



**T. C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**PSİKİYATRİ SERVİSİ YATIŞ ÖYKÜSÜ OLAN KIZ
ERGENLERİN BİLİŞSEL KOPMA SENDROMU
BELİRTİ DÜZEYLERİ İLE KENDİNE ZARAR VERME
DAVRANIŞI ARASINDA İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Aigiun GUSEİNOVA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Aralık 2024
İSTANBUL**



**T. C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**PSİKİYATRİ SERVİSİ YATIŞ ÖYKÜSÜ OLAN KIZ
ERGENLERİN BİLİŞSEL KOPMA SENDROMU
BELİRTİ DÜZEYLERİ İLE KENDİNE ZARAR VERME
DAVRANIŞI ARASINDA İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Aigiun GUSEİNOVA

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Nuran GÖZPINAR BADEMCİ**

**TEZ EŞ DANIŞMANI
Doç. Dr. Uğur TEKİN**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Aralık 2024
İSTANBUL**

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Aigiun Guseinova'nın hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "PSİKİYATRİ SERVİSİ YATIŞ ÖYKÜSÜ OLAN KIZ ERGENLERİN BİLİŞSEL KOPMA SENDROMU BELİRTİ DÜZEYLERİ İLE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI ARASINDA İLİŞKİNİN İNCELENMESİ" tezi başarılı olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

.....
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

.....
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

.....
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

İMZA

.....

.....

.....

Tez Savunma Tarihi: 12/12/2024

YAZAR BİLDİRİMİ

“PSİKİYATRİ SERVİSİ YATIŞ ÖYKÜSÜ OLAN KIZ ERGENLERİN BİLİŞSEL KOPMA SENDROMU BELİRTİ DÜZEYLERİ İLE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI ARASINDA İLİŞKİNİN İNCELENMESİ” başlıklı uzmanlık tezimin tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazıldığını ve bu tezde;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisine alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Aralık, 2024

BİLGİLENDİRME

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu tezin hazırlanmasında tez danışmanım Doç. Dr. Nuran GÖZPINAR BADEMCI ve tez eş danışmanım Doç. Dr. Uğur TEKİN katkıda bulunmuştur.
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Aigiun GUSEİNOVA

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanını sevmemde büyük bir rol oynayan, uzmanlık eğitimim boyunca bilgisi, tecrübesi ve rehberliğiyle bana değerli katkılar sağlayan; desteğini asla esirgemeyen ve ekibinde yer almakla büyük bir onur ve gurur duyduğum kıymetli hocam *Prof. Dr. Vahdettin Görmez'e*,

Her daim daha iyi şartlar sağlamak için emek veren yalnızca akademik anlamda değil, insani yaklaşımıyla da bana ilham olan uzmanlık eğitimim boyunca bilgisi, tecrübesi ve pozitif yaklaşımıyla her zaman yanımda olan bilgi ve deneyimlerini paylaşılarak ufkumu genişleten çok kıymetli hocam *Doç. Dr. Alperen Bıkmazer'e*,

Hem asistanlık hem de tez sürecimde, akademik alandaki engin bilgi ve deneyimlerini büyük bir özveriyle paylaşarak mesleki ve kişisel gelişimime çok değerli katkılar sunan; tez sürecimde yol gösterici rehberliğiyle akademik alanda ufkumu genişleten, doğru ve net yönlendirmeleriyle daha iyi bir bilimsel çalışma ortaya koymamı sağlayan sevgili ablam, tez danışman hocam *Doç. Dr. Nuran Gözpınar Bademci'ye*

Ekibimize yeni katılmasına rağmen kısa sürede asistan eğitimlerine büyük bir özveriyle katkı sağlayarak hepimize rehberlik eden; en zor anımda beni yapabileceklerim konusunda motive ederek cesaretlendiren; tez sürecimde yaşadığım tüm gecikmelere rağmen başlangıçta doğru yönlendirmeleri ve destekleriyle bu süreci hızlı ve başarıyla tamamlamama vesile olan çok kıymetli hocam *Doç. Dr. Uğur Tekin'e*

Karşılaştığımız her türlü sorunda adaletli bir şekilde yardımcı olmaya çalışan, bilgi ve birikimlerini esirgemediğimiz bizimle paylaşılan *Dr. Öğr. Üyesi Yavuz Meral'e*,

Erişkin psikiyatri rotasyonum sırasında her zaman samimi bir ortam sunan, bilgi ve deneyimleriyle mesleki gelişimime büyük katkı sağlayan değerli hocalarım *Prof. Dr. Aynur Görmez'e*, *Doç. Dr. Hasan Turan Karatepe'ye*, *Doç. Dr. Rümeyza Yeni Elbay'a*, *Doç. Dr. Emrah Karadere'ye*

Çocuk Nöroloji rotasyon süresince zorlu anlarımda yanımda olan, tanımış olmaktan her zaman mutluluk ve sevinç duyduğum *Doç. Dr. Nilüfer Eldeş Hacıfazhoğlu'na*; sevgili ablalarım *Uzm. Dr. Bigihan Bıkmazer'e*, *Uzm. Dr. Derya Güder'e* ve *Uzm. Dr. Emek Uygur Yalçın'a*

Beraber çalışma fırsatı yakaladığım için şanslı hissettiğim kendilerinden çok şey öğrendiğim, Doç. Dr. Süleyman Çakıroğlu'na, Uzm. Dr. Burcu Yıldırım Budak'a, Uzm. Dr. Meltem İnci Kefal'e, Uzm. Dr. Sebile Aslı Eke'ye ve Uzm. Dr. Elvan Başak Usta Gündüz'e

Asistanlığa başladığımız andan itibaren, bu uzun ve zorlu sürecin neredeyse her gününü birlikte geçirdiğim; çalışkanlığı, derin bilgisi ve desteğiyle en zor zamanlarımda yanımda olan canım kardeşim, değerli eşkıdemim Dr. Oğuzhan Koyuncu ve aramıza yeni katılsa da zor zamanımda yanımda olan, yakın hissettiğim çok sevdiğim küçük kardeşim Dr. Naile Yurt'a,

Bir zaman birlikte çalışmaktan keyif aldığım sevgili kıdemlilerim çiçeği burnunda taze uzmanlarımız Uzm. Dr. Nimtac Abdulleyeva'ya, Uzm. Dr. Burak Demirci'ye, Uzm. Dr. Ecren Parlak Kuvvet'e, Uzm. Dr. Aybala Tohumoğlu Balık'a, Uzm. Dr. Alican Güler'e, Değerli dostlarım Dr. Fulya Bakır, Dr. Eslem Öztürk Gül, Dr., Dr. Sümeyye Bayrak Yüksel, Dr. Nadide Fettahlıoğlu, Dr. Zeliha Çetin, Dr. Meve Gören, Dr. Fatma Melike Özreisioğlu ve hepsini çok sevdiğim tüm asistan arkadaşlarıma ve çocuk ve ergen psikiyatri ailemizin her üyesine,

Bu zorlu sürece karar vermeye başladığım andan itibaren bana destek veren, her an yanımda olan, düştüğümde elimden tutup kaldıran, her başarısızlıkta sevgisi, şefkati ile bana güç veren hayat arkadaşım sevgili eşim, Hacibala Hüseyinov ve varlıklarına Allaha binlerce kez şükrettiğim kızım Kövser Hüseyinli ve oğlum Soltan Hüseyinli'ye

Anne ve babamın bana en değerli hediyesi olan zorlu mücadelede bütün varlığıyla arkamda olan canım kardeşim Leyla Nebiyeva ve sonsuz ve koşulsuz sevgisine şükrettiğim babam Kerim Nebiyev'e

Ve o'na...

Bana umudu, sabretmeyi, başarmanın verdiği yeterlilik duygusunu, zorluklarla mücadele etmeyi, sevmeyi ve sevmeyi öğreten; bu yolculuğa benimle birlikte başlayıp sonunu görmeye ömrü yetmeyen, kaybettiğim güvenli limanım, hep sızlayan yaram, canımın içi, biricik annem YEGANE NEBİYEVA'ya

Sonsuz teşekkürler.....

Dr. Aigiun GUSEİNOVA

İÇİNDEKİLER

YAZAR BİLDİRİMİ	iii
BİLGİLENDİRME	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR.....	ix
TABLO LİSTESİ.....	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİNDE YATAKLI TEDAVİ	3
2.1.1. Tanım ve tarihçe	3
2.1.2. Yataklı tedavi endikasyonları	5
2.2. BİLİŞSEL KOPMA SENDROMU.....	6
2.2.1. Tanım ve tarihçe	6
2.2.2. Epidemiyoloji ve etiyoloji	7
2.2.3. Tanı ve belirtiler.....	8
2.2.4. Psikiyatrik komorbiditeler	9
2.3. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI	10
2.3.1. Tanım	10
2.3.2. Tanı	11
2.3.3. Epidemiyoloji.....	12
2.3.4. Etiyoloji.....	12
2.3.5. Kendine zarar verme davranışının işlevleri	14
2.3.6. Risk faktörleri	15
2.3.6.1. Sosyodemografik etkenler	15
2.3.6.2. Psikososyal etkenler.....	15
2.3.6.3. Nörobiyolojik etkenler	16
2.3.7. Eşlik eden psikiyatrik hastalıklar	16
2.3.8. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Bilişsel Kopma Sendromu ilişkisi	17

3. GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ ve DESENİ.....	19
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	21
3.2.1. Çocuk ve ebeveyn için bilgilendirilmiş onam formu.....	21
3.2.2. Sosyodemografik veri formu	21
3.2.3. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi– Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli–DSM–5–Türkçe (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)	22
3.2.4. Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği (YBTÖ).....	22
3.2.5. Yavaş Bilişsel Tempo Özbildirim Ölçeği (YBTÖÖ)	23
3.2.6. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)	23
3.2.7. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA).....	23
3.2.8. Çocuklar için global değerlendirme ölçeği (CGAS).....	24
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	24
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	68
KAYNAKLAR	70
EKLER.....	81
EK 1: ETİK KURUL ONAY FORMU.....	81
EK 2: ÇOCUK VE EBEVEYN İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	83
EK 3: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	89
EK 4: KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ	90
EK 5: YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO ÖLÇEĞİ (YBTÖ) EBEVEYN FORMU.....	94
EK 6: YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (YBTÖÖ)	95
EK 7: GÜÇLER GÜÇLÜKLER ANKETİ- ÇOCUK FORMU.....	96
EK 8: GÜÇLER GÜÇLÜKLER ANKETİ- EBEVEYN FORMU	98
EK 9: OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARI İÇİN DUYGULANIM BOZUKLUKLARI VE ŞİZOFRENİ GÖRÜŞME ÇİZELGESİ-ŞİMDİ VE YAŞAM BOYU ŞEKLİ-DSM-5	100
EK 10: GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS).....	107
EK 11: BENZERLİK RAPORU	108

KISALTMALAR

BB.....	Bipolar Bozukluk
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BKS.....	Bilişsel Kopma Sendromu
CDS.....	Cognitive Disengagement Syndrome
CASE	Avrupa Çocuk ve Ergen Kendini Yaralama Çalışma Grubu
CGAS.....	Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeği
ÇDŞG-ŞY-DSM-5 ...	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5
DEHB.....	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
FMRI.....	Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
GGA	Güçler Güçlükler Anketi
ISSI	Uluslararası Kendine Zarar Verme Davranışı Çalışma Topluluğu
KOKGB	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
KZVD	Kendine Zarar Verme Davranışı
KZVDDE	Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri
NSSI.....	Non-Suicidal Self-Injury
OSB.....	Otizm Spektrum Bozukluğu
TSSB.....	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YBT	Yavaş Bilişsel Tempo
YBTÖ.....	Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği
YBTÖÖ.....	Yavaş Bilişsel Tempo Özbildirim Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Türkiye’deki çocuk ve ergen psikiyatri yataklı servislerinin özellikleri.	4
Tablo 4.1. Çalışmada değerlendirilen olguların sosyodemografik ve medikal bilgileri. ...	26
Tablo 4.2. KZVD türü, sayısı, yüzdesi, ortalama ve standart sapma değerleri, medyan ve dağılım aralığı.	29
Tablo 4.3. KZVD türlerinin sıklık ve yüzdeleri.	30
Tablo 4.4. KZVD’nin diğer tanımlayıcı özellikleri.	31
Tablo 4.5. Çalışmada kullanılan diğer ölçeklerin tanımlayıcı özellikleri.	32
Tablo 4.6. Katılımcıların ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T kapsamında değerlendirilen psikiyatrik tanı sıklık ve yüzdeleri.	34
Tablo 4.7. YBTÖ (ebeveyn formu) ve YBTÖÖ Puanlarının KZVDDE ilk bölümü ile karşılaştırılması.	36
Tablo 4.8. YBTÖ (ebeveyn) ve YBTÖÖ puanlarının ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile değerlendirilen psikiyatrik tanı gruplarına göre karşılaştırılması.	41
Tablo 4.9. YBTÖ (ebeveyn formu) ve YBTÖÖ puanlarının kendine zarar verme davranış türlerinin sıklığı ile korelasyonları.	46
Tablo 4.10. YBTÖ (ebeveyn formu) ve YBTÖÖ puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki korelasyonların incelenmesi.	48
Tablo 4.11. KZVD kesme sayısı, YBTÖÖ toplam puanı ve GGA ergen formu alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar.	49
Tablo 4.12. GGA ergen formu alt ölçek puanlarının kontrol değişkeni olduğu durumda KZVD kesme sayısı ve YBTÖÖ toplam puan arasındaki korelasyonlar.	50
Tablo 4.13. KZVD kesme davranışlarının çok değişkenli hiyerarşik regresyon analizi.	51

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1. Araştırmanın akış şeması.....	21
--	----



ÖZET

PSİKİYATRİ SERVİSİ YATIŞ ÖYKÜSÜ OLAN KIZ ERGENLERİN BİLİŞSEL KOPMA SENDROMU BELİRTİ DÜZEYLERİ İLE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI ARASINDA İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bilişsel Kopma Sendromu (BKS) zihinsel bulanıklık, hayallere dalma, yavaş hareket etme gibi belirtilerle tanımlanan ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'ndan (DEHB) bağımsız bir bozukluk olarak değerlendirilen bir dikkat sorunudur. Kendine Zarar Verme Davranışları (KZVD) ise intihar amacı olmaksızın kişinin kasıtlı olarak kendine zarar verdiği tekrarlayıcı davranışlar olarak tanımlanır ve özellikle ergenlik döneminde sık görülür. Çalışmamızda, psikiyatri yatış öyküsü bulunan 12-18 yaş arası ergen kızlarda BKS belirtileri ile KZVD arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, BKS belirtilerinin şiddetinin belirli türde KZVD ile olan bağlantısı, BKS'nin KZVD'nin içsel ve dışsal düzenleyici işlevlerine etkisi, psikiyatri yatış süresinin bu ilişki üzerindeki rolü değerlendirilmiş ve öz bildirim ile ebeveyn raporları arasındaki farklar araştırılmıştır.

