıklı kontrol grubundaki ergenler bu değişken ile değerlendirilememiştir. Katılımcıların grupları ile DEHB tanısına sahip olan durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre DEHB tanısı olan ergenler için olgu grubundakilerin oranı klinik kontrol gruptakilerden daha yüksektir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Tanısal Özelliklerinin ve İlaç Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması

Değişken	**Grup**	**Olgu**	**Klinik kontrol**	**Sağlıklı kontrol**	p1
		f(%)	**f(%)**	**f(%)**	
Fiziksel hastalık	Yok	26(83,9)	23(76,7)	26(86,7)	0,576
	Var	5(16,1)	7(23,3)	4(13,3)	
İlaç kullanımı	Yok	28(90,3)	27(90)	28(93,3)	0,881
	Var	3(9,7)	3(10)	2(6,7)	
Psikiyatrik başvuru	Yok	2(6,5)	0(0)		0,157
	Var	29(93,5)	30(100)		
Psikiyatrik ilaç	Yok	1(3,2)a	10(33,3)b		**0,002**
	Var	30(96,8)a	20(66,7)b		

Ruhsal hastalık durumu	Yok	0(0)	0(0)	-
	Var	31(100)	30(100)	
MDB	Yok	9(29)	16(53,3)	0,054
	Var	22(71)	14(46,7)	
Anksiyete Bozukluğu	Yok	20(64,5)	13(43,3)	0,097
	Var	11(35,5)	17(56,7)	
TSSB	Yok	22(71)a	29(96,7)b	**0,007**
	Var	9(29)a	1(3,3)b	
DEHB	Yok	17(54,8)a	29(96,7)b	**,000**
	Var	14(45,2)a	1(3,3)b	

Ki-kare istatistiği anlamlılık değeri. a,b: Anlamlı ki-kare istatistiği sonucunda farkın hangi gruplar arasında olduğunu gösteren Bonferroni düzeltmesi sonucunu gösterirken farklı küçük harfler gruplara ilişkin oranlar arasında anlamlı farkı gösterir.

4.3. Katılımcılara Ait Tedavi Özellikleri

Olgu ve klinik kontrol grubunun psikiyatrik ilaç kullanımı incelendiğinde; olgu grubundaki ergenlerin %58,1'i (n=18) sertralin kullanmakta, %16,7'si (n=5) fluoksetin kullanmakta, %3,3'ü (n=1) essitalopram kullanmakta, %16,7'si (n=5) risperidon kullanmakta, %10'u (n=3) ketiapin kullanmakta, %3,3'ü (n=1) palideridon kulllanmakta; klinik kontrol grubundaki ergenlerin %46,7'si (n=14) sertralin kullanmakta, %16,7'si (n=5) fluoksetin kullanmakta, %0'ı (n=0) essitalopram kullanmakta, %3,3'ü (n=1) risperidon kullanmakta, %0'ı (n=0) ketiapin kullanmakta, %0'ı (n=0) palideridon kullanmaktadır. Katılımcıların grupları ile sertralin, fluoksetin, essitalopram, risperidon, ketiapin ve paliperidon kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 3).

Olgu grubundaki ergenlerin %20'si (n=6) aripiprazol kullanmakta, %13,3'ü (n=4) olanzapin kullanmakta, %26,7'si (n=8) metilfenidat kullanmakta; klinik kontrol grubundaki ergenlerin %3,3'ü (n=1) aripiprazol kullanmakta, %0'ı (n=0) olanzapin kullanmakta, %3,3'ü (n=1) metilfenidat kullanmaktadır. Katılımcıların grupları ile aripiprazol, olanzapin ve metilfenidat ilaçlarını kullanımı arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<.05). Farkın kaynağı için yapılan Bonferroni düzeltmesi sonucuna göre aripiprazol, olanzapin ve metilfenidat ilaçlarını kullanan ergenler için olgu grubundakilerin oranı klinik kontrol grubuna göre daha yüksektir (Tablo 3).

Katılımcıların aldıkları farmakolojik tedavi özellikleri Tablo 3'te ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

Tablo 3. Katılımcıların Kullandığı Psikiyatrik İlaç Türlerinin Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Olgu	Klinik kontrol	p
		f(%)	f(%)	
Sertralin	Hayır	13(41,9)	16(53,3)	0,373
	Evet	18(58,1)	14(46,7)	
Fluoksetin	Hayır	25(83,3)	25(83,3)	1
	Evet	5(16,7)	5(16,7)	
Essitalopram	Hayır	29(96,7)	30(100)	0,313
	Evet	1(3,3)	0(0)	
Aripiprazol	Hayır	24(80)a	29(96,7)b	**0,044**
	Evet	6(20)a	1(3,3)b	
Risperidon	Hayır	25(83,3)	29(96,7)	0,085
	Evet	5(16,7)	1(3,3)	
Olanzapin	Hayır	26(86,7)a	30(100)b	**0,038**
	Evet	4(13,3)a	0(0)b	
Ketiapin	Hayır	27(90)	30(100)	0,076
	Evet	3(10)	0(0)	
Paliperidon	Hayır	29(96,7)	30(100)	0,313
	Evet	1(3,3)	0(0)	
Metilfenidat	Hayır	22(73,3)a	29(96,7)b	**0,011**
	Evet	8(26,7)a	1(3,3)b	

p:Ki-kare istatistiği anlamlılık değeri. a,b: Anlamlı ki-kare istatistiği sonucunda farkın hangi gruplar arasında olduğunu gösteren Bonferroni düzeltmesi sonucunu gösterirken farklı küçük harfler gruplara ilişkin oranlar arasında anlamlı farkı gösterir

4.4. Katılımcılara Ait Özellikler

Çalışmamızda olgu grubunda bulunanların %64,5'i (n=20) sigara kullandığı, %35,5'i (n=11) sigara kullanmadığı, klinik kontrol grubunda bulunanların %20'si (n=6) sigara kullandığı, %80'i (n=24) sigara kullanmadığı, sağlıklı kontrol grubunda bulunanların ise %6,7'si (n=2) sigara kullandığı, %93,3'ü (n=28) sigara kullanmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların sigara kullanımına ilişkin oranlar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre sigara kullanan ergenler için olgu grubundaki ergenlerin oranı diğer ergenlerden daha yüksektir (Tablo 4).

Katılımcılar alkol kullanımı açısından değerlendirildiğinde; olgu grubunda bulunan ergenlerin %74,2'si (n=23) alkol kullanmadığı, %25,8'i (n=8) alkol kullandığı, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %93,3'ü (n=28) alkol kullanmadığı, %6,7'si (n=2) alkol

kullandığı, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %93,3'ü (n=28) alkol kullanmadığı, %6,7'si (n=2) alkol kullandığı belirlenmiştir. Katılımcıların alkol kullanımına ilişkin oranlar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre alkol kullanan ergenler için olgu grubundaki ergenlerin oranı diğer ergenlerden daha yüksektir (Tablo 4).

Olgu grubundaki ergenlerin %51,6'sında (n=16) intihar girişiminin olduğu ve %48,4'ünde (n=15) olmadığı, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %6,7'sinde (n=2) intihar girişiminin olduğu ve %93,3'ünde (n=28) olmadığı, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %100'ünde (n=30) intihar girişiminin olmadığı saptanmıştır. Katılımcıların grupları ile intihar girişimi durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. İntihar girişimi olduğunu belirten katılımcılar için olgu grubundakilerin oranı diğer gruptakilerden daha yüksektir (Tablo 4).

Katılımcılar günlük öğün sayısına göre değerlendirildiğinde; olgu grubundaki ergenlerin günlük öğün sayısı 1 (%9,7) (n=3), 2 (%38,7) (n=12), 3 (%19,4) (n=6) ve 4 ve üzeri (%32,3) (n=10) olarak belirlenmiş, klinik kontrol grubundaki ergenlerin günlük öğün sayısı 2 (%20) (n=6), 3 (%56,7) (n=17) ve 4 ve üzeri (%23,3) (n=7) olarak belirlenmiş, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin günlük öğün sayısı 2 (%23,3) (n=7) ve 3 (%76,7) (n=23) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların grupları ile günlük öğün sayısı arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Günlük öğün sayısı 3 ile 4 ve üzerinde olan ergenler için gruplarına ilişkin oranlar arasında anlamlı farklılık vardır. Günlük öğün sayısı 3 olarak belirten ergenler için olgu grubundakilerin oranı diğer gruptakilerden daha düşüktür. Ayrıca günlük öğün sayısı 4 ve üzeri olarak belirten ergenler için olgu ve klinik kontrol grubundakilerin oranı sağlıklı kontrol grubundan daha yüksektir (Tablo 4).

Katılımcılar polis müdahalesi gerektiren bir olay yaşama durumuna göre değerlendirildiğinde; olgu grubundaki ergenlerin %51,6'sının(n=16) polis müdahalesi gerektiren bir olay yaşamadığı, %48,4'ünün (n=15) yaşadığı, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %90'ının (n=27) polis müdahalesi gerektiren bir olay yaşamadığı, %10'unun (n=3) yaşadığı, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %86,7'sinin (n=26) polis müdahalesi gerektiren bir olay yaşamadığı, %13,3'ünün (n=4) yaşadığı bulunmuştur.

Katılımcıların grupları ile polis müdahalesi gerektiren bir olay yaşama durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Polis müdahalesi gerektiren bir olay yaşadığını belirten ergenler için olgu grubundakilerin oranı diğer gruptakilerden daha yüksektir (Tablo 4).

Katılımcıların sosyal medya kullanım süresine bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin sosyal medya kullanım süresi 3 saat altı %12,9 (n=4), 3-5 saat %32,3 (n=10) ve 5 saat üzeri %54,8 (n=17) olarak belirlenmiş, klinik kontrol grubundaki ergenlerin sosyal medya kullanım süresi 3 saat altı %46,7 (n=14), 3-5 saat %30 (n=9) ve 5 saat üzeri %23,3 (n=7) olarak belirlenmiş ve sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin sosyal medya kullanım süresi 3 saat altı %70 (n=21), 3-5 saat %23,3 (n=7) ve 5 saat üzeri %6,7 (n=2) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların grupları ile sosyal medya kullanım süresi arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Sosyal medya kullanım süresi 3 saat altında olan ergenler için olgu grubundakilerin oranı diğer gruptakilerden daha düşük olup sosyal medya kullanım süresi 5 saat ve üzerinde olduğunu belirten ergenler için olgu grubundakilerin oranı diğer gruptakilerden daha yüksektir (Tablo 4).

Katılımcıların yaşadığı yerin algılanan güvenliğine bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin yaşadığı yer tehlikeli %32,3 (n=10) ve güvenli %67,7 (n=21) olarak algıladığı, klinik kontrol grubundaki ergenlerin yaşadığı yer tehlikeli %26,7 (n=8) ve güvenli %73,3 (n=22) olarak algıladığı, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin yaşadığı yer tehlikeli %6,7 (n=2) ve güvenli %93,3 (n=28) olarak algıladığı belirlenmiştir. Katılımcıların grupları ile yaşadığı yerin algılanan güvenliği durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Tehlikeli bir yerde yaşadığını belirten ergenler için olgu grubundakilerin oranı sağlıklı kontrol grubundakinden daha yüksektir (Tablo 4).

Katılımcıların evden kaçma durumuna bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin %67,7'si (n=21) evden kaçmadığı ve %32,3'ü (n=10) evden kaçtığı, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %83,3'ü (n=25) evden kaçmadığı ve %16,7'si (n=5) evden kaçtığı, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %93,3'ü (n=28) evden kaçmadığı ve %6,7'si (n=2) evden kaçtığı saptanmıştır. Katılımcıların grupları ile evden kaçma durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni

düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Evden kaçtığını belirten ergenler için olgu grubundakilerin oranı sağlıklı kontrol gruptakilerden daha yüksektir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcılara Ait Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Olgu	Klinik kontrol	Sağlıklı kontrol	p
		f(%)	f(%)	f(%)	
Sigara kullanımı	Yok	11(35,5)a	24(80)b	28(93,3)b	**0**
	Var	20(64,5)a	6(20)b	2(6,7)b	
Alkol kullanımı	Yok	23(74,2)a	28(93,3)b	28(93,3)b	**0,038**
	Var	8(25,8)a	2(6,7)b	2(6,7)b	
Günlük öğün sayısı	1	3(9,7)a	0(0)a	0(0)a	**0**
	2	12(38,7)a	6(20)a	7(23,3)a	
	3	6(19,4)a	17(56,7)b	23(76,7)b	
	4 ve üzeri	10(32,3)a	7(23,3)a	0(0)b	
İntihar girişimi	Yok	15(48,4)a	28(93,3)b	30(100)b	**0**
	Var	16(51,6)a	2(6,7)b	0(0)b	
Polislik müdahalesi gerektirecek olay yaşama durumu	Yok	16(51,6)a	27(90)b	26(86,7)b	**0,001**
	Var	15(48,4)a	3(10)b	4(13,3)b	
Sosyal medya kullanım süresi	3 saat altı	4(12,9)a	14(46,7)b	21(70)b	**0**
	3-5 saat	10(32,3)a	9(30)a	7(23,3)a	
	5 saat üzeri	17(54,8)a	7(23,3)b	2(6,7)b	
Yaşadığı yerin algılanan güvenliği	Tehlikeli	10(32,3)a	8(26,7)a,b	2(6,7)b	**0,041**
	Güvenli	21(67,7)a	22(73,3)a,b	28(93,3)b	
Evden kaçma davranışı	Yok	21(67,7)a	25(83,3)a,b	28(93,3)b	**0,035**
	Var	10(32,3)a	5(16,7)a,b	2(6,7)b	

p1:Ki-kare istatistiği anlamlılık değeri. A,b: Anlamlı ki-kare istatistiği sonucunda farkın hangi gruplar arasında olduğunu gösteren Bonferroni düzeltmesi sonucunu gösterirken farklı küçük harfler gruplara ilişkin oranlar arasında anlamlı farkı gösterir

4.5. Katılımcıların Ebeveynlerine Ait Özellikler

Katılımcıların annesinin eğitim durumuna bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin annelerinin eğitim durumu okur yazar değil %6,5 (n=2), ilkokul %45,2 (n=14), lise %35,5 (n=11) ve lisans ve üzeri %12,9 (n=4) olarak, klinik kontrol grubundaki ergenlerin annelerinin eğitim durumu ilkokul %56,7 (n=17), lise %26,7 (n=8) ve lisans ve üzeri %16,7 (n=5) olarak sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin annelerinin eğitim durumu

ilkokul %46,7 (n=14), lise %26,7 (n=8) ve lisans ve üzeri %26,7 (n=8) olarak belirlenmiştir (Tablo 5).

Katılımcıların annesinde ruhsal hastalık varlığı durumuna bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin %83,9'unun (n=26) annesinin ruhsal hastalığı olmadığı ve %16,1'inin (n=5) olduğu, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %83,3'ünün (n=25) annesinin ruhsal hastalığı olmadığı ve %16,7'sinin (n=5) olduğu, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %100'ünün (n=30) annesinin ruhsal hastalığı olmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

Katılımcıların grupları ile anne eğitim ve annede ruhsal hastalık durumu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>.05$) (Tablo 5).

Katılımcıların annesinin çalışma durumuna bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin %45,2'sinin (n=14) annesinin çalışmadığı ve %54,8'inin (n=17) çalıştığı, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %93,3'ünün (n=28) annesinin çalışmadığı ve %6,7'sinin (n=2) çalıştığı, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %60'ının (n=18) annesinin çalışmadığı ve %40'ının (n=12) çalıştığı belirlenmiştir. Katılımcıların grupları ile anne çalışma durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre annesi çalışan ergenler için klinik kontrol grubundakilerin oranı diğer gruptakilerden daha düşüktür (Tablo 5).

Katılımcıların babasının eğitim durumuna bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin babalarının eğitim durumu ilkokul %45,2 (n=14), lise %32,3 (n=10) ve lisans ve üzeri %22,6 (n=7) olarak, klinik kontrol grubundaki ergenlerin babalarının eğitim durumu okur yazar değil %3,3 (n=1), ilkokul %36,7 (n=11), lise %43,3 (n=13) ve lisans ve üzeri %16,7 (n=5) olarak, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin babalarının eğitim durumu ilkokul %23,3 (n=7), lise %40 (n=12) ve lisans ve üzeri %36,7 (n=11) olarak belirlenmiştir (Tablo 5).

Katılımcıların babasında ruhsal hastalık varlığı durumuna bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin %83,9'unun (n=26) babasının çalıştığı ve %16,1'inin (n=5) çalışmadığı, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %86,7'sinin (n=26) babasının çalıştığı ve %13,3'ünün (n=4) çalışmadığı, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %90'ının (n=27) babasının çalıştığı ve %10'unun (n=3) çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

Katılımcıların babasında ruhsal hastalık varlığı durumuna bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin %74,2'sinin (n=23) babasının ruhsal hastalığının olmadığı ve %25,8'inin (n=8) olduğu, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %80'inin (n=24) babasının ruhsal hastalığının olmadığı ve %20'sinin (n=6) olduğu, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %86,7'sinin (n=26) babasının ruhsal hastalığının olmadığı ve %13,3'ünün (n=4) olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Katılımcıların grupları ile baba eğitim, baba meslek ve baba ruhsal hastalık olma durumu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 5).

Katılımcıların annelerinin yaşları olgu grubunda 42,23±6,55, klinik kontrol grubunda 42,53±4,95 ve sağlıklı kontrol grubunda 43,37±6,31 olarak saptanmıştır. Katılımcıların babalarının yaşları olgu grubunda 46,74±7,18, klinik kontrol grubunda 46,63±4,86 ve sağlıklı kontrol grubunda 46,5±5,62 olarak saptanmıştır. Katılımcıların grupları arasında anne yaşı ve baba yaşı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>.05) (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Ebeveynlerine Ait Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişken		**Olgu (Ort±ss)**	**Klinik kontrol (Ort±ss)**	**Sağlıklı kontrol (Ort±ss)**	**p**
Anne yaş		42,23±6,55	42,53±4,95	43,37±6,31	0,745
Baba yaş		46,74±7,18	46,63±4,86	46,5±5,62	0,988
Değişken	**Grup**	**Olgu**	**Klinik**	**Sağlık**	p
		f(%)	**f(%)**	**f(%)**	
Anne eğitim durumu	Okur yazar değil	2(6,5)	0(0)	0(0)	0,367
	İlkokul	14(45,2)	17(56,7)	14(46,7)	
	Lise	11(35,5)	8(26,7)	8(26,7)	
	Lisans ve üzeri	4(12,9)	5(16,7)	8(26,7)	
Anne mesleği	Çalışmıyor	14(45,2)a	28(93,3)b	18(60)a	**0**
	Çalışıyor	17(54,8)a	2(6,7)b	12(40)a	
Anne ruhsal hastalık	Yok	26(83,9)	25(83,3)	30(100)	0,063
	Var	5(16,1)	5(16,7)	0(0)	
Baba eğitim durumu	Okur yazar değil	0(0)	1(3,3)	0(0)	0,307
	İlkokul	14(45,2)	11(36,7)	7(23,3)	
	Lise	10(32,3)	13(43,3)	12(40)	
	Lisans ve üzeri	7(22,6)	5(16,7)	11(36,7)	
Baba mesleği	Çalışmıyor	5(16,1)	4(13,3)	3(10)	0,633

	Çalışıyor	26(83,9)	26(86,7)	27(90)	
Baba ruhsal hastalık	Yok	23(74,2)	24(80)	26(86,7)	0,473
	Var	8(25,8)	6(20)	4(13,3)	

p1:Ki-kare istatistiği anlamlılık değeri. a,b: Anlamlı ki-kare istatistiği sonucunda farkın hangi gruplar arasında olduğunu gösteren Bonferroni düzeltmesi sonucunu gösterirken farklı küçük harfler gruplara ilişkin oranlar arasında anlamlı farkı gösterir. p2: ANOVA anlamlılık değeri

4.6. Katılımcıların Ailelerine Ait Özellikler

Katılımcıların ailelerinde sigara kullanım durumu değerlendirildiğinde; olgu grubunda bulunan ergenlerin %9,7'sinin (n=3) ailesinde sigara kullanımının olmadığı ve %90,3'ünün (n=28) ailesinde sigara kullanımının olduğu, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %20'sinin (n=6) ailesinde sigara kullanımının olmadığı ve %80'inin (n=24) ailesinde sigara kullanımının olduğu, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %30'unun (n=9) ailesinde sigara kullanımının olmadığı ve %70'inin (n=21) ailesinde sigara kullanımının olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Katılımcıların ailelerinde alkol kullanım durumu değerlendirildiğinde; olgu grubunda bulunan ergenlerin %67,7'sinin (n=21) ailesinde alkol kullanımının olmadığı ve %32,3'ünün (n=10) ailesinde alkol kullanımının olduğu, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %76,7'sinin (n=23) ailesinde alkol kullanımının olmadığı ve %23,3'ünün (n=7) ailesinde alkol kullanımının olduğu, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %76,7'sinin (n=23) ailesinde alkol kullanımının olmadığı ve %23,3'ünün (n=7) ailesinde alkol kullanımının olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Katılımcıların grupları ile ailede sigara ve alkol kullanımı durumlarına ilişkin oranlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 6).

Katılımcıların aile yapısı değerlendirildiğinde; olgu grubundaki ergenlerin aile yapısı çekirdek %41,9 (n=13), geniş %12,9 (n=4) ve parçalanmış %45,2 (n=14) olarak belirlenmiş, klinik kontrol grubundaki ergenlerin aile yapısı çekirdek %63,3 (n=19), geniş %10 (n=3) ve parçalanmış %26,7 (n=8) olarak belirlenmiş, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin aile yapısı çekirdek %96,7 (n=29) ve geniş %3,3 (n=1) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların grupları ile aile yapısı arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<.05). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Buna tüm aile yapısındaki ergenlerin grupları arasındaki farklılık anlamlı olarak saptanmıştır. Aile

yapısının çekirdek olduğunu belirten ergenler için sağlıklı kontrol grubundakilerin oranı diğer gruptakilerden daha yüksektir (Tablo 6).

Ergenlerin kardeş sayısı olgu grubunda 2,77±1,2, klinik kontrol grubunda 2,63±0,96 ve sağlıklı kontrol grubunda 2,63±0,85 olarak saptanmıştır. Katılımcıların gruplar arasında kardeş sayısı ölçümleri arasında anlamlı farklılık yoktur (p>.05) (Tablo 6).

Olgu grubundaki ergenlerin %83,9'u (n=26) ailesiyle ve %16,1'i (n=5) kurumda yaşamakta, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %96,7'si (n=29) ailesiyle ve %3,3'ü (n=1) kurumda yaşamakta, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %100'ü (n=30) ailesiyle yaşamaktadır. Katılımcıların grupları ile kimlerle yaşadığı durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<.05). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Kurumda yaşadığını belirten ergenler için olgu grubundakilerin oranı diğer gruptakilerden daha yüksektir (Tablo 6).

Katılımcıların anne ve babasının birliktelik durumu değerlendirildiğinde; olgu grubundaki ergenlerin %45,2'sinin (n=14) anne ve babasının ayrı olduğu ve %54,8'inin (n=17) birlikte yaşadığı, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %26,7'sinin (n=8) anne ve babasının ayrı olduğu ve %73,3'ünün (n=22) birlikte yaşadığı, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %100'ünün (n=30) anne ve babası birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Katılımcıların grupları ile anne baba birliktelik durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<.05). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Anne ve babasının ayrı olduğunu belirten ergenler için olgu ve klinik kontrol grubundakilerin oranı sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksektir (Tablo 6).

Çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerin aile aylık gelirinin %25,8'i (n=8) asgari ücret altı ve %74,2'sinin (n=23) asgari ücret üstü olduğu, klinik kontrol grubundaki ergenlerin aile aylık gelirinin %16,7'sinin (n=5) asgari ücret altı ve %83,3'ünün (n=25) asgari ücret üstü olduğu, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin aile aylık gelirinin %100'ünün (n=30) asgari ücret üstü olarak belirlenmiştir. Katılımcıların grupları ile aile aylık gelir durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<.05). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Aylık gelir düzeyinin asgari ücret altı olduğunu belirten ergenler için olgu grubundakilerin oranı sağlıklı kontrol grubundakilerden daha yüksektir (Tablo 6).

Anne ve baba arasındaki akrabalık durumu incelendiğinde; olgu grubundaki ergenlerin %87,1'inde (n=27) anne baba akrabalığı olmadığı ve %12,9'unda (n=4) olduğu, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %86,7'sinde (n=26) anne baba akrabalığı olmadığı ve %13,3'ünde (n=4) olduğu, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %93,3'ünde (n=28) anne baba akrabalığı olmadığı ve %6,7'sinde (n=2) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların grupları ile anne baba akrabalık durumu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 6).

Katılımcılar aile içi fiziksel şiddet varlığı açıcından incelendiğinde; olgu grubundaki ergenlerin %61,3'ünün (n=19) aile içi fiziksel şiddet yaşamadığı ve %38,7'sinin (n=12) yaşadığı, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %73,3'ünün (n=22) aile içi fiziksel şiddet yaşamadığı ve %26,7'sinin (n=8) yaşadığı, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %96,7'sinin (n=29) aile içi fiziksel şiddet yaşamadığı ve %3,3'ü (n=1) yaşadığı belirlenmiştir. Katılımcıların grupları ile aile içi fiziksel şiddet durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<.05). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Aile içi fiziksel şiddet yaşadığını belirten ergenler için olgu ve klinik kontrol grubundakilerin oranı sağlıklı kontrol grubundakilerden daha yüksektir (Tablo 6).

Olgu grubundaki ergenlerin %71'i (n=22) aile ile ilişkisini mesafeli, %29'u (n=9) sıcak olarak tanımlamakta, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %50'si (n=15) aile ile ilişkisini mesafeli, %50'si (n=15) sıcak olarak tanımlamakta, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %13,3'ü (n=4) aile ile ilişkisini mesafeli, %86,7'si (n=26) sıcak olarak tanımlamaktadır. Katılımcıların grupları ile aile ile ilişki durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<.05). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Aile ile ilişkisini mesafeli belirten ergenler için olgu grubundakilerin oranı diğer gruptakilerden daha yüksektir (Tablo 6).

Olgu grubundaki ergenlerin %83,9'unun (n=26) ailesinde KZVD olmadığı ve %16,1'inin (n=4) ailesinde KZVD olduğu, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %86,7'sinin (n=26) ailesinde KZVD olmadığı ve %13,3'ünün (n=4) ailesinde KZVD olduğu, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %100'ünün (n=30) ailesinde KZVD olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların grupları ile ailede KZVD durumu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 6).

Katılımcılar ailede intihar girişimi olması durumundan incelendiğinde; olgu grubundaki ergenlerin %80,6'sının (n=25) ailesinde intihar girişimi olmadığı ve %19,4'ünün (n=6) ailesinde intihar girişimi olduğu, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %96,7'sinin (n=29) ailesinde intihar girişimi olmadığı ve %3,3'ünün (n=1) ailesinde intihar girişimi olduğu, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %96,7'sinin (n=29) ailesinde intihar girişimi olmadığı ve %3,3'ünün (n=1) ailesinde intihar girişimi olduğu saptanmıştır. Katılımcıların grupları ile ailede intihar durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Ailede intihar girişimi olduğunu belirten ergenler için olgu grubundakilerin oranı diğer gruptakilerden daha yüksektir (Tablo 6).