Araştırma örneklemi, 30.08.2024-30.11.2024 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı yataklı servisinde tedavi görmüş kız ergenler ve ebeveynlerinden oluşmaktadır. Veri toplama araçları arasında yarı yapılandırılmış tanısal klinik görüşme, sosyodemografik veri formu, Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği (ebeveyn ve öz bildirim), Kendine Zarar Verme Davranışları Değerlendirme Envanteri ve diğer geçerli psikometrik ölçüm araçları yer almaktadır. Araştırmaya yaşları 12 ile 18 arasında değişen (Ortalama: $15,94 \pm 1,35$ yıl) toplam 145 kız hasta dahil edilmiştir. Çalışmada, hastalar arasında en sık görülen kendine zarar verme davranışı kesme olup, bu davranış tüm hastalarda (%100) gözlemlenmiştir. Yavaş Bilişsel Tempo Öz bildirim Ölçeği (YBTÖÖ) toplam puanı ile KZVD'nin kesme ($p<.01$) ve saç koparma ($p<.05$) türleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. KZVD kesme sayısı ile YBTÖÖ toplam puanı ($p<.01$), GGA akran sorunları alt ölçek puanı ($p<.01$) ve GGA toplam güçlük puanı ($p<.05$) arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. YBTÖÖ toplam

puanının KZVDDE kesme sayılarını öngörüp görmediğini belirlemek için yapılan hiyerarşik regresyon analizi, iki aşamada gerçekleştirilmiştir. GGA ergen formu alt ölçek puanları kontrol değişkeni olarak eklenmiş ve model anlamlı bulunmuştur ($F(5,136) = 2.887$, $p = .016$, $\Delta R^2 = .063$); burada KZVDDE kesme sayılarını anlamlı şekilde öngören tek değişken GGA akran sorunları alt ölçek puanı olmuştur ($p = .009$). 2.aşamada YBTÖÖ toplam puanı modele eklenmiş ve modelin anlamlılığı artmıştır ($F(6,135) = 3.161$, $p = .006$, $\Delta R^2 = .084$). Ayrıca, YBTÖÖ toplam puanı KZVD kesme sayılarını anlamlı olarak öngörmüştür ($p = .043$). YBTÖÖ toplam puanı ile KZVD otonom işlevlerden affekt regülasyonu ($p < .1$), özkıyımı önleme ($p < .05$), sıkıntıyı etiketleme ($p < .01$), kendini cezalandırma ($p < .01$), çözülmeyi önleme ($p < .001$), sosyal işlevlerden dayanıklılık ($p < .05$), özerklik ($p < .01$) ve kendiyile ilgilenme ($p < .001$) alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çalışmamız, psikiyatrik yatışı olan ergenlerde Bilişsel Kopma Sendromu (BKS) belirtilerinin Kendine Zarar Verme Davranışları (KZVD) ile anlamlı bir ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur. BKS belirtilerinin erken tespit ve yönetiminin, KZVD'nin ve dolayısıyla intihar riskinin önlenmesinde kritik bir öneme sahip olabileceği düşünülmektedir. İlişkinin yönünü anlamak ve önleyici tedaviler geliştirmek için ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Kendine Zarar Verme Davranışı, Bilişsel Kopma Sendromu, Yavaş Bilişsel Tempo, ergen, psikiyatri yataklı servisi

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN COGNITIVE DISENGAGEMENT SYNDROME SYMPTOM LEVELS AND NON-SUICIDAL SELF-INJURY IN ADOLESCENT GIRLS WITH A HISTORY OF PSYCHIATRIC INPATIENT TREATMENT

Cognitive Disengagement Syndrome (CDS) is an attention-related condition characterized by symptoms such as mental foggy, daydreaming, and slow movement. It is considered a distinct disorder, independent of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) refers to repetitive behaviors where individuals deliberately harm themselves without suicidal intent and is particularly prevalent during adolescence. This study investigates the relationship between CDS symptoms and NSSI in adolescent girls aged 12-18 with a history of psychiatric inpatient treatment. Specifically, the study evaluates the association between the severity of CDS symptoms and specific types of NSSI, the impact of CDS on the internal and external regulatory functions of NSSI, the role of psychiatric hospitalization duration in this relationship, and differences between self-reports and parent reports.

The study sample consists of adolescent girls and their parents who received inpatient treatment at the Child and Adolescent Psychiatry Unit of Goztepe Prof. Dr. Suleyman Yalcin City Hospital between August 30, 2024, and November 30, 2024. Data collection tools included a semi-structured diagnostic clinical interview, a sociodemographic data form, the Sluggish Cognitive Tempo Scale (parent and self-report versions), the Non-Suicidal Self-Injury Assessment Inventory, and other validated psychometric measurement tools. A total of 145 female patients aged between 12 and 18 years (Mean: 15.94 ± 1.35 years) participated in the study. The most common type of non-suicidal self-injury (NSSI) observed among the patients was cutting, which was reported in all participants (100%). A positive and significant relationship was found between the total score of the Sluggish Cognitive Tempo Self-Report Scale (SCT-SR) and cutting ($p < .01$) and hair-pulling behaviors ($p < .05$).

Additionally, the frequency of cutting behaviors was positively associated with the total SCT-SR score ($p < .01$), the peer problems subscale score of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ($p < .01$), and the total difficulties score of the SDQ ($p < .05$).

A hierarchical regression analysis was conducted to determine whether the total SCT-SR score predicted the frequency of cutting behaviors assessed in the NSSI inventory. In the first step, SDQ adolescent form subscale scores were included as control variables, and the model was found to be significant ($F(5,136) = 2.887, p = .016, \Delta R^2 = .063$). Among the predictors, only the peer problems subscale score significantly predicted cutting frequency ($p = .009$). In the second step, the total SCT-SR score was added to the model, which improved the model's significance ($F(6,135) = 3.161, p = .006, \Delta R^2 = .084$). The total SCT-SR score was also found to significantly predict the frequency of cutting behaviors ($p = .043$). Moreover, a positive and significant relationship was observed between the total SCT-SR score and the following subscales of NSSI functions: affect regulation ($p < .1$), preventing suicide ($p < .05$), labeling distress ($p < .01$), self-punishment ($p < .01$), and preventing dissociation ($p < .001$). In terms of social functions, significant positive relationships were found with resilience ($p < .05$), autonomy ($p < .01$), and self-care ($p < .001$).

Our study has demonstrated a significant relationship between Cognitive Disengagement Syndrome (CDS) symptom levels and Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in adolescent girls with a history of psychiatric inpatient treatment. It is suggested that the early detection and management of CDS symptoms could play a critical role in preventing NSSI and, consequently, reducing the risk of suicide. Further research is needed to better understand the direction of this relationship and to develop preventive interventions.

Keywords: Non-Suicidal Self-Injury, Cognitive Disengagement Syndrome, Sluggish Cognitive Tempo, adolescent, psychiatric inpatient unit.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Bilişsel Kopma Sendromu (BKS), öncelikle hayallere dalma, zihinsel bulanıklık, yavaş hareket etme ve harekete geçmede zorluk gibi belirtilerle tanımlanan bir dikkat bozukluğudur (1). BKS, hem bilişsel hem de motor bileşenlere sahiptir; bilişsel belirtiler hayallere dalma, uykulu görünme ve düşük girişkenlik gibi özellikleri içerirken, motor belirtiler yavaşlık ve hareketsizlik şeklinde kendini gösterir (2). BKS başlangıçta Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile ilişkilendirilmişse de, son araştırmalar BKS'nin DEHB'den bağımsız bir bozukluk olduğunu ortaya koymaktadır (3, 4).

Kendine Zarar Verme Davranışları (KZVD), kişinin intihar amacı olmaksızın kasıtlı olarak kendi vücut dokusuna zarar vermesi olarak tanımlanır (5). KZVD özellikle ergenlerde yaygın olarak görülür ve araştırmalar, ergenlerin %13 ila %17'sinin yaşamları boyunca en az bir kez kendine zarar verdiğini göstermektedir (6). Psikiyatri servisine yatırılan ergenler arasında bu oran %50'ye kadar çıkmaktadır (7, 8). KZVD, genellikle 11-15 yaşları arasında başlamakta ve 15-17 yaşlarında zirve yapmaktadır (9, 10).

Literatürde, Bilişsel Kopma Sendromu (BKS) ile Kendine Zarar Verme Düşünceleri ve Davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Becker ve arkadaşları (11), psikiyatri servisine yatırılan çocuklar ve ergenlerde ebeveyn raporlarına göre BKS belirtilerinin, demografik özellikler ve yalnızlık, depresyon, anksiyete gibi diğer psikopatolojilerden bağımsız olarak intihar riski ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Türkiye'de yapılan bir çalışma, DEHB tanısı olan 104 ergen üzerinde BKS ve Kendine Zarar Verme Davranışları (KZVD) arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu çalışmada, KZVD bildiren ergenlerin ebeveynleri tarafından daha yüksek BKS puanları bildirildiği gözlemlenmiştir. Ancak BKS belirtilerinin, KZVD ile anlamlı bir ilişki göstermediği, buna karşılık DEHB belirtilerinin KZVD ile güçlü bir ilişki gösterdiği bulunmuştur (12). Türkiyede yapılan bir başka çalışmada ise, KZVD gösteren ergenlerin %40'ında BKS belirtileri tespit edilmiştir. BKS'nin “yavaşlık” bileşeninin anti-disosiyasyon (uyuşuk hissetmeyi durdurma) ve kendine bakım (duygusal stresi fiziksel yaralanma yoluyla hafifletme) işlevleriyle ilişkili olduğu; hayal kurmanın ise intihara karşı (intihar düşüncelerini durdurma) işlevi ile bağlantılı olduğu saptanmıştır (13).

Literatürde psikiyatri servisine yatışı olan ergen hastalarda BKS belirtileri ile KZVD ilişkisini doğrudan inceleyen bir çalışma bulunmamakla birlikte, şimdiye kadar bu iki kavram arasındaki ilişkileri ele alan sınırlı sayıdaki çalışmada, Bilişsel Kopma Sendromu (BKS) belirtilerinin, Kendine Zarar Verme Davranışları (KZVD) türleri, işlevleri ve hastaneye yatış süresiyle ilişkisi incelenmemiştir.

Literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmayı hedefleyen araştırmamız, psikiyatri servisine yatış öyküsü olan, DSM 5'te önerilen tanı kriterlerine uyan kendine zarar verme davranışları sergileyen geniş bir gruba odaklanmaktadır.

Çalışmamızın temel amacı psikiyatri servisine yatış öyküsü olan kız ergenlerde BKS belirti düzeyleri ile Kendine Zarar Verme Davranışları (KZVD) arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Çalışma BKS belirtilerinin KZVD'nin içsel (duygusal rahatlama) ve dışsal (dikkat çekme) düzenleyici işlevlerine etkisini ortaya koymayı, yatış süresinin bu ilişki üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda çalışmamız, BKS belirtilerinin KZVD üzerindeki rolüne dair yeni bilgiler sunarak, erken tanı ve tedavi yaklaşımlarında BKS'nin dikkate alınması gerektiğine yönelik yeni perspektifler sağlamayı hedeflemektedir.

Hipotezler

Ana Hipotez:

1. Psikiyatri servisine yatış öyküsü olan kız ergenlerde BKS belirtileri ile KZVD arasında ilişki vardır, BKS belirtilerindeki artış KZVD'nin belirli türlerindeki artışla ilişkilidir.

Alt Hipotezler:

1. BKS belirtilerinin şiddeti arttıkça, kendine zarar verme davranışlarının içsel düzenleyici fonksiyonları artar, dışsal düzenleyici fonksiyonları azalır.
2. BKS belirtilerinin şiddeti arttıkça, kız ergenlerde psikiyatri servisine toplam yatış süresi uzar.
3. BKS belirtileri ile KZVD arasındaki ilişki, öz bildirimlerde ebeveyn raporlarına göre daha güçlüdür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİNDE YATAKLI TEDAVİ

2.1.1. Tanım ve tarihçe

Yetişkinlikte görülen ruhsal bozuklukların yaklaşık %75'i, 25 yaşından önce ortaya çıkar ve çoğunlukla 11 ile 18 yaş aralığında kendini göstermeye başlar (14). Ergen yaş grubundaki psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı %13-21 arasında değişmektedir (15) ayrıca, 16 yaşına kadar kızların %31'inde, erkeklerin ise %42'sinde en az bir psikiyatrik bozukluk görüldüğü belirlenmiştir ya da en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı almıştır (16). Psikiyatrik bozukluklar çocuk ve ergenlerin okul, aile ve arkadaş ilişkilerini bozarak işlevselliklerini olumsuz etkileyebilir. Bu hastalıklar; akademik zorluklar, hukuki problemler, sosyal ilişkilerde bozulma, aile içi çatışmalar, yaşam kalitesinin düşmesi ve intihar gibi ciddi sonuçlar doğurabilir. Çocuk ve ergenlerin yaklaşık %20'sinde en az bir psikiyatrik bozukluk görülmektedir (17). Psikiyatrik bozuklukların ayakta tedavi ile kontrol altına alınamadığı ya da tehlikeli olduğu durumlarda, yataklı tedavi önemli bir tedavi seçeneğini oluşturmaktadır.

Çocuk ve ergenlerin yataklı psikiyatri servislerinde izlenmesinin ilk adımları, 1920 ve 1930'lu yıllarda ABD'de ensefalit salgını sonrası ortaya çıkan davranışsal sorunlar nedeniyle atılmıştır (18). O dönemde yataklı tedavinin amacı, daha çok bu kişileri gözetim altında tutmak olup, duygusal ve davranışsal bozuklukların tedavisine yönelik değildi. Çocuk ve ergenlerde psikiyatrik sorunların nadir olduğu düşünülüyordu ve bu yüzden bu alanın gelişimi oldukça yavaş ilerlemiştir (19).

Avrupa ve ABD'de çocuklara yönelik danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaşmasıyla birlikte çocuk psikopatolojilerinin daha iyi tanınması ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi sonucu çocuk psikiyatristleri tedavi süreçlerinde daha etkin rol almaya başlamıştır. 1960 ve 70'li yıllarda Avrupa ve ABD'de çocuk ve ergenlere yönelik yataklı psikiyatri klinikleri açılmış, ancak bu klinikler genellikle yetişkin psikiyatri hastanelerinin bir parçası olarak hizmet vermiştir (20). Bu klinikler ayakta tedavi edilemeyen psikiyatrik bozuklukları olan çocuk ve ergenlere profesyonel ekipler tarafından kapsamlı değerlendirme ve tedavi imkânı sunmuş olsa da, yataklı tedavi gören çocukların ihtiyaçlarına uygun bir ortam yaratmanın

zorlukları ortaya çıkmıştır (21). Başlangıçta yetişkin servislerinde tedavi edilen çocuk ve ergenlerin, yetişkinlerden kaynaklanabilecek istismar veya olumsuz davranışlardan etkilenme riski nedeniyle, bu grubun kendi gelişimlerine uygun ortamlarda tedavi edilmesi gerektiği anlaşılmış ve çocuk ve ergenlere özel psikiyatri servisleri kurulmuştur (22).

Türkiye’de çocuk ve ergenler, uzun bir süre ruhsal hastalıkları nedeniyle erişkin psikiyatri veya pediatri servislerinde takip edilmiştir. İlk olarak Uludağ Üniversitesi’nde, başlangıçta erişkin psikiyatri servisi içerisinde çocuk ve ergenlere yönelik ayrı bir ünite kurulmuş, bu ünite 2004 yılında bağımsız bir klinik haline gelmiştir (23). Takip eden yıllarda, çoğunluğu üniversite hastanelerinde olmak üzere çocuk ve ergen psikiyatri servisleri açılmıştır.

Türkiye’deki çocuk ve ergen psikiyatri servislerine ilişkin bilgiler Tablo 2.1’de sunulmuştur.

Tablo 2.1. Türkiye’deki çocuk ve ergen psikiyatri yataklı servislerinin özellikleri.

Servis	Servis Tipi	İl	Yaş Aralığı	Kapasite	Cinsiyet	Refakatçi Durumu
SBÜ Bakırköy RSSH EAH	Kapalı	İstanbul	12-18	28	Karışık	Yok
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi	Yarı-açık	İstanbul	11-18	10	Kız	Yok
YBÜ Yenimahalle	Kapalı	Ankara	6-18	10	Karışık	Var
Bilkent Şehir Hastanesi	Kapalı	Ankara	12-18	14	Karışık	Var
Dokuz Eylül ÜTF	Yarı-açık ve gündüz kliniği	İzmir	0-18	9 yatılı 5 gündüz hastası	Karışık	Yok
Ege ÜTF	Yarı-açık	İzmir	0-18	7	Karışık	Var
İzmir Şehir Hastanesi	Kapalı Yarı-açık	İzmir	12-18	5 kapalı 9 yarı açık	Karışık	Var
Kocaeli ÜTF	Gündüz kliniği	Kocaeli	6-18	12	Karışık	Yok
Uludağ ÜTF	Yarı-açık	Bursa	0-18	12	Karışık	Var
Pamukkale ÜTF	Yarı-açık	Denizli	0-18	7	Karışık	Var
Harran ÜTF	Yarı-açık	Şanlıurfa	0-18	4	Karışık	Var
SBÜ Trabzon EAH	Yarı-açık	Trabzon	12-18	5	Erkek	Yok
Bolu Abant İzzet Baysal EAH	Yarı-açık	Bolu	12-18	10	Karışık	Yok
Gaziantep Üniversitesi	Yarı-açık	Gaziantep	0-18	12	Karışık	Var

Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve hastalıkları Yataklı Servisi, 18 yaş altındaki kız çocuk ve ergenlere yönelik psikiyatrik tedavi sağlayan, 10 yatak kapasiteli birimdir. İstanbul Anadolu yakasında çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında yataklı tedavi hizmeti sunan tek tesis olma özelliğine sahiptir. Servisimize, istisnai durumlar haricinde refakatçi kabul edilmemektedir. İleri düzey güvenlik gerektiren madde bağımlılığı, ciddi yıkıcı davranış bozuklukları veya başkalarına zarar verme riski olan hastaları kabul etmemektedir. Tedavi sürecinde farmakoterapi ve davranışsal modeller temel alınarak çok disiplinli bir yaklaşım benimsenmektedir. Ayrıca, akran grupları ve akran ilişkilerine dayalı terapötik bir ortam sağlanarak tedavi hizmetleri sunulmaktadır. Tedavi ekibi çocuk ve ergen psikiyatri hekimleri, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, aile terapistleri ve hemşirelerden oluşmaktadır. İlaç tedavisinin yanı sıra, her hastaya tanısına uygun olarak beceri eğitimi, bilişsel davranışçı terapi uygulanmaktadır. Hastalar yatış süreleri boyunca uğraş terapisi, el sanatları, müzik ve spor gibi etkinliklere de katılma imkânı bulmaktadır. Bu etkinlikler, tedavi sürecini destekleyici ve rehabilitasyon sürecine katkıda bulunucu bir rol oynamaktadır.

2.1.2. Yataklı tedavi endikasyonları

Bazı psikiyatrik rahatsızlıklara sahip olan çocuklar, hastanede yatarak tedavi görmeye ihtiyaç duyabilir. Her ne kadar yataklı tedavi, gençlerin psikiyatrik rahatsızlıklarının yönetiminde etkili bir yöntem olsa da (24), bu süreç, aileden uzak kalmanın getirdiği duygusal zorluklar, olumsuz davranışlara maruz kalma ya da bu davranışları gözlemlene gibi riskleri de beraberinde getirir. Ayrıca, bu ortamda yaşanabilecek olumsuz etkiler, çocuğun gerilemesine veya damgalanma gibi toplumsal baskılarla karşı karşıya kalmasına yol açabilir. Bu nedenle, yatış kararı alınırken çok dikkatli olunmalı ve yataklı tedavi yalnızca kaçınılmaz olduğunda tercih edilmelidir (25).

Yatarak tedavi gerektiren başlıca durumlar şunlardır (25):

1. Çocuğun kendine zarar verme veya intihar girişiminde bulunma riski,
2. Şiddet içeren davranışlar veya başkalarına zarar verme tehlikesi,
3. Yeme bozukluklarına bağlı ciddi tıbbi komplikasyonlar,
4. Ayaktan tedaviye uyumsuzluk veya yanıtızlık
5. Tanısı zor veya karmaşık vakalarda ayrıntılı değerlendirme gereksinimi,
6. Çocuğun ailesinden ayrı bir şekilde gözlemlenmesi veya tedavi edilmesi gereken durumlar.

7. Klorzapin gibi belirli ilaçların başlanması ya da özel tıbbi müdahaleler için yakın gözlem gerektiren vakalar,
8. Çokbranşlı (multidisipliner) yaklaşım gerektiren karmaşık vakalar.

Hastaneye yatış öncesinde kapsamlı bir değerlendirme yapılmalı, çocuğun mevcut ruhsal durumu, yaşadığı sorunların günlük yaşama etkisi, işlevsellik kaybının derecesi ve tedaviye olan motivasyonu dikkatlice değerlendirilmelidir. Bunun yanında, sadece çocuğun değil, ailenin ve çevresel faktörlerin de incelenmesi gerekir. Ebeveynlerin tutumları, çocuklarına sağladıkları destek, empati kurma yetenekleri ve tedavi sürecine katılımları, karar aşamasında göz önünde bulundurulmalıdır.

Çocuk ve ergen psikiyatri servislerine yatışlar genellikle iki şekilde gerçekleşir: acil ve planlı yatışlar. Ciddi intihar riski, kendine veya başkasına zarar verme olasılığı, akut psikoz belirtileri ya da yeme bozukluklarına bağlı komplikasyonlar acil yatış gerektiren durumlardır (25).

2.2. BİLİŞSEL KOPMA SENDROMU

2.2.1. Tanım ve tarihçe

Bilişsel Kopma Sendromu (BKS), daha önce Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) olarak adlandırılan, hayallere dalma, kafası karışmış görünme, kişinin kendi düşüncelerinde kaybolması ve hareketlerde ya da sorulara cevap vermede belirgin yavaşlık gibi belirtilerle tanımlanan bir dikkat bozukluğudur (1).

BKS'nin motor ve bilişsel bileşenleri bulunmaktadır. Bilişsel belirtiler; hayallere dalma, uykulu görünme, şaşkınlık, düşük girişkenlik gibi özellikler taşıırken, motor belirtiler ise hareket azlığı ve yavaşlığı ile kendini gösterir (2). BKS başlangıçta, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun (DEHB) dikkatsizlik alt tipi olarak değerlendirilmiş olsa da, son araştırmalar BKS'nin ayrı bir bozukluk olduğunu öne sürmektedir (3, 4).

BKS, DEHB ile sıklıkla bir arada görülebilmesine rağmen, bağımsız bir bozukluk olarak içsel ve dışsal geçerliliğe sahip olduğu çeşitli çalışmalarla desteklenmektedir (1, 26, 27).

1798'de Alexander Crichton, kitabında iki ayrı dikkat bozukluğu tanımlamıştır. Bunlardan biri, düşük enerji seviyeleri, gündüz düşleri ve çevreye karşı kayıtsızlık ile kendini gösterirken, diğeri dış uyaranlara karşı aşırı duyarlılık ve dikkat dağınıklığı ile karakterizedir. İlk tanım BKS'ye, ikinci tanım ise daha çok DEHB'ye uymaktadır (28). DSM-III ile 1980'de yapılan değişiklikler, dikkat eksikliği bozukluğunu hiperaktiviteli ve

hiperaktivitesiz olarak ikiye ayırmıştır. Bu ayırım, dikkatsizlik ve hiperaktivite belirtilerini daha net bir şekilde tanımlamak amacı taşımaktadır (29). 1985'teki bir çalışmada, hiperaktivitesiz dikkat eksikliği bozukluğu grubunda görülen belirtilerin BKS ile örtüştüğü, bu grubun kaygı, akademik zorluklar ve çekingenlik gibi sorunlarla daha ilişkili olduğu ifade edilmiştir. DSM-IV'te ise, DEHB'nin kriterlerini karşılamayan ama BKS ve DEHB'nin hipoaktivite, yavaşlık ve hayallere dalma belirtilerini içeren bir tanım (DEHB-NOS) kullanılmıştır. DSM-5'te BKS'nin DEHB altında belirtilmemesi, ayrı bir bozukluk olarak değerlendirilmesini desteklemektedir (30).

Neeper ve Lahey'in geniş bir okul örnekleminde yaptığı bir çalışmada, dikkatsizlik ve düşük hiperaktiviteyi içeren grupta, uyuşukluk, kendi dünyasında olma ve ilgisizlik gibi belirtilerden oluşan "yavaş tempo" faktörü tespit edilmiştir (31). DEHB'nin klinik görünümüne yönelik bir incelemede, yapılan küme ve faktör analizleri, dikkatsizlik ve hiperaktiviteden/dürtüsellikten farklı bir faktör olarak "yavaş bilişsel tempo" tanımlanmıştır (4). Ayrıca, BKS ile anksiyete, depresyon ve gündüz uykululuğu arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, doğrulayıcı faktör analizleri BKS'nin bu yapılardan bağımsız olduğunu göstermiştir (32).

Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) terimi, bu terim "tembellik" veya "düşük zeka" gibi olumsuz anlamlar çağrıştırabileceği ve olumsuz bir stigma yaratabileceği düşüncesi ile "Cognitive Disengagement Syndrome" (Bilişsel Kopma Sendromu) olarak değiştirmiştir (33).

2.2.2. Epidemiyoloji ve etiyoloji

İspanya'da 7-10 yaş arası çocuklarla yapılan bir araştırmada, Child Behavior Checklist ölçeğinin BKS 'ye yönelik soruları kullanılarak yapılan taramada prevalansı %11 olarak bulunmuştur (34). Yaş ve cinsiyet açısından kesin bir sonuç bulunmasa da YBT semptomlarının şiddeti ile yaşın artışı ve kadın cinsiyet arasında bir ilişki olduğu öne sürülmektedir. Bu durum, BKS'nin geç teşhis edilmesi ile açıklanabilir. Ayrıca, bazı araştırmalar, yaş ilerledikçe BKS belirtilerinin de arttığını göstermektedir. Bir metaanaliz ise, BKS'nin düşük ebeveyn eğitimi, psikososyal stres, düşük gelir düzeyi ve ebeveynde psikopatoloji varlığı ile ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur (1, 27, 35).

Çalışmalar, Akut Lenfoblastik Lösemi, prenatal alkol ve sigara maruziyeti ile BKS gelişimi arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir (34, 36, 37).

Türkiye’deki araştırmalar, BKS’nin bilişsel esneklik kaybı ve dikkat yönlendirme sorunlarıyla ilişkili olduğunu, bu durumun yürütücü işlevlerden ziyade sürekli uyanıklık ve çevresel farkındalık sorunlarıyla bağlantılı olabileceğini göstermektedir (38).

Nörogörüntüleme çalışmalarında, BKS skorları yüksek olan bireylerde superiorparietal lobda hipoaktivasyon görölmüş ve bunun dikkat yönetimi ile ilgili olabileceği düşünölmüştür. DEHB’deki değişiklikler genellikle fronto-parietal ağlarda gözlenirken, BKS sorunlarının daha çok posterior dikkat ağlarında yoğunlaştığı belirtilmiştir. Ayrıca, BKS skorları yüksek bireylerde frontal lob hacminde artış olduğu, ancak beyaz cevher ile bağlantılı olmadığı saptanmıştır (34, 39).

Genetik çalışmalarda, BKS’nin kalıtlılabirlik oranının DEHB’ye kıyasla daha düşük olduğu ve Türkiye’de yapılan bir araştırmada, DRD4 geninin 7R allel frekansının BKS’li çocuklarda, DEHB’li çocuklara göre anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur (40, 41).

2.2.3. Tanı ve belirtiler

BKS için tanı sistemlerinde henüz net tanı kriterleri bulunmamaktadır (1). Ancak, DEHB’nin klinik heterojenliğini daha iyi anlamak ve kategorize etmek amacıyla çeşitli araştırmalar yürütölmektedir (4, 42). BKS’nin belirtileri arasında hayal kurma, yavaş hareket etme, düşöncelerin dağınık olması ve kafa karışıklığı gibi semptomlar yer alır (3, 30, 43). 2016 yılında yapılan bir meta-analizde, BKS’nin 13 özgül semptomunun yalnızca BKS ile ilişkili olduğu ve DEHB ile bağlantılı olmadığı bulunmuştur (1). Bu belirtiler şunlardır:

1. Hayallere dalma
2. Uyanık kalmakta zorlanma
3. Zihinsel bulanıklık ve şaşkın görönmeye
4. Uzun süre boş gözlerle bakma
5. Düşöncelerin dağınık olması
6. Uyuşukluk hissi
7. Daha az hareket etme
8. Yavaş ve durgun hareket etme
9. Sorulara doğru veya hızlı cevap verememe
10. Uykulu görönmeye
11. İlgisiz veya çekingen görönmeye
12. Kendi düşöncelerine dalma
13. Görevleri tamamlamada yavaşlık
14. Düşök motivasyon ve girişkenlik göstermeme

Faktör analizleri sonucunda, “Görevleri tamamlamada yavaşlık” ve “Düşük girişimcilik” maddelerinin daha çok DEHB’nin dikkatsizlik belirtileriyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir (27). Araştırmalar, BKS’nin iki boyutunun olduğunu göstermektedir: Hayallere dalma /dalgınlık ve yavaşlık/uykulu görünüm (27, 44, 45). Bu boyutların farklı işlevsellik alanlarında bozulmalarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (46).

2.2.4. Psikiyatrik komorbiditeler

1800 çocuk ve ergen üzerinde yapılan bir çalışmada, BKS tanısı alanların %59’unun DEHB tanısı aldığı, DEHB tanısı alanların ise %39’unun BKS tanısı aldığı rapor edilmiştir (27). Erken çocukluktaki DEHB dikkatsizlik ve BKS belirtilerinin ergenlik döneminde sosyal içe çekilme, depresyon ve kaygıyı öngördüğü bulunmuştur. Bu iki bozukluk, sosyal zorluklara farklı yollarla yol açmaktadır (47).

BKS’nin, kaygı bozuklukları ve depresyon gibi içselleştirme sorunları ile güçlü bir ilişkisi olduğu, bu ilişkinin DEHB dikkatsizlik belirtileri kontrol edildikten sonra da devam ettiği görülmüştür (48). BKS’nin yavaşlık boyutunun, motivasyon eksikliği ve etkinliklere ilgisizlik gibi faktörlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir (46). Ayrıca, BKS’nin intihar düşünceleriyle bağlantılı olduğu ve bu ilişkinin depresyon gibi diğer bozukluklar kontrol edildiğinde bile devam ettiği bulunmuştur. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, BKS’nin intihar davranışlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (11, 49). DEHB tanısı olan ergenlerle yapılan başka bir çalışmada ise yüksek BKS belirtileri ve ebeveyn-çocuk çatışmasının depresyon belirtileri ile ilişkili olduğu ve BKS belirtilerinin depresyonu önlemede önemli olabileceği vurgulanmıştır (50).

BKS’nin ayrıca akademik performans ve kaygı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (51). BKS, DEHB’nin hiperaktivite ve dışsallaştırma sorunları ile ilişkili olmayabilir ya da ters bir ilişki gösterebilir. Ancak, BKS belirtileri kontrol edildiğinde DEHB’nin dikkatsizlik belirtilerinin hiperaktivite ve dışsallaştırma sorunları ile ilişkili olduğu görülmektedir (52-57).

Barkley’e göre BKS, depresyonla daha yüksek komorbidite göstermektedir. DEHB ve BKS birlikte olduğunda ise birbirlerinin olumsuz etkilerini artırmaktadır Yüksek BKS belirtilerine sahip çocuklarda depresyon, kaygı ve obsesif belirtilerin daha sık görüldüğü saptanmıştır (58). DEHB ve BKS birlikteliği, depresyon ve kaygı gelişme riskini artırabilir (58, 59). Ayrıca, BKS’nin DEHB’li çocuklarda karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) belirtilerini azaltabileceği ve BKS’nin bu çocuklarda koruyucu bir faktör olabileceği düşünülmektedir (44, 58, 60-63).