Katılımcılar ailede suça karışma öyküsü açıcından incelendiğinde; olgu grubundaki ergenlerin %80,6'sında (n=25) ailede suç öyküsü olmadığı ve %19,4'ünde (n=6) olduğu, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %70'inde (n=21) ailede suç öyküsü olmadığı ve %30'unda (n=9) olduğu, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %93,3'ünde (n=28) ailede suç öyküsü olmadığı ve %6,7'sinde (n=2) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların grupları ile ailede suç öyküsü durumu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>.05$) (Tablo 6).

Tablo 6: Katılımcıların Ailelerine Ait Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişken		**Olgu (Ort±ss)**	**Klinik kontrol (Ort±ss)**	**Sağlıklı kontrol (Ort±ss)**	**p**
Kardeş sayısı		2,77±1,2	2,63±0,96	2,63±0,85	0,823
Değişken	**Grup**	**Olgu**	**Klinik kontrol**	**Sağlıklı kontrol**	p
		f(%)	**f(%)**	**f(%)**	
Ailede sigara kullanımı	Yok	3(9,7)	6(20)	9(30)	0,137
	Var	28(90,3)	24(80)	21(70)	
Ailede alkol kullanımı	Yok	21(67,7)	23(76,7)	23(76,7)	0,658
	Var	10(32,3)	7(23,3)	7(23,3)	
Aile yapısı	Çekirdek	13(41,9)a	19(63,3)a	29(96,7)b	**0**
	Geniş	4(12,9)a	3(10)a	1(3,3)b	
	Parçalanmış	14(45,2)a	8(26,7)a	0(0)b	
Kiminle yaşadığı	Aile	26(83,9)a	29(96,7)b	30(100)b	**0,027**

	Kurum	5(16,1)a	1(3,3)b	0(0)b	
Anne-baba birliktelik durumu	Anne baba ayrı	14(45,2)a	8(26,7)a	0(0)b	**0**
	Beraber	17(54,8)a	22(73,3)a	30(100)b	
Ailede aylık gelir	Asgari ücret altı	8(25,8)a	5(16,7)a,b	0(0)b	**0,014**
	Asgari ücret üstü	23(74,2)a	25(83,3)a,b	30(100)b	
Anne-Baba akrabalık	Yok	27(87,1)	26(86,7)	28(93,3)	0,651
	Var	4(12,9)	4(13,3)	2(6,7)	
Aile içi fiziksel şiddet	Yok	19(61,3)a	22(73,3)a	29(96,7)b	**0,004**
	Var	12(38,7)a	8(26,7)a	1(3,3)b	
Aile ile ilişkisi	Mesafeli	22(71)a	15(50)a	4(13,3)b	**0**
	Sıcak	9(29)a	15(50)a	26(86,7)b	
Ailede KZVD	Yok	26(83,9)	26(86,7)	30(100)	0,08
	Var	5(16,1)	4(13,3)	0(0)	
Ailede intihar girişimi	Yok	25(80,6)a	29(96,7)b	29(96,7)b	**0,038**
	Var	6(19,4)a	1(3,3)b	1(3,3)b	
Ailede suç öyküsü	Yok	25(80,6)	21(70)	28(93,3)	0,068
	Var	6(19,4)	9(30)	2(6,7)	

p:Ki-kare istatistiği anlamlılık değeri. a,b: Anlamlı ki-kare istatistiği sonucunda farkın hangi gruplar arasında olduğunu gösteren Bonferroni düzeltmesi sonucunu gösterirken farklı küçük harfler gruplara ilişkin oranlar arasında anlamlı farkı gösterir

4.7. Katılımcıların Arkadaşlarına Ait Özellikler

Katılımcıların arkadaş çevresinde sigara kullanım durumu değerlendirildiğinde; olgu grubunda bulunan ergenlerin %25,8'inin (n=8) arkadaş çevresinde sigara kullanımının olmadığı ve %74,2'sinin (n=23) arkadaş çevresinde sigara kullanımının olduğu, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %30'unun (n=9) arkadaş çevresinde sigara kullanımının olmadığı ve %70'inin (n=21) arkadaş çevresinde sigara kullanımının olduğu, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %53,3'ünün (n=16) arkadaş çevresinde sigara kullanımının

olmadığı ve %46,7'sinin (n=14) arkadaş çevresinde sigara kullanımının olduğu tespit edilmiştir (Tablo 7).

Katılımcıların arkadaş çevresinde alkol kullanım durumu değerlendirildiğinde; olgu grubunda bulunan ergenlerin %48,4'ünün (n=15) arkadaş çevresinde alkol kullanımı olmadığı ve %51,6'sının (n=16) arkadaş çevresinde alkol kullanımı olduğu, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %73,3'ünün (n=22) arkadaş çevresinde alkol kullanımı olmadığı ve %26,7'sinin (n=8) arkadaş çevresinde alkol kullanımı olduğu, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %66,7'sinin (n=20) arkadaş çevresinde alkol kullanımı olmadığı ve %33,3'ünün (n=10) arkadaş çevresinde alkol kullanımı olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Katılımcıların grupları arkadaş çevresinde sigara ve alkol kullanım durumlarına ilişkin oranlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 7).

Olgu grubundaki ergenlerin arkadaş çevresinde KZVD varlığı %67,7 (n=21), klinik kontrol grubunda %40 (n=12) ve sağlıklı kontrol grubunda %16,7 (n=5) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların grupları ile arkadaş çevresinde KZVD durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<.05). Farkın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırılmıştır. Arkadaş çevresinde KZVD varlığı belirten ergenler için olgu grubundakilerin oranı sağlıklı kontrol gruptakilerden daha yüksektir (Tablo 7).

Katılımcılar arkadaş çevresinde intihar girişimi olması durumundan incelendiğinde; olgu grubundaki ergenlerin %67,7'sinin (n=21) arkadaş çevresinde intihar girişiminin olmadığı ve %32,3'ünün (n=10) arkadaş çevresinde intihar girişiminin olduğu, klinik kontrol grubundaki ergenlerin %83,3'ünün (n=25) arkadaş çevresinde intihar girişiminin olmadığı ve %16,7'sinin (n=5) arkadaş çevresinde intihar girişiminin olduğu, sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin %83,3'ünün (n=25) arkadaş çevresinde intihar girişiminin olmadığı ve %16,7'sinin (n=5) arkadaş çevresinde intihar girişiminin olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların grupları ile arkadaş çevresinde intihar durumu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 7).

Tablo 7: Katılımcıların Arkadaşlarına Ait Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Olgu	Klinik kontrol	Sağlıklı kontrol	p
		f(%)	f(%)	f(%)	
Arkadaş çevresinde sigara kullanımı	Yok	8(25,8)	9(30)	16(53,3)	0,056
	Var	23(74,2)	21(70)	14(46,7)	

Arkadaş çevresinde alkol kullanımı	Yok	15(48,4)	22(73,3)	20(66,7)	0,113
	Var	16(51,6)	8(26,7)	10(33,3)	
Arkadaş çevresi KZVD	Yok	10(32,3)a	18(60)a,b	25(83,3)b	**,000**
	Var	21(67,7)a	12(40)a,b	5(16,7)b	
Arkadaş çevresinde intihar	Yok	21(67,7)	25(83,3)	25(83,3)	0,235
	Var	10(32,3)	5(16,7)	5(16,7)	

p:Ki-kare istatistiği anlamlılık değeri. a,b: Anlamlı ki-kare istatistiği sonucunda farkın hangi gruplar arasında olduğunu gösteren Bonferroni düzeltmesi sonucunu gösterirken farklı küçük harfler gruplara ilişkin oranlar arasında anlamlı farkı gösterir

4.8. Kendine Zarar Verme Davranışı Sayısının ve İşlevlerinin Değerlendirilmesi

Olgu grubundaki ergenlerin toplam KZVD sayısı 8 ile 2080 arasında değişmekte olup ortalaması 242,87±382,04 olarak belirlenmiştir. KZVD çeşit sayısı 1 ile 10 arasında değişmekte olup ortalaması 5,58±2,39 olarak belirlenmiştir. KZVD başlama yaşı 9 ile 16 arasında değişmekte olup ortalaması 12,9±1,87 olarak belirlenmiştir. En son KZVD yaşı 13,46 ile 17,77 arasında değişmekte olup ortalaması 15,99±1,2 olarak belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 8: Olgu Grubundaki Ergenlerin Kendine Zarar Verme Davranışı İle İlgili Özelliklerine Göre Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

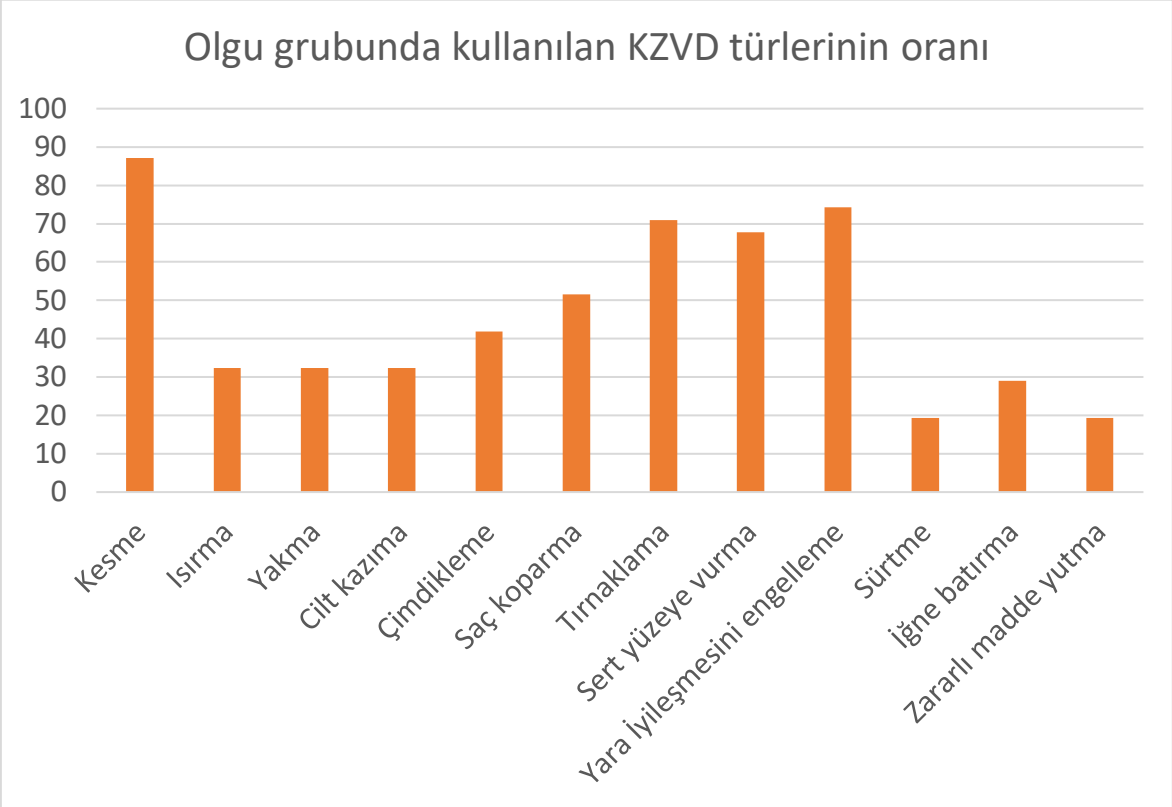
Değişken	Minimum	Maksimum	Ort±ss
Toplam KZVD sayısı	8	2080	242,87±382,04
KZVD çeşit sayısı	1	10	5,58±2,39
KZVD başlama yaşı	9	16	12,9±1,87
En son KZVD yaşı	13,46	17,77	15,99±1,2

Çalışmamızda en sık başvurulan kendine zarar verme yöntemi %87,1 gibi yüksek bir oranla kesme davranışı olarak bulunmuştur. Kesme davranışını %74,2 ile yara iyileşmesini engelleme, %71 ile tırnaklama, %67,7 ile vurma, %51,6 ile saç koparma izlemektedir. Diğer yöntemler ise; %41,9 ile çimdikleme, %32,3 ile ısırma, yakma ve cilt kazıma, %29 ile iğne batırma, %19,4 ile sürtme ve zararlı madde yutma yöntemleri olarak sıralanmaktadır (Tablo 9).

Tablo 9: Kendine Zarar Verme Davranışının Türlerine Göre Sayısı

KZVD Davranışları	Yok	Var
	f(%)	f(%)
Kesme	4(12,9)	27(87,1)
Isırma	21(67,7)	10(32,3)
Yakma	21(67,7)	10(32,3)
Cilt kazıma	21(67,7)	10(32,3)
Çimdikleme	18(58,1)	13(41,9)
Saç koparma	15(48,4)	16(51,6)
Tırnaklama	9(29)	22(71)
Sert yüzeye vurma	10(32,3)	21(67,7)
Yara iyileşmesini engelleme	8(25,8)	23(74,2)
Sürtme	25(80,6)	6(19,4)
İğne batırma	22(71)	9(29)
Zararlı madde yutma	25(80,6)	6(19,4)

Şekil 1: Olgu Grubunda Kullanılan KZVD Türlerinin Oranı



Tüm KZVD türlerine ilişkin alt ölçek puanları 0-6 arasında dağılım göstermiştir. Duygu düzenleme puanları 4,9±1,54, kişilerarası sınır puanları 1,71±1,57, kendini cezalandırma puanları 3,55±1,89, kendiyle ilgilenme puanları 2,58±1,41, çözülmeyi önleme puanları

2,9±1,85, intiharı önleme puanları 2,42±1,84, heyecan arama puanları 1,13±1,26, akranlarla bağ kurma puanları 0,84±1,53, kişilerarası etkileşim puanları 1,9±1,94, düşmanlık puanları 2,19±1,74, sıkıntıyı etiketleme puanları 3,65±1,76, intikam alma puanları 2,03±1,47 ve özerklik puanları 1,32±1,42 olarak saptanmıştır. Genel KZVD puanları ise 8-57 arasında olup ortalaması 31,19±11,2 olarak saptanmıştır (Tablo 10).

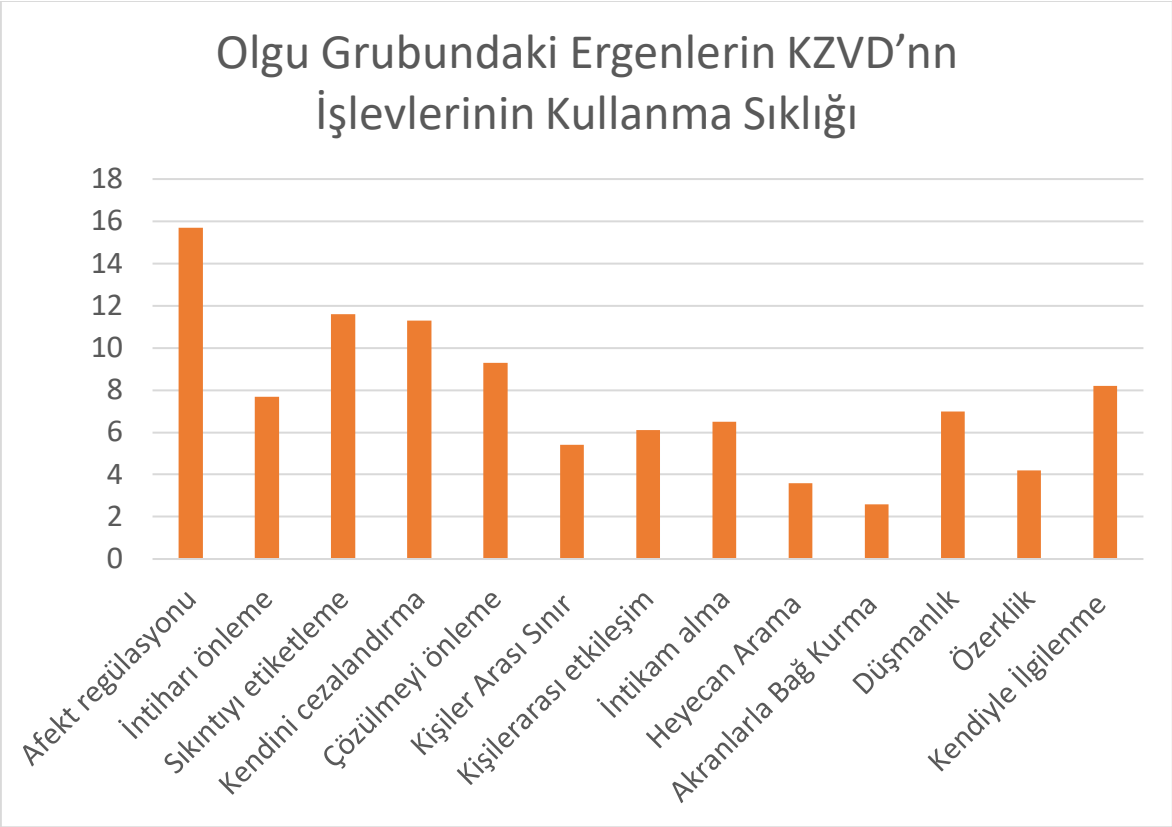
Katılımcıların KZVD işlevleri değerlendirildiğinde en sık duygu düzenleme işlevi daha sonra sırasıyla sıkıntıyı etiketleme, kendini cezalandırma, çözülmeyi önleme, kendiyle ilgilenme, intiharı önleme, düşmanlık, intikam alma, kişiler arası etkileşim, kişiler arası sınır, özerklik, heyecan arama ve akranlarıyla bağ kurma işlevi kullanılmaktadır. Katılımcıların KZVD işlevlerine ait ortanca ve ortalama puanları tablo 10'da ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

Tablo 10: Kendine Zarar Verme Davranışı İşlevlerinin Özellikleri

Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri	**İşlevler**	**Ortanca (25p-75p)**	**Ortalama±SS**
Otonom İşlevler	Duygu düzenleme	0-6	4,9±1,54
	İntiharı önleme	0-6	2,42±1,84
	Sıkıntıyı etiketleme	1-6	3,65±1,76
	Kendini cezalandırma	0-6	3,55±1,89
	Çözülmeyi önleme	0-6	2,9±1,85
Sosyal İşlevler	Kişiler Arası Sınır	0-5	1,71±1,57
	Kişilerarası etkileşim	0-6	1,9±1,94
	İntikam alma	0-5	2,03±1,47
	Heyecan Arama	0-4	1,13±1,26
	Akranlarla Bağ Kurma	0-6	0,84±1,53
	Düşmanlık	0-6	2,19±1,74
	Özerklik	0-6	1,32±1,42
	Kendiyle İlgilenme	0-5	2,58±1,41
Ölçek Toplam	Toplam puan	8-57	31,19±11,2

Veriler medyan (1.çeyreklik değer- 3.çeyreklik değer) ve ortalama standart sapma olarak ifade edilmiştir. SS: Standart Sapma

Şekil 2: Olgu Grubundaki Ergenlerin KZVD'nn İşlevlerinin Kullanma Sıklığı



4.9. Olgu Grubunun KZVD Özelliklerinin İncelenmesi

Kendine zarar verme davranışında bulunan ergenler fiziksel acı hissetme, eylem esnasında yalnızlık, dürtü süresi ve eylemi sonlandırma isteği açısından incelenmiştir. Ergenlerin %19,4'ünde fiziksel acı hissettiği, %16,1'inde bazen fiziksel acı hissettiği, %64,5'inde fiziksel acı hissetmediği bulunmuştur. Ergenlerin %90,3'inde KZVD esnasında yalnız oldukları, %6,5'inde bazen yalnız oldukları saptanmıştır. KZVD dürtü – eylem süresi incelendiğinde ergenlerin %87,1'inde ilk bir saat içinde kendilerine zarar verdikleri, %12,9'unda 1-3 saat içinde kendilerine zarar verme davranışında bulundukları; ergenlerin %87,1'inde kendine zarar verme davranışını sonra erdirme isteğinin bulunduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11: Olgu Grubunda KZVD Özellikleri

Değişken	Grup	f(%)
KZVD esnasında fiziksel acı hissetme	Yok	20(64,5)
	Bazen	5(16,1)
	Var	6(19,4)

KZVD esnasında yalnız olma	Hayır	1(3,2)
	Bazen	2(6,5)
	Evet	28(90,3)
KZVD dürtü eylem süresi	1 saat altı	27(87,1)
	1-3 saat	4(12,9)
KZVD sonlandırma isteği	Yok	4(12,9)
	Var	27(87,1)

4.10. Ergenler İçin Başa Çıkma Ölçeği ve Hollanda Yeme Davranışları Anketi Özellikleri

Katılımcıların Hollanda Yeme Davranışı Anketinden aldıkları puanlara göre incelendiğinde; olgu grubunda kısıtlayıcı yeme puanları 25,81±10,5, duygusal yeme puanları 35,16±16,52 ve dışsal yeme puanları 30,97±9,74 olarak, klinik kontrol grubunda kısıtlayıcı yeme puanları 25,1±9,8, duygusal yeme puanları 34,63±17,39 ve dışsal yeme puanları olarak 29,63±9,47, sağlıklı kontrol grubunda ise kısıtlayıcı yeme puanları 23,9±7,47, duygusal yeme puanları 33,53±12,56 ve dışsal yeme puanları 31,17±5,3 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların grupları arasında yeme davranışları alt boyut puanlarının tümüne göre anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 12).

Katılımcıların Ergenler için Stresle Başa Çıkma Anketi puanlarına göre incelendiğinde; olgu grubunda aktif başa çıkma puanları 5,03±2,51, kaçınan başa çıkma puanları 7,42±2,46, olumsuz başa çıkma puanları 4,29±2,05 olarak, klinik kontrol grubunda aktif başa çıkma puanları 5,8±2,55, kaçınan başa çıkma puanları 6,97±2,41 ve olumsuz başa çıkma puanları 3,9±1,9 olarak, sağlıklı kontrol grubunda aktif başa çıkma puanları 6,33±2,81, kaçınan başa çıkma puanları 7,42±2,46 ve olumsuz başa çıkma puanları 3,2±1,75 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların grupları arasında başa çıkma ölçeği alt boyut puanlarının tümüne göre anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 12).

Tablo 12. Ergenlerin gruplar Arasında Yeme Davranışları ve Başa Çıkma Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	**Olgu**	**Klinik kontrol**	**Sağlıklı kontrol**	**p**
	Ort±ss	**Ort±ss**	**Ort±ss**	
Kısıtlayıcı yeme	25,81±10,5	25,1±9,8	23,9±7,47	0,725
Duygusal yeme	35,16±16,52	34,63±17,39	33,53±12,56	0,918

Dışsal yeme	30,97±9,74	29,63±9,47	31,17±5,3	0,746
Aktif başa çıkma	5,03±2,51	5,8±2,55	6,33±2,81	0,156
Kaçınan başa çıkma	7,42±2,46	6,97±2,41	6,9±1,92	0,626
Olumsuz başa çıkma	4,29±2,05	3,9±1,9	3,2±1,75	0,084

p:ANOVA istatistiği anlamlılık değeri

4.11. Kendine Zarar Verme Davranışı Envanteri ile EBÇÖ ve HYDA İlişkisi

KZVDDE alt ölçekleri ile HYDA'dan alınan puanlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre olgu grubundaki ergenlerin kısıtlayıcı yeme davranışları ile KZVD alt faktörlerinden kendini cezalandırma puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde ilişki saptanmıştır ($r=0.373$, $p<.05$). Olgu grubundaki ergenlerin kısıtlayıcı yeme davranışlarına ilişkin puanları arttıkça kendini cezalandırma puanları da artmaktadır. Ancak olgu grubundaki ergenlerin kısıtlayıcı yeme davranışları ile KZVD diğer alt faktörleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>.05$). Olgu grubundaki ergenlerin duygusal yeme davranışları ile KZVD alt faktörlerinden düşmanlık ($r=0.544$, $p<.05$) ve özerklik ($r=0.410$, $p<.05$) puanları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde ilişki saptanmış olup çözülmeyi önleme ($r=0.368$, $p<.05$) puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Olgu grubundaki ergenlerin duygusal yeme davranışlarına ilişkin puanlar arttıkça düşmanlık, özerklik ve çözülmeyi önleme puanları da artmaktadır. Ancak olgu grubundaki ergenlerin duygusal yeme davranışları ile KZVD diğer alt faktörleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>.05$). Olgu grubundaki ergenlerin dışsal yeme davranışları ile KZVD alt faktörlerinden düşmanlık ($r=0.433$, $p<.05$) puanları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde ilişki saptanmış olup çözülmeyi önleme ($r=0.362$, $p<.05$) ve özerklik ($r=0.364$, $p<.05$) puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Olgu grubundaki ergenlerin dışsal yeme davranışlarına ilişkin puanlar arttıkça düşmanlık, özerklik ve çözülmeyi önleme puanları da artmaktadır. Ancak olgu grubundaki ergenlerin dışsal yeme davranışları ile KZVD diğer alt faktörleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>.05$) (Tablo 13).

KZVDDE alt ölçekleri ile EBÇÖ'den alınan puanlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna Olgu grubundaki ergenlerin aktif başa çıkma puanları ile KZVD alt faktörlerinden duygu düzenleme puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde ilişki saptanmıştır

(r=0.399, p<.05). Olgu grubundaki ergenlerin aktif başa çıkma puanları arttıkça duygu düzenleme puanları da artmaktadır. Ancak olgu grubundaki ergenlerin aktif başa çıkma puanları ile KZVD diğer alt faktörleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>.05). Olgu grubundaki ergenlerin kaçınan başa çıkma puanları ile KZVD alt faktörlerinden duygu düzenleme puanları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde ilişki saptanmıştır (r=0.479, p<.05). Olgu grubundaki ergenlerin kaçınan başa çıkma puanları arttıkça duygu düzenleme puanları da artmaktadır. Ancak olgu grubundaki ergenlerin kaçınan başa çıkma puanları ile KZVD diğer alt faktörleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>.05). Olgu grubundaki ergenlerin olumsuz başa çıkma puanları ile KZVD alt faktörlerinden kendiyle ilgilenme (r=0.458, p<.05) puanları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde ilişki saptanmış olup kişiler arası etkileşim (r=0.359, p<.05) puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Olgu grubundaki ergenlerin olumsuz başa çıkma puanları arttıkça kendiyle ilgilenme ve kişiler arası etkileşim puanları da artmaktadır. Ancak olgu grubundaki ergenlerin olumsuz başa çıkma puanları ile KZVD diğer alt faktörleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 13).

Tablo 13. Olgu Grubundaki Ergenlerin KZVD Alt Boyutları İle HYDA ve EBÇÖ Puanları Arasındaki İlişki Tablosu

		Kısıtlayıcı Yeme	Duygusal Yeme	Dışsal Yeme	Aktif başa çıkma	Kaçınan başa çıkma	Olumsuz başa çıkma
Duygu Düzenleme	r	0,1	0,145	0,067	,399*	,479**	-0,044
Kişilerarası Sınır	r	-0,008	0,17	0,173	0,281	0,187	0,182
Kendini Cezalandırma	r	,373*	-0,083	0,109	0,073	0,149	0,215
Kendiyle İlgilenme	r	-0,017	0,325	0,24	-0,053	0,004	,458**
Çözülmeyi Önleme	r	0,105	,368*	,362*	-0,014	-0,071	0,06
İntiharı Önleme	r	0,251	0,07	0,183	0,076	0,284	0,152
Heyecan Arama	r	0,037	0,296	0,316	0,083	0,165	0,14
Akranlarla Bağ Kurma	r	-0,12	0,115	0,223	0,149	0,045	0,345
Kişilerarası Etkileşim	r	0,058	0,241	0,201	0,165	-0,019	,359*
Düşmanlık	r	0,028	,544**	,433*	0,266	0,237	0,217

Sıkıntıyı Etiketleme	r	0,045	0,246	0,192	-0,058	0,212	0,306
İntikam Alma	r	0,121	0,118	0,14	0,18	-0,041	0,306
Özerklik	r	-0,109	,410*	,364*	0,1	-0,059	0,332

r: Pearson korelasyon değeri; **p<.01; *p<.05

Çalışmamıza katılan ergenlerde HYDA ve EBÇÖ puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Katılımcıların kısıtlayıcı yeme davranışları ile sadece kaçınan başa çıkma puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde ilişki saptanmıştır (r=0.247, p<.05). Ergenlerde kısıtlayıcı yeme davranışlarına ilişkin puanları arttıkça kaçınan başa çıkma puanları da artmaktadır. Katılımcıların duygusal yeme davranışları ile sadece kaçınan başa çıkma puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde ilişki saptanmıştır (r=0.246, p<.05). Ergenlerin duygusal yeme davranışlarına ilişkin puanları arttıkça kaçınan başa çıkma puanları da artmaktadır. Ergenlerin dışsal yeme davranışları ile kaçınan başa çıkma (r=0.220, p<.05) ve olumsuz başa çıkma (r=0.233, p<.05) puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Ergenlerin dışsal yeme davranışlarına ilişkin puanları arttıkça kaçınan ve olumsuz başa çıkma puanları da artmaktadır (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların HYDA ve EBÇÖ Puanları Arasındaki İlişki Tablosu

		1	2	3	4	5	6
1.Kısıtlayıcı Yeme	r	1,000					
2.Duygusal Yeme	r	0,063	1,000				
3.Dışsal Yeme	r	-0,028	,557**	1,000			
4.Aktif başa çıkma	r	0,192	0,056	0,007	1,000		
5.Kaçınan başa çıkma	r	,247*	,246*	,220*	0,101	1,000	
6.Olumsuz başa çıkma	r	0,083	0,203	,233*	-,281**	,252*	1,000

r: Pearson korelasyon değeri; **p<.01; *p<.05

Olgu grubundaki katılımcıların kısıtlayıcı ve dışsal yeme davranışları ile başa çıkma puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>.05). Olgu grubundaki ergenlerin duygusal yeme davranışları ile sadece aktif başa çıkma puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde ilişki saptanmıştır (r=0.278, p<.05). Ergenlerin duygusal yeme davranışlarına ilişkin puanları arttıkça aktif başa çıkma puanları da artmaktadır (Tablo 15).

Klinik kontrol grubundaki ergenlerin kısıtlayıcı yeme davranışları ile sadece kaçınan başa çıkma puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde ilişki saptanmıştır (r=0.397, p<.05). Klinik kontrol grubundaki ergenlerin kısıtlayıcı yeme davranışlarına ilişkin puanları arttıkça kaçınan başa çıkma puanları da artmaktadır. Klinik kontrol grubundaki ergenlerin duygusal yeme davranışları ile aktif başa çıkma puanları arasında düşük düzeyde ve negatif yönde ilişki saptanmıştır (r=-0.392, p<.05). Benzer şekilde klinik kontrol grubundaki çocukların dışsal yeme davranışları ile aktif başa çıkma puanları arasında düşük düzeyde ve negatif yönde ilişki saptanmıştır (r=-0.377, p<.05). Klinik kontrol grubundaki ergenlerin aktif başa puanları arttıkça duygusal yeme ve dışsal yeme puanları düşmekte ya da tam tersidir. Sağlıklı kontrol grubundaki çocukların yeme davranışları ile başa çıkma puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 15).

Tablo 15. Her Bir Grupta Ergenlerin HYDA ve EBÇÖ Puanları Arasındaki İlişki Tablosu

Grup	Puan		1	2	3	4	5	6
Olgu	1.Kısıtlayıcı Yeme	r	1					
	2.Duygusal Yeme	r	-0,023	1				
	3.Dışsal Yeme	r	0,124	,717**	1			
	4.Aktif başa çıkma	r	0,327	,378*	0,345	1		
	5.Kaçınan başa çıkma	r	0,163	0,281	0,183	,473**	1	
	6.Olumsuz başa çıkma	r	-0,068	0,199	0,232	-0,118	0,074	1
Klinik kontrol	1.Kısıtlayıcı Yeme	r	1					
	2.Duygusal Yeme	r	0,098	1				
	3.Dışsal Yeme	r	-0,137	,578**	1			
	4.Aktif başa çıkma	r	-0,02	-,392*	-,377*	1		
	5.Kaçınan başa çıkma	r	,397*	0,268	0,301	-0,331	1	
	6.Olumsuz başa çıkma	r	0,114	0,153	0,27	-,595**	,495**	1
Sağlıklı kontrol	1.Kısıtlayıcı Yeme	r	1					
	2.Duygusal Yeme	r	0,149	1				
	3.Dışsal Yeme	r	-0,173	0,146	1			
	4.Aktif başa çıkma	r	0,36	0,267	0,059	1		
	5.Kaçınan başa çıkma	r	0,132	0,143	0,134	0,237	1	
	6.Olumsuz başa çıkma	r	0,223	0,268	0,253	-0,049	0,15	1

Pearson korelasyon değeri; **p<.01; *p<.05

Sosyal medya kullanım süreleri ile HYAD ve ÖBÇÖ ve alt ölçeklerinin korelasyonu incelenmiş olup olgu grubundaki ergenlerin sosyal medya kullanım süreleri ile kaçınan başa çıkma (r=0.358, p<.05) ve olumsuz başa çıkma (r=0.421, p<.05) puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Olgu grubundaki ergenlerde sosyal medya kullanım süresi arttıkça kaçınan başa çıkma ve olumsuz başa çıkma puanları da artmaktadır (Tablo 16). Klinik kontrol grubundaki ergenler de ise sosyal medya kullanım süreleri ile duygusal yeme davranışı puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde ilişki saptanmıştır (r=-0.379, p<.05). Bu gruptaki ergenler için sosyal medya kullanım süresi arttıkça duygusal yeme davranışına ilişkin puanları da artmaktadır (Tablo 16). Sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin sosyal medya kullanım süresi ile HYDA ve EBÇÖ ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 16).

Tablo 16. Sosyal Medya Kullanım Süresi ile HYDA ve EBÇÖ ve Alt Ölçekler Arasındaki Korelasyon Tablosu

Değişken	Olgu		Klinik kontrol		Sağlıklı kontrol	
	r	p	r	p	r	p
Kısıtlayıcı yeme	-0,18	0,332	-0,193	0,307	-0,134	0,481
Duygusal yeme	0,348	0,055	,379*	0,039	0,175	0,355
Dışsal yeme	0,322	0,078	0,33	0,075	0,127	0,504
Aktif başa çıkma	0,074	0,693	-0,248	0,187	-0,291	0,118
Kaçınan başa çıkma	,358*	0,048	0,205	0,278	-0,146	0,442
Olumsuz başa çıkma	,421*	0,018	0,227	0,228	0,097	0,611

***r: Spearman Brown Korelasyon Katsayısı* **p<.01; *p<.05**

5. TARTIŞMA

Bu çalışma; KOÜTF ÇERSAH Kliniği'nde KZVD nedeniyle takipli olan veya KOÜTF Çocuk Acil Servisi tarafından konsülte edilmiş ve bir içe yönelim tanısı (MDB, anksiyete bozukluğu, TSSB) olan kız ergenler, aynı yaş grubunda KOÜTF ÇERSAH Kliniği'ne başvuran, bir içe yönelim tanısı alan ve kendine zarar verme davranışı olmayan kız ergenler ve yine aynı yaş grubunda, KOÜTF Çocuk ve Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne herhangi bir şikayetle başvurmuş kız ergenler ile yapılmıştır. Araştırmada KZVD'si olan kız ergenlerde stresle başa çıkma becerilerinin yeme tutumları ile ilişkisi incelenmiştir. KZVD'nin yeme tutumlarıyla ilişkisinin belirlenmesi, bu davranışın yetişkinlikte sürmesini önleyecek yaklaşımların geliştirilmesine katkı sağlayabileceği düşünülmüştür. Ayrıca, KZVD ile ilişkili faktörlerin ortaya konması, tedavi seçenekleri ve başa çıkma becerilerinin geliştirilmesine destek olabilir.

Araştırmamızda KZVD'nin genellikle orta ergenlikte başladığı, vücut ağırlığı ve VKİ ölçümlerinin diğer kontrol gruplarına göre daha fazla olduğu, akademik başarı düzeylerinin daha düşük ve okula devamsızlığının daha fazla olduğu, suça karışma öyküsünün daha fazla olduğu, sigara ile alkol kullanımının ve evden kaçma davranışının kontrol gruplarına göre daha sık görüldüğü belirlenmiştir. KZVD özellikleri açısından kesme, yara iyileşmesine engel olma ve tırnaklama gibi davranışların sık görüldüğü, kendine zarar vermek için birden fazla yöntem kullandıkları tespit edilmiştir. KZVD işlevlerine bakıldığında ergenler birkaç işlevi bir arada kullanmış, en sık kullanılan işlev duygu düzenleme işlevi olmuştur. Katılımcılar arasında yeme tutumları gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiş olup, olgu grubu için duygusal yeme puanları daha yüksektir. Katılımcılar arasında başa çıkma stratejileri gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiş olup, olgu grubu için kaçınan başa çıkma alt ölçek puanları daha yüksektir. Araştırmada saptanan bulguların gruplar arasında istatistiksel açıdan daha sağlıklı karşılaştırılması ve sosyodemografik değişkenlerin sonuçları etkilememesi amaçlandığından grupların sosyodemografik özellikleri eşleştirilmiştir.

Çalışmamızda, homojen bir örneklem oluşturmak, yaşın ölçek puanlarının değerlendirilmesine olan etkilerini ortadan kaldırmak ve ergen yaş grubunun verilen ölçeklerle ilgili sorulara daha doğru yanıtlar verebileceği öngörülerek 14-18 yaş aralığındaki katılımcılar seçilmiştir. Çalışmamıza alınan ergenlerde ortalama yaş; olgu

grubunda 16,32±1,18, klinik kontrol grubunda 16,39±1,23 ve sağlıklı kontrol grubunda 16,38±1,06 olarak bulunmuştur. Gruplara göre yaş ortalaması benzer olup yaş ortalaması açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde incelendiğinde; kendine zarar verme ile ilgili boylamsal çalışmalara ilişkin sistematik bir inceleme, KZVD prevalans oranlarının ergenliğin ortalarında (yaklaşık 15-16 yaş) zirve yaptığını ve geç ergenliğe (yaklaşık 18 yaş) doğru azaldığını göstermiştir.[40] Amerika'da 2017 yılında yapılan bir çalışmada KZVD'nin en sık 12-18 yaş aralığında görüldüğü bildirilmiştir.[229] DSM-5'e göre KZVD tanısı konulan gençleri araştıran başka bir çalışma ise yaş ortalamasını 15.20±1.82 bulmuştur.[230] Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgu literatür ile uyumlu olup, KZVD'nin orta ergenlikte zirve yaptığı görüşünü desteklemektedir.

Çalışmamızdaki ergenlerin vücut ağırlığı ve VKİ özellikleri incelendiğinde; olgu grubundaki ergenlerin hem vücut ağırlığı hem de VKİ ortalamaları diğer gruplardaki katılımcılara göre daha fazla olup gruplarda vücut ağırlığı ve VKİ ölçümlerine göre anlamlı farklılık saptanmıştır. KZVD'nin vücut ağırlığı ile ilişkisinde yazında çelişkili ifadeler mevcuttur. Japonya'da yapılan bir çalışmada aşırı kilolu olduğunu düşünmenin ve düşük VKİ'nin ergenlerde intihar düşünceleri ve kasıtlı kendine zarar verme için önemli bir risk faktörü olabileceğini belirtmiştir.[231] İspanya'da yapılan bir çalışmada KZVD'nin yaygınlığını BN'da yüksek ve morbid obezlerde düşük olarak bulunmuş, KZVD ve BN'daki yeme ataklarını dürtüsellikle yakından ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır.[232] Diğer bir çalışmada ise vücut ağırlığı ile kendine zarar verme davranışı arasında bir ilişki bulunmamıştır.[233] Çalışmamızda KZVD gösteren ergenlerde VKİ ve vücut ağırlığının daha yüksek çıkması, bu kişilerin duygusal sıkıntılarını yatıştırmak için aşırı yeme ve sağlıksız beslenme gibi davranışlara yönelmeleri ve fiziksel aktivite eksikliğinden kaynaklanıyor olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan ergenlerin algıladıkları okul başarısı değerlendirildiğinde, kendine zarar verme davranışında bulunan ergenlerin, sağlıklı kontrol grubuna kıyasla kendilerine göre okul başarı algısı istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Bu beklenen bir bulgu olup yazında düşük akademik başarı ile kendine zarar verme ilişkisini ortaya koyan pek çok araştırma mevcuttur.[234–236] Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin değerlendirildiği toplum örneklemli bazı çalışmalarda okul başarısızlığı kendine zarar verme davranışı ile ilişkili bulunmuştur.[234,236,237] İsveç'te okul performansı ile KZVD ilişkisine yönelik yapılan bir çalışmada okul başarısı daha düşük olanlarda, KZVD

sıklığının daha fazla olduğu ve bu kişilerde ileride ruhsal hastalık gelişme riskinin ve hastane başvurusu yapma olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur.[238] Hırvatistan'da KZVD sergileyen gençler üzerinde yapılan beş yıllık bir takip çalışmasında ise KZVD sıklığının sayısı ile okul başarısı veya okula devam etme arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.[239] Çalışmamızdaki bu iki bulgu literatürdeki okul başarısının ve okula devamlılığın ergenleri duygusal ve davranışsal sorunlardan koruduğuna ilişkin bilgiyle uyumludur.[240,241] Çalışmamızda olgu grubunda gözlemlenen bu durumun içe yönelim belirtilerinden olan sosyal izolasyon, düşük benlik saygısı, kaçınma davranışlarından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca, okul başarısında düşme ve okul devamsızlığı birbirlerini tetikleyebilecek etkenler olarak da değerlendirilebilirler.

Çalışmamızda olgu ve klinik kontrol grubu arasındaki temel değişkenin KZVD olması istendiğinden, bu gruplara ait psikiyatrik tanılar içe yönelim bozukluğu olanlar olarak seçilmiştir. Literatürde KZVD olan ergenlerin ortalama %85'inde eşlik eden en az bir psikiyatrik tanı olduğu gösterilmiştir.[21,84] Bentley ve arkadaşlarının yaptığı meta-analiz çalışmasında dünya genelinde 2014 yılına kadar KZVD'li ergen ve genç erişkinlerle yapılmış 56 makale taranmış ve KZVD'ye en sık eşlik eden tanılar olarak majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu olarak bulunmuştur.[242] Bizim çalışmamızda da olgu grubunda en sık saptanan komorbid tanı MDB iken klinik kontrol grubunda en sık saptanan tanı anksiyete bozuklukları olmuştur. KZVD olan katılımcılarında depresif bozukluğu sırasıyla dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu takip etmektedir. Olgu grubumuzu ve klinik kontrol grubumuzu oluşturan gençlerin klinik örneklemden seçilmiş olduğu göz önünde tutulduğunda, tüm katılımcıların psikiyatrik komorbiditeye sahip olması beklediğimiz bir bulgu olmuştur. Her bir tanı için ayrı analiz yapıldığında ise olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanan tanılar TSSB ve DEHB'dir. Bu durumun, dopamin ve serotonin gibi nörotransmitterlerinin düzensizliği olan DEHB ve TSSB'de bireylerin stresle başa çıkma becerilerini zayıflatabileceği, DEHB'nin dürtüsellik boyutu ve TSSB'nin travmatik tetikleyicilere verdiği ani duygusal tepkiler, duygu düzenleme mekanizması üzerinden KZVD'nin ortaya çıkmasını kolaylaştırabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan ergenlerin ilaç tedavilerine bakıldığında olgu ve klinik kontrol grubunda en çok kullanılan ilaç bir SSRI olan sertralindir. Literatürde KZVD'ye sahip ergenler arasında, antidepresan ilaç kullanımının KZVD olmayanlara göre daha yaygın olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.[243] Antidepresan kullanımı ile KZVD ve intihar davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar arasında çelişkiler mevcuttur. JØ Sørensen ve arkadaşları, 7-17 yaş arası 365 ergenlerle yaptıkları SSRI kullanımı ile KZVD'nin önemli ölçüde azaldığını saptamışlardır.[244] Bununla birlikte birden çok çalışmada antidepresan kullanımı sonrası KZVD riskinin arttığı bildirilmekte ve KZVD'de antidepresan kullanımı açısından dikkatli olunması önerilmektedir.[245] Yazında KZVD olan gençlerde antipsikotik ilaç kullanımının daha sık olduğu bildirilmektedir. KZVD olan ergenlerde antipsikotik ilaçların özellikle irritabilite, duygusal labilite ve agresif davranışları azaltmaya yönelik kullanıldığı belirlenmiştir. [246] Son zamanlarda antipsikotik ilaç tedavisinin tek başına ya da antidepresan ilaçlarla kombine kullanımının sık uygulandığı ve antidepresan etkiler için olumlu sonuçlar alındığı gözlemlenmiştir.[247] Çalışmamızda olgu grubunda yazınla uyumlu olarak aripiprazol, olanzapin ve metilfenidat kullanımının klinik kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. İlaç kullanımındaki bu farklılığın nedeni, olgu grubunda bulunan ergenlerin semptom şiddetinin daha yüksek olması ve bu nedenle daha fazla ilaç tedavisine ihtiyaç duyuyor olmalarıyla ilişkili olabilir. İçe yönelim bozukluklarında antideprasan ilaç kullanımında augmentasyon için antipsikotik seçilirken dirençli vakalarda aripiprazol ve olanzapin tercih edilmiş olabilir. Ayrıca kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde, irritabilite ve dürtüsellikle ilgili olan belirtilerin kendine zarar vermeyen ergenlere kıyasla daha yüksek oranda olması metilfenidat kullanımındaki farklılığı açıklayabilir.

KZVD ile sigara, alkol ve madde kullanımı ilişkisine bakıldığında, daha önce yapılan çalışmalarda ergenlerdeki bu riskli davranışların KZVD ile yakından ilişkili olduğu bulunmuştur.[234,248,249] Ülkemizde yapılan bir çalışmada düşük benlik saygısının ve sigara içmenin KZVD açısından risk etkenleri olduğu saptanmıştır.[250] KZVD ile bu riskli davranışların bireylerde olumsuz duyguların düzenlenmesine yardımcı olma amacıyla gerçekleştirildiği düşünülmektedir.[234] 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, zayıf baş etme, zayıf sorun çözme becerisi veya bu bireylerde dürtüsellik özelliklerin daha sık olması ile ilişkili olabileceği

belirtilmiştir.[21] Çalışmamızda da literatüre uyumlu olarak sigara ve alkol kullanımı olgu grubunda daha yüksek olup bu oran istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durumun; gençlerin sigara ve alkolü sorunlarla başa çıkma yöntemi olarak kullanmasından ve bağımlılığa daha yatkın olmalarından kaynaklanıyor olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan ergenler günlük öğün sayısına göre değerlendirildiğinde; günlük öğün sayısı 4 ve üzeri olarak belirten ergenler için olgu ve klinik kontrol grubundakilerin oranı sağlıklı kontrol grubundan daha fazla bulunmuştur ve gruplarda günlük öğün sayısı arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. KZVD ile günlük öğün sayısı arasındaki ilişki konusunda doğrudan yapılmış belirgin bir çalışma bulunmamakla birlikte, bu iki kavram arasındaki olası ilişkiyi inceleyen bazı dolaylı çalışmalar ve teorik açıklamalar vardır. 2023 yılında Amerika'da öğün atlama (meal skipping), aşırı yeme (binge eating) ve KZVD arasındaki ilişki araştırılan bir çalışmada; olumsuz yeme davranışı olan bireylerin düzenli öğün alışkanlıkları olan kişilere göre daha fazla kendine zarar verme davranışı sergiledikleri bulunmuş ve yetersiz beslenme ve düzensiz yeme, duygusal düzensizlikleri ve stresle başa çıkma güçlüklerini artırarak KZVD'yi tetikleyebileceği belirtilmiştir.[251] Norveç'te yapılan bir araştırmada hem KZVD hem de yeme bozuklukları, duygusal düzenleme eksikliğini temsil ettiği ve her iki bedensel uygulama da duygusal başa çıkma çabası olarak işlev gördüğü belirtilmiştir.[252] Bjarehed ve ark.[253] yaptıkları çalışmada yeme bozukluğu olan ergenlerde kendine zarar verme davranışı sıklığı artmış olarak bulunmuştur.[253] Çalışmamızda da KZVD olan ergenlerde yaşanan duygusal dengesizlikler ve güçlüklerle başa çıkmak için olarak daha fazla öğünle beslendiği ve sağlıksız yeme alışkanlığına sahip olduğu düşünülmüştür.

Araştırmamıza katılan ergenlerin intihar girişimi ile ilgili özellikleri incelendiğinde; olgu grubundaki ergenlerin diğer gruplardaki ergenlere göre daha fazla intihar girişimi gösterdiği saptandı. Literatürde kendine zarar verme davranışının ergen intihar girişimini yüksek düzeyde öngördüğü bildirilmektedir.[254] Hem kendine zarar verme sıklığı ve şiddeti, hem de geçmiş intihar öyküleri intihar girişimleri için risk faktörleri olarak değerlendirilen çalışmalar mevcuttur.[255,256] İstanbul ilinde toplum örneklemi üzerinde yapılan bir çalışmada kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin % 60'ı hayatı boyunca en az bir kere intihar düşüncesine sahip olduklarını bildirmişlerdir.[3] Benzer bir çalışma, KZVD sayısı, süresi ve kullanılan yöntemin çeşit sayısının artmış intihar riski ile ilişkili olduğunu saptamıştır.[129] Yakın tarihli bir meta- analiz, kendine zarar verme davranışı sergileyen

katılımcıların neredeyse yarısının gelecekte bir intihar girişiminde bulunduğunu ortaya çıkarmıştır.[257] Başka bir çalışmada uzun süredir kendine zarar verme, çeşitli yöntemler kullanıyor olma ve KZVD sırasında fiziksel acı duyumsamama intihar girişimiyle ilişkili bulunmuştur.[129] Çalışmamızda da literatüre uyumlu olarak intihar girişimi olgu grubunda daha yüksek olup bu oran istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kendine zarar verme davranışı sergileyen gençlerin intihar girişiminin kontrol gruplarındaki ergenlerden fazla olmasının nedeni KZVD olan bireylerin uzun vadede fiziksel acıyı tolere etme kapasitesinin artması, yaşanan duygusal acıyı hafifletmek için kalıcı bir rahatlama yöntemi ve daha ölümcül kendini cezalandırmak için intihar davranışına yönelmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Literatürde, ergenler arasında KZVD ile polis müdahalesi gerektiren olaylar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Ancak, ruh sağlığı sorunları olan gençlerin bazen tehlikeli davranışlar sergileyebileceği ve bu tür durumların polis müdahalesini gerektirebileceği gözlemlenmiştir. Baheiraei ve ark[258] yaptığı bir çalışmada, ergenlerde KZVD ile delici/kesici alet taşıma ve bu aletlerle tehdit edilme veya dövülme arasında bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir.[258] Çalışmamızda da yazınla uyumlu olarak olgu grubunda polis müdahalesi gerektirecek olay yaşama oranı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Olgu grubundaki bu bulgu; KZVD gösteren bireylerin daha fazla riskli davranış göstermesi, dürtüsellik ve özdenetim eksikliği, duygusal düzenleme sorunları ve sosyal destek eksikliği gibi faktörlerin bir kombinasyonu ile açıklanabilir.

Çalışmamızda ergenlerin sosyal medya kullanım süreleri incelendiğinde gruplar arasında anlamlı farklılıklar olup, olgu grubundaki ergenlerin sosyal medya kullanım sürelerinin diğer gruplardaki ergenlerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde; interneti uzun süreli kullanım ve internet kötüye kullanımı olan ergenlerde riskli davranışların daha sık görüldüğü bulunmuştur.[259,260] Yakın zamanda yapılan bir inceleme, sosyal medya kullanımı ile gençlerde kendine zarar verme arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur.[261] KZVD ile ilgili içerikleri paylaşmak kendine zarar verme dürtülerini veya sıkıntı duygularını düzenleme stratejisi olarak veya benzer deneyimler yaşayan bir topluluk bulma yolu olarak işlev görebilir. [262] Özellikle KZVD ile ilgili içeriklere maruz kalmanın, KZVD'ye duyarlı bireylerde bu davranışları "tetikleyebileceği" veya pekiştirebileceği ve dolayısıyla bir yayılma etkisi yaratabileceği mümkündür.[263] Araştırmamızda da KZVD ile sosyal medya kullanım süresi literatürle uyumlu şekilde

anlamlı bulunmuştur. Bu durum KZVD gösteren bireylerin bu davranışı sürdürme veya yoğunlaştırma eğilimi sosyal medyada daha fazla vakit geçirmesi, duygusal destek ve kabul görme ihtiyacı, sosyal bağlantı, kaçış arayışı ve tetikleyici içeriklere olan ilgiden kaynaklanıyor olabilir. Bu durum, bireylerin duygusal düzensizliklerle başa çıkmak için bir yol olsa da sağlıksız bir döngü yaratabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmaya katılan ergenlerin yaşadığı yerin algılanan güvenliği açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. KZVD olan ergenler yaşadığı yeri tehlikeli olarak algıladığı tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde KZVD olan ergenlerin yaşadığı yerin algılanan güvenliği hakkında bilgi veren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızdaki bu bulgu, KZVD olan ergenlerin yüksek suç oranı, zayıf destek yapıları ve sosyal bağlar veya aile içi şiddet gibi olumsuz çevresel faktörler nedeniyle çevrelerine dair algılarının daha negatif olmasına sebep olabilir.