2.3. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI

2.3.1. Tanım

Kendine Zarar Verme Davranışı (KZVD), intihar niyeti olmaksızın, sosyal olarak onaylanmayan nedenlerle kişinin vücut dokusuna kasıtlı ve tekrarlayıcı şekilde zarar vermesini ifade eder (5). Kendine zarar verme davranışı, birçok araştırmacı tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Farberow, kişinin kendine ciddi şekilde zarar vermesi veya vücudunun belirli bölgelerine hasar vermesi olarak açıklamıştır (64). Walsh ve Rosen, bu davranışı genellikle ölümcül olmayan, kasıtlı olarak yapılan ve toplumsal olarak kabul görmeyen bir eylem olarak tanımlamıştır (65). Favazza, tekrarlayan ve yaşamı tehdit etmeyen, kişinin olumsuz durumlarla başa çıkma çabası sonucu kendini rahatlatmak amacıyla yaptığı bir davranış olarak değerlendirmiştir (66, 67). Ghaziuddin ve arkadaşları ise bu davranışı, bilinçli bir ölüm isteği olmadan vücuda zarar verme eylemi olarak açıklamıştır (68). LeBlanch, kendine zarar vermeyi uyumsuzluk ve hoşnutsuzluğun bir yansıması olarak tanımlamıştır (69). Literatürde “kendini yaralama” (self-injury), “kendini kesme” (self-mutilation), “kendine zarar verme” (self-harm) ve “kasıtlı olarak kendine zarar verme” (deliberate self-harm) gibi terimler sıkça kullanılır. “Deliberate self-harm” terimi, intihar davranışını da kapsayan daha geniş bir sınıflandırmayı ifade eder. Terminolojide birlik sağlamak amacıyla, Uluslararası Kendine Zarar Verme Davranışı Çalışma Topluluğu (ISSI) ve Avrupa Çocuk ve Ergen Kendini Yaralama Çalışma Grubu (CASE) önemli çalışmalar yürütmektedir. 2006 yılında ISSI, kendine zarar verme davranışını “ölüm niyeti veya sosyal yaptırım amacı olmaksızın, kişinin kendi iradesiyle vücut dokularında oluşturduğu hasar” olarak tanımlamış ve intihar dışı kendini yaralama (non-suicidal self-injury, NSSI) teriminin kullanılmasını önermiştir (70). Bu çalışmada ISSI tarafından önerilen “NSSI” terimi karşılığında “Kendine Zarar Verme Davranışı (KZVD)” kullanılacaktır. KZVD arasında en sık rastlanan yöntemler cildi kesme, kazıma, sivri cisim batırma, tırmalama ve kendine vurmaktır (71). Yanlışlıkla veya dolaylı olarak gerçekleşen kendine zarar verme davranışları ile dövme ve piercing gibi uygulamalar KZVD tanımına dahil edilmemektedir (10). Antik çağlarda, KZVD kültürel veya dini ritüellerin bir parçası olarak da karşımıza çıkmaktadır (72). Kendine zarar vermeye dair ilk bilimsel veriler, 1846 yılında Almanca yayımlanan bir makalede yer almıştır (73). 1930’lu yıllarda bu davranış psikotik hastalarda gözlemlenmiş, suçluluk hissi yaşayan bir hastanın kendi gözlerini çıkarması vakası kaydedilmiştir (67, 74).

2.3.2. Tanı

KZVD psikiyatrik tanı sınıflandırmalarında başlangıçta farklı tanı kategorilerinin bir belirtisi olarak değerlendirilmiştir. İlk kez, 1980 yılında yayımlanan DSM-III'te KZVD, borderline kişilik bozukluğunun bir belirtisi olarak sınıflandırılmıştır. DSM-IV'te ise, KZVD duygudurum bozuklukları, sınır kişilik bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. DSM-IV'e benzer şekilde, ICD-10'da da KZVD bağımsız bir tanı olarak yer almamış, bunun yerine X78 kodu ile "keskin bir nesneyle kasıtlı olarak kendine zarar verme" şeklinde tanımlanmıştır. DSM-5'te ise Z91.5 koduyla, KZVD bağımsız bir tanı kategorisi olarak "klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar" başlığı altında değerlendirilmiştir (8, 75-80). Önerilen tanı kriterlerinin A maddesinde; son bir yıl içinde 5 veya daha fazla gün yaralamanın hafif veya orta derecede fiziksel zarara yol açacağı beklentisiyle (intihar niyeti olmadan), vücudunun yüzeyine kanama, morarma veya ağrı oluşturan (örn. kesme, yakma, saplama, vurma, aşırı sürtme) tasarlanmış kendi kendine zarar verme ile meşgul olma bulunur. İntihar amacının yokluğu, kişi tarafından ifade edilmiştir veya kişinin tekrarlayan uğraşısından ölümle sonuçlanmayacağını bildiği ya da öğrendiği sonucuna varılabilir. B maddesinde birey; bir olumsuz duygu veya bilişsel durumdan kurtulmak, bir kişilerarası güçlüğü çözmek veya bir olumlu duygu halini tetiklemek için kendine zarar verme davranışıyla meşguldür. İstenilen rahatlama veya cevap, kendine zarar verme sırasında veya hemen sonrasında deneyimlenir ve kişi tekrar tekrar bu davranışa bağımlı olduğu izlenimi bırakan şekiller gösterebilir. C maddesinde tasarlanmış kendine zarar verme ; kendine zarar verme eyleminin hemen öncesindeki zaman diliminde yaşanan kişilerarası güçlükler veya depresyon, kaygı, gerginlik, kızgınlık, yaygın sıkıntı ya da kendini yargılama gibi olumsuz duygular veya düşünceler; eylemde bulunma öncesinde, planlanan davranış ile ilgili kontrol etmesi zor olan bir zihinsel uğraşı dönemi; bu düşünceye göre hareket edilmediği zamanlarda bile sık sık kendine zarar verme hakkında düşünme ile birliktedir. D maddesinde davranış sosyal olarak onaylanmamıştır (örn. piercing, dövme, dinsel veya kültürel ritüellerin bir parçası) ve yara kabuğu yolma veya tırnak yeme ile sınırlı değildir. E maddesinde davranış veya sonuçları, klinik olarak anlamlı sıkıntıya sebep olur veya kişilerarası, akademik ya da diğer önemli işlevsellik alanlarına etki eder. F maddesinde davranış, sadece psikotik ataklar, deliryum, madde esrikliği veya madde yoksunluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır. Nörogelişimsel bir hastalığı olan bireylerde, bu davranış tekrarlayan stereotipilerin bir parçası değildir. Bu davranış, başka bir akıl hastalığı veya tıbbi bir durumla daha iyi açıklanamaz (örn. psikotik bozukluk, otizm spektrum bozuklukları, zihinsel yetersizlik, Lesch-Nyhan sendromu, kendine zarar verme ile giden stereotipik

hareket bozukluğu, trikotilomani [saç yolma hastalığı], ekskoriyasyon [deri yolma] hastalığı).

2.3.3. Epidemiyoloji

KZVD hem klinik hem de klinik dışı popülasyonlarda yaygın olarak araştırılmıştır. Güncel veriler, gençlerin %13 ila %17'sinin yaşamları boyunca kendine zarar verdiğini göstermektedir (6). Diğer çalışmalar, hastaneye yatan ergenlerin neredeyse %61'nin KZVD sergilediğini bulmuştur (7, 8). KZVD'nin başlangıç yaşını inceleyen bazı çalışmalar, bu davranışın 11 ila 15 yaşları arasında başladığını bildirmiştir (10). Diğer araştırmalar ise KZVD'nin 15-17 yaşları arasındaki ergenlik döneminde zirveye ulaştığını ve erken yetişkinlik döneminde giderek azaldığını göstermektedir (9). Meta-analizlerden elde edilen bulgular, genç ergenler arasında KZVD sıklığının arttığını, orta ergenlikte sabit kaldığını ve daha büyük ergenlerde azaldığını göstermektedir (81).

Türkiye'de 2012 yılında lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, ergenlerin %18,9'unun yaşamları boyunca en az bir kez kendine zarar verdiği tespit edilmiştir (82). Diğer bir çalışmada, lise öğrencilerinde KZVD oranı %21,4 olarak belirlenmişti (83). Üniversite öğrencileri arasında yapılan bir başka çalışmada ise KZVD prevalansı %15,4 olarak rapor edilmiştir (84). KZVD öyküsü olan bireylerin %55 ila %85'inde intihar davranışı gözlenmiş, KZVD'nin daha sık yaşanmasının intihar girişimi riskini artırdığı bulunmuştur (85). KZVD her zaman bir psikiyatrik bozuklukla ilişkili olmayıp, psikopatoloji olmaksızın da ortaya çıkabilir (86-88). Geç ergenlik döneminde KZVD azalmasına rağmen, uzun vadede ciddi olumsuz etkiler yaratabilmektedir ve bu nedenle önemini korumaktadır (89).

2.3.4. Etiyoloji

Kendine zarar verme ve intihar davranışları, bireyin kendi bedenine bilinçli olarak zarar verme niteliğini paylaşıp da temel fark ölüm isteğinin varlığıdır. Kendine zarar verme davranışında birey, kendini öldürmeyi amaçlamazken, intihar davranışı bu amaç doğrultusunda gerçekleşir. Bu fark nedeniyle, KZVD'nin etiyolojisi üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Kendini öldürme niyeti olmayan bireylerin bu davranışı neden sergilediği ve bu davranışın hangi işlevlere hizmet ettiği üzerine çeşitli teoriler geliştirilmiştir. Duygu düzenleme ve kişilerarası modeller bu teoriler arasında öne çıkmaktadır (90).

Psikodinamik Model: Psikanalitik kurama dayanan bu model, KZVD'nin en eski açıklamalarından biridir. Bu modele göre, birey yaşam, ölüm, saldırganlık ve cinsel dürtüler arasında çatışma yaşar. Menninger, kendine zarar verme davranışında yaşam dürtüsünün

ölüm dürtüsüne üstün geldiğini ifade etmiştir (91, 92). Kendine zarar verme, bireyin kendine yönelik saldırgan dürtülerini dışa vurması olarak yorumlanır. Ross ve Nock'un çalışmaları, ergenlerin %50'sinin olumsuz duygular nedeniyle kendilerini cezalandırdığını göstermiştir (93-98). Nesne ilişkileri kuramına göre KZVD, bireyin kendisi ve başkaları arasında sınır oluşturarak kimlik geliştirmesine yardımcı olur (67, 72, 99, 100).

Duygu Düzenleme Modeli: KZVD'nin en yaygın kabul gören açıklamalarından biri, bireyin duygularını düzenleyemediği için kendine zarar vermeyi bir düzenleme aracı olarak kullanmasıdır. Bu model, Marsha Linehan'ın borderline kişilik bozukluğu için geliştirdiği biyopsikososyal modelle benzerlik gösterir. KZVD'nin duygu düzenleme işlevi, birçok ampirik çalışma ile desteklenmiştir (97, 98, 101-104). Bireyler duygusal dengesizlikler yaşar ve bu nedenle KZVD ile geçici bir rahatlama sağlarlar (105).

Kişilerarası Model: Favazza (1989), KZVD'yi bireyin başkalarından yardım istemek veya ilgi çekmek amacıyla kullandığını öne sürmüştür. Bu davranış, bireyin çevresindekileri etkileme veya başkalarının davranışlarını değiştirme işlevi taşır. Birey, çevresinden aldığı ilgiyle rahatlama hisseder ve tekrar KZVD'ye başvurur (66, 106).

Dört İşlev Modeli: 2009 yılında yapılan araştırmalar, KZVD'nin kişilerarası ve kişisel olmak üzere iki ana faktöre dayandığını göstermektedir. Kişilerarası faktörler, bireyin sosyal ilişkileriyle ilgilidir. Kişisel faktörler ise duygu düzenleme, dissosiyasyon ve kendini cezalandırma gibi içsel nedenlerle ilgilidir (107). Nock (2010), bu iki faktörü "dört işlev modeli" ile açıklamış ve KZVD'nin pozitif ve negatif pekiştiricilerle tetiklendiğini belirtmiştir (108, 109).

Biyolojik Model: KZVD'nin biyolojik temellerine ilişkin araştırmalar, stresli durumlar karşısında hipotalamik-hipofizer-adrenokortikal (HPA) ekseninin duyarlılığının düşük olduğunu ve bu bireylerde kortizol seviyelerinin düşük olduğunu göstermiştir (110). Ayrıca, serotonin taşıyıcı geninin belirli alellerine sahip olan bireylerin KZVD'ye daha yatkın olduğu belirtilmiştir (111). Ağrı algısı üzerine yapılan çalışmalar, KZVD sonrası bireylerin yoğun rahatlama hissettiğini ve bunun beyin kimyasında değişimlere yol açabileceğini öne sürmektedir (112-115).

Faydalar ve Engeller Modeli: Hooley ve Franklin (2018) tarafından geliştirilen bu model, KZVD'yi tetikleyen ve engelleyen faktörleri açıklar. Eğer KZVD birey için bir işlev taşıyorsa, bu davranış birey tarafından faydalı olarak algılanır. Örneğin, duygusal düzenleme veya sosyal mesajlar iletme gibi işlevler üstlenebilir (116). Aynı zamanda, KZVD'yi önleyen farkındalık, olumlu benlik algısı ve sosyal normlar gibi engelleyici faktörler de bulunmaktadır (77).

Geleneksel modellerin yanında, KZVD'ye dair farklı yaklaşımlar da bulunmaktadır. İlk olarak, KZVD'nin duygusal yararının, davranışın başlangıcında sınırlı bir etkisi olmasına rağmen, devam etmesinde büyük bir rol oynadığı savunulmuştur. İkinci olarak, her bireyin KZVD'den belirli bir fayda sağlayabileceği öne sürülmüştür. Üçüncü yaklaşım, KZVD'nin ortaya çıkışında engellerin ortadan kaldırılmasının faydalardan daha belirleyici olduğunu vurgulamaktadır. Son olarak, tedavide başarılı olmak için bu engellerin güçlendirilmesinin önemli bir hedef olduğu belirtilmiştir (77).

2.3.5. Kendine zarar verme davranışının işlevleri

KZVD'nin işlevlerini açıklamak amacıyla geliştirilen dört faktörlü model, bu davranışın olumlu ve olumsuz kişisel (otomatik) ve sosyal (kişilerarası) pekiştireçlerle nasıl desteklendiğini ele alır (97). Otomatik olumsuz pekiştirme, kişinin kendine zarar vererek öfke gibi olumsuz duygularını hafifletmesini sağlar. Otomatik olumlu pekiştirme, bireyin "canlı hissetme" gibi pozitif bir deneyim yaşamasına olanak tanır. Sosyal olumlu pekiştirme, KZVD'nin dikkat çekme gibi sosyal etkileşimleri artırmaya yardımcı olurken, sosyal olumsuz pekiştirme kişinin istenmeyen sosyal durumlardan, örneğin tartışmalardan ya da katılmak istemediği etkinliklerden kaçınmasını sağlar. Çeşitli araştırmalar, KZVD'nin en yaygın işlevinin otomatik olumsuz pekiştirme olduğunu bulmuştur (116-118). Yapılan sistematik bir derleme, fiziksel acı ile olumsuz duyguların hafiflemesi arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir (119). KZVD yöntemleri bireyler arasında önemli ölçüde farklılık gösterebilir. En sık bildirilen yöntemler arasında kendini kesme, vurma, tırmalama ve yakma yer almaktadır (120). Çeşitli çalışmalarda, duygusal düzenleme, kendini cezalandırma ve sıkıntıyı ifade etme, bu davranışların arkasında yatan en yaygın nedenler olarak tanımlanmıştır (106, 121). Kendine zarar verme davranışının nedenleri, duygusal uyarılma üzerindeki etkilerini anlamaya çalışan ampirik araştırmalarda büyük ilgi görmüştür. Bu davranışları sergileyen bireylerin duygusal düzenleme konusunda zorluk yaşadığı düşünülmektedir. Bu nedenle, duygusal düzenleme, KZVD'nin temel işlevlerinden biri olarak tanımlanmıştır (7, 9, 10, 106, 120, 121). Duygusal düzenleme, duygusal farkındalık, anlama ve kabul, duygusal sıkıntılara karşı dürtüsel davranışları engelleme ve olumsuz duyguları tetikleyebilecek durumlardan kaçınma yetilerini içeren karmaşık bir yapıdır (81). KZVD'nin, sıklıkla olumsuz duygu algısını azaltmak amacıyla yapıldığı için, çalışmalar bunun duyguları düzenlemek için yaygın bir strateji olduğunu öne sürmektedir (70).

2.3.6. Risk faktörleri

2.3.6.1. Sosyodemografik etkenler

Ergenlik dönemi, beyin gelişiminin bir parçası olarak dürtüsellik ve duygusal tepkiselliğin arttığı bir süreçtir; bu nedenle KZVD'nin bu dönemde sıkça görülmesi şaşırtıcı değildir. Orta ergenlik döneminde (13-14 yaş) KZVD sıklığında artış gözlenirken, yaş ilerledikçe bu davranışın azaldığı bildirilmiştir (122-125). Cinsiyet açısından, kızlarda KZVD'nin erkeklere göre daha sık görüldüğü belirtilmiştir, özellikle klinik örneklemede bu fark daha belirgindir. Ancak yaş ilerledikçe cinsiyet farkının azaldığı gözlemlenmiştir (102, 126-130).

2.3.6.2. Psikososyal etkenler

Akran zorbalığı, ergenlik döneminde anksiyete ve depresyon gibi birçok psikopatolojiye yol açabilir ve KZVD için önemli bir risk faktörüdür. Erken ergenlikte zorbalığa maruz kalmanın ilerleyen yıllarda KZVD riskini artırdığı gösterilmiştir (131-134). Sosyal bulaşma ve medya etkisi de KZVD'nin gençler arasında normalleşmesine neden olabilir. Sosyal medyada bu davranışa dair içeriklerin yaygınlığı, gençlerin bu davranışları model almalarına yol açabilir (135, 136). Cinsiyet hoşnutsuzluğu ve heteroseksüel bireylerde KZVD sıklığının daha fazla olduğu bilinmektedir. Toronto, Amsterdam ve Londra'da yapılan bir çalışmada, cinsiyet hoşnutsuzluğu nedeniyle başvuran ergenlerde KZVD oranlarının %26,9 ila %33,3 arasında olduğu tespit edilmiştir (137-139). Ergenlerin KZVD davranışı göstermesinde aile içi sorunlar da önemli bir etkidir. Linehan'ın biyopsikososyal modeline göre, çocukluk döneminde duygusal deneyimlerin aile tarafından göz ardı edilmesi, uygun duygusal düzenleme becerilerinin gelişmesini engelleyebilir ve bu da KZVD riskini artırır. Evlilik sorunları, aile içi şiddet ve tartışmaların yaygın olduğu ailelerde KZVD riski daha yüksektir (140, 141). Ayrıca, ailede kendine zarar verme öyküsünün bulunması, ergenlerde KZVD riskini önemli ölçüde artırmaktadır. İngiltere ve Avustralya'da yapılan çalışmalarda, ailede KZVD öyküsü olan ergenlerin riskinin 2,4 ila 9 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (142-145). Fiziksel, duygusal ve cinsel istismar veya ihmal gibi çocukluk çağı travmaları, KZVD için önemli bir risk faktörüdür. Ülkemizde yapılan bir araştırmada, kendine zarar veren bireylerin %59'unun çocuklukta bu tür travmatik deneyimlerden en az birini yaşadığı bulunmuştur (83, 146, 147).

2.3.6.3. Nörobiyolojik etkenler

Son yıllarda KZVD üzerine yapılan nörobiyolojik araştırmalar artmaktadır. KZVD'nin genellikle stresle başa çıkma aracı olarak kullanıldığı göz önüne alındığında, nörobiyolojik belirteçler bu bağlamda incelenmiştir. Bir çalışmada, KZVD sergileyen ergenlerin fiziksel ağrıya karşı güçlü kortizol yanıtı verdikleri, ancak sosyal stres karşısında yeterli kortizol yanıtı vermedikleri bulunmuştur. Bu bulgu, hipotalamik-hipofizer-adrenokortikal (HPA) sisteminin bu bireylerde düşük duyarlılığa sahip olduğunu düşündürmektedir. Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmaları, KZVD sergileyen ergenlerin sosyal dışlanma sırasında medial ve ventrolateral prefrontal korteks bölgelerinde farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu durum, KZVD sergileyen ergenlerin sosyal dışlanmaya daha duyarlı olduklarını düşündürmektedir. Ayrıca, limbik sistemde emosyonel uyarıların işlenmesinde de sağlıklı bireylerden farklılıklar tespit edilmiştir. Bu bulgular, olumsuz uyarıların nöronal işlenmesinde anormallikler olduğunu göstermektedir (110, 148, 149)

2.3.7. Eşlik eden psikiyatrik hastalıklar

KZVD genellikle psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmektedir. KZVD sergileyen ergenlerle yapılan bir araştırmada, katılımcıların %92'sinin en az bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu tespit edilmiştir. Psikiyatrik hastalık öyküsü incelendiğinde, %45,3'ünde tek bir psikiyatrik rahatsızlık, %36,7'sinde iki farklı psikiyatrik rahatsızlık, %10'unda ise üç veya daha fazla psikiyatrik bozukluk bulunmuştur (150).

Klinik örnekleme yapılan çalışmalar, KZVD'nin genellikle başka psikiyatrik bozukluklarla birlikte görüldüğünü ortaya koymaktadır. Özellikle, KZVD ile en yaygın eşlik eden hastalık majör depresyon bozukluğudur. Klinik çalışmalarda, depresyon görülme sıklığı %89, anksiyete bozukluğu ise %39 olarak bildirilmiştir. Toplum örnekleminde yapılan araştırmalarda ise bu oranlar depresyon için %63, anksiyete bozukluğu için %37 olarak tespit edilmiştir. DEHB olan bireylerde, dürtüselliğe sık sık duygusal düzenleme güçlüklerinin eşlik ettiği belirtilmiş ve DEHB tanısı olan bireylerde KZVD riskinin yaklaşık iki kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yeme bozukluğu olan bireylerde, bulimiya nervosa tanısı konulanların %26-55'inde, anoreksiya nervosa tanısı konulanların %27-61'inde KZVD tespit edilmiştir. Ayrıca, dissosiyatif bozukluk, borderline kişilik bozukluğu ve madde bağımlılığı olan bireylerde KZVD öyküsünün yaygın olduğu belirlenmiştir (151-158).

2.3.8. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Bilişsel Kopma Sendromu ilişkisi

BKS belirtileri, genellikle dikkat eksikliği gösteren DEHB tipi olan çocuklarda daha yaygındır (33). DEHB'nin dikkat eksikliği baskın tipi genellikle KZVD ile ilişkilendirilirken, hiperaktivite/impulsivite baskın tipi ise intiharla ilişkilendirilmiştir (159). Bununla birlikte, bazı çalışmalar BKS'nin, özellikle hayal kurmaya eğilimli çocuklarda şiddet içeren ruminatif hayaller nedeniyle intihar riskini artırabileceğini öne sürmektedir (1). KZVD ile ilişkili olan duygu düzenleme zorlukları, sosyal bozulmalar ve içselleştirme bozuklukları gibi psikiyatrik risk faktörleri BKS'de de yaygın olarak görülmektedir (33). BKS özgüveni olumsuz etkiler ve duygu düzenleme yetilerini zayıflatır (160) ve yalnızlık hissini artırır (161). Bu bulgular göz önüne alındığında, KZVD ile BKS arasındaki ilişkinin klinik açıdan önemli olabileceği düşünülmektedir.

Şu ana kadar çok az sayıda çalışma, BKS ile Kendine Zarar Verme Düşünce ve Davranış arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Becker ve arkadaşları (11), psikiyatri servisine yatırılan çocuklar ve erken ergenlerden (8-12 yaş) oluşan bir örnekleme, ebeveyn tarafından bildirilen BKS belirtilerinin, demografik özellikler, yalnızlık, depresyon, anksiyete, karşıt olma davranışı ve ebeveynin içselleştirme belirtilerinden bağımsız olarak, hem ebeveyn hem de çocuk tarafından bildirilen intihar riski ile özgün olarak ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bu bulgular, üniversite öğrencileri (18-29 yaş) üzerinde yapılan bir çalışmada tekrarlanmış ve genişletilmiştir; BKS belirtilerinin yaşam boyu intihar düşüncesi/girişimleri, son bir yıldaki intihar düşünceleri ve intihar riski ile demografik özellikler ve diğer psikopatolojilerden (DEHB, depresyon, anksiyete) bağımsız olarak anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (49). Önemli bir bulgu olarak, DEHB belirtileri, içselleştirme ve BKS belirtileri modele eklendiğinde, kendine zarar verme düşünce ve davranışları ilişkili olmaktan çıkmıştır (49). Daha yakın zamanda yapılan bir başka çalışmada ise DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerde (12-14 yaş) BKS belirtilerinin, DEHB-inatçılık belirtilerinden bağımsız olarak, ergenlerin bildirdiği daha yüksek intihar düşünceleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (162). Bu çalışmalar, BKS belirtileri ve kendine zarar verme düşünce ve davranışları arasındaki ilişkiye, DEHB ve depresyon da hesaba katıldığında bile, önemli bir destek sağlamaktadır.

BKS ve KZVD'leri inceleyen ülkemizde yapılan çalışmada, DEHB tanısı olan 104 ergenin yer aldığı bir örnekleme BKS'nin KZVD ile ilişkisini araştırmıştır (12). Son bir yılda KZVD bildiren ergenlerin, bildirmeyen ergenlere göre ebeveyn tarafından bildirilen daha yüksek BKS puanlarına sahip olduğu bulunmasına rağmen, BKS belirtileri demografik özellikler ve diğer ilgili alanlardan bağımsız olarak KZVD ile anlamlı bir şekilde ilişkili

bulunmamıştır. Bu bulgu, diğer çalışmaların sonuçlarıyla birlikte, BKS ve DEHB belirtilerinin intihar düşünceleri/riski ya da KZVD ile farklı şekilde ilişkili olabileceğini öne sürmektedir, ancak bu olasılık doğrudan test edilmemiştir. Türkiyede yapılan bir başka çalışmada KZVD gösteren ergenlerin %40'ında BKS belirtilerine rastlanmıştır. KZVD gösteren ergenlerde “yavaşlık” faktörünün, anti-disosiyasyon (uyuşuk hissetmeyi durdurma) ve kendine bakım (duygusal stresi fiziksel yaralanma yoluyla hafifletme) ile ilişkili olduğu; hayal kurmanın ise intihara karşı (intihar düşüncelerini durdurma) ile bağlantılı olduğu bulunmuştur (13).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ ve DESENİ

Araştırma, İstanbul Medipol Üniversitesi Etik Kurulu’nun 29.08.2024 tarihli 858 No’lu onayının ardından, 30/08/2024-30/11/2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma örneklemini, 01/01/2023 ile 30/11/2024 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları yataklı servisinde tedavi gören, 12-18 yaş arasındaki DSM-5 tanı kriterlerine uyan kendine zarar verme davranışı gösteren 145 kız ergen hastadan oluşmaktadır. Bu süre zarfında, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Servisi’nde yatışı bulunan 12-18 yaş arası kız ergenlerin dosyaları, klinisyenler tarafından incelenmiş ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayanların aileleriyle telefonla iletişime geçilerek araştırma hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ergenler ve aileleri ile randevu planlaması yapılarak, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Servisi’nde görüşme gerçekleştirmiştir.

Çalışmaya yalnızca katılmayı kabul eden ebeveynler ve çocuklar dahil edilmiştir. Katılan tüm çocuklardan ve ailelerinden aydınlatılmış yazılı onam alınmıştır. Araştırma kesitsel değerlendirmeler ve nicel veri toplama yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen tüm ergenlere klinisyen tarafından “Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli–DSM–5” (ÇDŞG–ŞY–DSM–5–T) ve “Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeği (CGAS)” uygulanmıştır. Daha sonra ergenlerden “Kendine Zarar Verme Davranış Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)”, “Yavaş Bilişsel Tempo Özbildirim Ölçeği (YBTÖÖ)”, “Güçler ve Güçlükler anketi (GGA)-Çocuk formu” gerekli yerlerde klinisyenden yardım alarak doldurmaları istenmiştir. Çalışmaya dahil edilen tüm ergenlerin ebeveynlerinden de “Sosyodemografik Bilgi Formu”, “Yavaş Bilişsel Tempo Değerlendirme Ölçeği”, “Güçler ve Güçlükler Anketi- Ebeveyn formu” çocuklarını düşünerek ve gerekli durumlarda klinisyenden yardım alarak doldurmaları istenmiştir

Ergenler için araştırmaya dahil edilme kriterleri:

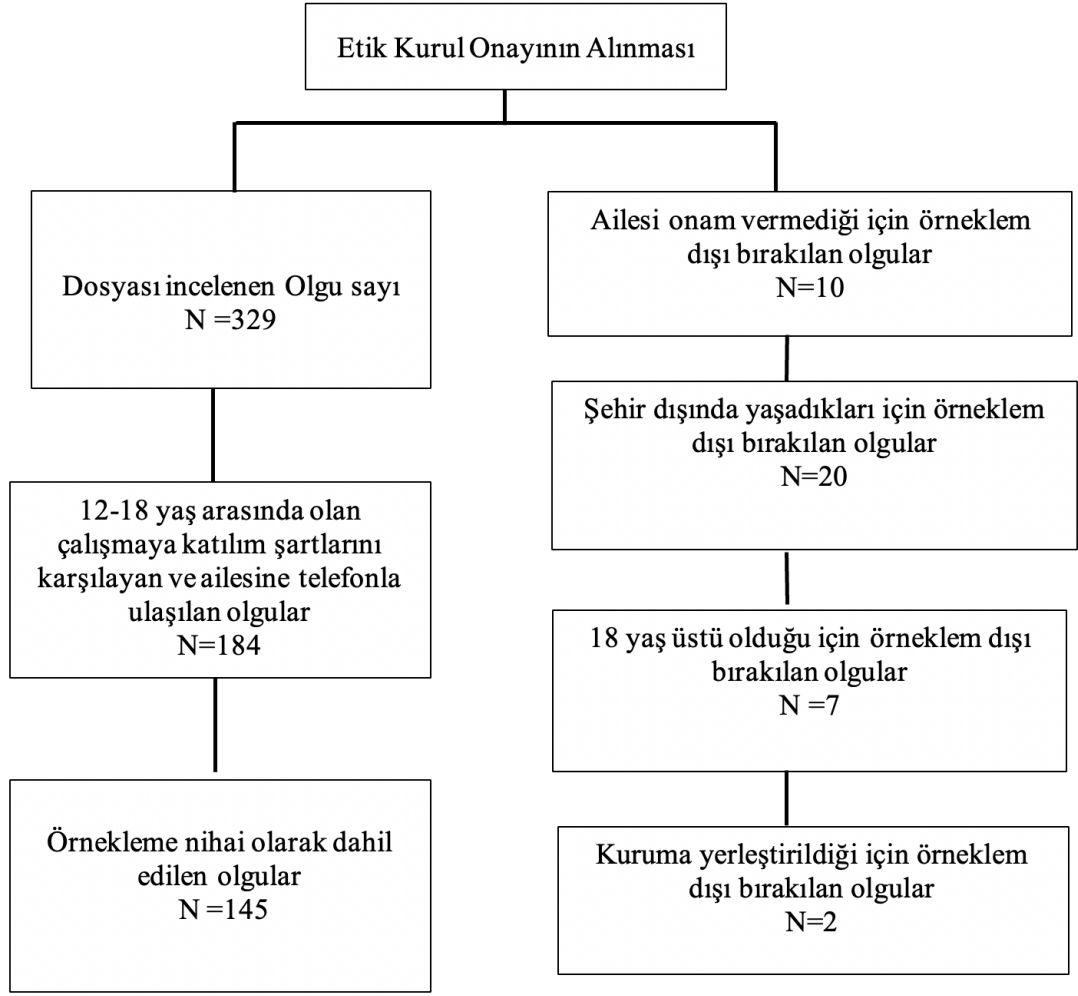
1. Çocuk ve Ergen yataklı psikiyatri servisinde tedavi görmüş olması
2. DSM-5 tanı kriterlerine uyan kendine zarar verme davranışı göstermiş olması
3. En az okur-yazar düzeyinde eğitimi olması
4. Çalışmaya katılmak için gönüllü olması
5. 12-18 yaş arasında olması

Ergen için dışlama kriterleri:

1. Klinik olarak tespit edilmiş zihinsel yetersizliğinin olması
2. Yatış sırasında OSB, TSSB, BB, Psikotik bozukluk tanısı almış olması
3. Kurum bakımında olması
4. Aktif psikotik bulgularının olması
5. Görme-işitme kusurunun olması
6. Çalışmayı tamamlamasına engel olacak nörolojik veya kronik bir hastalığın olması
7. 18 yaşın üstü ve 12 yaşın altında olması
8. Çalışmaya katılmayı kabul etmemesi.