Ergenlerde çevre ile iyi iletişiminde bulunmanın olumsuz duyguları ifade etmeyi sağladığı, sosyal destek sistemlerinin yetersiz olduğu ergenlerde KZVD'nin daha sık görüldüğü saptanmıştır.[264–266] Aile içi çatışmalar sonucunda gençler duygusal zorluklarını ifade etmekte güçlük yaşamakta ve KZVD'yi bir kendini ifade etme biçimi olarak kullanmaktadır. Ebeveynlerin gençlerin duygusal gereksinimlere yeterli düzeyde yanıt verebilmeleri, KZVD deneyimini azaltmaktadır.[96,267,268] KZVD'si olan gençlerde kendini ve duygusal zorluklarını ifade etmede güçlük veya baş edememe gibi farklı nedenlere bağlı olarak evden kaçma sıklığı yüksek oranda görülmektedir. Çalışmamızda da yazın ile uyumlu olarak olgu grubunda diğer gruplara göre evden kaçma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. KZVD bireylerde aile içi iletişim sorunları, anlaşılmama veya destek görmeme, evden kaçmayı bağımsızlık aracı olarak görmeleri bu davranışa neden olabilir.

Aile işlevselliğinde bozulmanın kendine zarar verme davranışında belirgin bir risk faktörü olduğu literatürdeki pek çok çalışmada belirtilmiştir.[269] Ebeveynlerin kronik fiziksel rahatsızlığının olması, ruhsal hastalığa sahip olması, alkol-madde kullanım öyküsüne sahip olması ergende kendine zarar verme davranışıyla ilişkili bulunmuştur.[102] Önemli bir psikososyal risk faktörü olan uygunsuz ev ortamı, hem de bu duruma eşlik eden genetik yüklülük ile ebeveynlerdeki ve ailenin diğer bireylerindeki ruhsal bozukluklar, ergende kendine zarar verme davranışı için risk etmeni olmaktadır.[101] Yazında anne ve

babanın eğitim durumuyla ilgili anlamlı bir fark gözlenmemiştir.[49,50,270] Çalışmamızda gruplarda ebeveynlerde yaş, ruhsal hastalık, eğitim durumu, babanın çalışma durumu, ebeveynlerde sigara ve alkol kullanımı, KZVD, suç öyküsü, akrabalık açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum örneklem hacminin bu parametreler açısından yetersiz olması ve örneklem gruplarının sosyodemografik özellikleri ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda olgu grubunda annenin çalışma durumu sağlıklı kontrollere göre daha az olduğu tespit edilmiştir. KZVD olan ergenlerin annelerinin daha az çalışmasının nedeni gencin artan bakım ihtiyacı, annenin psikolojik zorluklar yaşaması, toplumsal normlar ile ilişkilendirilebilir.

Literatürde ebeveynlerin boşanmış veya ayrı olması ile kendine zarar verme davranışı arasında ilişki saptayan çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızdaki katılımcıların aile yapıları incelendiğinde; gruplar arasında aile yapıları yönünden anlamlı farklılık saptanmış olup olgu grubu için ebeveynlerinin boşanmış veya ayrı olması daha fazla ve sağlıklı kontrol grubu için ebeveynlerin birlikte olması daha fazla bulunmuştur. Bu bulgu literatür ile uyumludur. Yakın tarihte yapılan bir gözden geçirme çalışması ayrılmış ebeveynlerin kendine zarar verme davranışı için risk faktörü olduğunu bildirmiştir.[271] Bir meta analiz çalışması ise aile yapısı ve işlevselliğinde bozulmanın kendine zarar verme davranışı için risk oluşturduğunu saptamıştır.[127] Ülkemizde yapılan bir araştırma, KZVD olan katılımcıların ailelerini KZVD olmayan katılımcıların aileleri ile karşılaştırdığında ebeveyn boşanma oranını KZVD olan grupta daha yüksek saptamıştır.[272] Yazında KZVD ile aile yapısı arasında ilişki saptamayan çalışmalar da mevcuttur.[273] Çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerin önemli bir kısmının parçalanmış aile yapısına sahip olması ve kurumda yaşama oranının görece yüksek olması aile destek sistemlerinin zayıf olduğu, stresli durumlarla başa çıkmak için sağlıklı yöntemler geliştiremediği ve ihmal edilmiş olabileceklerini düşündürmüştür.

Çalışmamıza katılan ergenlerin gelir durumu incelendiğinde ailelerin aylık gelirleri olgu grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerde kendine zarar verme davranışının daha yaygın olarak görüldüğü saptanmıştır. Eğitim düzeyi düşük olan, aile içi çatışmaların ve ekonomik sorunların yoğun olduğu ailelerdeki çocukların stresle başa çıkma kapasitelerinin daha düşük olduğu ve bunun sonucunda KZVD ve intihar davranışı gibi olumsuz başa çıkma mekanizmaları geliştirdikleri belirtilmektedir.[274,275]

Çalışmamızda aile içi fiziksel şiddet açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Finlandiya'da yapılan bir çalışmada, aile içi şiddetin ergenlerin kendine zarar vermesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.[276] Aile ortamında tartışma, şiddet, uygun duygusal iklimin sağlanamaması ve istismar gibi sorunlar doğrudan ya da dolaylı yoldan emosyonel regülasyonda bozulma ile KZVD gelişimine yol açar.[277] İzmir'de yapılmış bir çalışmada ebeveyn geçimsizliğinin KZVDyi yordayabileceği belirtilmektedir.[51] Bizim çalışmamızda da aile içi fiziksel şiddetin KZVD olan ergenlerde modelleme davranışı üzerinden kendisine yöneltmiş olabilir. Ayrıca ihmal ve istismar, yetersiz sosyal destek ve ebeveyn kontrolü; duygu düzenleme sistemlerindeki bozulma ve baş etme becerilerindeki zorluklar aracılığıyla KZVD ile ilişkili olabilir.

KZVD'si olan ergenlerin ailelerinde kendine zarar verme öyküsü, KZVD olmayan ergenlere göre daha sıktır.[101,102] Ailede KZVD varlığının erkek ergenlerde kendine zarar verme riskini 3.3 kat; kızlarda ise 2.8 kat arttırdığı gösterilmiştir.[278] Ülkemizde yapılan bir çalışmada da kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde ailede kendine zarar verme davranışının 2 kat ve yakınlarında intihar ile ölümün 3 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir.[49] Buna karşı, Cox ve ark.[279] ise ebeveynlerinin KZVD ve intihar öyküsü olmasının çocuklarında KZVD'yi öngörmediğini bildirmiştir.[279] Çalışmamızda ailelerinde kendine zarar verme öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel fark saptanmamakla birlikte olgu grubunda daha fazla oranda ailede kendine zarar verme öyküsü olduğu dikkat çekmektedir ve kendine zarar veren ergenlerin ailelerinde kendine zarar vermeyen ergenlerin ailelerine göre intihar girişimi öyküsü anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. KZVD gösteren ergenlerin ailelerinde intihar davranışının daha fazla görülmesi; genetik yatkınlık, model alma, duygusal destek eksikliği, stresli aile ortamı ve travmatik etkiler gibi birçok faktörle ilişkili olabileceğini düşündürtmüştür.

Çalışmamızda kendine zarar verenlerin kaç kardeş olduklarının KZVD'ye anlamlı düzeyde etkisinin olmadığı gözlenmiştir. Literatürde bu konuyla ilgili çalışmalar kısıtlı ve çelişkilidir. Bu konunun incelendiği bazı çalışmalarda bizim sonucumuza benzer şekilde kardeş ve evdeki kişi sayısının anlamlı bir etkisi gözlenmemiştir.[49] Başka bir çalışmada ise kardeşi olmayanlarda kasıtlı kendine zarar verme davranışının görülme oranı %60,6 saptanmış ve kardeşi olanlara bakıldığında kardeş sayısı arttıkça kasıtlı kendine zarar verme davranışının görülme oranının artması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.[50] Kardeşe sahip olmanın ergenin ailesinden uzaklaşma yaşadığı bu gelişme döneminde

destek oluşturabileceği ve KZVD için koruyucu olabileceği gibi kardeş sayısının artmasının aile içi kıyaslanma ve rekabet, kardeşler arasında zorbalık, ebeveyn dikkat ve sevgi dağılımındaki farklılıklar gibi faktörlerin etkisiyle KZVD sıklığını arttırabileceğini düşündürmüştür.

KZVD gösterenlerin demografik özelliklerine baktığımızda bu kişilerin ailesiyle ilişkisini daha mesafeli olarak algıladığı görülmüştür. Yapılan bir araştırmada KZVD gösteren gençlerin bozuk aile ilişkilerinin KZVD de etkili olduğu saptanmıştır.[280] İletişim ailenin birbirine yakınlığını arttıran ve uyumu destekleyen temel koşullardan biridir. Yetersiz iletişim aile ve genç arasında sosyal izolasyona aracılık edebilmekte ve sorunların çözümünde KZVD kullanılabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gruplar arasında arkadaşlarının sigara ve alkol kullanım, kendine zarar verme davranışında bulunma, intihar girişiminde bulunma durumları karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında arkadaşında sigara, alkol kullanımı ve intihar girişiminin olması istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmayıp arkadaşında KZVD olması durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Arkadaşlarında KZVD öyküsü gençlerde KZVD için risk faktörü olarak literatürde yer almaktadır.[271,127,281] 2015 yılında yayınlanan bir meta-analizde arkadaşlarından kendine zarar verme davranışına maruz kalmanın KZVD riskini 2.13 kat artırdığı saptanmıştır.[127] Yapılan araştırmalarda ergenlerde riskli davranışlar gösteren arkadaşlara sahip olmanın ergenlerin alkol kullanımı, madde kullanımı, evden kaçma, kendine zarar verme, intihar girişimi dahil olmak üzere birçok riskli davranışlarda bulunmalarında önemli bir etken olduğu gösterilmiştir.[282,283] Çin'de yapılan bir araştırmada ergenlerin KZVD'yi benimseme veya bu davranışlardan etkilenme ihtimalinin, en yakın arkadaşlarının KZVD göstermesine bağlı olarak artabildiği gösterilmiştir.[279] Bizim çalışmamızda da olgu grubunda arkadaşında KZVD gösterme oranlarının daha yüksek olması akranlarla ortak duygusal yükler ve baş etme şekillerinin paylaşılması, ortak risk faktörleri, sosyal medyanın etkileri ve bu davranışın normalleştirilmesiyle ilişkilendirilebilir.

Araştırmamızda değerlendirilen kendine zarar verme davranışında bulunan katılımcıların kendine zarar vermeye başlama yaşının 9 ile 16 arasında değişmekte olup ortalaması 12,9 olduğu bulunmuştur. Son yıllarda yapılan bazı araştırmalarda KZVD başlama yaşının ortalama 12-14 yaşları arasında olduğu saptanmıştır.[42,284] Ülkemizde

İstanbul ilinde liseli ergenlerle yapılan toplum örneklemli bir çalışmada kendine zarar verme başlama yaşı ortalama 12 yaş olarak saptanmış; KZVD'nin en sık 13 yaşında başladığı belirtilmiştir.[49] İzmir ilinde yapılan toplum örneklemli bir çalışmada ise ergenlerde kendine zarar verme başlama yaşı 13.5 olarak bulunmuştur.[51] Çimen ve ark.[41] 2014 yılında İzmit ilinde ortaokul öğrencileriyle yaptıkları bir çalışmada KZVD başlama yaşı 12.4±1.87 olarak saptanmıştır. Araştırmamızda kendine zarar verme davranışının başlama yaşı literatür ile uyumlu bulunmuştur. Yaş söz konusu olduğunda bu davranışın ergenlikle beraber ortaya çıktığı anlaşılmaktadır. Ergenlikte kişinin; çocuk olmaktan birey olmaya geçiş yaptığı bu süreçte fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler geçirmesinin ve yaşadığı pek çok problemin etkisiyle dürtüsel davranışlar artmakta olduğunu ve kendine zarar verme davranışının sık görüldüğünü düşündürmektedir.

Çalışmamızda olgu grubunun neredeyse tamamı kendine zarar verme yönetimi olarak birden fazla çeşit kullanmaktaydı. Bu bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir. Kendine zarar verenlerin pek çoğunun KZVD gösterirken birden fazla yöntem kullandıkları bulunmuştur.[26,285,286] Aynı çalışmalarda KZVD gösterme davranışı söz konusu olduğunda hem kollarına, hem bacaklarına hem de bileklerine zarar verebildikleri görülmüştür.[285,286] KZVD'nin birden fazla yöntemle uygulanması bu davranışın bağımlılık benzeri özellikler taşıdığını gösterebilir. Tek bir yöntemin yeterli rahatlamayı sağlamadığı durumlarda, bireyin farklı yöntemler denemesi, tolerans ve alışkanlık gelişimiyle ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda en sık başvurulan kendine zarar verme yöntemi kesme davranışı olarak bulunmuştur. Kesme davranışını yara iyileşmesini engelleme, tırnaklama, vurma, saç koparma izlemektedir. Diğer yöntemler ise; çimdikleme, ısırma, yakma ve cilt kazıma, iğne batırma, sürtme ve zararlı madde yutma yöntemleri olarak sıralanmaktadır. 2019 yılında yapılan bir araştırmada, çalışmamız ile benzer biçimde kendine zarar veren gençler arasında %86.7 oranında kesme davranışının tercih edildiği saptanmıştır.[239] 2018 yılında yayınlanan bir meta-analiz çalışması, 1990 – 2015 yılları arasında yayınlanan 172 bilimsel çalışmayı incelemiş, bu meta-analize göre kendini kesme, %45 gibi bir oranla en sık kendine zarar verme yöntemi olarak saptanmıştır. Kesmeyi sırasıyla yara iyileşmesini önleme (% 33), sert yüzeye kafayı çarpma (% 31), kendini ısırma (% 29), cilde şekil kazıma (% 28), sert bir cisimle kendine vurma (% 27), zehirli madde yutma (% 20) ve yakma (% 10) davranışları takip etmiştir.[230] Kendini kesme yöntemi diğer yöntemlere göre

psikopatoloji ile en ilişkili olan KZVD yöntemi olarak tanımlanmaktadır.[287] Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu şekilde olgu grubunda en sık kendine zarar verme yöntemi olarak kendini kesme saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde KZVD bulunan gençlerin %20-74 oranında KZVD esnasında fiziksel ağrı hissetmedikleri bulunmuştur.[51,41] Çalışmamıza katılım gösteren kendine zarar verme davranışı olan gençlerin önemli bir kısmı KZVD esnasında fiziksel olarak ağrı hissetmediklerini bildirmiştir. Yapılan bir meta analiz kendine zarar verme davranışını azalmış ağrı hassasiyeti ile ilişkili bulmuştur.[288] Azalmış ağrı hassasiyeti, ağrıya daha az duyarlı olan bireylerin kendine zarar verme davranışını sergileme olasılığını artırdığını ileri sürerek, ağrı hassasiyetinin kendine zarar verme davranışı için risk faktörü olduğunu belirtmektedir.[289] 2017 yılında Koenig ve ark[290] 30 KZVD olan kız ergen üzerinde yaptıkları araştırmada KZVD olan ergenlerin, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek ağrı eşiğine ve düşük ağrı yoğunluğuna sahip olduklarını bildirmiştir.[290] Son yıllarda yapılan çalışmalar kendine zarar verme davranışında bulunan bireylerin sağlıklı bireylere göre endojen opiyat düzeylerinde farklılık olabileceğini ileri sürmüştür.[81] 2021 yılında yapılan bir çalışmada kendine zarar verme davranışı olan gençlerin ağrı hassasiyetinin önemli ölçüde azaldığı (yani: artmış ağrı eşiği, daha düşük ağrı yoğunluğu) ve daha düşük bazal beta endorfin düzeyleri bulunmuştur.[291] Ülkemizde Çakın Memik ve arkadaşlarının 2022 yılında yayınlanan çalışmasında da benzer şekilde kendine zarar veren gençlerin beta endorfin düzeyleri sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır.[84] Yapılan çalışmalarda gösterildiği gibi kendine zarar verme davranışında bulunan bireylerde kendine zarar verme davranışı esnasında endojen opiyatların salınmasının acı hissinin azalmasına neden olduğu ve zamanla ağrı duygusunun azaldığı öne sürülmüştür.[81] Ayrıca başka bir çalışmada daha uzun süre KZVD sergileyen bireylerin ağrı eşiklerinin daha yüksek olduğu ve bu etkinin ağrı toleransını arttırdığı bulunmuştur.[292] KZVD olan ergenlerin endojen opioid seviyelerinde farklılıkların olması, KZVD esnasında acı hissetmemeyle ilişkili olabilir. KZVD gösteren ve fiziksel acı hissetmediğini söyleyen kişiler için yaşadıkları duygusal acı fiziksel acıdan daha üstün geliyor ve daha acı olanı dindirmek için zaman içinde fiziksel acıyı daha az hissediyor olabilirler.

Çalışmamızda kendine zarar veren katılımcıların büyük çoğunluğu kendine zarar verme davranışı sergileme esnasında yalnız olduğunu belirtmiştir. İzmir ilinde toplum örneklemi ile yapılan bir çalışmada tekrarlayıcı biçimde kendine zarar verme davranışında bulunan

gençlerin %73'ü ve epizodik kendine zarar verme davranışında bulunan gençlerin %63'ü eylem esnasında tek başına olduklarını bildirmiştir.[51] İstanbul ilinde kendine zarar veren gençlerle yapılan çalışmada da gençlerin %74'ünün KZVD esnasında yalnız oldukları gösterilmiştir. Bu çalışmada, kişilerin kendilerine zarar verme davranışları sırasında tek başına olmanın amacının, çevrelerindeki insanları manipüle etmek değil, aslında daha çok kendi olumsuz duygulanımlarını azaltmak için olduğu belirtilmiştir.[49] Çalışmamıza katılan KZVD sergileyen gençler de başka insanları manipüle etme amacı gütmeksizin kendilerini daha iyi hissetmek ve içlerinde biriken olumsuz duyguları yatıştırmak için KZVD esnasında tek başına olmayı tercih ediyor olabilirler.

Çalışmamızda KZVD sergileyen ergenlerin büyük çoğunluğu kendine zarar verme dürtüsünden sonra 1 saatten az bir sürede eylemi sergiledikleri saptanmıştır. 2005 yılında Nock ve Prinstein[293] ergenlerde KZVD'nin fonksiyonlarını ve doğasını anlamak amacıyla yaptıkları çalışmalarında gençlerin %91'inin KZVD dürtüsünden sonra 1 saatten az bir sürede davranışı sergilediklerini saptamıştır.[293] Ülkemizde toplum örnekleminde yapılmış bir çalışmada da tekrarlayıcı şekilde kendine zarar verenlerin %81,3'ünün kendine zarar verme dürtüsü oluştuktan sonraki bir saatlik zaman dilimi içerisinde eylemi sergiledikleri bildirilmiştir.[51] 2019 yılında ergen örneklem üzerinde yürütülen bir çalışmada da gençlerin %90'ının 1 saatten az bir sürede eylemi sergiledikleri gösterilmiştir.[294] Pek çok çalışmada benzer bir sonuç bulunmuş ve neden olarak da davranışın dürtüsel doğasına vurgu yapılmıştır. [26,114,255,293] Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular yazındaki diğer çalışmalarla uyumlu olacak şekilde, sıklıkla ilk 1 saatlik dönemde KZVD eyleminin sergilendiği sonucunu ortaya koymaktadır. Yazında belirtien kendine zarar verme davranışının dürtüsel bir yapıda olmasıyla ile uyuşmaktadır. Bu dürtüsel yapı bireyin olumsuz duygulanımını azaltmaya yönelik hızlı yanıt vermeye çalışması ile ilişkili olabilir.

Araştırmamızda, kendine zarar verme davranışı gösteren katılımcıların büyük çoğunluğu bu davranışı sonlandırmak istediğini belirtmiştir. Ancak, KZVD'ye sahip ergenlerin bu isteğe rağmen davranışı sürdürmesi, KZVD'nin dürtüsel doğasıyla ilişkili olabilir. Bunun yanı sıra, kendine zarar veren ergenlerin önemli bir kısmının ergenliğin ilerleyen yıllarında bu davranışı sonlandırdığı ve genç erişkinlik döneminde KZVD yaygınlığının ergenlik dönemine göre daha düşük olduğu bilinmektedir.[40] Bu durum, kendine zarar verme davranışını bırakmak isteyen ergenlerin büyük bir kısmının zamanla bu hedefe ulaşabildiğini göstermektedir.

Çalışmamızda KZVD gösteren ergenler bu davranışı en sık KZVD'nin otonom fonksiyonlarının "duygulanım düzenleme" ve "sıkıntıyı etiketleme" işlevleri üzerinden sergilediği görülmektedir. Otonom işlevler arasında "duygulanım düzenleme" fonksiyonu literatürde KZVD'yi motive eden en güçlü fonksiyon olarak belirtilmektedir. [99,140,295–297] Kişi KZVD'yi içinde yaşadığı olumsuz duygu ve uyaranları azaltmak amacıyla kullanmakta ve duygu düzenleme becerilerindeki yetersizlik kendine zarar verme için önemli bir işlev olarak ortaya çıkmaktadır.[298] Özellikle ebeveynlerin duygu sosyalleştirme sürecinde çocukların negatif duygularına verdikleri olumsuz (örn; çocuğun üzüntü ve öfke gibi olumsuz duygularını görmezden gelmek, önemsememek ve cezalandırmak gibi) yanıtların çocukların duygu düzenleme becerilerini geliştirme üzerindeki negatif etkisi kanıtlanmıştır [299,300] Duygu düzenleme fonksiyonunun ardından en sık kullanılan otonom fonksiyon "sıkıntıyı etiketleme" olarak rapor edilmiştir. [99,295] Bu fonksiyon sıkıntısını konuşma, ağlama, bağırma gibi iletişim aracılığı ile dışa vuramayan kişilerin sıkıntıyı bedenine etiketlemesi şeklinde ortaya çıkıyor olabilir.[289] Türkiye'de üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da gençler arasında kullanılan en yaygın sosyal işlevlerin "kendiyle ilgilenme" olduğu bulunmuştur.[295] "Kendiyle ilgilenme" fonksiyonu kişinin baş edemediği duygusal bir sıkıntı ile uğraşmak yerine bedeninde bir yara oluşturarak bununla ilgilenmesi ve onu iyileştirmeye çalışması anlamına gelmektedir.[301] Çalışmamızda en sık kullanılan sosyal yani kişilerarası fonksiyonların en fazla "kendiyle ilgilenme" fonksiyonu olduğu anlaşılmıştır.

Katılımcıların Hollanda Yeme Davranışı Anketinden aldıkları puanlara göre incelendiğinde; katılımcıların grupları arasında yeme davranışları alt boyut puanlarının tümüne göre anlamlı farklılık saptanmamış olup olgu grubunda duygusal yeme puanları daha yüksek, diğer gruplarla karşılaştırıldığında duygusal yeme puanları olgu grubunda daha yüksek bulunmuştur. Literatürde ergenlerde kendine zarar verme davranışı ile yeme tutumları ilişkisini araştıran çalışmalar sınırlıdır. Duygusal yeme, çocukluk çağı olumsuz yaşam öyküsü olan bireylerde yaygın olup, düzensiz yeme ve kilo alımıyla ilişkilidir.[302] Duygusal yeme ilk başlarda bulimik hastaların aşırı yemelerini destekleyen bir etmen olarak duyguların yer aldığı bir tablo içinde bulimia ile birlikte anılmıştır. Bulimik hastaların ilk nesne kaybından kaynaklanan iç gerilimin bir felaket duygusu gibi yaşanıp tolere edememeleri ve bu nedenle impulsif davranışlara yönelmeleri, kendine fiziksel zarar verme ve intihar davranışının altında yatan mekanizmayı açıklamaktadır.[303] Daha sonra

yapılan araştırmalar, tıkınırcasına yeme ataklarının duygusal yeme ile ilişkili olabileceğini ve daha ileri boyutta yeme bağımlılığı veya tıkınırcasına yeme bozukluğuna yol açabilmektedir. Lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada; duygusal yoğunluklarla başa çıkmak için kullanılan içgüdüsel eylemleri temsil eden hem kendine zarar verme hem de tıkınırcasına yeme (binge eating) davranışları, ergenlerin dayanılmaz duygusal yüklerle başa çıkmasında bir tür rahatlama sağladığı ve duygusal aktarımı sağlayan araçlar olarak işlev gördüğü vurgulanmıştır. Aynı çalışmada KZVD gösteren ergenlerin bu davranışı göstermeyen akranlarına kıyasla yüksek düzeyde yeme patolojisi sergilemeye devam ettikleri belirtilmiştir.[304] Çalışmamızda, kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin genellikle duygusal yeme alışkanlıklarına daha yatkın olduğu tespit edilmiştir. Özellikle duygusal yeme, obezite ve diyet yapan bireyler ile depresyon ve kendine zarar verme gibi psikiyatrik rahatsızlıklarda sıkça görülen bir durumdur. Bu bağlamda, duygusal yemenin metabolik sendrom açısından da önemle ele alınması gereken bir konu olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde bu konuya dair birkaç derleme ve tez dışında yeterli literatür birikimi henüz oluşmamış olsa da dünya genelinde bu alana yönelik ilginin son yıllarda arttığı görülmektedir. Özellikle risk gruplarına odaklanarak, duygusal yeme davranışını inceleyen bilimsel araştırmalara ve hızlı, pratik değerlendirme sağlayacak ölçek geliştirme çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu alandaki bilgi birikiminin artmasıyla, bireylerin hangi bilişsel alanlarda desteklenebileceği, stresle başa çıkma yöntemlerinin nasıl öğretilebileceği daha net bir şekilde belirlenebilir ve koruyucu sağlık uygulamaları için kapsamlı bir yol haritası oluşturulabilir. Yemek sırasında duygusal yeme ve kontrol kaybının taranması önemlidir, böylece tedavinin hastalara uygun başa çıkma stratejilerini öğretmek üzere uyarlanabileceği düşünülebilir.[305]

Katılımcıların Ergenler için Stresle Başa Çıkma Anketi puanlarına göre incelendiğinde; katılımcıların grupları arasında başa çıkma ölçeği alt boyut puanlarının tümüne göre anlamlı farklılık saptanmamış olup olgu grubunda başa çıkma yöntemlerinden kaçınan başa çıkmayı daha fazla kullandıkları, kaçınan başa çıkma puanları diğer gruplarla karşılaştırıldığında olgu grubunda daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bilgimiz dahilinde literatürde kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde baş etme tarzları arasındaki ilişkiyi doğrudan araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Genel anlamda aktif başa çıkma problem çözmeye yöneliktir ve stresli durumun değişmesine veya ortadan kalkmasına yönelik tutumları içerir. Pasif başa çıkma ise alternatif ödüller arayarak, kabullenerek veya

yokmuş gibi davranarak stresli durumdan uzaklaşmayı amaçlar.[175] Klinik çalışmalarda, intihar girişimi ve/veya KZVD olan bireylerin, sağlıklı kontrollere göre aktif/problem odaklı başa çıkma yöntemlerini daha az, kaçınan ve olumsuz başa çıkma yöntemlerini ise daha fazla kullandıkları bildirilmiştir. [306–309] Literatürde, ergen yaş grubunda KZVD tanılı olguları inceleyen bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, 16-49 yaş arasında 318 katılımcı ile yapılan bir çalışmada hem intihar girişimi hem de intihar olmayan kendini yaralama davranışları bulunan olguların, intihar girişimi olmayanlara göre daha az aktif/problem odaklı, daha fazla kaçınan başa çıkma yöntemleri kullandıkları bildirilmiştir[310] Çalışmamızda, problemle yüzleşmek yerine ondan uzaklaşma veya görmezden gelme, problemlerini çözmek yerine kendini suçlama veya çaresizlik hislerini pekiştirilmesi, sosyal geri çekilme ve izolasyon eğilimi, sosyal destekten mahrum kalma ve bozuklukların şiddetlenmesi gibi özellikler taşıyan kaçınan başa çıkmanın KZVD grubunda daha fazla bulunması, içe yönelim bozukluklarının da bu grupta daha yüksek oranda saptanmasıyla ilişkili olabilir.