Ebeveynler için dışlama kriterleri:

1. Okur yazar olmaması
2. Aktif psikotik bulgularının olması
3. Zihinsel yetersizlik tanısının bulunması
4. Çalışmaya katılım için onam vermemesi



Şekil 3.1. Araştırmanın akış şeması.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Çocuk ve ebeveyn için bilgilendirilmiş onam formu

Bu form, araştırma hakkında çocuklar ve ebeveynlere detaylı bilgi veren bir belgedir. Formda, araştırmanın amacı, süreci, olası riskler ve faydalar hakkında açıklamalar yer almaktadır. Ayrıca, çocukların ve ebeveynlerinin, araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onamlarının alındığı bir formdur. Katılımcılara, araştırmanın nasıl yürütüleceği ve kişisel bilgilerin nasıl korunacağı hakkında bilgi verildikten sonra, onam süreci gerçekleştirilir.

3.2.2. Sosyodemografik veri formu

Bu form, katılımcı çocukların ve ebeveynlerin sosyodemografik bilgilerini toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda, çocukların yaş, cinsiyet, eğitim öğretim durumu, aile yapısı, psikiyatri yatış öyküsü ve toplam yatış süresi gibi bilgileri değerlendirilmektedir. Ayrıca, ebeveynlere ait yaş, eğitim durumu ve çalışma durumu gibi

bilgilerin de toplandığı bir formdur. Bu bilgiler, araştırmanın sosyodemografik profili ve analizlerin yapılabilmesi için önemlidir.

3.2.3. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi– Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli–DSM–5–Türkçe (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)

Bu form, çocuk ve ergenlerin geçmişteki ve mevcut psikopatolojilerini belirlemek amacıyla Kaufman ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış yarı yapılandırılmış bir tanı görüşme formudur (163). Form, hem çocuğun kendisiyle hem de ebeveyni ile görüşme yapılmasını öngörür ve elde edilen tüm bilgilerle kapsamlı bir değerlendirme yapılır.

Görüşmenin ilk kısmında, yapılandırılmamış bir görüşme aracılığıyla çocuğun ve ailesinin sosyodemografik özellikleri, şikayetleri, gelişim öyküsü, tıbbi özgeçmişi, okulda ve evdeki işlevselliği hakkında bilgiler toplanır. İkinci bölümde, geçmiş ve mevcut 200’den fazla belirtiyi inceleyen tarama soruları yer alır. Üçüncü bölümde ise DSM-5 tanılarının doğrulanması amacıyla yapılan değerlendirme ve gözlemlerin sonuçlarına yer verilir.

Alınan tüm bilgiler, klinisyenin kendi gözlemiyle puanlanır ve elde edilen veriler arasında uyumsuzluk durumunda, klinisyenin klinik görüşü öncelikli olarak dikkate alınır. Formun Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2019 yılında Ünal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (164). Çalışmamızda bu görüşme formu, 12-18 yaş arası ergenlerin mevcut psikopatolojilerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır.

3.2.4. Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği (YBTÖ)

Bu ölçek, Penny ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir (44). Ebeveynler tarafından doldurulan bu ölçek, toplamda 14 maddeden oluşur ve üç alt boyutu içerir: “yavaş” (madde 1, 2, 3, 9, 11, 13), “uykulu” (madde 4, 5, 7, 12, 14) ve “hayalperest” (madde 6, 8, 10). Ölçek, 4 dereceli Likert tipi bir formatta olup, her bir madde şu şekilde puanlanır: “kesinlikle katılmıyorum (0)”, “kısmen katılıyorum (1)”, “katılıyorum (2)” ve “tamamen katılıyorum (3)”. Her bir maddeye verilen puanlar toplandığında, ölçeğin toplam puanı elde edilir. Bu ölçek için belirli bir kesim noktası bulunmamaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gözpinar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (165). YBTÖ ölçeği-ebeveyn formunun Türkçe versiyonunda güvenilirlik katsayıları $\alpha = .90$ olarak bulunmuştur. Alt boyutların güvenilirlik katsayıları ise şu şekildedir: Yavaş $\alpha = .87$, Uykulu $\alpha = .86$, Hayalperest $\alpha = .77$. Bu sonuçlar, Türkçe versiyonun orijinal form ile benzer güvenilirlik özelliklerine sahip olduğunu ve iç tutarlılığın yeterli olduğunu göstermektedir.

3.2.5. Yavaş Bilişsel Tempo Özbildirim Ölçeği (YBTÖÖ)

2022 yılında Gözpınar ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış 11-18 yaş çocuk ve ergenlerde BKS semptomlarını değerlendirmek için kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir (166). YBTÖÖ, 20 maddeden oluşan ve tek bir boyutu olan bir ölçektir. Faktör yükleri 0.60 ile 0.8 arasında değişmektedir. Çocuk ve ergenlerde BKS ile ilgili semptomları değerlendiren bu ölçek, 1 = hiçbir zaman, 2 = nadiren, 3 = bazen, 4 = sık sık, 5 = her zaman şeklinde yanıtlanan 5 dereceli Likert tipi bir ölçektir. Puanlama, ortalama puanların hesaplanmasına dayanmaktadır. Ölçek maddelerinin ortalama puanı 1 ile 5 arasında değişir ve 3 ve üzeri puanlar BKS semptomlarını yansıtabilir. Ölçekten elde edilen yüksek ortalama puanlar, BKS semptomlarının artışına işaret eder.

3.2.6. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)

2009 yılında Klonsky ve Glenn tarafından geliştirilen bu ölçek, intihar amacı taşımayan kasıtlı kendine zarar verme davranışlarını tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (167). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Bildik ve Somer tarafından 2013 yılında yapılmıştır (168).

Ölçek iki ana kısımdan oluşur: İlk Kısım: Bu bölümde, kasıtlı olarak yapılan ve intihar amacı taşımayan on iki farklı kendine zarar verme davranışının yaşam boyu sıklığı sorgulanır. Ayrıca, bu davranışları tanımlamak ve özelliklerini belirlemek amacıyla beş ek soru yer alır. İkinci Kısım: Bir veya daha fazla kendine zarar verme davranışı gösteren bireyler için geçerli olan bu bölüm, 39 sorudan oluşur ve iki ana alt birimi içerir: Otonom İşlevler: Bu alt birim beş boyuttan oluşur: affekt regülasyonu, kendini cezalandırma, çözülmeyi önleme, intiharı önleme ve sıkıntıyı etiketleme. Sosyal İşlevler: Bu alt birim ise sekiz boyuttan oluşur: kişilerarası sınır koyma, kendiyle ilgilenme, akranlarla bağ kurma, heyecan arama, kişiler arası etkileşim kurma, dayanıklılık, intikam alma ve özerklik. Her soru üçlü likert sistemi ile değerlendirilmektedir.

3.2.7. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

Goodman tarafından çocuk ve ergenlerde güçlü yönlerin ve psikopatolojilerle ilişkilendirilebilecek güçlüklerin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir (169). 4 yaşından büyük çocuklar için uygun şekilde tasarlanmış olan bu ölçek, ebeveyn, öğretmen ve özbildirim formları içermektedir. Ölçek, toplamda 25 soru ve yaşanan güçlüklerin alanlarına ve sıklıklarına yönelik 5 ek soru içerir. Sorular, “Doğru Değil”, “Kısmen Doğru” ve “Tamamen Doğru” seçenekleri ile 3 dereceli Likert sistemi ile değerlendirilir. Ölçek, son 6 ay içinde yaşanan güçler ve güçlükler üzerinden puanlanır.

Ölçek beş alt gruba ayrılır:

1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite
2. Duygulanım Belirtileri
3. Davranım Sorunları
4. Akran İlişkileri
5. Prososyal Davranışlar

Prososyal Davranışlar, kişinin güçlü yönlerini ifade ederken diğer dört alt grup yaşanan güçlükleri tarif eder. Güvenir ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmış ve geçerlik ile güvenilirlik çalışması yapılmıştır (170). Türkçe uyarlama çalışmasında elde edilen Cronbach alfa katsayıları şu şekildedir: Genel Cronbach alfa: $\alpha = .84$, Duygusal Sorunlar: $\alpha = .73$, Davranış Sorunları: $\alpha = .65$, Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik: $\alpha = .80$, Akran Sorunları: $\alpha = .37$, Prososyal Davranış: $\alpha = .73$. Çalışmamızda ileri analizlerde ebeveyn ve çocuk öz bildirim ölçeğinin sonuçları kullanılmıştır.

3.2.8. Çocuklar için global değerlendirme ölçeği (CGAS)

CGAS, yetişkinler için geliştirilmiş Global Değerlendirme Ölçeği'nden uyarlanmış bir genel işlevsellik derecelendirme aracıdır. Ölçek, Columbia Üniversitesi Psikiyatri Bölümü'nden Shaffer ve meslektaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir (171) CGAS, 4-16 yaş aralığındaki çocuk ve gençlerin değerlendirilmesinde kullanılır ve klinisyenler tarafından doldurulur. Klinik değerlendirme sırasında, psikolojik ve sosyal işlevselliğin çeşitli yönleri göz önüne alınarak, çocuğa veya gence işlevselliğin en düşük seviyesine göre 1 ile 100 arasında bir puan verilir. Bu puan, çocuğu veya genci “sürekli denetim gerektirir” (1-10) ile “üstün işlevsellik” (91-100) arasında değişen on kategoriden birine yerleştirir. CGAS, klinisyenler ve araştırmacılar tarafından daha spesifik semptomları ölçen diğer ölçeklerle birlikte kullanılabilir.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler; kategorik değişkenlerin tanımlanmasında ise frekans (n) ve yüzde (%) değerleri raporlanmıştır. Değişkenlerin normallik varsayımları Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin iki grup arasındaki karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, normallik varsayımının karşılandığı durumlarda ise Bağımsız Örneklem t testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grup arasındaki ölçek puanlarının karşılaştırılmasında, veriler normal dağılmadığı için Kruskal-Wallis analizi uygulanmış; anlamlı farklılık bulunduğunda ise gruplar arası Post-

Hoc karşılaştırmalar yapılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare veya Fisher exact testi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman ya da Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde IBM SPSS.25 programı kullanılmış ve anlamlılık düzeyi $p<.05$ olarak kabul edilmiştir.

Veri toplama aşamasından önce araştırma için gerekli örneklem sayısı G*Power 3.1 (172) programı kullanılarak belirlenmiştir. Etki büyüklüğü 0.15, alfa düzeyi 0.05 ve güç %80 olarak alındığında örneklem sayısı 92, güç %95 olarak alındığında ise örneklem sayısı 138 olarak bulunmuştur.



4. BULGULAR

Çalışmaya yaşları 12 ile 18 arasında değişen 145 kız hasta dahil edildi. Çalışmada değerlendirilen olguların sosyodemografik ve medikal bilgileri Tablo 4.1’de verilmiştir. Bütün hastaların yaş ortalaması $15,94 \pm 1,35$ yıl olarak bulundu. Hastaların son karne notu ortalaması $72,35 \pm 13,05$ puan, anne yaş ortalaması $44,74 \pm 6,21$ yıl, baba yaş ortalaması $47,66 \pm 6,10$ yıl, kardeş sayısı ortalaması $1,92 \pm 1,24$ ve toplam yatış süresi ortalaması $19,41 \pm 13,22$ gün olarak bulundu.

Hastaların 53’ü (%36,6) 12. sınıftaydı, 78’inin (%53,8) anne babası birlikteydi, 126’sının (%86,9) aile yapısı çekirdek aileydi. 74 (%51,0) hastanın aile gelir düzeyi 20.000 TL altıydı, 96 (%66,2) hastanın annesi çalışmıyordu, 82’sinin (%56,6) annesi ilköğretim mezunuydu. 126 (%86,9) hastanın babası çalışmıyordu, 74 (%51,0) hastanın babası ilköğretim mezunuydu. 47 (%32,4) hastanın ailesinde ruhsal hastalık vardı, 84 (%57,9) hastada sigara kullanımı vardı, 10 (%6,9) hastanın ailesinde kendine zarar verme davranışı vardı, 29 (%20,0) hastanın arkadaşında kendine zarar verme davranışı vardı. 44 (%30,3) hastada eksen 2 tanısı vardı, 102 (%70,3) hastanın yatış sayısı 1’di, 34 (%23,4) hastada tespit öyküsü vardı. 129 (%89,0) hastanın yatış esnasında GAS değeri ‘41-50’di ve 132 (%91,0) hastada taburcu olurken GAS değeri ‘71-80’di.

Tablo 4.1. Çalışmada değerlendirilen olguların sosyodemografik ve medikal bilgileri.

	n	%	Ort. $\pm$ SS.	Medyan (Min. - Maks.)
Yaş (yıl)			$15,94 \pm 1,35$	16,00 (12,00 - 18,00)
Son karne notu			$72,35 \pm 13,05$	70,00 (49,00 - 100,00)
Anne yaşı			$44,74 \pm 6,21$	44,00 (28,00 - 60,00)
Baba yaşı			$47,66 \pm 6,10$	47,00 (29,00 - 64,00)
Kardeş sayısı			$1,92 \pm 1,24$	2,00 (.00 - 6,00)
Toplam yatış süresi			$19,41 \pm 13,22$	14,00 (3,00 - 60,00)
Sınıf				
7	2	1,4		
8	5	3,4		
9	21	14,5		
10	34	23,4		
11	30	20,7		
12	53	36,6		

Tablo 4.1 (Devam). Çalışmada değerlendirilen olguların sosyodemografik ve medikal bilgileri.

	n	%	Ort. ± SS.	Medyan (Min. - Maks.)
Anne baba birlikteliği				
Birlikte	78	53.8		
Boşanmış	67	46.2		
Aile yapısı				
Çekirdek	126	86.9		
Geniş	19	13.1		
Aile ortalama gelir				
20.000 tl altı	74	51.0		
20.000-65.000 tl	53	36.6		
65.000 tl ve üstü	18	12.4		
Anne çalışıyor mu?				
Evet	49	33.8		
Hayır	96	66.2		
Anne eğitim				
İlkokul	82	56.6		
Ortaokul	11	7.6		
Lise	28	19.3		
Üniversite	24	16.6		
Baba çalışıyor mu?				
Evet	126	86.9		
Hayır	19	13.1		
Baba eğitim				
Hiç okula gitmemiş	1	.7		
İlkokul	74	51.0		
Ortaokul	13	9.0		
Lise	32	22.1		
Üniversite	25	17.2		
Ailede ruhsal hastalığı olan var mı?				
Evet	47	32.4		
Hayır	98	67.6		
Sigara kullanımı var mı?				
Evet	61	42.1		
Hayır	84	57.9		
Ailede kendine zarar verme davranışı olan var mı?				
Evet	10	6.9		
Hayır	135	93.1		
Arkadaşında kendine zarar verme davranışı olan var mı?				
Evet	29	20.0		
Hayır	116	80.0		
Eksen 2 tanısı				
Var	44	30.3		
Yok	101	69.7		

Tablo 4.1 (Devam). Çalışmada değerlendirilen olguların sosyodemografik ve medikal bilgileri.

	n	%	Ort. ± SS.	Medyan (Min. - Maks.)
Yatış sayısı				
1	102	70.3		
2	32	22.1		
3	11	7.6		
Tespit öyküsü				
Var	34	23.4		
Yok	111	76.6		
Yatış esnasında GAS puanı				
41 50	129	89.0		
51 60	16	11.0		
Taburcu olurken GAS puanı				
51 60	2	1.4		
61 70	5	3.4		
71 80	132	91.0		
81 90	6	4.1		

Ort: ortalama, min: minimum, maks: maksimum, ss: standart sapma

Global Değerlendirme Ölçeği (GAS)

41-50 Ağır semptomlar YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır

51-60 orta derecede semptomlar ya da toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır

61-70 Birtakım hafif semptomlar ya da toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması, ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.

71-80 Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir, toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma

81-90 Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması

Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri'nin (KZVDDE) ilk bölümünde yer alan 12 KZVD türüne ilişkin frekans (n), yüzde (%), ortalama, standart sapma, medyan ve minimum-maksimum değerler Tablo 4.2'de gösterilmiştir. Tabloda gösterildiği gibi, hastalar arasında en sık görülen kendine zarar verme davranışı kesme olup, bu davranış tüm hastalarda gözlemlenmiştir. Bunu sırasıyla tırnaklama (deriyi kanatacak kadar) N=111 %76,6, yaranın iyileşmesine engel olma N=107 %73,8, kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma N=104 %71,7, çimdikleme N=91 %62,8, ısırma ve saç koparma (kökünden) N=86 %59,3, cilde harf/yazı/şekil kazıma N=75 %51,7, kendine iğne batırma N=52 %35,9, cildi sert bir yüzeye sürme N=51 %35,2, yakma N=49 %33,8, tehlikeli zararlı madde içme/yutma N=36 %24,8 davranışları takip etmiştir.

Kesme davranışı ortalaması 100,03 ± 203,29; tırnaklama (deriyi kanatacak kadar) 61,87 ± 168,40; yaranın iyileşmesine engel olma 110,05 ± 233,59; kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma 43,64 ± 110,20; çimdikleme 157,66 ± 1046,23; ısırma 158,06 ± 1084,37; saç koparma 172,94 ± 1082,79; cilde harf/yazı/şekil kazıma 5,40 ± 5,05; kendine

iğne batırma $10,94 \pm 19,90$; cildi sert bir yüzeye sürtme $16,24 \pm 23,88$; yakma $9,16 \pm 12,43$; tehlikeli zararlı madde içme/yutma $10,92 \pm 17,67$ olarak kaydedilmiştir.

Tablo 4.2. KZVD türü, sayısı, yüzdesi, ortalama ve standart sapma değerleri, medyan ve dağılım aralığı.

KZVD türü	n	%	Ort. $\pm$ SS.	Medyan (Min. - Maks.)
Kesme				
Yok	0	0		
Var	145	100.0	100.03 ± 203.29	50.00 (3.00 - 2000.00)
Isırma				
Yok	59	40.7		
Var	86	59.3	158.06 ± 1084.37	10.00 (1.00 - 10000.00)
Yakma				
Yok	96	66.2		
Var	49	33.8	9.16 ± 12.43	5.00 (1.00 - 50.00)
Cilde harf/yazı/şekil kazıma				
Yok	70	48.3		
Var	75	51.7	5.40 ± 5.05	5.00 (1.00 - 30.00)
Çimdikleme				
Yok	54	37.2		
Var	91	62.8	157.66 ± 1046.23	15.00 (1.00 - 10000.00)
Saç koparma (kökünden)				
Yok	59	40.7		
Var	86	59.3	172.94 ± 1082.79	20.00 (3.00 - 10000.00)
Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)				
Yok	34	23.4		
Var	111	76.6	61.87 ± 168.40	15.00 (2.00 - 1000.00)
Kendini sert bir yere çarpma / kendine vurma				
Yok	41	28.3		
Var	104	71.7	43.64 ± 110.20	12.50 (1.00 - 1000.00)
Yaranın iyileşmesine engel olma				
Yok	38	26.2		
Var	107	73.8	110.05 ± 233.59	30.00 (1.00 - 1000.00)
Cildi sert bir yüzeye sürtme				
Yok	94	64.8		
Var	51	35.2	16.24 ± 23.88	10.00 (1.00 - 100.00)
Kendine iğne batırma				
Yok	93	64.1		
Var	52	35.9	10.94 ± 19.90	5.00 (1.00 - 100.00)
Tehlikeli zararlı madde içme / yutma				
Yok	109	75.2		
Var	36	24.8	10.92 ± 17.67	5.50 (1.00 - 100.00)

Tablo 4.3'te "KZVD türlerinin düşük ve yoğun düzeydeki sıklık ve yüzdeleri değerlendirilmesi tablo 4.3'te sunulmuştur. Tüm hastaların 58'inde (%40) tırnaklama (deriyi

kanatacak kadar), 23'ünde (%15,9) kesme, 14'ünde (%9,7) ısırma, 15'inde (%10,3) yakma, 43'ünde (%29,7) cilde harf/yazı/şekil kazma, 36'sında (%24,8) çimdikleme, 28'inde (%19,3) saç koparma (kökünden) daha yoğun. Ayrıca, 37 (%25,5) hastada kendini sert bir yere çarpma / kendine vurma, 50'sinde (%34,5) yaranın iyileşmesine engel olma, 29'unda (%20,0) cildi sert yüzeye sürme, 18'inde (%12,4) kendine iğne batırma, 22'sinde (%15,2) tehlikeli zararlı madde içme/yutma davranışlar daha yoğun.

Tablo 4.3. KZVD türlerinin sıklık ve yüzdeleri.

	n	%
Kesme		
Düşük düzeyde	122	84.1
Daha yoğun	23	15.9
Isırma		
Düşük düzeyde	131	90.3
Daha yoğun	14	9.7
Yakma		
Düşük düzeyde	130	89.7
Daha yoğun	15	10.3
Cilde harf/yazı/şekil kazma		
Düşük düzeyde	102	70.3
Daha yoğun	43	29.7
Çimdikleme		
Düşük düzeyde	109	75.2
Daha yoğun	36	24.8
Saç koparma (kökünden)		
Düşük düzeyde	117	80.7
Daha yoğun	28	19.3
Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)		
Düşük düzeyde	87	60.0
Daha yoğun	58	40.0
Kendini sert bir yere çarpma / kendine vurma		
Düşük düzeyde	108	74.5
Daha yoğun	37	25.5
Yaranın iyileşmesine engel olma		
Düşük düzeyde	95	65.5
Daha yoğun	50	34.5
Cildi sert bir yüzeye sürme		
Düşük düzeyde	116	80.0
Daha yoğun	29	20.0
Kendine iğne batırma		
Düşük düzeyde	127	87.6
Daha yoğun	18	12.4
Tehlikeli zararlı madde içme / yutma		
Düşük düzeyde	123	84.8
Daha yoğun	22	15.2

KZVD'nin diğer tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.4'te verilmiştir. 72 (%49,7) hasta, “Kendinize zarar verme davranışı sırasında fiziksel acı hisseder misiniz?” sorusuna “bazen” yanıtını vermiştir. 117 (%80,7) hasta, “Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?” sorusuna “evet” yanıtını vermiştir. 122 (%84,1) hasta, “Tipik olarak kendinize zarar verme dürtüsü oluştuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz?” sorusuna “<1 saat” yanıtını vermiştir. 90 (%62,1) hasta, “Kendinize zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister misiniz/istediniz mi?” sorusuna “evet” yanıtını vermiştir. İlk kez kendine zarar verme yaşı ortalaması 12.45 ± 1.78 yıl, en son kendine zarar verdiği gün ortalaması 11.57 ± 12.35 gün olarak bulundu.

Tablo 4.4. KZVD'nin diğer tanımlayıcı özellikleri.

	n	%
Kendinize zarar verme davranışı sırasında fiziksel acı hisseder misiniz?		
Evet	38	26.2
Bazen	72	49.7
Hayır	35	24.1
Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?		
Evet	117	80.7
Bazen	27	18.6
Hayır	1	.7
Tipik olarak kendinize zarar verme dürtüsü oluştuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz?		
<1 saat	122	84.1
1-3 saat	22	15.2
3-6 saat	1	.7
Kendinize zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister misiniz / istediniz mi?		
Evet	90	62.1
Hayır	55	37.9
	Ort. $\pm$ SS.	Medyan (Min.-Maks.)
İlk kez kendinize zarar verdiğiniz yaş	12.45 ± 1.78	13.00 (6.00-16.00)
En son kaç gün önce kendinize zarar verdiniz?	11.57 ± 12.35	7.00 (1.00 – 60.00)

Tablo 4.5'te Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri'nin (KZVDDE) 2. bölümü olan İşlevler kısmının, Yavaş Bilişsel Tempo Değerlendirme Ölçeği (YBTÖ) ebeveyn formunun, Yavaş Bilişsel Tempo Özbildirim Ölçeği'nin (YBTÖÖ) ve Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) ebeveyn ve çocuk formunun tanımlayıcı özellikleri gösterilmiştir. KZVDDE işlevler kısmında otonom işlevler için afekt regülasyonu alt ölçek puan ortalaması $1,57 \pm 0,41$; özkıyımı önleme alt ölçek puan ortalaması $1,13 \pm 0,58$; sıkıntıyı etiketleme alt ölçek puan ortalaması $1,00 \pm 0,62$; kendini cezalandırma alt ölçek puan ortalaması $1,29 \pm 0,56$; çözülmeyi önleme alt ölçek puan ortalaması $1,16 \pm 0,58$ olarak

bulunmuştur. Sosyal işlevler için kişiler arası sınırlar alt ölçek puan ortalaması $0,41 \pm 0,45$; kişiler arası etkileşim alt ölçek puan ortalaması $0,52 \pm 0,50$; intikam alma alt ölçek puan ortalaması $0,51 \pm 0,49$; heyecan arama alt ölçek puan ortalaması $0,27 \pm 0,37$; akranlarla bağ kurma alt ölçek puan ortalaması $0,10 \pm 0,21$; dayanıklılık alt ölçek puan ortalaması $0,46 \pm 0,53$; özerklik alt ölçek puan ortalaması $0,31 \pm 0,43$; kendiyle ilgilenme alt ölçek puan ortalaması $0,68 \pm 0,53$ olarak bulunmuştur.

YBTÖ ebeveyn formunun yavaşlık alt ölçek puan ortalaması $1,52 \pm 0,69$; uykululuk alt ölçek puan ortalaması $1,39 \pm 0,79$; hayallere dalma alt ölçek puan ortalaması $1,41 \pm 0,82$ ve toplam puan ortalaması $4,31 \pm 1,96$ olarak bulunmuştur.

YBTÖÖ toplam puan ortalaması ise $3,87 \pm 0,61$ olarak bulunmuştur.

GGA ebeveyn formunda dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik alt ölçek puan ortalaması $4,71 \pm 2,20$; davranış sorunları alt ölçek puan ortalaması $2,66 \pm 1,98$; duygusal sorunlar alt ölçek puan ortalaması $4,79 \pm 2,35$; akran sorunları alt ölçek puan ortalaması $3,61 \pm 1,60$; sosyal davranışlar puan ortalaması $7,57 \pm 1,95$ ve toplam güçlük puanı $15,77 \pm 5,65$ olarak bulunmuştur.

GGA ergen formu dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik alt ölçek puan ortalaması $6,09 \pm 2,22$; davranış sorunları alt ölçek puan ortalaması $3,16 \pm 2,05$; duygusal sorunlar alt ölçek puan ortalaması $5,79 \pm 2,79$; akran sorunları alt ölçek puan ortalaması $3,83 \pm 2,05$; sosyal davranışlar alt ölçek puan ortalaması $7,73 \pm 1,90$ ve toplam güçlük puanı $18,88 \pm 6,31$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4.5. Çalışmada kullanılan diğer ölçeklerin tanımlayıcı özellikleri.

Ölçekler	Ort. $\pm$ SS.	Medyan (Min. - Maks.)
Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme		
Envanteri 2. Bölümü KZVD İşlevleri		
Otonom işlevler		
Afekt regülasyonu	$1.57 \pm .41$	1.67 (.67 - 2.00)
Özkıyımı önleme	$1.13 \pm .58$	1.33 (.00 - 2.00)
Sıkıntıyı etiketleme	$1.00 \pm .62$	1.00 (.00 - 2.00)
Kendini cezalandırma	$1.29 \pm .56$	1.33 (.00 - 2.00)
Çözölmeyi önleme	$1.16 \pm .58$	1.33 (.00 - 2.00)
Sosyal işlevler		
Kişiler arası sınırlar	$.41 \pm .45$	.33 (.00 - 2.00)
Kişiler arası etkileşim	$.52 \pm .50$	.67 (.00 - 2.00)
İntikam alma	$.51 \pm .49$	.67 (.00 - 2.00)
Heyecan arama	$.27 \pm .37$	.00 (.00 - 2.00)
Akranlarla bağ kurma	$.10 \pm .21$	.00 (.00 - 1.00)
Dayanıklılık	$.46 \pm .53$	.33 (.00 - 2.00)
Özerklik	$.31 \pm .43$	.00 (.00 - 2.00)
Kendiyle ilgilenme	$.68 \pm .53$	.67 (.00 - 2.00)

Tablo 4.5 (Devam). Çalışmada kullanılan diğer ölçeklerin tanımlayıcı özellikleri.

Ölçekler	Ort. $\pm$ SS.	Medyan (Min. - Maks.)
YBTÖ (Ebeveyn formu)		
Yavaş	1.52 $\pm$.69	1.50 (.00 - 3.00)
Uykulu	1.39 $\pm$.79	1.40 (.00 - 3.00)
Hayalperest	1.41 $\pm$.82	1.67 (.00 - 3.00)
Toplam puan	4.31 $\pm$ 1.96	4.27 (1.00 - 8.80)
YBTÖÖ toplam puan	3.87 $\pm$.61	4.00 (1.45 - 5.00)
GGA (Ebeveyn)		
Dikkat eksikliği / Aşırı hareketlilik	4.71 $\pm$ 2.20	5.00 (.00 - 10.00)
Davranış sorunları	2.66 $\pm$ 1.98	3.00 (.00 - 10.00)
Duygusal sorunlar	4.79 $\pm$ 2.35	5.00 (.00 - 10.00)
Akran sorunları	3.61 $\pm$ 1.60	4.00 (.00 - 8.00)
Sosyal davranışlar	7.57 $\pm$ 1.95	8.00 (3.00 - 10.00)
Toplam güçlük puanı	15.77 $\pm$ 5.65	17.00 (2.00 - 32.00)
GGA (Ergen formu)		
Dikkat eksikliği / Aşırı hareketlilik	6.09 $\pm$ 2.22	6.00 (1.00 - 10.00)
Davranış sorunları	3.16 $\pm$ 2.05	3.00 (.00 - 9.00)
Duygusal sorunlar	5.79 $\pm$ 2.79	6.00 (.00 - 10.00)
Akran sorunları	3.83 $\pm$ 2.05	4.00 (.00 - 8.00)
Sosyal davranışlar	7.73 $\pm$ 1.90	8.00 (2.00 - 10.00)
Toplam güçlük puanı	18.88 $\pm$ 6.31	19.00 (4.00 - 33.00)

Tablo 4.6’da Katılımcıların Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM- 5 (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) kapsamında değerlendirilen psikiyatrik tanılarının sıklık ve yüzdeleri sunulmuştur.

Şimdi ve geçmişte görülen depresif bozukluk oranları sırasıyla 57 hasta (%39,3) ve 112 hasta (%77,2) olarak bulunmuştur. Panik bozukluk tanısı 6 hastada (%4,1) şimdi, 8 hastada (%5,5) geçmişte mevcuttu. Agorafobi, yalnızca 1 hastada (%0,7) hem şimdi hem geçmişte görülmüştür. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu 1 hastada (%0,7) şimdi, 14 hastada (%9,7) geçmişte saptanmıştır. Sosyal anksiyete bozukluğu ise 22 hastada (%15,2) şimdi ve 21 hastada (%14,5) geçmişte bulunmuştur. Selektif mutizm hiçbir hastada ne şimdi ne de geçmişte saptanmamıştır. Özgül fobi 1 hastada (%0,7) şimdi mevcutken, geçmişte hiçbir hastada saptanmamıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu 20 hastada (%13,8) şimdi, 22 hastada (%15,2) geçmişte görülmüştür. Obsesif kompulsif bozukluk 1 hastada (%0,7) hem şimdi hem geçmişte bulunmuştur. Enürezis şimdi hiçbir hastada görülmezken, 4 hastada (%2,8) geçmişte saptanmıştır. Enkoprezis ise hiçbir hastada ne şimdi ne de geçmişte bulunmamıştır. Yeme bozukluğu 8 hastada (%5,5) şimdi, 16 hastada (%11,0) geçmişte tespit edilmiştir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) sıklığı 25 hastada (%17,2) şimdi ve 24 hastada (%16,6) geçmişte bulunmuştur. Karşıt Olma-Karşıt Gelme Bozukluğu 5 hastada

(%3,4) şimdi mevcutken, geçmişte hiçbir hastada saptanmamıştır. Davranım bozukluğu ve tik bozukluğu hiçbir hastada ne şimdi ne de geçmişte görülmemiştir. Sigara/tütün kullanımı 45 hastada (%31,0) şimdi, 10 hastada (%6,9) geçmişte mevcuttu. Alkol ve madde kötüye kullanımı şimdi hiçbir hastada bulunmazken, geçmişte yalnızca 1 hastada (%0,7) görülmüştür. Bu bulgular, şimdi ve geçmişte görülen psikiyatrik tanılarının dağılımını ayrıntılı şekilde ortaya koymaktadır.