KZVDDE alt ölçekleri ile HYDA'dan alınan puanlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre olgu grubundaki ergenlerin kısıtlayıcı yeme davranışları ile KZVD alt faktörlerinden kendini cezalandırma işlevi puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Olgu grubundaki ergenlerin kısıtlayıcı yeme davranışlarına ilişkin puanları arttıkça KZVD'nin kendini cezalandırma işlev puanları da artmaktadır. Literatürde, ergen yaş grubunda KZVD tanılı olgularda yeme tutumlarını inceleyen bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte; bireyler, kısıtlayıcı yeme davranışlarını, kendilik algısındaki eksiklikleri telafi etmenin bir yolu olarak kullanabilirler ve beden kontrolü yoluyla bir tür rahatlama ve cezalandırma stratejisi olarak işlev görebilir. Bireyler idealize ettikleri bir beden imajını sürdürmeye çalışırken negatif duyguların hissedilme yoğunluğu karşısında yoğun korku duyumsamakta ve hissedilen yoğun korku sebebiyle de birey bilinçsiz bir şekilde suçluluk hissederek kendisini cezalandıran ve zulmeden bir alan deneyimleyebilmektedir.[311] Bu, yeme bozukluklarıyla ilgili literatürde sıkça vurgulanan bir kavramdır. Ayrıca kendini cezalandırma ve kısıtlayıcı yeme davranışları, olumsuz duygularla başa çıkmanın yetersiz stratejileri olabilir.[298] Bu bulgu, ergenlerin olumsuz duygularını kontrol etmek, kendilik algısındaki eksiklikleri telafi etmek ve suçluluk hissini azaltmak için kısıtlayıcı yeme davranışlarını ve kendini cezalandırma eğilimlerini kullandıklarını düşündürmektedir.

Olgu grubundaki ergenlerin duygusal yeme davranışları ile KZVD alt faktörlerinden düşmanlık, özerklik ve çözülmeyi önleme işlev puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Olgu grubundaki ergenlerin duygusal yeme davranışlarına ilişkin puanlar arttıkça düşmanlık, özerklik ve çözülmeyi önleme işlev puanları da artmaktadır. Literatürde, ergen yaş grubunda KZVD tanılı olgularda duygusal yeme tutumlarını doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmadığından karşılaştırma yapılamamaktadır. Fakat araştırmalar, öfke ve düşmanlık gibi olumsuz duyguların, duygusal yemeyi tetikleyebileceğini göstermektedir.[312] Çözülmeyi önleme, kontrol kaybını engellemek için yapılan bilinçsiz çabaları temsil eder ve bu süreçte duygusal yeme bir tür kendini sakinleştirme yöntemi olarak kullanılabilir.[313] Özerklik puanlarının artışı, ergenlerin başkalarından bağımsızlaşma çabalarını veya kontrol arayışını gösterebilir. Bu süreçte, duygusal yeme, bağımsızlık arayışındaki duygusal zorluklarla başa çıkma yöntemi olabilir.[314]

Olgu grubundaki ergenlerin dışsal yeme davranışları ile KZVD alt faktörlerinden düşmanlık, özerklik ve çözülmeyi önleme işlev puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Olgu grubundaki ergenlerin dışsal yeme davranışlarına ilişkin puanlar arttıkça düşmanlık, özerklik ve çözülmeyi önleme işlev puanları da artmaktadır. Literatürde, ergen yaş grubunda KZVD tanılı olgularda dışsal yeme tutumlarını doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmadığından karşılaştırma yapılamamaktadır. Dışsal yeme ile ilgili obezite hastalarında yapılan çalışmalar vardır. Cezayir'de erişkin bireylerde yapılan bir çalışmada duygusal yeme, dışsal yeme ile birlikte ortaya çıktığı, VKİ ile hem duygusal hem de dışsal yeme arasında pozitif ilişkiler bulunduğu saptanmıştır.[315] Olumsuz duygulara yanıt olarak, obezite ve aşırı kilolu katılımcılar, normal VKİ'ye sahip insanlara kıyasla daha az etkili başa çıkma becerilerine sahip olup, bu da onları daha fazla yemeye yönlendirmektedir.[316,317] Bu bulgular, dışsal yeme davranışının, duygusal düzenleme, çevresel uyaranlara karşı duyarlılık ve kontrol çatışmaları gibi faktörler bağlamında kendine zarar verme davranışları ile ilişkilendirilebilir. Obezite gibi durumlarla yapılan araştırmalar da dışsal yemenin bu tür duygusal ve davranışsal zorluklarla nasıl bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin yeme davranışlarını ve bunun altta yatan nedenlerini daha iyi anlamak için daha fazla araştırma yapılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Olgu grubundaki ergenlerin aktif başa çıkma puanları ile KZVD alt faktörlerinden duygu düzenleme işlev puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Olgu grubundaki ergenlerin aktif başa çıkma puanları arttıkça duygu düzenleme işlev puanları da artmaktadır. Literatürde kendine zarar verme davranışının en güçlü yordayıcısının olumsuz başa çıkma stratejisi olması öngörülmüştür.[318] Başka bir çalışmada KZVD olan olgularda duygu düzenleme güçlüğü ve olumsuz başa çıkma arttıkça KZVD'nin duygu düzenleme ve öz kıyımı önleme işlevinin arttığı tespit edilmiştir.[319] Çalışmamızın sonuçları hipotezimizle uyuşmamakta olup bu durum örneklem hacminin bu parametreler açısından yetersiz olması ve örneklem gruplarının sosyodemografik özellikleri ile ilişkili olabilir.

Olgu grubundaki ergenlerin kaçınan başa çıkma puanları ile KZVD alt faktörlerinden duygu düzenleme işlev puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Olgu grubundaki ergenlerin kaçınan başa çıkma puanları arttıkça duygu düzenleme puanları da artmaktadır. Literatürde ergenlerde başa çıkma becerileri ve KZVD işlev ilgili çalışmalar sınırlı sayıda olup ülkemizde 2023 yılında yapılan bir çalışmada olumsuz başa çıkma arttıkça KZVD'nin kişiler arası sınırlar işlevinin; kaçınan başa çıkma arttıkça ise KZVD'nin dayanıklılık ve kendi ile ilgilenme işlevinin arttığı düşünülmüştür.[319] Bizim çalışmamızda bulduğumuz sonuç, kendine zarar verme davranışları ile kaçınan başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin, bireylerin duygusal acıyı ve zorlukları yönetme biçimleriyle yakından ilgili olduğunu düşündürmüştür. Bu stratejiler, duygusal regülasyon zorlukları, duygusal baskılardan kaçınma ve kısa süreli rahatlama sağlama amacına yönelik olabilmektedir. Ancak uzun vadede, bu tür başa çıkma yöntemleri, duygusal sağlığı daha da kötüleştirebilir ve daha sağlıklı başa çıkma stratejilerine yönelme ihtiyacı doğurabilir.

Olgu grubundaki ergenlerin olumsuz başa çıkma puanları ile KZVD alt faktörlerinden kendiyle ilgilenme ve kişiler arası etkileşim puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Olgu grubundaki ergenlerin olumsuz başa çıkma puanları arttıkça kendiyle ilgilenme ve kişiler arası etkileşim puanları da artmaktadır. Literatürde ergenlerde başa çıkma becerileri ve KZVD işlev ilgili çalışmalar sınırlı sayıda olup ülkemizde 2023 yılında yapılan bir çalışmada olumsuz başa çıkma arttıkça KZVD'nin kişiler arası sınırlar işlevinin; kaçınan başa çıkma arttıkça ise KZVD'nin dayanıklılık ve kendi ile ilgilenme işlevinin arttığı düşünülmüştür.[319] Bizim çalışmamızda kendine zarar veren ergenlerin bu davranışı, hem kendiyle ilgilenmeyi sağlamak hem de kişilerarası etkileşimi artırmak amacıyla kullanıyor olmaları, genellikle derin bir duygusal ihtiyaçtan kaynaklanabilir.

Kişilerarası etkileşimi arttırmanın, çevresindekilerden dikkat ve ilgi görmenin, başkalarına duygu ve acılarını gösterebilmenin, bir anlamda dışa vurum yapabilmenin bir yolu ergen amacıyla kendine zarar veriyor olabilir. Bu ergenler, hem içsel duygusal acıyı yönetmek hem de dış dünyadaki ilişkilerini düzenlemek amacıyla kendilerine zarar verebilirler. Bu bağlamda stresle başa çıkmada etrafa zarar verme, kendini suçlama, başkalarını suçlama gibi özellikler gösteren olumsuz başa çıkma mekanizmalarını kullandıkları söylenebilir.

Katılımcıların kısıtlayıcı yeme davranışları ile kaçınan başa çıkma puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Ergenlerde kısıtlayıcı yeme davranışlarına ilişkin puanları arttıkça kaçınan başa çıkma puanları da artmaktadır. Literatürde, ergen yaş grubunda kısıtlayıcı yeme davranışları ile başa çıkma becerilerini doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmadığından karşılaştırma yapılamamaktadır. Çalışmamızda ergenlerin kısıtlayıcı yeme davranışları ve kaçınan başa çıkma mekanizmaları arasında kurulan bu ilişki, bir tür duygusal regülasyon çabası ve stresle başa çıkma stratejisinin sonucu olarak görülebilir. Ve ergenin kendisini ve duygularını kontrol etmek için geliştirdiği bir strateji olabilir. Bu kontrol, aslında bir kaçınma davranışı olarak ortaya çıkabilir çünkü ergen, yemeği kısıtlayarak dışsal ve içsel stres faktörlerinden uzaklaşmaya çalışabilir. Kısıtlayıcı yeme, ergenin duygu ve stresle yüzleşmekten kaçınma yani doğrudan yüzleşmek yerine bunlardan uzaklaşmayı ve bu duygusal baskıyı yeme üzerinde kontrol sağlayarak hafifletme yolu olabilir. Bu durum, ergenin içsel stresini dışa vurmak yerine, onu yeme üzerinden yönetmeye çalıştığını gösterebilir. Ayrıca ergenlerde, kendilik algısının ve bedensel imajın geliştiği dönemde, yeme davranışları üzerindeki kontrol arttıkça, bu kontrolün bir tür başa çıkma aracı olarak kullanılması yaygın olabilir. Alan yazında bu alanda çalışma bulunmaması nedeni ile verilerimiz karşılaştırılamamıştır. Bundan dolayı çalışmamızın alana katkı sunmasının yanında bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Katılımcıların duygusal yeme davranışları ile kaçınan başa çıkma puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Ergenlerin duygusal yeme davranışlarına ilişkin puanları arttıkça kaçınan başa çıkma puanları da artmaktadır. Literatürde, ergen yaş grubunda duygusal yeme davranışları ile başa çıkma becerilerini doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmadığından karşılaştırma yapılamamaktadır. Bizim çalışmamızda duygusal yeme davranışları ile kaçınan başa çıkma mekanizmaları arasındaki pozitif ilişki, ergenlerin duygusal zorluklarla başa çıkma stratejilerinin, genellikle sağlıksız ve geçici çözümler

arama yönünde şekillendiğini gösterebileceğini düşündürmüştür. Ergenler, stresli ya da duygusal açıdan zorlayıcı durumlarla başa çıkarken, yemek gibi davranışları kullanarak bu duygusal baskıları geçici olarak uzaklaştırmayı tercih edebilirler. Bu da zorluklarla doğrudan yüzleşmek yerine bunlardan uzaklaşmayı anlatan kaçınan başa çıkma stratejileriyle paralellik gösterebilir. Alanyazında bu alanda çalışma bulunmaması nedeni ile verilerimiz karşılaştırılamamıştır. Bundan dolayı çalışmamızın alana katkı sunmasının yanında bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Ergenlerin dışsal yeme davranışları ile kaçınan başa çıkma ve olumsuz başa çıkma puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Ergenlerin dışsal yeme davranışlarına ilişkin puanları arttıkça kaçınan ve olumsuz başa çıkma puanları da artmaktadır. Literatürde, ergen yaş grubunda duygusal yeme davranışları ile başa çıkma becerilerini doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmadığından karşılaştırma yapılamamaktadır. Bizim çalışmamızda ergenlerde dışsal yeme ile olumsuz ve kaçınan başa çıkma yöntemlerinin ilişkisini açıklarken; ergenleri dışsal etkenlere (örneğin, yemek görselleri, başkalarının yediği yiyecekler) tepki olarak gelişebilir ve etrafa zarar verme, kişileri suçlama, çaresizlik, kabullenme gibi faktörleri içeren başa çıkma stratejilerine başvurmasını tetikleyebilir. Kaçınan ve olumsuz başa çıkma mekanizmaları, ergenin duygusal baskıyı, kaygıyı ya da depresyonu bastırmaya yönelik eğilimlerinin bir yansıması olabilir. Dışsal yeme, bu duygusal durumları geçici olarak bastırmanın bir yolu olabilir, ancak bu yöntem kalıcı bir çözüm sunmaz ve zamanla daha fazla olumsuz başa çıkma stratejilerini tetikleyebilir. Dışsal yeme, ergenlerin duygusal boşluklarını geçici olarak doldurmaya yönelik bir strateji olabilir, ancak bu davranış, daha sağlıklı ve etkili başa çıkma yöntemlerini geliştirmek yerine, kaçınan ve olumsuz başa çıkma yollarını pekiştirebilir. Bu nedenle dışsal yeme davranışları arttıkça, kaçınan ve olumsuz başa çıkma puanları da artabilir. Dışsal yeme davranışları, ergenlerin olumsuz duygusal durumlarla başa çıkma konusunda geliştirdikleri sağlıksız başa çıkma yollarından biri olabilir. Alanyazında bu alanda çalışma bulunmaması nedeni ile verilerimiz karşılaştırılamamıştır. Bundan dolayı çalışmamızın alana katkı sunmasının yanında bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Olgu grubundaki ergenlerin duygusal yeme davranışları ile aktif başa çıkma puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Ergenlerin duygusal yeme davranışlarına ilişkin

puanları arttıkça aktif başa çıkma puanları da artmaktadır. Literatürde, ergen yaş grubunda duygusal yeme davranışları ile başa çıkma becerilerini doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmadığından karşılaştırma yapılamamaktadır. Çalışmamızın sonuçları hipotezimizle uyuşmamakta olup bu durum örneklem hacminin bu parametreler açısından yetersiz olması ve örneklem gruplarının sosyodemografik özellikleri ile ilişkili olabilir.

Klinik kontrol grubundaki ergenlerin duygusal yeme davranışları ile aktif başa çıkma puanları arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır. Benzer şekilde klinik kontrol grubundaki çocukların dışsal yeme davranışları ile aktif başa çıkma puanları arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır. Klinik kontrol grubundaki ergenlerin aktif başa puanları arttıkça duygusal yeme ve dışsal yeme puanları düşmekte ya da tam tersidir. Literatürde, içe yönelim bozukluğu olan ergen yaş grubunda duygusal yeme davranışları ile başa çıkma becerilerini doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmadığından karşılaştırma yapılamamaktadır. Bizim çalışmamızda kurulan bu negatif ilişki; aktif başa çıkma, stresli durumlarla doğrudan yüzleşme, çözüm odaklı hareket etme ve duygusal durumları yönetme becerisini gerektireceğinden duygusal yeme veya dışsal yeme davranışları bu tür doğrudan çözüm arayışlarını engeller ve ergen, geçici rahatlama sağlamak amacıyla yemeği kullanabileceğini düşündürmüştür. Bu durum içsel rahatlama sağlasa da sorunun çözülmesini engeller ve aktif başa çıkma stratejilerinin zayıflamasına yol açabilir. Depresyon ve anksiyete, sosyal ve duygusal desteklerin alınamamasına ve ergenin kendi başına çözüm bulmaya çalışmasına neden olabilir. Duygusal yeme, bu boşluğu geçici olarak doldurmaya çalışabilir ve ergenlerin aktif başa çıkma becerileri düşük kalabilir. Alanyazında bu alanda çalışma bulunmaması nedeni ile verilerimiz karşılaştırılamamıştır. Bundan dolayı çalışmamızın alana katkı sunmasının yanında bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda sosyal medya kullanım süreleri ile başa çıkma yolları arasındaki ilişkiye bakılınca; KZVD olan gruptaki ergenlerin sosyal medya kullanım süresi arttıkça kaçınan başa çıkma ve olumsuz başa çıkma puanlarında artış saptanmıştır. Literatürde, ergen yaş grubunda KZVD tanılı olgularda sosyal medya kullanım süresi ile baş etme yollarının korelasyonunu doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmadığından karşılaştırma yapılamamaktadır. Günümüze kadar yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. 2022 yılında Almanya'da yapılan sistemik gözden geçirmede sosyal medya kullanımının

hem stresi artırdığı hem de kaynaklar ile stres faktörleri arasındaki dengeyi kaynaklar lehine kaydırarak stresi önleyebildiği veya hafifletebildiği belirtilmiştir. [320]. Sosyal medyanın bir tür duygu odaklı başa çıkma stratejisi olan dikkat dağıtma amacıyla kullanılması çalışmalarda etkili bulunurken [149,321] bazı çalışmalarda etkisiz bulunmuştur[322]. Sosyal medya grupları, özellikle problem odaklı başa çıkmada etkili olabilir [323–326]. Pandemi sırasında yapılan bir araştırma, bilgi aramak için sosyal medya kullanımının stres seviyelerini azalttığını göstermiştir [327]. Ancak, yanlış bilgiye maruz kalmak veya olumsuz geri bildirimler başa çıkmayı olumsuz etkileyebilir[326]. Araştırmamızda KZVD grubunda sosyal medya kullanımı kullanım süresi ile kaçınan başa çıkma ve olumsuz başa çıkma fazla olması bu kişilerde sosyal medyanın pasif kullanımı problemle yüzleşmek yerine kaçınma davranışlarını teşvik edebilir. Sosyal medyada idealize edilmiş hayatların sergilenmesi, ergenlerde yetersizlik duygularını artırması olumsuz başa çıkma stratejilerinin (örneğin, kendini suçlama, çaresizlik hissi) artmasına neden olabilir. Alanyazında bu alanda çalışma bulunmaması nedeni ile verilerimiz karşılaştırılamamıştır. Bundan dolayı çalışmamızın alana katkı sunmasının yanında bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızın güçlü yanları; güç analizinin yapılmış olması, sağlıklı kontrol grubunun alınması, psikopatolojilerin ÇDŞG-ŞY-T ile taranması, grupların yaş ortalaması ve cinsiyet açısından eşleştirilmesi, KZVD'nin tek başına etkisini anlamamız için klinik kontrol ve sağlıklı kontrol gruplarının oluşturulması, VKİ'nin aynı kişi tarafından ve aynı cihaz ile ölçümü, ölçeklerin kısa-anlaşılır ama çalışmanın amacı ve hipotezine uygun olması, az sayıda ve kısa sayılabilecek ölçekler olduğundan dolduran kişilerin daha güvenilir bilgiler verdiğinin düşünülmesidir

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda KZVD olan ergenler ile olmayan ergen bireylerin yeme tutumları ve başa çıkma düzeyleri karşılaştırılmış olup ayrıca KZVD olan ergenlerin KZVD işlevleri ile yeme tutumları ve başa çıkma düzeylerinin ilişkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Mevcut çalışmamız bildiğimiz kadarıyla ergen popülasyonunda KZVD ile yeme tutumları ve başa çıkma becerileri arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır.

"Kendine zarar verme davranışı olan kız ergenlerde stresle başa çıkma becerilerinin yeme tutumları ile ilişkisinin incelenmesi" başlıklı çalışmamızdan elde edilen bulgulardan aşağıdaki sonuçlar çıkarılmıştır:

1- Kendine zarar verme davranışının genellikle orta ergenlikte (13-14 yaş) başladığı, 15-16 yaşlarında pik yaptığı, olgu grubunda kontrol gruplarına göre vücut ağırlığı ve VKİ ölçümlerinin daha fazla olduğu, akademik başarı düzeylerinin daha düşük ve okula devamsızlığının daha fazla olduğu, suça karışma öyküsünün daha fazla olduğu, sigara ile alkol kullanımının ve evden kaçma davranışının daha sık görüldüğü belirlenmiştir.

2- KZVD gösteren ergenlerde intihar girişiminin olması anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Bu nedenle kendini yaralama davranışı bulunan tüm olguların takibinde, maladaptif başa çıkma yöntemlerinin daha adaptif yöntemler ile değiştirilmesi gerektiği öne sürülebilir.

3- Olgu grubunda belirlenen en sık ilk üç ruhsal tanı sırasıyla; depresyon, anksiyete bozukluğu ve DEHB olarak saptanmış olup KZVD için anlamlı olan TSSB ve DEHB tanıları olmuştur. Eşlik eden tanılara göre KZVD işlevlerinin de değişebileceğini düşünmekteyiz ve bu ilişkinin ileriki çalışmalarda araştırılması KZVD etiyolojisinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

4- KZVD özellikleri açısından kesme, yara iyileşmesine engel olma ve tırnaklama gibi davranışların sık görüldüğü, kendine zarar vermek için birden fazla yöntem kullandıkları, daha çok yalnızken bu davranışı yaptıkları ve o sırada birçoğunun acı hissetmediği veya az acı hissettiği, çoğunlukla KZVD dürtüsü geldikten sonraki ilk bir saat içerisinde kendilerine zarar verdikleri ve çoğunun KZVD'yi bırakmak istediği belirlenmiştir. Genellikle bırakma isteği olan bu ergenlere ve ebeveynlerine

KZVD'nin özellikleri hakkında psikoeğitim verilmesi tedavi sürecinin daha sağlıklı ilerlemesine olanak sağlayacaktır.

5- KZVD işlevlerine bakıldığında ergenlerin birkaç işlevi bir arada kullandığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda da yazınla uyumlu olarak en sık kullanılan işlev duygu düzenleme işlevi olmuştur. Olguların hangi işlevi kullandığının bilinmesi tedavi sırasında yol haritasının daha iyi belirlenmesini ve bize KZVD'ye eşlik eden ruhsal tanılar hakkında da ipucu vermesini sağlayabilir.

6- Katılımcılar arasında yeme tutumları gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiş olup, olgu grubu için duygusal yeme puanları daha yüksektir. Duygusal yeme ve kontrol kaybının erken taranması, bireylere uygun başa çıkma stratejilerinin öğretilmesi ve koruyucu sağlık uygulamalarına yön verecek kapsamlı bir yol haritası oluşturulması için önem taşımaktadır. Bu alandaki bilgi birikiminin artması, bireylerin stresle başa çıkma becerilerinin güçlendirilmesine ve daha etkili müdahale yöntemlerinin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

7- Katılımcılar arasında başa çıkma stratejileri gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiş olup, olgu grubu için kaçınan başa çıkma alt ölçek puanları daha yüksektir. Kaçınan başa çıkma yöntemlerinin yaygın olması, bu grupta problemle yüzleşmek yerine problemden uzaklaşma, kendini suçlama, çaresizlik hislerini pekiştirme, sosyal geri çekilme ve izolasyon gibi davranışlarla kendini göstermektedir. Bu bağlamda, ergenlerde KZVD'yi önlemeye yönelik müdahalelerde, kaçınan başa çıkma yöntemlerinin azaltılmasına ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesine odaklanılması önem taşımaktadır.

8- KZVD gösteren ergenlerde kısıtlayıcı yeme davranışları ile KZVD alt faktörlerinden kendini cezalandırma işlevinin arttığı gözlemlenmiştir. Bireyler, kısıtlayıcı yemeyi kendilik algısındaki eksiklikleri telafi etmenin bir yolu olarak kullanabilirler ve beden kontrolünü hem yeme hem de fiziksel zarar vererek bir tür rahatlama ve cezalandırma yolu olarak görebilirler. Ergenlerde kısıtlayıcı yeme davranışları ve kendini cezalandırma işlevlerini azaltmak ve duygu düzenleme becerilerini geliştirmek amacıyla psikoeğitim programları, terapötik müdahaleler ve farkındalık temelli yaklaşımlar uygulanabilir. Bu konunun farklı yaş grupları, cinsiyetler ve kültürel bağlamlarda incelenmesi için uzunlamasına araştırmalar yapılmalı ve toplumda yeme davranışları ile duygusal zorluklar arasındaki ilişkiye

yönelik farkındalık oluşturulmalıdır. Çalışmamızın alana katkı sunmasının yanında bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

9- KZVD gösteren ergenlerde duygusal yeme davranışları ile KZVD alt faktörlerinden düşmanlık, özerklik ve çözülmeyi önleme işlevinin arttığı gözlemlenmiştir. Literatürde, ergen yaş grubunda KZVD tanılı olgularda kısıtlayıcı yeme tutumlarını inceleyen bir çalışmaya rastlanmamış olup duygusal yemenin tıkınırcasına yeme bozukluğunun ortaya çıkmasında bir faktör olabilir. Çalışmalarda atfedilen dürtüsel doğasından dolayı hem KZVD hem duygusal yemenin birlikte görülmesi tıkınırcasına yeme bozukluğu için risk faktörleri olabilir. Çalışmamızın alana katkı sunmasının yanında bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

10- KZVD gösteren ergenler için kaçınan başa çıkma ve duygu düzenlemeyi sağlama işlevinin arttığı saptanmıştır. Ergenlerde duygusal regülasyon zorlukları, duygusal baskılardan kaçınma ve kısa süreli rahatlama sağlama amacına yönelik olabilmektedir. Ancak uzun vadede, bu tür başa çıkma yöntemleri, duygusal sağlığı daha da kötüleştirebilir ve daha sağlıklı başa çıkma stratejilerine yönelme ihtiyacı doğurabilir.

11- Katılımcıların duygusal yeme davranışları ile kaçınan başa çıkma puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Ergenlerin duygusal yeme davranışlarına ilişkin puanları arttıkça kaçınan başa çıkma puanları da artmaktadır. Ergenler, stresli ya da duygusal açıdan zorlayıcı durumlarla başa çıkarken, yemek gibi davranışları kullanarak bu duygusal baskıları geçici olarak uzaklaştırmayı tercih edebilirler. Bu da zorluklarla doğrudan yüzleşmek yerine bunlardan uzaklaşmayı anlatan kaçınan başa çıkma stratejileriyle paralellik gösterir. Alanyazında bu alanda çalışma bulunmaması nedeni ile verilerimiz karşılaştırılamamıştır. Bundan dolayı çalışmamızın alana katkı sunmasının yanında bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

6.2. Öneriler

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

2- Gençler genellikle psikiyatri polikliniklerine bu davranış nedeniyle başvurmamaktadır. Kliniğe başvuran gençlerde riski arttıran gelişimsel özellikler ve psikiyatrik hastalıklar saptandığı zaman mutlaka KZVD'nin sorgulanması önerilir.
3- Kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerin intihar davranışı açısından riskli konumda oldukları gözlenmiştir. KZVD ile takip altında olan gençlerin intihar girişimi riski açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Riski arttıran durumlar göz önünde bulundurulmalı, riskin yüksek olduğu hastalar yakından izlenmeli, ailelerle iş birliği yapılmalıdır. Ayrıca klinik izlemde intihar girişimine yönelik koruyucu önlemler alınması gerekmektedir.
4- Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde olumsuz yeme tutum ve alışkanlıkları zamanla yeme bozuklukları gelişmesine sebep olabileceğinden bireyleri ele alırken mutlaka göz önüne alınması gerek konulardandır.
5- KZVD'nin ortaya çıkışındaki en önemli nedenlerinden biri olarak değerlendirilen, olumsuz duygularla baş etmedeki yetersizlik ergenler için özellikle dikkate alınmalıdır. Buna bağlı olarak ergenlere olumsuz duygularla etkili bir şekilde baş edebilme yöntemleri ve duygusal algıları düzenleme ile ilgili bilgiler ve eğitimlerin verilmesi, destekleyici görüşmelerin yapılması klinik izlemde faydalı olacaktır. Bu nedenle özellikle ergenler için KZVD'nin tanıtılması, bu davranışlara ilişkin farkındalığın arttırılması ve önlenmesi, gerek ebeveynler ve eğitimciler ve gerekse ruh sağlığı çalışanları açısından sağlıklı bireylerin yetiştirilmesi adına önemli görülmektedir.
6- Bu araştırma nicel yaklaşımlardan Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri, Ergenler için Başa Çıkma Ölçeği, Hollanda Yeme Davranışları Envaneteri, kullanılarak yapılmıştır. Gelecekte yapılacak araştırmalarda hem nicel yaklaşımların hem de nitel yaklaşımların bir arada kullanıldığı karma yöntemler kullanılarak kendine zarar verme davranışının ve intihar davranışının anlaşılabilirliğinin arttırılması sağlanabilir.
7- Araştırmanın bulgularının genellenebilmesi için çok merkezli, büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

6.3 Sınırlılıklar

1- Çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması bulgularımız arasında neden-sonuç ilişkisi kurulmasını güçleştirmektedir. Mevcut kesitsel verilerde, değişkenler arasındaki çoğu ilişkinin çift yönlü olması muhtemeldir ve etkilerin yönlülüğünü belirlemek için ileriye dönük araştırmalar gereklidir. Gelecekteki araştırmalarda boylamsal çalışmaların yapılması neden-sonuç ilişkisi kurabilmek açısından faydalı olacaktır.

2- Çalışmamızın örneklemi çocuk/ergen kliniğine başvuran ergenlerden oluşmuştur. Bu nedenle kliniğe başvurmamış ergenler örneklemde temsil edilmemiştir. Daha büyük örneklem sayısı ile yapılacak toplum temelli çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

3- Katılımcıların beslenme ve yaşam alışkanlıklarına ait sınırlı değişken sorgulanmış, fiziksel aktivite, ödünleyici davranış gibi önemli değişkenlerin etkisi atlanmıştır.

4- Çalışmamızdaki verilerin öz-bildirim araçları kullanılarak değerlendirilmiş olması bir diğer kısıtlılıktır. Katılımcıların kendilerini olduklarından daha kötü ya da daha iyi göstermeye yönelik bir eğilim içinde ölçme araçlarını doldurmaları değerlendirmeyi etkilemiş olabilir. Ancak kullandığımız öz bildirim ölçeklerinin içerdiği madde sayısının az olmasına dikkat edilmiş olup katılımcıların ölçekleri doldururken dikkatlerinin dağılmasının ve motivasyonlarının düşmesinin önüne geçilmeye çalışılmıştır.

Çalışmamızın bir başka sınırlılığı da örneklem sayısının bazı verileri değerlendirmek için az olmasıdır. Bu durum bazı verilerde gruplar arasında fark bulunmasına rağmen bu farkın istatistiksel açıdan yorumlanmasında güçlüklere yol açmıştır. Örneklem sayısının kısıtlı olmasından dolayı bu çalışmanın sonuçlarının toplum bazında genelleştirilmesi zordur. Ayrıca cinsiyet farkı nedeniyle heterojen bir grup oluşmasının önüne geçmek için örneklem sadece kız cinsiyetten oluşturulmuştur.

7. ÖZET

Giriş ve Amaç: Araştırmamızda kendine zarar verme davranışı olan kız ergenlerde stresle başa çıkma yollarının yeme tutumlarıyla ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya KOÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerinde kendine zarar verici davranışı nedeniyle takipli olan, acil olarak başvurmuş veya KOÜTF Çocuk Acil Servisi tarafından konsülte edilmiş 14-18 yaş aralığında, kız; klinik görüşmeler ve uygulanan ÇDŞG-ŞY-T sonrasında KZVD ve içe yönelim bozukluğu (MDB, anksiyete bozuklukları, TSSB) tanısı alan 30 ergen olgu grubuna dahil edilmiş; klinik kontrol grubuna, herhangi bir nedenle KOÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran 14-18 yaş aralığında, kız, kendine zarar verme davranışı olmayan, klinik görüşmeler ve uygulanan ÇDŞG-ŞY-T sonrasında içe yönelim bozukluğu tanısı alan, yaş, cinsiyet ve tanı olarak olgu grubuyla eşleştirilmiş 30 ergen dahil edilmiş; sağlıklı kontrol grubuna, KOÜTF Pediatri Polikliniklerine başvuran, 14-18 yaş aralığında, kız; daha önce çocuk psikiyatri başvurusu olmayan, klinik değerlendirme ve uygulanan ÇDŞG-ŞY-T sonrasında herhangi bir psikopatoloji saptanmayan 30 ergen dahil edilmiştir. Çalışmamıza katılan ergenlere sosyodemografik veri formu, EBÇÖ ve HYDA verilmiş, kendine zarar verme davranışı olan ergenlere ayrıyeten KZVDDE de verilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 91 ergenin tamamı kız cinsiyette idi. Olgu grubunun yaş ortalaması 16,32±1,18; klinik kontrol grubunun 16,39±1,23 ve sağlıklı kontrol grubunun 16,38±1,06 olup yaş ortalaması benzer bulunmuştur. KZVD olan ergenler, kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında; algılanan okul başarısının daha düşük, okul devamsızlığının, vücut ağırlığı ve VKİ ölçümlerinin, sigara ve alkol kullanımının, günlük öğün sayısının, intihar girişiminin, sosyal medya kullanım süresinin, evden kaçma durumunun, polislik olay yaşamasının, yaşadığı yeri tehlikeli algılamasının, parçalanmış aile yapısına sahip olma durumunun, kurum bakımında yaşama durumunun, düşük aile gelirinin olmasının, aile içi fiziksel şiddetin, aile ile ilişkisini mesafeli algılamasının, ailede intihar girişiminin olmasının, arkadaş çevresinde KZVD'nin daha fazla olduğu görülmüştür. Kendine zarar verme davranışı olarak en sık kesme davranışının kullanıldığı, KZVD'nin çoğunlukla duygu düzenleme işlevi nedeniyle yapıldığı tespit edilmiştir. Katılımcılar arasında yeme tutumları gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiş olup, olgu grubu için duygusal yeme puanları daha yüksektir. Katılımcılar arasında başa çıkma

stratejileri gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiş olup, olgu grubu için kaçınan başa çıkma alt ölçek puanları daha yüksektir. KZVD gösteren ergenlerde kısıtlayıcı yeme davranışları ile KZVD alt faktörlerinden kendini cezalandırma işlevinin arttığı gözlemlenmiştir. KZVD olan ergenlerin kontrol gruplarındaki ergenlere göre duygusal yeme puanlarının ve kaçınan başa çıkma puanlarının daha fazla olduğu olduğu saptanmıştır. Kaçınan başa çıkma davranışı tüm yeme tutumlarında daha fazla kullanıldığı tespit edilmiştir.

Sonuç: KZVD ile takip altında olan gençlerin özellikle duygu regülasyonu sağlamak için duygusal yeme tutumlarını gösterdikleri ve stresle başa çıkma becerilerinin daha yetersiz olduğu tespit edilmiştir. KZVD'nin ortaya çıkışındaki en önemli nedenlerinden biri olarak değerlendirilen, olumsuz duygularla baş etmedeki yetersizlik ergenler için özellikle dikkate alınmalıdır. Buna bağlı olarak ergenlere olumsuz duygularla etkili bir şekilde baş edebilme yöntemleri ve duygusal algıları düzenleme ile ilgili bilgiler ve eğitimlerin verilmesi, destekleyici görüşmelerin yapılması klinik izlemde faydalı olacaktır. Buna ilaveten KZVD bulunan ergenlerin yetersiz başa çıkma becerilerinin olması bu ergenlerde intihar olasılığı açısından dikkatli olunması gerektiğini düşündürmektedir. İntihar riskini arttıran durumlar göz önünde bulundurulmalı, riskin yüksek olduğu hastalar yakından izlenmeli, ailelerle iş birliği yapılmalıdır. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde olumsuz yeme tutum ve alışkanlıkları zamanla yeme bozuklukları gelişmesine sebep olabileceğinden bireyleri ele alırken mutlaka göz önüne alınması gereken konulardandır. Mevcut çalışmamız kesitsel desende olduğu için, neden sonuç ilişkilerinin daha derinlemesine incelenebileceği ve daha geniş örneklemde yapılabilecek çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kendine zarar verme davranışı, yeme tutumu, stres, başa çıkma, ergen

8. ABSTRACT

Introduction and aim: In this study, we aimed to examine the relationship between coping strategies for stress and eating attitudes in female adolescents with self-harming behaviors.

Method: In our study, the case group consisted of 31 female adolescents aged 14-18 who were followed up for nonsuicidal self-injury (NSSI) at the KOU Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, between June 2024 and December 2024, admitted to the emergency department, or consulted by the Pediatric Emergency Service. These participants were diagnosed with NSSI and internalizing disorders (including depressive disorders, anxiety disorders, and post-traumatic stress disorder) based on clinical interviews and a structured psychiatric assessment form (K-SADS). The clinical control group consisted of 30 female adolescents aged 14-18 who had applied to the KOU Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, for various reasons but did not exhibit NSSI. They were diagnosed with internalizing disorders through clinical interviews and the structured psychiatric assessment form (K-SADS) and were matched with the case group based on age, gender, and diagnosis. The healthy control group included 30 female adolescents aged 14-18 who presented to the KOU Faculty of Medicine Pediatric Outpatient Clinics, had no prior visits to child psychiatry, and were determined to have no psychopathology based on clinical evaluation and the structured psychiatric assessment form (K-SADS). Participants in the study completed a sociodemographic data form, Coping Scale for Adolescents (CSA) and the Dutch Eating Behavior Questionnaire. Additionally, adolescents with NSSI were also administered the Self-Harm Behavior Assessment Inventory.

Results: All 91 adolescents included in our study were female. The mean age was found to be comparable across groups: 16.32±1.18 in the case group, 16.39±1.23 in the clinical control group, and 16.38±1.06 in the healthy control group. Comparative analyses revealed that adolescents with NSSI exhibited significantly lower perceived academic performance and higher rates of school absenteeism, weight and BMI levels, tobacco and alcohol use, and daily meal consumption compared to their counterparts in the control groups. Moreover, this group demonstrated higher incidences of suicide attempts, prolonged social media usage, running away from home, encounters with law enforcement, perceptions of their living environment as hazardous, fragmented family structures, institutional care placements, low family income, exposure to intrafamilial physical violence, distant familial relationships, a family history of suicide attempts, and a peer network in which NSSI was more prevalent. Regarding NSSI, cutting was identified as the most frequently employed method, with affect regulation emerging as the predominant motivation behind NSSI. No significant differences were observed among the groups concerning eating attitudes; however, emotional eating scores were notably higher in the case group. Similarly, while overall coping strategies did not differ significantly across groups, avoidant coping subscale scores were elevated in the case group. Furthermore, a positive association was identified between restrictive eating behaviors and the self-punishment

function, a subdimension of NSSI. Adolescents with NSSI exhibited significantly higher emotional eating and avoidant coping scores compared to their counterparts in the control groups. Additionally, avoidant coping strategies were more frequently employed across all eating attitudes. These findings underscore the intricate interplay between NSSI, maladaptive coping mechanisms, and disordered eating patterns**,** highlighting the need for targeted interventions addressing both emotional regulation and adaptive stress management in this population.

Conclusions: It has been observed that adolescents with NSSI often engage in emotional eating as a means of regulating their emotions and demonstrate deficient stress coping skills. One of the key factors identified in the onset of NSSI is the inability to effectively manage negative emotions, which warrants particular attention in adolescents. Consequently, it is recommended that adolescents be provided with information and training on effective strategies for coping with negative emotions and regulating emotional perceptions, alongside supportive counseling, to enhance clinical follow-up. Furthermore, the presence of inadequate coping skills in adolescents with NSSI raises concerns regarding the potential risk of suicide, necessitating careful monitoring of these individuals. Situations that increase the risk of suicide should be taken into account, high-risk patients should be closely observed, and collaboration with families should be prioritized. Given that negative eating attitudes and behaviors in adolescents with self-injurious tendencies may eventually lead to the development of eating disorders, these factors must be considered when addressing such individuals. As our current study employs a cross-sectional design, further research is needed to explore cause-and-effect relationships in greater depth and to be conducted with a larger sample size.

Keywords: Nonsuicidal self-injury, eating attitudes, stress, coping skills, adolescent

9. EKLER

1. EK- SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Olgu No: Tarih:

Aşağıdaki sorular araştırmaya katılmayı kabul eden kız ergen hastalara sorularak araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

1) Yaşınız: ……

2) Oturduğunuz

Kırsal ( ) Kentsel( )

3) Okuduğunuz okul ve sınıf:……

4) Hiç sınıf tekrarı yaptınız mı?

a. Hayır b. Evet

5) Size göre okuldaki başarı durumunuz nedir?

a. İyi b. Orta c. Zayıf

6) Okuldaki devamsızlık durumunuz nedir?

a.Her dönem 10 gün ve altı b.Her dönem 10 gün üzerinde

7) Bilinen fiziksel hastalığınız var mı?

( ) Hayır ( ) Evet Evetse belirtiniz.....

8) Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

( ) Hayır ( ) Evet Belirtiniz.....

9) Daha önce psikiyatri başvurunuz var mı?

( ) Hayır ( ) Evet Belirtiniz.....

10) Daha önce psikiyatrik ilaç kullandınız mı?

( ) Hayır ( ) Evet Belirtiniz.....

11) Ruhsal hastalık?.....

12) Sigara kullanımınız var mı?

a. Evet b. Hayır

13) Alkol, uyuşturucu veya başka madde kullanımınız var mı?

a. Evet b. Hayır

14) Babanızın yaşı:……..

15) Babanızın eğitim durumu nedir?

a. Okur-yazar değil b.Okur-yazar c. İlkokul d. Ortaokul e. Lise f. Üniversite ve üzeri

16) Babanızın işi nedir?

a. Çalışıyor (İş……) b. Çalışmıyor

17) Babanızda bilinen ruhsal hastalık var mı?

( ) Hayır
( ) Evet, depresif bozukluk
( ) Evet, kaygı bozukluğu
( ) Evet, psikotik bozukluk (şizofreni vb.)
( ) Evet, kişilik bozukluğu
( ) Evet, obsesif kompulsif bozukluk
( ) Evet, diğer……..

18) Annenizin yaşı?.....

19) Annenizin eğitim durumu nedir?

a. Okur-yazar değil b.Okur-yazar c. İlkokul d. Ortaokul e. Lise f. Üniversite ve üzeri

20) Annenizin işi nedir?

a. Çalışıyor (İş……) b. Çalışmıyor

21) Annenizde bilinen ruhsal hastalık var mı?

( ) Hayır
( ) Evet, depresif bozukluk
( ) Evet, kaygı bozukluğu
( ) Evet, psikotik bozukluk (şizofreni vb.)
( ) Evet, kişilik bozukluğu
( ) Evet, obsesif kompulsif bozukluk
( ) Evet, diğer……..

22) Kaç kardeşsiniz?

a. Tek çocuk b.2 Kardeş c.3 ve daha fazla kardeş

23) Kardeşlerinizde psikiyatrik bir hastalığı olan var mı?

( ) Hayır
( ) Evet, depresif bozukluk
( ) Evet, kaygı bozukluğu
( ) Evet, psikotik bozukluk (şizofreni vb.)
( ) Evet, kişilik bozukluğu
( ) Evet, obsesif kompulsif bozukluk
( ) Evet, diğer……..

24) Kimlerle yaşıyorsunuz?

a. Çekirdek aile b. Geniş aile c. Tek ebeveyn (anne/ baba) d. Diğer(……..)

25) Ailenizin aylık geliri nedir?

( ) 0-17000 TL ( ) 17001- 32000 TL ( ) 32001 TL ve üzeri

26) Anne babanız arasında akraba evliliği var mı?

( ) Evet ( )Hayır

27) Aile içi fiziksel şiddet var mı?

( ) Var ( ) Yok

28) Ailenizle ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?

( ) Sıcak ( ) Soğuk-mesafeli ( ) Diğer ……

29) Boyunuz? ……..cm VKİ:
Kilonuz? ……kg

30) Günlük öğün sayınız:

a.1 b.2 c.3 d.4 ve daha fazla

31) Kendiniz dışında aile bireyleri arasında (anne-baba-kardeşler) sigara kullanan var mı?

a. Var (Kim……..) b.Yok

32) Ailenizde (anne-baba-kardeşler) alkol -madde kullanımı var mı?

a. Evet (yakınlığı…..) b. Hayır

33) Sigara kullanan arkadaşınız var mı?

a. Evet b. Hayır

34) Alkol, uyuşturucu veya başka madde kullanan arkadaşınız var mı?

a. Evet b. Hayır

35) Ailenizde (anne-baba-kardeşler) kendisine zarar verme davranışı olan var mı?

a. Var (Kim……..) b.Yok

36) Kendini yaralama davranışında bulunan arkadaşınız var mı?

a. Evet b. Hayır

37) Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu?

a. Evet b. Hayır

38) Ailenizde (anne-baba-kardeşler) intihar girişiminde bulunan birisi var mı?
a. Evet (yakınlığı……..) b. Hayır
39) İntihar girişiminde bulunan arkadaşınız var mı?
a. Evet b. Hayır
40) Polis müdahalesi gerektirecek bir olay yaşadınız mı?
a. Evet b. Hayır
41) Ailenizde (anne-baba-kardeşler) suça karışma öyküsü var mı?
( ) Var, çocuğa yakınlığını belirtiniz…… ( ) Yok
42) Günde kaç saat sosyal medya ile vakit geçirirsiniz?
a. 0-1 saat b. 1-3 saat d. 3-5 saat e. 5 saatten fazla
43) Kendine zarar verme davranışınız var ise, bu konu hakkında sosyal medyadan içerik paylaşımı yapar mısın?
a. Kendime zarar vermem b.Hayır, paylaşımda bulunmam c.Evet, paylaşımda bulunurum
44) Yaşadığınız mahalle ile ilgili düşünceniz nedir?
a.Hiç güvenli değil b.Orta derece güvenli d. Oldukça güvenli e. Çok güvenli
45) Geceyi izinsiz dışarda geçirme durumunuz nedir?
a. Var b. Yok

2. EK – KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

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 isenizanketin kalan kısmını doldurmayınız ve bir sonraki ankete geçiniz.

****

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

3.Hangi yaşta? İlk kez kendinize zarar verdiniz? .....
En son ne zaman kendinize zarar verdiniz? (yaklaşık gün/ay/yıl).....

4.Kendinize zarar verme davranışı sırasında fiziksel acı hisseder misiniz?Lütfen daire içine alınız EVET BAZEN HAYIR

5.Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?

Lütfen daire içine alınız EVET BAZEN HAYIR

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

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

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

Lütfen daire içine alınız EVET HAYIR

BÖLÜM II: İŞLEVLER

Yönerge: Bu anket intihar amaçlı olamayan kendine zarar verme davranışı deneyimini daha iyi anlamamızı sağlamaya yönelik oluşturulmuştur. Aşağıda sizin kendinize zarar verme deneyiminizle ilişkili olabilecek ya da olmayabilecek durumlar bir liste olarak verilmiştir. Lütfen sizin için en uygun olan durumları belirleyiniz. Belirtilen durum size **hiç uygun değilse** "0" ,**kısmen uygunsa** "1" işaretleyiniz, **çok uygunsa** "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 anlamalarını sağlamış olurum	0	1	2
10...acıya dayanıklılığımı görmüş olurum	0	1	2
11...kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum	0	1	2
12...birisinden hıncımı çıkartmış olurum	0	1	2
13...kendi kendime yeterliliğimi kanıtlamış olurum	0	1	2
14...içimde biriken duygusal baskıdan kurtulmuş olurum	0	1	2
15...başkalarından ayrı olduğumu göstermiş olurum	0	1	2
16...değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum	0	1	2
17...duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum	0	1	2
18...fiziksel acı bile olsa bir şeyler hissetmiş olurum (hiçbir şey hissetmemektense)	0	1	2
19...İntihar düşüncelerime gerçekten intihar girişiminde bulunmak yerine başka şekilde yanıt vermiş olurum	0	1	2
20...uç bir şey yaparak kendimi veya başkalarını eğlendirmiş olurum	0	1	2
21...başkalarına uyum sağlamış olurum	0	1	2
22...başkalarından ilgi ya da yardım istemiş olurum	0	1	2
23...güçlü veya dayanıklı olduğumu göstermiş olurum	0	1	2
24...duygusal acımın gerçekliğini kendime göstermiş olurum	0	1	2
25...başkalarından intikam almış olurum	0	1	2
26...başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum	0	1	2
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

3. EK- ERGENLER İÇİN BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ

ERGENLER İÇİN BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyun ve bir problemle karşılaştığınızda bu stratejilerden hangilerini ne sıklıkla yaptığınızı işaretleyiniz.	Hiçbir zaman	Ara sıra	Çoğu zaman	Her zaman
1. Yaşadığım problemleri başka şeyler düşünüp başka şeyler yaparak unutmaya çalışırım.	0	1	2	3
2. Kendi başıma kalarak sorunu kendim çözmeye çalışırım.	0	1	2	3
3. Olayların olumlu taraflarını görmeye çalışarak olumlu sonuçlar üzerine odaklanmaya çalışırım.	0	1	2	3
4. Soruna kendim sebep olduğumu düşünerek kendimi suçlarım.	0	1	2	3
5. Yaşadığım sorun için başkalarını suçlarım.	0	1	2	3
6. Sorunun çözümü için başkalarının da fikirlerini alır ve uygun bir çözüm bulmaya çalışırım.	0	1	2	3
7. Öfkemi dışa vurur, etrafımdakilere bağırıp çağırır, çevremdeki eşyalara zarar veririm.	0	1	2	3
8. Kendi kendime sakin olmaya yönelik telkinde bulunur kendimi sakinleştirmeye çalışırım.	0	1	2	3
9. Olayların hiç yaşanmamış olmasını diler keşke değiştirebilseydim diye düşünürüm.	0	1	2	3
10. Arkadaşlarımdan, ailemden ya da tanıdığım diğer yetişkinlerden yardım isterim.	0	1	2	3
11. Yapabileceğim hiçbir şey olmadığını düşünüp durumu kabullenmeye çalışırım.	0	1	2	3

4. EK

HOLLANDA YEME DAVRANIŞLARI ANKETİ

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm sorulara cevap veriniz. Hiçbir sorunun doğru ve yanlış cevabı yoktur. Her bir soru için size uygun cevabın altına (X) koyarak işaretleyin.	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddederseniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
6. Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
7. Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
11. Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
13. Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )

14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
18. Kaygılı endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
19. Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
23. Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkkın olduğunda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığınızda onu yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
28. Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )

29. Eğer bir kafe ya da büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
30. Başkalarını yerken görürseniz, siz de yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )
33. Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?	Hiçbir zaman ( )	Nadiren ( )	Bazen ( )	Sık ( )	Çok Sık ( )

10. KAYNAKÇA

1. Nock MK. *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. Oxford University Press; 2014.

2. Nock MK, Favazza AR. Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In: *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment*. American Psychological Association; 2009:9-18. doi:10.1037/11875-001

3. Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;57(1):119-126. doi:10.1046/j.1440-1819.2003.01088.x

4. Başay BK, Somer O. Ergenlerde Kendine Zarar Verme Davranışı. *Turk Klin Child Psychiatry - Spec Top*. 2018;4(2):277-286.

5. 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. doi:10.1016/j.cpr.2004.04.005

6. 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. doi:10.1023/A:1014089117419

7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, 5th Ed*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013:xliv, 947. doi:10.1176/appi.books.9780890425596

8. Guerreiro DF, Cruz D, Frasquilho D, Santos JC, Figueira ML, Sampaio D. Association between deliberate self-harm and coping in adolescents: a critical review of the last 10 years' literature. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res*. 2013;17(2):91-105. doi:10.1080/13811118.2013.776439

9. Evans E, Hawton K, Rodham K. In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies? *J Adolesc*. 2005;28(4):573-587. doi:10.1016/j.adolescence.2004.11.001

10. Williams F, Hasking P. Emotion regulation, coping and alcohol use as moderators in the relationship between non-suicidal self-injury and psychological distress. *Prev Sci Off J Soc Prev Res*. 2010;11(1):33-41. doi:10.1007/s11121-009-0147-8

11. Arkonaç SA. *Sosyal Psikolojide Insanları Anlamak: Deneysel ve Eleştirel Yaklaşımlar*. Nobel Yayın Dağıtım; 2008. Accessed October 12, 2024. https://scholar.google.com/scholar?cluster=3095468355394332422&hl=en&oi=scholarr

12. Toker DE, Hocaoğlu Ç. Eating Disorders and Family Structure: A Review. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci*. 2009;22(1-4):36.

13. Akin A. DUYGUSAL YEME ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE VERSİYONUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ. *J Int Soc Res*. 2016;9(44):776-781. doi:10.17719/jisr.20164420148

14. Claes L, Jiménez-Murcia S, Agüera Z, et al. Male eating disorder patients with and without non-suicidal self-injury: a comparison of psychopathological and personality features. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2012;20(4):335-338. doi:10.1002/erv.1161

15. Vansteenkiste M, Claes L, Soenens B, Verstuyf J. Motivational dynamics among eating-disordered patients with and without nonsuicidal self-injury: a self-determination theory approach. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2013;21(3):209-214. doi:10.1002/erv.2215

16. Turner BJ, Yiu A, Layden BK, Claes L, Zaitsoff S, Chapman AL. Temporal associations between disordered eating and nonsuicidal self-injury: examining symptom overlap over 1 year. *Behav Ther*. 2015;46(1). doi:10.1016/j.beth.2014.09.002

17. Khan MM. Suicide Prevention and Developing Countries. *J R Soc Med*. 2005;98(10):459-463. doi:10.1177/014107680509801011

18. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, et al. Parasiticide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand*. 1992;85(2):97-104. doi:10.1111/j.1600-0447.1992.tb01451.x

19. Crosby A, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance; uniform definitions and recommended data elements. Published online February 2011:17-18.

20. Liu RT. The epidemiology of non-suicidal self-injury: lifetime prevalence, sociodemographic and clinical correlates, and treatment use in a nationally representative sample of adults in England. *Psychol Med*. 2023;53(1):274-282. doi:10.1017/S003329172100146X

21. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic Issues in Self-Mutilation. *Psychiatr Serv*. 1993;44(2):134-140. doi:10.1176/ps.44.2.134

22. 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 Off J Int Acad Suicide Res*. 2007;11(2):129-147. doi:10.1080/13811110701247602

23. Farberow NL. The Many Faces Of Suicide: Indirect Self-Destructive Behavior: McGraw-Hill Companies; New York; 1980; 293-293.

24. Walsh, Barent W., and Paul M. Rosen. Self-Mutilation: Theory, Research, and Treatment. New York, NY: The Guilford Press; 1988.

25. Favazza AR. Why Patients Mutilate Themselves. *Psychiatr Serv*. 1989;40(2):137-145. doi:10.1176/ps.40.2.137

26. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79(3):283-289.

27. Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M, Ghaziuddin N. Mood disorder in a group of self-cutting adolescents. *Acta Paedopsychiatr*. 1992;55(2):103-105.

28. LeBlanc R. Educational management of self-injurious behavior. *Acta Paedopsychiatr Int J Child Adolesc Psychiatry*. 1993;56(2):91-98.

29. Aksoy A, Ögel K. Kendine zarar verme davranışı. *Anatol J Psychiatry*. 2003;4:226-236.

30. Welch SS. A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population. *Psychiatr Serv*. 2001;52(3):368-375. doi:10.1176/appi.ps.52.3.368

31. Walsh, B. W. *Treating Self-Injury: A Practical Guide (2nd Ed.)*. The Guilford Press; 2014.

32. *Self-Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention*. Routledge/Taylor & Francis Group; 2008:xxvi, 339.

33. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III, 3th Ed*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 1980.

34. American Psychiatric AssociationAmerican Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 1994:xxvii, 886.

35. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.

36. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5™, 5th Ed*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2022:xliv, 947. doi:10.1176/appi.books.9780890425596

37. 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. doi:10.1016/j.adolescence.2010.04.004

38. Miller AL, Smith HL. Adolescent non-suicidal self-injurious behavior: The latest epidemic to assess and treat. *Appl Prev Psychol*. 2008;12(4):178-188. doi:10.1016/j.appsy.2008.05.003

39. Lewis SP, Heath NL. Nonsuicidal self-injury among youth. *J Pediatr*. 2015;166(3):526-530. doi:10.1016/j.jpeds.2014.11.062

40. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. 2015;2:2. doi:10.1186/s40479-014-0024-3

41. Çimen İD, Coşkun A, Nasıroğlu S, Etiler N. Izmit'te yasayan ergenlerde kendine zarar verme davranisi ve aile ozellikleri ile iliskisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2017;18(3):257-264.

42. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav*. 2014;44(3):273-303. doi:10.1111/sltb.12070

43. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(3):20. doi:10.1007/s11920-017-0767-9

44. Roberts-Dobie S, Donatelle RJ. School counselors and student self-injury. *J Sch Health*. 2007;77(5):257-264. doi:10.1111/j.1746-1561.2007.00201.x

45. Ogle RL, Clements CM. Deliberate self-harm and alcohol involvement in college-aged females: A controlled comparison in a nonclinical sample. *Am J Orthopsychiatry*. 2008;78(4):442-448. doi:10.1037/a0014325

46. 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):63-71. doi:10.1037/0022-006X.76.1.63

47. 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. doi:10.1186/1753-2000-6-10

48. Swannell S, Martin G, Page A, et al. Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse Negl*. 2012;36(7):572-584. doi:10.1016/j.chiabu.2012.05.005

49. Lüleci S. *Kendini Yaralama Davranışı Olan Ergenlerin Psikiyatrik ve Sosyokültürel Özellikleri*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2007.

50. Saçarçelik G. *Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergen ve Genç Erişkinlerde Çocukluk Çağı Travmaları*. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2009.

51. Kabukçu Başay B, Bildik T. *Lise Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışı: İşlevleri, Emosyonel Regülasyon ve Ayrılma Bireyleşme*. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi.

52. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015;9(1):31. doi:10.1186/s13034-015-0062-7

53. Garrison C, Addy C, Mckeown R, Cuffe S, Jackson K, Waller J. Nonsuicidal Physically Self-Damaging Acts in Adolescents. *J Child Fam Stud*. 1993;2(4):339-352. doi:10.1007/BF01321230

54. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An Investigation of Differences Between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2004;34(1):12-23. doi:10.1521/suli.34.1.12.27769

55. Andover MS, Primack JM, Gibb BE, Pepper CM. An Examination of Non-Suicidal Self-Injury in Men: Do Men Differ From Women in Basic NSSI Characteristics? *Arch Suicide Res*. 2010;14(1):79-88. doi:10.1080/13811110903479086

56. Swenson LP, Spirito A, Dyl J, Kittler J, Hunt JI. Psychiatric Correlates of Nonsuicidal Cutting Behaviors in an Adolescent Inpatient Sample. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2008;39(4):427-438. doi:10.1007/s10578-008-0100-2

57. Hawton K. Deliberate self-harm. *Medicine (Baltimore)*. 2004;32(8):38-42. doi:10.1383/medc.32.8.38.43174

58. Feldman MD. The challenge of self-mutilation: A review. *Compr Psychiatry*. 1988;29(3):252-269. doi:10.1016/0010-440X(88)90048-X

59. Favazza AR. Repetitive Self-Mutilation. *Psychiatr Ann*. 1992;22(2):60-63. doi:10.3928/0048-5713-19920201-06

60. Alataş E, Bulut SD, Berkol TD, Alatas G. Kendine zarar verme davranışı olarak tekrarlayıcı şekilde kendi ağız mukozasını kesme: Olgu sunumu. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci*. 2014;27(2):173-177. doi:10.5350/DAJPN2014270212

61. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury: An introduction. *J Clin Psychol*. 2007;63(11):1039-1043. doi:10.1002/jclp.20411

62. In-Albon T, Ruf C, Schmid M. Proposed Diagnostic Criteria for the DSM-5 of Nonsuicidal Self-Injury in Female Adolescents: Diagnostic and Clinical Correlates. *Psychiatry J*. 2013;2013(1):159208. doi:10.1155/2013/159208

63. Nitkowski D, Petermann F. Non-suicidal self-injury and comorbid mental disorders: a review. *Fortschritte Neurol · Psychiatr*. 2010;79:9-20. doi:10.1055/s-0029-1245772

64. Emerson LE. The Case of Miss A: A Preliminary Report of a Psychoanalytic Study and Treatment of a Case of Self-Mutilation. 1:41-54. *Psychoanal Rev*. 1913;1(1):41-54.

65. Freud S. The Ego And The Id (1923). *TACD J*. 1989;17(1):5-22. doi:10.1080/1046171X.1989.12034344

66. Winchel R, Stanley M. Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self- mutilation. *Am J Psychiatry*. 1991;148(3):306-317. doi:10.1176/ajp.148.3.306

67. Gardner F. *Self-Harm: A Psychotherapeutic Approach (1st Ed.)*. Routledge.; 2001. https://doi.org/10.4324/9780203193990

68. Fonagy P, Target M. *Psychoanalytic Theories: Perspectives from Developmental Psychopathology*. Whurr Publishers; 2003.

69. Graff H, Mallin R. The Syndrome of the Wrist Cutter. *Am J Psychiatry*. 1967;124(1):36-42. doi:10.1176/ajp.124.1.36

70. Suyemoto KL, MacDonald ML. Self-cutting in female adolescents. *Psychother Theory Res Pract Train*. 1995;32(1):162-171. doi:10.1037/0033-3204.32.1.162

71. Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev*. 1998;18(5):531-554. doi:10.1016/S0272-7358(97)00105-0

72. Favazza AR. The Coming of Age of Self-Mutilation. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(5):259.

73. Althoff RR, Hudziak JJ, Willemsen G, Hudziak V, Bartels M, Boomsma DI. Genetic and environmental contributions to self-reported thoughts of self-harm and suicide. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2012;159B(1):120-127. doi:10.1002/ajmg.b.32010

74. Baldessarini RJ, Hennen J. Genetics of Suicide: An Overview. *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12(1):1-13. doi:10.1080/10673220490425915

75. Van der Kolk B, Perry J, Herman J. Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry*. 1991;148(12):1665-1671. doi:10.1176/ajp.148.12.1665

76. Nater UM, Bohus M, Abbruzzese E, et al. Increased psychological and attenuated cortisol and alpha-amylase responses to acute psychosocial stress in female patients with borderline personality disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;35(10):1565-1572. doi:10.1016/j.psyneuen.2010.06.002

77. Sandman C, Hetrick W. Opiate mechanisms in self-injury. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 1995;1(2):130-136.

78. Tiefenbacher S, Novak MA, Lutz CK, Meyer JS. The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: a nonhuman primate model. *Front Biosci-Landmark*. 2005;10(1):1-11. doi:10.2741/1500

79. Ludäscher P, von Kalckreuth C, Parzer P, et al. Pain perception in female adolescents with borderline personality disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(3):351-357. doi:10.1007/s00787-014-0585-0

80. Osuch E, Ford K, Wrath A, Bartha R, Neufeld R. Functional MRI of pain application in youth who engaged in repetitive non-suicidal self-injury vs. psychiatric controls. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2014;223(2):104-112. doi:10.1016/j.pscychresns.2014.05.003

81. Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang Y yu, Mann JJ. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *J Affect Disord*. 2010;124(1):134-140. doi:10.1016/j.jad.2009.10.028

82. Sher L, Stanley BH. The Role of Endogenous Opioids in the Pathophysiology of Self-Injurious and Suicidal Behavior. *Arch Suicide Res*. 2008;12(4):299-308. doi:10.1080/13811110802324748

83. Groschwitz RC, Plener PL. The Neurobiology of Non-suicidal Self-injury (NSSI): A review. *Suicidol Online*. 2012;3:24-32.

84. Cakin Memik N, Hunc F, Kalayci S, et al. Assessment of Plasma-Endogenous Opioid Neuropeptide Levels and Psychometric Properties of Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents. *Arch Suicide Res*. 2023;27(2):749-768. doi:10.1080/13811118.2022.2066494

85. Markovitz P, Calabrese J, Charles Schulz S, Meltzer H. Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1991;148(8):1064-1067. doi:10.1176/ajp.148.8.1064

86. 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. doi:10.1017/S0954579405050522

87. López-Ibor Jr J, Saiz-Ruiz J, Pérez de los Cobos JC. Biological correlations of suicide and aggressivity in major depressions (with melancholia): 5-hydroxyindoleacetic acid and cortisol in cerebral spinal fluid, dexamethasone suppression test and therapeutic response to 5-hydroxytryptophan. *Neuropsychobiology*. 1985;14(2):67-74. doi:doi.org/10.1159/000118207

88. Wong DF, Harris JC, Naidu S, et al. Dopamine transporters are markedly reduced in Lesch-Nyhan disease in vivo. *Proc Natl Acad Sci*. 1996;93(11):5539-5543. doi:10.1073/pnas.93.11.5539

89. Minshawi NF, Hurwitz S, Morriss D, McDougle CJ. Multidisciplinary Assessment and Treatment of Self-Injurious Behavior in Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability: Integration of Psychological and Biological Theory and Approach. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(6):1541-1568. doi:10.1007/s10803-014-2307-3

90. Goldstein M. Dopaminergic mechanisms in self-inflicting biting behavior. *Psychopharmacol Bull*. 1989;25(3):349-352.

91. Ballard E, Bosk A, Pao M. Invited Commentary: Understanding Brain Mechanisms of Pain Processing in Adolescents' Non-Suicidal Self-Injury. *J Youth Adolesc*. 2010;39(4):327-334. doi:10.1007/s10964-009-9457-1

92. Kaess M, Hille M, Parzer P, Maser-Gluth C, Resch F, Brunner R. Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37(1):157-161. doi:10.1016/j.psyneuen.2011.05.009

93. Reichl C, Heyer A, Brunner R, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology*. 2016;74:203-211. doi:10.1016/j.psyneuen.2016.09.011

94. Beauchaine TP, Crowell SE, Hsiao RC. Post-Dexamethasone Cortisol, Self-Inflicted Injury, and Suicidal Ideation Among Depressed Adolescent Girls. *J Abnorm Child Psychol*. 2015;43(4):619-632. doi:10.1007/s10802-014-9933-2

95. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*. 2012;379(9834):2373-2382. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5

96. 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;39(5):484-494. doi:10.1007/s10964-009-9470-4

97. Hornor G. Nonsuicidal Self-Injury. *J Pediatr Health Care*. 2016;30(3):261-267. doi:10.1016/j.pedhc.2015.06.012

98. 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):140-144. doi:10.1016/j.psychres.2010.09.009

99. Kabukcu Basay B, Basay O, Bildik T, et al. The Nature, Functions and Related Risk Factors of Non-Suicidal Self-Injury Among Turkish High School Students. *Noro Psikiyatri Arsivi*. Published online April 20, 2016. doi:10.5152/npa.2016.12553

100. Yates T. Developmental pathways from child maltreatment to nonsuicidal self-injury. In: *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment*. American Psychological Association.; 2009:117-137.

101. Skegg K. Self-harm. *The Lancet*. 2005;366(9495):1471-1483. doi:10.1016/S0140-6736(05)67600-3

102. Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2009;66(6):477-493. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.10.013

103. Gromatsky MA, Waszczuk MA, Perlman G, Salis KL, Klein DN, Kotov R. The role of parental psychopathology and personality in adolescent non-suicidal self-injury. *J Psychiatr Res*. 2017;85:15-23. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.10.013

104. Eyüboğlu D, Güvenir T, Kavurma C, Varol Taş F. Family functioning of adolescents with nonsuicidal self-injury. *J Clin Psychiatry*. 2018;21(4):370-379. doi:10.5505/kpd.2018.77598

105. McLAUGHLIN JA, Miller P, Warwick H. Deliberate self-harm in adolescents: hopelessness, depression, problems and problem-solving. *J Adolesc*. 1996;19(6):523-532. doi:10.1006/jado.1996.0051

106. Xiao Q, Song X, Huang L, Hou D, Huang X. Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2022;13. doi:10.3389/fpsyt.2022.912441

107. Cassels M, Wilkinson P. Non-suicidal self-injury in adolescence. *Paediatr Child Health*. 2016;26(12):554-558. doi:10.1016/j.paed.2016.08.006

108. Aksoy A, Ögel K. Sokakta yaşayan çocuklarda kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımı. *Anatol J Psychiatry*. 2005;6:163-169.

109. Barrocas AL, Hankin BL, Young JF, Abela JRZ. Rates of Nonsuicidal Self-Injury in Youth: Age, Sex, and Behavioral Methods in a Community Sample. *Pediatrics*. 2012;130(1):39-45. doi:10.1542/peds.2011-2094

110. Engström K, Diderichsen F, Laflamme L. Parental Social Determinants of Risk for Intentional Injury: A Cross-Sectional Study of Swedish Adolescents. *Am J Public Health*. 2004;94(4):640-645. doi:10.2105/AJPH.94.4.640

111. Harriss L, Hawton K. Deliberate self-harm in rural and urban regions: A comparative study of prevalence and patient characteristics. *Soc Sci Med*. 2011;73(2):274-281. doi:10.1016/j.socscimed.2011.05.011

112. Hawton K, Harriss L, Simkin S, Bale E, Bond A. Social class and suicidal behaviour: the associations between social class and the characteristics of deliberate self-harm patients and the treatment they are offered. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(9):437-443. doi:10.1007/s001270170021

113. Zeki A, Çetin Çuhadaroğlu F. *Ergenlerde Kendine Zarar Verme Davranışının Gelişimsel ve Psikopatolojik Değerlendirmesi*. Uzmanlık tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.

114. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. Risk for Suicide Attempts Among Adolescents Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury. *Arch Suicide Res*. 2007;11(1):69-82. doi:10.1080/13811110600992902

115. Yates TM. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(1):35-74. doi:10.1016/j.cpr.2003.10.001

116. Muehlenkamp JJ, Kerr PL, Bradley AR, Adams Larsen M. Abuse Subtypes and Nonsuicidal Self-Injury: Preliminary Evidence of Complex Emotion Regulation Patterns. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(4):258. doi:10.1097/NMD.0b013e3181d612ab

117. Wilkinson P, Goodyer I. Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20(2):103-108. doi:10.1007/s00787-010-0156-y

118. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2015;38:55-64. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.009

119. Shapiro S. Addressing Self-Injury in the School Setting. *J Sch Nurs*. 2008;24(3):124-130. doi:10.1177/1059840512344321

120. Glenn C, Klonsky E. A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personal Disord Theory Res Treat*. 2010;1(1):67-75. doi:doi:10.1037/a0017427.

121. Casey BJ, Getz S, Galvan A. The adolescent brain. *Dev Rev*. 2008;28(1):62-77. doi:10.1016/j.dr.2007.08.003

122. Rahman F, Webb RT, Wittkowski A. Risk factors for self-harm repetition in adolescents: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2021;88:102048. doi:10.1016/j.cpr.2021.102048

123. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: A research review for the practitioner. *J Clin Psychol*. 2007;63(11):1045-1056. doi:10.1002/jclp.20412

124. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *Am J Psychiatry*. 2003;160(8):1501-1508. doi:10.1176/appi.ajp.160.8.1501

125. Hamza CA, Willoughby T, Heffer T. Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2015;38:13-24. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.010

126. Nock MK, Mendes WB. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(1):28-38. doi:10.1037/0022-006X.76.1.28

127. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev*. 2015;42:156-167. doi:10.1016/j.cpr.2015.09.002

128. Cooper J, Kapur N, Webb R, et al. Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-Year Cohort Study. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):297-303. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.297

129. Nock MK, Joiner 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. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010

130. 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. doi:doi:10.1192/bjp.178.1.48

131. Hintikka J, Tolmunen T, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylmä J, Laukkanen E. Mental Disorders in Self-Cutting Adolescents. *J Adolesc Health*. 2009;44(5):464-467. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.10.003

132. Ford JD, Gómez JM. The Relationship of Psychological Trauma and Dissociative and Posttraumatic Stress Disorders to Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality: A Review. *J Trauma Dissociation*. 2015;16(3):232-271. doi:10.1080/15299732.2015.989563

133. Tolmunen T, Rissanen ML, Hintikka J, et al. Dissociation, Self-Cutting, and Other Self-Harm Behavior in a General Population of Finnish Adolescents. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196(10):768. doi:10.1097/NMD.0b013e3181879e11

134. Kisiel CL, Lyons JS. Dissociation as a Mediator of Psychopathology Among Sexually Abused Children and Adolescents. *Am J Psychiatry*. 2001;158(7):1034-1039. doi:10.1176/appi.ajp.158.7.1034

135. 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. doi:10.1111/j.1440-1819.2005.01333.x

136. Weierich MR, Nock MK. Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(1):39-44. doi:10.1037/0022-006X.76.1.39

137. Svirko E, Hawton K. Self-Injurious Behavior and Eating Disorders: The Extent and Nature of the Association. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(4):409-421. doi:10.1521/suli.2007.37.4.409

138. 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. doi:10.3122/jabfm.2010.02.090110

139. Rodham K, Hawton K, Evans E. Reasons for Deliberate Self-Harm: Comparison of Self-Poisoners and Self-Cutters in a Community Sample of Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(1):80-87. doi:10.1097/00004583-200401000-00017

140. Nock M, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(5):885-890. doi:doi:10.1037/0022-006X.72.5.885

141. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(2):226-239. doi:10.1016/j.cpr.2006.08.002

142. 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. doi:10.1007/s10862-008-9107-z

143. García-Nieto R, Carballo JJ, Díaz de Neira Hernando M, de León-Martinez V, Baca-García E. Clinical Correlates of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in an Outpatient Sample of Adolescents. *Arch Suicide Res*. 2015;19(2):218-230. doi:10.1080/13811118.2014.957447

144. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlström Ö, Svedin CG. Prevalence and Function of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in a Community Sample of Adolescents, Using Suggested DSM-5 Criteria for a Potential NSSI Disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(5):759-773. doi:10.1007/s10802-013-9712-5

145. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behav Res Ther*. 2006;44(3):371-394. doi:10.1016/j.brat.2005.03.005

146. Somer O, Bildik T, Kabukçu-Başay B, Güngör D, Başay Ö, Farmer RF. Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(7):1163-1171. doi:10.1007/s00127-015-1060-z

147. Self-Harm: Assessment, Management and Preventing Recurrence NICE Guideline. Published online 2022. www.nice.org.uk/guidance/ng225

148. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ*. 2005;330(7496):891-894. doi:10.1136/bmj.330.7496.891

149. Witt K, Hawton K, Hetrick S, Taylor Salisbury T, Townsend E, Hazell P. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;2020(7). doi:doi:10.1002/14651858.CD013667

150. Nock MK, ed. *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. Oxford University Press; 2014. doi:10.1093/oxfordhb/9780195388565.001.0001

151. Kapur N, Steeg S, Webb R, et al. Does Clinical Management Improve Outcomes following Self-Harm? Results from the Multicentre Study of Self-Harm in England. *PLOS ONE*. 2013;8(8):e70434. doi:10.1371/journal.pone.0070434

152. Miller A, Nathan J, Wagner E. Engaging suicidal multiproblem adolescents with dialectical behavior therapy. In: *Elusive Alliance: Treatment Engagement Strategies with High-Risk Adolescents*. American Psychological Association.; 2010:185-205.

153. Glenn CR, Franklin JC, Nock MK. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2015;44(1):1-29. doi:doi:10.1080/15374416.2014.945211

154. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol*. 2006;62(4):459-480. doi:10.1002/jclp.20243

155. Lineman M, Bohus M, Lynch T. Dialectical Behavior Therapy for Pervasive Emotion Dysregulation: Theoretical and Practical Underpinnings. In: *Handbook of Emotion Regulation*. The Guilford Press; 2007:581-605.

156. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 2010;9(1):11-15.

157. Rossouw TI. Self Harm In Young People: Randomısed Control Trıal Testıng Mentalızatıon Based Treatment Agaınst Treatment As Usual. Published online 2012.

158. Turner B, Austin S, Chapman A. Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions. *Can J Psychiatry*. 2014;59(11):576-585. doi:doi:10.1177/070674371405901103

159. Pies RW, Popli AP. Self-injurious behavior: pathophysiology and implications for treatment. *J Clin Psychiatry*. 1995;56(12):580-588.

160. Roberts N. Adolescent Self-Mutilatory Behavior: Psychopharmacological Treatment. *Child Adolesc Psychopharmacol News*. 2003;8(5):10-12. doi:10.1521/capn.8.5.10.22902

161. Grootens KP, Verkes RJ. Emerging Evidence for the Use of Atypical Antipsychotics in Borderline Personality Disorder. *Pharmacopsychiatry*. 2005;38(1):20-23. doi:10.1055/s-2005-837767

162. Masters KJ. Anti-suicidal and self-harm properties of lithium carbonate. *CNS Spectr*. 2008;13(2):109-110. doi:10.1017/s1092852900016230

163. Roth AS, Ostroff RB, Hoffman RE. Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behaviour:an open-label trial. *J Clin Psychiatry*. 1996;57(6):233-237.

164. Philipsen A, Richter H, Schmahl C, et al. Clonidine in acute aversive inner tension and self-injurious behavior in female patients with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(10):1414-1419. doi:10.4088/jcp.v65n1018

165. Plener PL, Brunner R, Fegert JM, et al. Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: consensus based German guidelines. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2016;10(46). doi:10.1186/s13034-016-0134-3

166. Hallahan B, Hibbeln JR, Davis JM, Garland MR. Omega-3 fatty acid supplementation in patients with recurrent self-harm: Single-centre double-blind randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2007;190(2):118-122. doi:10.1192/bjp.bp.106.022707

167. Pittenger C, Krystal JH, Coric V. Initial evidence of the beneficial effects of glutamate-modulating agents in the treatment of self-injurious behavior associated with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(11):1492-1493. doi:10.4088/jcp.v66n1121d

168. Robinson AM. Let's Talk about Stress: History of Stress Research. *Rev Gen Psychol*. 2018;22(3):334-342. doi:10.1037/gpr0000137

169. Lazarus R, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer publishing company; 1984.

170. Arasıl A. *Sigara Içen Yetişkinlerde Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Ile Sigara Bağımlılığı Arasındaki Ilişkinin Incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021.

171. Basut E. Stres, başa çıkma ve ergenlik. *Urkish J Child Adolesc Ment Health*. 2006;13(1):31-36.

172. Eryılmaz D. Ergenlik Döneminde Stres ve Başa Çıkma. *Van Üzüncü Il Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg*. 2009;6(2):20-37.

173. Patterson JM, McCubbin HI. Adolescent coping style and behaviors: conceptualization and measurement. *J Adolesc*. 1987;10(2):163-186. doi:10.1016/S0140-1971(87)80086-6

174. Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychol Bull*. 2003;129(2):216-269. doi:10.1037/0033-2909.129.2.216

175. Spirito A, Stark LJ, Tyc VL. Stressors and coping strategies described during hospitalization by chronically ill children. *J Clin Child Psychol*. 1994;23(3):314-322. doi:10.1207/s15374424jccp2303_9

176. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol Bull*. 2001;127(1):87-127.

177. Işık E, Bedel A. Ergenlerde Başa Çıkma Stratejileri ile Öznel İyi Oluş Arasındaki İlişkiler. *Selçuk Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg*. 2015;(34):53-60.

178. Hamarta E. Ergenlerde Sosyal Kaygının Stresle Başa Çıkma Yaklaşımlarına Göre İncelenmesi. *Eğitim Ve Bilim*. 2015;40(180):125-134. doi:DOI: 10.15390/EB.2015.4410

179. Nielsen E, Sayal K, Townsend E. Dealing with difficult days: Functional coping dynamics in self-harm ideation and enactment. *J Affect Disord*. 2017;208:330-337. doi:10.1016/j.jad.2016.08.036

180. Foto-Özdemir D, Akdemir D, Çuhadaroğlu-Çetin F. Gender differences in defense mechanisms, ways of coping with stress and sense of identity in adolescent suicide attempts. *Turk J Pediatr*. 2016;58(3):271-281. doi:10.24953/turkjped.2016.03.007

181. Jabłkowska-Górecka K, Szczepaniak A, Gmitrowicz A. Coping styles adopted in stressful situations by self-harming adolescents. *Psychiatr Psychol Klin - J Psychiatry Clin Psychol*. 2010;10(1):15-24.

182. Andover MS, Pepper CM, Gibb BE. Self-Mutilation and Coping Strategies in a College Sample. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(2):238-243. doi:10.1521/suli.2007.37.2.238

183. Shafran R, Robinson P. Thought-shape fusion in eating disorders. *Br J Clin Psychol*. 2004;43(Pt 4):399-408. doi:10.1348/0144665042389008

184. Özkan N, Bilici S. YEME DAVRANIŞINDA YENİ YAKLAŞIMLAR: SEZGİSEL YEME VE YEME FARKINDALIĞI. *Gazi Sağlık Bilim Derg*. 2018;3(2):16-24.

185. İnalkaç S, Arslantaş H. Duygusal Yeme. *Arşiv Kaynak Tarama Derg*. 2018;27(1):70-82. doi:10.17827/aktd.336860

186. Evers C, Stok FM, Danner UN, Salmon SJ, de Ridder DTD, Adriaanse MA. The shaping role of hunger on self-reported external eating status. *Appetite*. 2011;57(2):318-320. doi:10.1016/j.appet.2011.05.311

187. Altıntaş M, Özgen U. Personality trait's effects on eating behaviors. *Int J Soc Sci Educ Res*. 2017;3(5 S):1797-1810. doi:10.24289/ijsser.335318

188. Ünal SG. Duygusal Yeme ve Obezite. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg*. 2018;3(2):30-47.

189. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol Bull*. 1991;110(1):86-108. doi:10.1037/0033-2909.110.1.86

190. Calam R, Waller G. Are eating and psychosocial characteristics in early teenage years useful predictors of eating characteristics in early adulthood? A 7-year longitudinal study. *Int J Eat Disord*. 1998;24(4):351-362. doi:10.1002/(sici)1098-108x(199812)24:4<351::aid-eat2>3.0.co;2-1

191. Tunç P. Çocukluk Çağı Travması ile Bozulmuş Yeme Tutumları İlişkisinde Ebeveyne Bağlanmanın Düzenleyici Rolünün İncelenmesi. *Çocuk Ve Genç Ruh Sağlığı Derg*. 2020;27(2):75-84. doi:10.4274/tjcamh.galenos.2020.03521

192. Vardal E, Batıgün AD. Bağlanma Stilleri ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişkide Geştalt Temas Biçimlerinin Aracı Rolü. *Türk Psikol Yazıları Haziran 2017 2039 14–23*.

193. Demirezen E, Coşansu G. Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *STED*. 2005;14(8):174-178.

194. Kaplan HI, Kaplan HS. The psychosomatic concept of obesity. *J Nerv Ment Dis*. 1957;125(2):181-201. doi:10.1097/00005053-195704000-00004

195. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther*. 2003;41(5):509-528. doi:10.1016/S0005-7967(02)00088-8

196. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behav Res Ther*. 2010;48(10):974-983. doi:10.1016/j.brat.2010.06.002

197. Dhivyadharshini J, Priya AJ, Gayathridevi R. Stress-related eating behavior in adults with obesity. *Drug Invent Today*. 2019;12(5):926-928.

198. Ricca V, Castellini G, Fioravanti G, et al. Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Compr Psychiatry*. 2012;53(3):245-251. doi:10.1016/j.comppsych.2011.04.062

199. Pinaquy S, Chabrol H, Simon C, Louvet JP, Barbe P. Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obes Res*. 2003;11(2):195-201. doi:10.1038/oby.2003.31

200. Herman CP, Polivy J. From dietary restraint to binge eating: Attaching causes to effects. *Appetite*. 1990;14(2):123-125. doi:10.1016/0195-6663(90)90009-W

201. Stunkard AJ, Wadden TA. Restrained eating and human obesity. *Nutr Rev*. 1990;48(2):78-86; discussion 114-131. doi:10.1111/j.1753-4887.1990.tb02909.x

202. Heatherton TF, Polivy J, Herman CP. Dietary restraint: Some current findings and speculations. *Psychol Addict Behav*. 1990;4(2):100-106. doi:10.1037/h0080580

203. Lowe MR, Butryn ML. Hedonic hunger: A new dimension of appetite? *Physiol Behav*. 2007;91(4):432-439. doi:10.1016/j.physbeh.2007.04.006

204. Braet C, Claus L, Goossens L, Moens E, Van Vlierberghe L, Soetens B. Differences in eating style between overweight and normal-weight youngsters. *J Health Psychol*. 2008;13(6):733-743. doi:10.1177/1359105308093850

205. Herman CP, Polivy J. Anxiety, restraint, and eating behavior. *J Abnorm Psychol*. 1975;84(6):66-72.

206. Davis R, Freeman RJ, Garner DM. A naturalistic investigation of eating behavior in bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(2):273-279. doi:10.1037//0022-006x.56.2.273

207. Masheb RM, Grilo CM, White MA. An examination of eating patterns in community women with bulimia nervosa and binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2011;44(7):618-624. doi:10.1002/eat.20853

208. Harvey K, Rosselli F, Wilson GT, Debar LL, Striegel-Moore RH. Eating patterns in patients with spectrum binge-eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2011;44(5):447-451. doi:10.1002/eat.20839

209. Stein RI, Kenardy J, Wiseman CV, Dounchis JZ, Arnow BA, Wilfley DE. What's driving the binge in binge eating disorder?: A prospective examination of precursors and consequences. *Int J Eat Disord*. 2007;40(3):195-203. doi:10.1002/eat.20352

210. Goldschmidt AB, Engel SG, Wonderlich SA, et al. Momentary affect surrounding loss of control and overeating in obese adults with and without binge eating disorder. *Obes Silver Spring Md*. 2012;20(6):1206-1211. doi:10.1038/oby.2011.286

211. Hilbert A, Pike KM, Goldschmidt AB, et al. Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Res*. 2014;220(1-2):500-506. doi:10.1016/j.psychres.2014.05.054

212. van Strien T, Bazelier FG. Perceived parental control of food intake is related to external, restrained and emotional eating in 7-12-year-old boys and girls. *Appetite*. 2007;49(3):618-625. doi:10.1016/j.appet.2007.03.227

213. Schachter S. Obesity and eating. Internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects. *Science*. 1968;161(3843):751-756. doi:10.1126/science.161.3843.751

214. Serin Y. Emotional eating, the factors which affect food intake and basic approaches of nursing care. *J Psychiatr Nurs*. 2018;9(2):135-146. doi:10.14744/phd.2018.23600

215. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2017;8:1946. doi:10.3389/fpsyg.2017.01946

216. Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol*. 2002;53:187-213. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135103

217. Bender TW, Gordon KH, Bresin K, Joiner TE. Impulsivity and suicidality: the mediating role of painful and provocative experiences. *J Affect Disord*. 2011;129(1-3):301-307. doi:10.1016/j.jad.2010.07.023

218. Brewerton TD. Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. *Eat Disord*. 2007;15(4):285-304. doi:10.1080/10640260701454311

219. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):980-988. doi:10.1097/00004583-199707000-00021

220. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroğlu F, et al. Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). *Turk Psikiyatri Derg Turk J Psychiatry*. 2019;30(1):42-50.

221. Bildik T, Somer O, Kabukçu Başay B, Başay Ö, Özbaran B. The validity and reliability of the Turkish version of the inventory of statements about self-injury. *Turk Psikiyatri Derg Turk J Psychiatry*. 2013;24(1):49-57.

222. Spirito A, Stark LJ, Williams C. Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *J Pediatr Psychol*. 1988;13(4):555-574. doi:10.1093/jpepsy/13.4.555

223. Bedel A, Işık E, Hamarta E. Ergenler için Başa Çıkma Ölçeğinin (EBÇÖ) geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Eğitim Ve Bilim*. 2014;39(176):227-235. doi:doi.org/10.15390/EB.2014.3501

224. van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating

behavior. *Int J Eat Disord*. 1986;5(2):295-315. doi:10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T

225. Bozan N. *Hollanda Yeme Davranışı (DEBQ) Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması*. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.

226. Pallant J. *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows (Version 12)*. 6th ed. Open University Press; 2017.

227. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics.* Pearson; 2013.

228. Baykul Y. *Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme*. Pegem Akademi Yayıncılık; 2010.

229. Glenn CR, Lanzillo EC, Esposito EC, Santee AC, Nock MK, Auerbach RP. Examining the Course of Suicidal and Nonsuicidal Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Outpatient and Inpatient Adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2017;45(5):971-983. doi:10.1007/s10802-016-0214-0

230. Gillies D, Christou MA, Dixon AC, et al. Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(10):733-741. doi:10.1016/j.jaac.2018.06.018

231. Kinoshita K, Kinoshita Y, Shimodera S, et al. Not only Body Weight Perception but also Body Mass Index is Relevant to Suicidal Ideation and Self-Harming Behavior in Japanese Adolescents. *J Nerv Ment Dis*. 2012;200(4):305. doi:10.1097/NMD.0b013e31824cb29b

232. Claes L, Fernández-Aranda F, Jimenez-Murcia S, et al. Co-occurrence of non-suicidal self-injury and impulsivity in extreme weight conditions. *Personal Individ Differ*. 2013;54(1):137-140. doi:10.1016/j.paid.2012.07.035

233. Freitas-Rosa M, Gonçalves S, Antunes H. Is being overweight associated with engagement in self-injurious behaviours in adolescence, or do psychological factors have more "weight"? *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. 2016;21(3):493-500. doi:10.1007/s40519-015-0251-7

234. Brunner R, Parzer P, Haffner J, et al. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161(7):641-649. doi:10.1001/archpedi.161.7.641

235. Kiekens G, Claes L, Demyttenaere K, et al. Lifetime and 12-Month Nonsuicidal Self-Injury and Academic Performance in College Freshmen. *Suicide Life Threat Behav*. 2016;46(5):563-576. doi:10.1111/sltb.12237

236. Landstedt E, Gillander Gådin K. Deliberate self-harm and associated factors in 17-year-old Swedish students. *Scand J Public Health*. 2011;39(1):17-25. doi:10.1177/1403494810382941

237. Baetens I, Greene D, Van Hove L, et al. Predictors and consequences of non-suicidal self-injury in relation to life, peer, and school factors. *J Adolesc*. 2021;90:100-108. doi:10.1016/j.adolescence.2021.06.005

238. Jablonska B, Lindberg L, Lindblad F, Rasmussen F, Ostberg 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. doi:10.1093/ije/dyp236

239. Bježančević M, Groznica Hržić I, Dodig-Ćurković K. Self-Injury in Adolescents: A Five-Year Study of Characteristics and Trends. *Psychiatr Danub*. 2019;31(4):413-420. doi:10.24869/psyd.2019.413

240. Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, Abbott R, Hill KG. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153(3):226-234. doi:10.1001/archpedi.153.3.226

241. CROSNOE R, ERICKSON KG, DORNBUSCH SM. Protective Functions of Family Relationships and School Factors on the Deviant Behavior of Adolescent Boys and Girls: Reducing the Impact of Risky Friendships. *Youth Soc*. 2002;33(4):515-544. doi:10.1177/0044118X02033004002

242. Bentley KH, Cassiello-Robbins CF, Vittorio L, Sauer-Zavala S, Barlow DH. The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2015;37:72-88. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.006

243. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, et al. Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 2007;164(9):1356-1363. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07030454

244. Sørensen JØ, Rasmussen A, Roesbjerg T, Verhulst FC, Pagsberg AK. Suicidality and self-injury with selective serotonin reuptake inhibitors in youth: Occurrence, predictors and timing. *Acta Psychiatr Scand*. 2022;145(2):209-222. doi:10.1111/acps.13360

245. Smith BD. Self-mutilation and pharmacotherapy. *Psychiatry Edgmont Pa Townsh*. 2005;2(10):28-37.

246. Ingenhoven TJM, Duivenvoorden HJ. Differential effectiveness of antipsychotics in borderline personality disorder: meta-analyses of placebo-controlled, randomized clinical trials on symptomatic outcome domains. *J Clin Psychopharmacol*. 2011;31(4):489-496. doi:10.1097/JCP.0b013e3182217a69

247. Baker RW, Tohen M, Fawcett J, et al. Acute dysphoric mania: treatment response to olanzapine versus placebo. *J Clin Psychopharmacol*. 2003;23(2):132-137. doi:10.1097/00004714-200304000-00005

248. 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 J Soc Psychol Addict Behav*. 2010;24(1):119-128. doi:10.1037/a0017210

249. 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;40(12):964-971. doi:10.1007/s00127-005-0981-3

250. Kavurma C, Bilaç Ö, Önder A, et al. Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergenlerde Aile İşlevlerinin, Ebeveyn Ve Arkadaşlara Bağlanmanın, Karar Verme Stillerinin Ve Problem Çözme Becerilerinin Değerlendirilmesi. *Turk J Clin Lab*. 2023;14(2):312-320. doi:10.18663/tjcl.1278466

251. Washburn JJ, Soto D, Osorio CA, Slesinger NC. Eating disorder behaviors as a form of non-suicidal self-injury. *Psychiatry Res*. 2023;319:115002. doi:10.1016/j.psychres.2022.115002

252. Skårderud F, Sommerfeldt B. [Self-harm and eating disorders]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 2009;129(9):877-881. doi:10.4045/tidsskr.08.0509

253. Bjärehed J, Lundh LG. 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. doi:10.1080/16506070701778951

254. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(8):772-781. doi:10.1016/j.jaac.2011.04.003

255. Klonsky ED, Olino TM. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(1):22-27. doi:10.1037/0022-006X.76.1.22

256. Tang J, Yu Y, Wu Y, et al. Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: a cross-section study. *PloS One*. 2011;6(4):e17977. doi:10.1371/journal.pone.0017977

257. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. 2016;46(2):225-236. doi:10.1017/S0033291715001804

258. Baheiraei A, Hamzehgardeshi Z, Mohammadi MR, Nedjat S. Violence-related behaviors and self-inflicted injuries among 15-18 year old Iranian adolescents. *Indian Pediatr*. 2011;48(12):984-985.

259. Messias E, Castro J, Saini A, Usman M, Peeples D. Sadness, suicide, and their association with video game and internet overuse among teens: results from the youth risk behavior survey 2007 and 2009. *Suicide Life Threat Behav*. 2011;41(3):307-315. doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00030.x

260. Sedgwick R, Epstein S, Dutta R, Ougrin D. Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32(6):534-541. doi:10.1097/YCO.0000000000000547

261. Biernesser C, Sewall CJR, Brent D, Bear T, Mair C, Trauth J. Social Media Use and Deliberate Self-Harm Among Youth: A Systematized Narrative Review. *Child Youth Serv Rev*. 2020;116:105054. doi:10.1016/j.childyouth.2020.105054

262. Dyson MP, Hartling L, Shulhan J, et al. A Systematic Review of Social Media Use to Discuss and View Deliberate Self-Harm Acts. *PloS One*. 2016;11(5):e0155813. doi:10.1371/journal.pone.0155813

263. Nesi J, Burke TA, Bettis AH, et al. Social media use and self-injurious thoughts and behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2021;87:102038. doi:10.1016/j.cpr.2021.102038

264. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*. 1998;68(4):609-620. doi:10.1037/h0080369

265. Kaess M, Parzer P, Mattern M, et al. 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. doi:10.1016/j.psychres.2012.10.012

266. Wedig MM, Nock MK. Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(9):1171-1178. doi:10.1097/chi.0b013e3180ca9aaf

267. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am J Orthopsychiatry*. 2002;72(1):128-140. doi:10.1037//0002-9432.72.1.128

268. 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;49:170-180. doi:10.1016/j.adolescence.2016.03.015

269. 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):15-21. doi:10.1037/0022-006X.76.1.15

270. Saçarçelik G, Türkcan A, Güveli H, Yeşilbaş D. İkinci basamak ergen ve genç erişkin psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda kasıtlı kendine zarar verme davranışının yaygınlığı ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri Ve Nörolojik Bilim Derg*. 2011;24(4):253-265.

271. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. *Dtsch Arzteblatt Int*. 2018;115(3):23-30. doi:10.3238/arztebl.2018.0023

272. Kara K, Ozsoy S, Teke H, et al. Non-suicidal self-injurious behavior in forensic child and adolescent populations. Clinical features and relationship with depression. *Neurosci Riyadh Saudi Arab*. 2015;20(1):31-36.

273. Baetens I, Claes L, Martin G, et al. Is Nonsuicidal Self-Injury Associated With Parenting and Family Factors? *J Early Adolesc*. 2014;34(3):387-405. doi:10.1177/0272431613494006

274. Pritchard C. *Suicide the Ultimate Rejection? A Psycho-Social Study*. Open University Press; 1995.

275. Coie JD, Watt NF, West SG, et al. The science of prevention. A conceptual framework and some directions for a national research program. *Am Psychol*. 1993;48(10):1013-1022. doi:10.1037//0003-066x.48.10.1013

276. Rissanen ML, Kylmä J, Laukkanen E. Self-mutilation among Finnish adolescents: Nurses' conceptions. *Int J Nurs Pract*. 2011;17(2):158-165. doi:10.1111/j.1440-172X.2011.01921.x

277. Adrian M, Zeman J, Erdley C, Lisa L, Sim L. Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39(3):389-400. doi:10.1007/s10802-010-9465-3

278. Hawton K, Hall S, Simkin S, et al. Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44(8):1191-1198. doi:10.1111/1469-7610.00200

279. Cox LJ, Stanley BH, Melhem NM, et al. A longitudinal study of nonsuicidal self-injury in offspring at high risk for mood disorder. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(6):821-828. doi:10.4088/JCP.11m07250

280. Tulloch AL, Blizzard L, Pinkus Z. Adolescent-parent communication in self-harm. *J Adolesc Health*. 1997;21(4):267-275. doi:10.1016/S1054-139X(97)00118-3

281. Gratz KL, Dixon-Gordon KL, Chapman AL, Tull MT. Diagnosis and Characterization of DSM-5 Nonsuicidal Self-Injury Disorder Using the Clinician-Administered Nonsuicidal Self-Injury Disorder Index. *Assessment*. 2015;22(5):527-539. doi:10.1177/1073191114565878

282. You J, Lin MP, Fu K, Leung F. The best friend and friendship group influence on adolescent nonsuicidal self-injury. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(6):993-1004. doi:10.1007/s10802-013-9734-z

283. Andrews JA, Tildesley E, Hops H, Li F. The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. 2002;21(4):349-357. doi:10.1037//0278-6133.21.4.349

284. Jans T, Vloet T, Taneli Y, Warnke A. Suıcıde And Self-Harmıng Behavıour. In: *IACAPAP E-Textbook of Child and Adolescent Mental Health.* In Rey JM (ed).

International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2018.

285. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ, Lewis SP, Walsh B. *Nonsuicidal Self-Injury*. Hogrefe Publishing; 2011.

286. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*. 2006;117(6):1939-1948. doi:10.1542/peds.2005-2543

287. Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Res*. 2009;166(2-3):260-268. doi:10.1016/j.psychres.2008.02.008

288. Koenig J, Thayer JF, Kaess M. A meta-analysis on pain sensitivity in self-injury. *Psychol Med*. 2016;46(8):1597-1612. doi:10.1017/S0033291716000301

289. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:339-363. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258

290. Koenig J, Rinnewitz L, Warth M, et al. Psychobiological response to pain in female adolescents with nonsuicidal self-injury. *J Psychiatry Neurosci JPN*. 2017;42(3):189-199. doi:10.1503/jpn.160074

291. van der Venne P, Balint A, Drews E, et al. Pain sensitivity and plasma beta-endorphin in adolescent non-suicidal self-injury. *J Affect Disord*. 2021;278:199-208. doi:10.1016/j.jad.2020.09.036

292. Hooley JM, Ho DT, Slater J, Lockshin A. Pain perception and nonsuicidal self-injury: a laboratory investigation. *Personal Disord*. 2010;1(3):170-179. doi:10.1037/a0020106

293. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol*. 2005;114(1):140-146. doi:10.1037/0021-843X.114.1.140

294. Kostić J, Žikić O, Stankovic M, Nikolić G. Nonsuicidal self-injury among adolescents in south-east Serbia. *Int J Pediatr Adolesc Med*. 2019;6(4):131-134. doi:10.1016/j.ijpam.2019.06.002

295. Idig-Camuroglu M, Gölge ZB. Non-Suicidal Self-Injury among University Students in Turkey: The Effect of Gender and Childhood Abuse. *Psychiatr Danub*. 2018;30(4):410-420. doi:10.24869/psyd.2018.410

296. Claes L, Houben A, Vandereycken W, Bijttebier P, Muehlenkamp J. Brief report: the association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *J Adolesc*. 2010;33(5):775-778. doi:10.1016/j.adolescence.2009.10.012

297. Muehlenkamp J, Brausch A, Quigley K, Whitlock J. Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide Life Threat Behav*. 2013;43(1):67-80. doi:10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x

298. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004;26(1):41-54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

299. Yagmurlu B, Altan O. Maternal socialization and child temperament as predictors of emotion regulation in Turkish preschoolers. *Infant Child Dev*. 2010;19(3):275-296.

300. Eisenberg N, Fabes RA, Shepard SA, Guthrie IK, Murphy BC, Reiser M. Parental reactions to children's negative emotions: longitudinal relations to quality of children's social functioning. *Child Dev*. 1999;70(2):513-534. doi:10.1111/1467-8624.00037

301. 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. doi:10.1007/s10862-008-9107-z

302. Demirci E. Non suicidal self-injury, emotional eating and insomnia after child sexual abuse: Are those symptoms related to emotion regulation? *J Forensic Leg Med*. 2018;53:17-21. doi:10.1016/j.jflm.2017.10.012

303. Eker E, Ziyalar N, Kayaalp L. 2005 Yılında İstanbul Ortaöğretim Kurumlarında Eğitim Gören Ergenlerin Yeme Tutumlarının Değerlendirilmesi ve Kendine Zarar Verme ile İntihar Davranışları Bakımından Karşılaştırılması. *Sendrom Aktüel Tıp Derg*. 2011;23(3). Accessed January 5, 2025. https://avesis.iuc.edu.tr/yayin/88e88806-65a8-4ff1-b084-dd3acb375f32/2005-yilinda-istanbul-ortaogretim-kurumlarinda-egitim-goren-ergenlerin-yeme-tutumlarinin-degerlendirilmesi-ve-kendine-zarar-verme-ile-intihar-davranislari-bakimindan-karsilastirilmasi

304. Ross S, Heath NL, Toste JR. Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *Am J Orthopsychiatry*. 2009;79(1):83-92. doi:10.1037/a0014826

305. Goossens L, Braet C, Van Vlierberghe L, Mels S. Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2009;17(1):68-78. doi:10.1002/erv.892

306. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Baldwin CL. Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(4):427-434. doi:10.1097/00004583-200104000-00011

307. Li Z, Zhang J. Coping skills, mental disorders, and suicide among rural youths in China. *J Nerv Ment Dis*. 2012;200(10):885-890. doi:10.1097/NMD.0b013e31826b6ecc

308. Liu X, Gentzler AL, George CJ, Kovacs M. Responses to depressed mood and suicide attempt in young adults with a history of childhood-onset mood disorder. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(5):644-652. doi:10.4088/jcp.07m03895

309. Mirkovic B, Labelle R, Guilé JM, et al. Coping skills among adolescent suicide attempters: results of a multisite study. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2015;60(2 Suppl 1):S37-45.

310. Nielsen E, Sayal K, Townsend E. Functional Coping Dynamics and Experiential Avoidance in a Community Sample with No Self-Injury vs. Non-Suicidal Self-Injury Only vs. Those with Both Non-Suicidal Self-Injury and Suicidal Behaviour. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(6):575. doi:10.3390/ijerph14060575

311. Faraji H, Fırat B. Yeme Bozuklukları ve Duygular. *Fenerbahçe Üniversitesi Sos Bilim Derg*. 2022;2(1):153-174.

312. Konttinen H. Emotional eating and obesity in adults: the role of depression, sleep and genes. *Proc Nutr Soc*. 2020;79(3):283-289. doi:10.1017/S0029665120000166

313. Claes L, Vandereycken W. Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Compr Psychiatry*. 2007;48(2):137-144. doi:10.1016/j.comppsych.2006.10.009

314. van Strien T. Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. *Curr Diab Rep*. 2018;18(6):35. doi:10.1007/s11892-018-1000-x

315. Benbaibeche H, Saidi H, Bounihi A, Koceir EA. Emotional and external eating styles associated with obesity. *J Eat Disord*. 2023;11(1):67. doi:10.1186/s40337-023-00797-w

316. Bourdier L, Fatseas M, Maria AS, Carre A, Berthoz S. The Psycho-Affective Roots of Obesity: Results from a French Study in the General Population. *Nutrients*. 2020;12(10):2962. doi:10.3390/nu12102962

317. Ozier AD, Kendrick OW, Leeper JD, Knol LL, Perko M, Burnham J. Overweight and obesity are associated with emotion- and stress-related eating as measured by the eating and appraisal due to emotions and stress questionnaire. *J Am Diet Assoc*. 2008;108(1):49-56. doi:10.1016/j.jada.2007.10.011

318. Toksoy P, Oktan V. Ergenlerde Kendine Zarar Verme Davranışının Yordayıcıları Olarak Öz Duyarlık ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Derg*. 2019;(48):1-14.

319. Kaya Çimen A. *Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Kız Ergenlerde Üstbiliş, Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Başa Çıkma Becerileri Arasındaki Ilişkinin Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi; 2023.

320. Wolfers LN, Utz S. Social media use, stress, and coping. *Curr Opin Psychol*. 2022;45:101305. doi:10.1016/j.copsyc.2022.101305

321. Wolfers LN. Parental mobile media use for coping with stress: A focus groups study. *Hum Behav Emerg Technol*. 2021;3(2):304-315. doi:10.1002/hbe2.252

322. Duvenage M, Correia H, Uink B, Barber BL, Donovan CL, Modecki KL. Technology can sting when reality bites: Adolescents' frequent online coping is ineffective with momentary stress. *Comput Hum Behav*. 2020;102:248-259. doi:10.1016/j.chb.2019.08.024

323. Ammari T, Schoenebeck S. Understanding and Supporting Fathers and Fatherhood on Social Media Sites. In: *Proceedings of the 33rd Annual ACM Conference on Human Factors in Computing Systems*. CHI '15. Association for Computing Machinery; 2015:1905-1914. doi:10.1145/2702123.2702205

324. Cohen N, Richards J. 'I didn't feel like I was alone anymore': evaluating self-organised employee coping practices conducted via Facebook. *New Technol Work Employ*. 2015;30(3):222-236. doi:10.1111/ntwe.12051

325. Ammari T, Schoenebeck S. Networked Empowerment on Facebook Groups for Parents of Children with Special Needs. In: *Proceedings of the 33rd Annual ACM Conference on Human Factors in Computing Systems*. CHI '15. Association for Computing Machinery; 2015:2805-2814. doi:10.1145/2702123.2702324

326. Lazard AJ, Collins MKR, Hedrick A, et al. Using Social Media for Peer-to-Peer Cancer Support: Interviews With Young Adults With Cancer. *JMIR Cancer*. 2021;7(3):e28234. doi:10.2196/28234

327. Ngien A, Jiang S. The Effect of Social Media on Stress among Young Adults during COVID-19 Pandemic: Taking into Account Fatalism and Social Media Exhaustion. *Health Commun*. 2022;37(10):1337-1344. doi:10.1080/10410236.2021.1888438