Tablo 4.6. Katılımcıların ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T kapsamında değerlendirilen psikiyatrik tanı sıklık ve yüzdeleri.

	n	%
Depresif bozukluk		
Şimdi	57	39.3
Geçmiş	112	77.2
Panik Bzk		
Şimdi	6	4.1
Geçmiş	8	5.5
Agorafobi		
Şimdi	1	.7
Geçmiş	1	.7
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu		
Şimdi	1	.7
Geçmiş	14	9.7
Sosyal anksiyete bozukluğu		
Şimdi	22	15.2
Geçmiş	21	14.5
Özgül fobi		
Şimdi	1	.7
Geçmiş	0	0
Yaygın anksiyete bozukluğu		
Şimdi	20	13.8
Geçmiş	22	15.2
Obsesif kompulsif bozukluk		
Şimdi	1	.7
Geçmiş	1	.7
Yeme bozukluğu		
Şimdi	8	5.5
Geçmiş	16	11.0
DEHB		
Şimdi	25	17.2
Geçmiş	24	16.6
Karşı olma karşıt gelme bozukluğu		
Şimdi	5	3.4
Geçmiş	0	0
Sigara/tütün kullanımı		
Şimdi	45	31.0
Geçmiş	10	6.9
Alkol kötüye kullanımı		
Şimdi	0	0
Geçmiş	1	.7
Madde kötüye kullanımı		
Şimdi	0	0
Geçmiş	1	.7

Tablo 4.7’de YBTÖÖ ve YBTÖ ebeveyn puanları ile KZVDDE ilk bölümün puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Düşük düzeyde ısırma davranışı gösteren hastaların YBTÖ ebeveyn formu yavaşlık alt ölçek puanı (Medyan=1,50), daha yoğun ısırma davranışı gösteren hastalara göre (Medyan=1,92) anlamlı olarak daha düşüktür ($p=.021$). Düşük düzeyde tırnaklama (deriyi kanatacak kadar) davranışı gösteren hastaların YBTÖ ebeveyn formu hayalperest alt ölçek puanı (Medyan=1,33), daha yoğun tırnaklama (deriyi kanatacak kadar) davranışı gösteren hastalara göre (Medyan=1,67) anlamlı olarak daha düşüktür ($p=.033$). Düşük düzeyde yaranın iyileşmesine engel olma davranışı gösteren hastaların YBTÖÖ toplam puanı (Medyan =3,80), daha yoğun yaranın iyileşmesine engel olma davranışı gösteren hastalara göre (Medyan=4,15) anlamlı olarak daha düşüktür ($p=.028$).

“Kendinize zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister misiniz/istediniz mi?” sorusuna “evet” yanıtını veren hastaların YBT Özbildirim Ölçeği toplam puanı (Medyan=3,88), “hayır” yanıtını veren hastalara göre (Medyan=4,10) anlamlı olarak daha düşüktür ($p=.037$).

Tablo 4.7. YBTÖ (ebeveyn formu) ve YBTÖÖ Puanlarının KZVDDE ilk bölümü ile karşılaştırılması.

	Düşük düzey		Daha yoğun		U	z	p
	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)			
Kesme							
YBTÖ (Ebeveyn formu)							
Uykulu	1.43 ± .80	1.40 (.00 - 3.00)	1.21 ± .73	1.00 (.00 - 2.80)	1177.000	-1.227	.220
Hayalperest	1.44 ± .84	1.67 (.00 - 3.00)	1.22 ± .69	1.33 (.00 - 2.33)	1163.500	-1.308	.191
Yavaş	1.52 ± .69	1.50 (.00 - 3.00)	1.51 ± .70	1.50 (.00 - 2.67)	1386.500	-.090	.929
YBTÖ (Ebeveyn formu) toplam puan	4.39 ± 2.01	4.83 (1.00 - 8.80)	3.93 ± 1.66	3.67 (1.00 - 7.43)	1223.500	-.972	.331
YBTÖÖ toplam puanı	3.84 ± .63	3.95 (1.45 - 5.00)	4.04 ± .46	4.10 (2.85 - 4.75)	1147.500	-1.384	.166
Isırma							
YBTÖ (Ebeveyn formu)							
Uykulu	1.35 ± .79	1.40 (.00 - 3.00)	1.76 ± .78	1.80 (.60 - 3.00)	661.000	-1.720	.085
Hayalperest	1.40 ± .82	1.33 (.00 - 3.00)	1.50 ± .89	1.67 (.00 - 3.00)	846.500	-.476	.634
Yavaş	1.47 ± .69	1.50 (.00 - 3.00)	1.92 ± .55	1.92 (.83 - 2.83)	573.500	-2.307	.021
YBTÖ (Ebeveyn formu) toplam puan	4.22 ± 1.95	4.03 (1.00 - 8.80)	5.17 ± 1.92	6.08 (1.43 - 8.00)	632.000	-1.908	.056
YBTÖÖ toplam puanı	3.86 ± .63	4.00 (1.45 - 5.00)	3.96 ± .44	4.07 (2.85 - 4.55)	847.000	-.469	.639
Yakma							
YBTÖ (Ebeveyn formu)							
Uykulu	1.38 ± .80	1.40 (.00 - 3.00)	1.51 ± .72	1.60 (.20 - 2.60)	862.000	-.736	.462
Hayalperest	1.38 ± .81	1.33 (.00 - 3.00)	1.62 ± .90	1.67 (.00 - 3.00)	809.500	-1.084	.278
Yavaş	1.50 ± .71	1.50 (.00 - 3.00)	1.67 ± .46	1.83 (.83 - 2.50)	807.000	-1.094	.274
YBTÖ (Ebeveyn formu) toplam puan	4.26 ± 1.96	4.05 (1.00 - 8.80)	4.80 ± 1.89	5.20 (1.43 - 7.77)	808.000	-1.084	.278
YBTÖÖ toplam puanı	3.86 ± .63	4.00 (1.45 - 5.00)	4.00 ± .40	4.10 (3.25 - 4.65)	874.500	-.653	.514
Cilde harf/yazı/şekil kazıma							
YBTÖ (Ebeveyn formu)							
Uykulu	1.39 ± .79	1.40 (.00 - 3.00)	1.40 ± .81	1.40 (.00 - 2.80)	2181.000	-.052	.958
Hayalperest	1.42 ± .83	1.67 (.00 - 3.00)	1.36 ± .81	1.33 (.00 - 3.00)	2081.000	-.489	.625
Yavaş	1.52 ± .67	1.50 (.00 - 3.00)	1.52 ± .74	1.50 (.00 - 3.00)	2175.500	-.076	.939
YBTÖ (Ebeveyn formu) toplam puanı	4.33 ± 1.95	4.57 (1.00 - 8.00)	4.28 ± 1.99	3.87 (1.17 - 8.80)	2146.500	-.201	.840
YBTÖÖ toplam puanı	3.82 ± .64	3.95 (1.45 - 4.95)	4.00 ± .53	4.05 (2.35 - 5.00)	1882.500	-1.345	.179

Tablo 4.7 (Devam). YBTÖ (ebeveyn formu) ve YBTÖÖ Puanlarının KZVDDE ilk bölümü ile karşılaştırılması.

	Düşük düzey		Daha yoğun		U	z	p
	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)			
Çimdikleme							
YBTÖ (Ebeveyn formu)							
Uykulu	1.32 ± .79	1.40 (.00 - 2.80)	1.62 ± .75	1.40 (.60 - 3.00)	1562.500	-1.835	.067
Hayalperest	1.39 ± .84	1.33 (.00 - 3.00)	1.47 ± .78	1.67 (.00 - 3.00)	1863.500	-.455	.649
Yavaş	1.50 ± .71	1.50 (.00 - 3.00)	1.55 ± .64	1.50 (.00 - 3.00)	1902.500	-.273	.785
YBTÖ (Ebeveyn formu) toplam puan	4.21 ± 1.99	4.13 (1.00 - 8.80)	4.64 ± 1.83	4.75 (1.43 - 8.00)	1696.500	-1.215	.224
YBTÖÖ toplam puanı	3.85 ± .65	3.95 (1.45 - 5.00)	3.94 ± .48	4.05 (2.75 - 4.80)	1857.000	-.481	.631
Saç koparma (kökünden)							
YBTÖ (Ebeveyn formu)							
Uykulu	1.38 ± .78	1.40 (.00 - 3.00)	1.45 ± .86	1.60 (.00 - 3.00)	1562.000	-.382	.702
Hayalperest	1.38 ± .81	1.33 (.00 - 3.00)	1.50 ± .89	1.67 (.00 - 3.00)	1513.500	-.629	.529
Yavaş	1.49 ± .68	1.50 (.00 - 3.00)	1.62 ± .75	1.67 (.33 - 3.00)	1495.500	-.716	.474
YBTÖ (Ebeveyn formu) toplam puan	4.25 ± 1.88	4.07 (1.00 - 7.80)	4.57 ± 2.26	5.28 (1.27 - 8.80)	1472.000	-.832	.406
YBTÖÖ toplam puanı	3.84 ± .62	3.95 (1.45 - 5.00)	4.00 ± .56	4.15 (2.70 - 4.75)	1363.000	-1.379	.168
Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)							
YBTÖ (Ebeveyn formu)							
Uykulu	1.35 ± .82	1.20 (.00 - 2.80)	1.46 ± .75	1.50 (.00 - 3.00)	2307.000	-.875	.382
Hayalperest	1.29 ± .81	1.33 (.00 - 3.00)	1.59 ± .81	1.67 (.00 - 3.00)	1998.500	-2.135	.033
Yavaş	1.49 ± .75	1.50 (.00 - 3.00)	1.56 ± .59	1.67 (.50 - 2.83)	2327.000	-.794	.427
YBTÖ (Ebeveyn formu) toplam puan	4.12 ± 2.06	3.87 (1.00 - 8.80)	4.61 ± 1.77	4.75 (1.17 - 8.00)	2112.000	-1.659	.097
YBTÖÖ toplam puanı	3.83 ± .61	3.95 (1.85 - 5.00)	3.93 ± .62	4.10 (1.45 - 4.80)	2202.500	-1.295	.195
Kendini sert bir yere çarpma / kendine vurma							
YBTÖ (Ebeveyn formu)							
Uykulu	1.40 ± .83	1.40 (.00 - 3.00)	1.38 ± .69	1.40 (.00 - 3.00)	1993.000	-.023	.982
Hayalperest	1.41 ± .84	1.67 (.00 - 3.00)	1.40 ± .77	1.33 (.00 - 3.00)	1971.500	-.121	.903
Yavaş	1.52 ± .70	1.50 (.00 - 3.00)	1.50 ± .66	1.50 (.33 - 2.67)	1977.000	-.096	.924
YBTÖ (Ebeveyn formu) toplam puan	4.33 ± 1.98	4.20 (1.00 - 8.80)	4.27 ± 1.92	4.37 (1.27 - 8.00)	1983.000	-.068	.946
YBTÖÖ toplam puanı	3.83 ± .64	3.95 (1.45 - 5.00)	4.00 ± .52	4.10 (2.40 - 4.95)	1656.000	-1.552	.121

Tablo 4.7 (Devam). YBTÖ (ebeveyn formu) ve YBTÖÖ Puanlarının KZVDDE ilk bölümü ile karşılaştırılması.

	Düşük düzey		Daha yoğun		U	z	p
	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)			
Yaranın iyileşmesine engel olma							
YBTÖ (Ebeveyn formu)							
Uykulu	1.39 ± .77	1.40 (.00 - 3.00)	1.39 ± .84	1.40 (.00 - 3.00)	2350.500	-.102	.919
Hayalperest	1.41 ± .84	1.67 (.00 - 3.00)	1.40 ± .80	1.33 (.00 - 3.00)	2332.000	-.180	.857
Yavaş	1.51 ± .67	1.50 (.33 - 3.00)	1.53 ± .74	1.50 (.00 - 3.00)	2335.000	-.167	.867
YBTÖ (Ebeveyn formu) toplam puan	4.31 ± 1.89	4.27 (1.07 - 7.80)	4.32 ± 2.10	4.25 (1.00 - 8.80)	2374.500	-.002	.998
YBTÖÖ toplam puanı	3.80 ± .61	3.80 (1.45 - 4.80)	4.00 ± .60	4.15 (2.35 - 5.00)	1847.000	-2.198	.028
Cildi sert bir yüzeye sürtme							
YBTÖ (Ebeveyn formu)							
Uykulu	1.36 ± .81	1.40 (.00 - 3.00)	1.52 ± .71	1.60 (.20 - 3.00)	1479.000	-1.007	.314
Hayalperest	1.39 ± .83	1.50 (.00 - 3.00)	1.49 ± .78	1.67 (.00 - 3.00)	1554.500	-.636	.525
Yavaş	1.48 ± .71	1.50 (.00 - 3.00)	1.64 ± .59	1.67 (.50 - 2.83)	1460.500	-1.098	.272
YBTÖ (Ebeveyn formu) toplam puan	4.23 ± 1.99	4.02 (1.00 - 8.80)	4.66 ± 1.83	5.13 (1.43 - 8.00)	1434.000	-1.226	.220
YBTÖÖ toplam puanı	3.88 ± .62	4.00 (1.45 - 5.00)	3.82 ± .59	4.05 (2.45 - 4.65)	1577.500	-.517	.605
Kendine iğne batırma							
YBTÖ (Ebeveyn formu)							
Uykulu	1.36 ± .80	1.40 (.00 - 3.00)	1.59 ± .71	1.60 (.40 - 2.80)	947.500	-1.176	.239
Hayalperest	1.39 ± .85	1.33 (.00 - 3.00)	1.54 ± .62	1.67 (.00 - 2.33)	1034.000	-.659	.510
Yavaş	1.51 ± .70	1.50 (.00 - 3.00)	1.56 ± .61	1.58 (.67 - 2.67)	1086.000	-.343	.732
YBTÖ (Ebeveyn formu) toplam puan	4.26 ± 2.01	4.13 (1.00 - 8.80)	4.69 ± 1.53	4.77 (2.57 - 6.60)	975.000	-1.008	.314
YBTÖÖ toplam puanı	3.87 ± .62	4.00 (1.45 - 4.95)	3.86 ± .59	4.00 (2.70 - 5.00)	1098.000	-.270	.787
Tehlikeli zararlı madde içme / yutma							
YBTÖ (Ebeveyn formu)							
Uykulu	1.35 ± .79	1.40 (.00 - 3.00)	1.62 ± .80	1.90 (.20 - 3.00)	1077.000	-1.526	.127
Hayalperest	1.39 ± .80	1.33 (.00 - 3.00)	1.52 ± .92	1.67 (.00 - 3.00)	1226.500	-.703	.482
Yavaş	1.53 ± .69	1.50 (.00 - 3.00)	1.44 ± .72	1.67 (.00 - 2.33)	1314.500	-.213	.831
YBTÖ (Ebeveyn formu) toplam puan	4.27 ± 1.93	4.07 (1.00 - 8.80)	4.57 ± 2.14	5.72 (1.07 - 8.00)	1226.000	-.700	.484
YBTÖÖ toplam puanı	3.89 ± .62	4.00 (1.45 - 5.00)	3.77 ± .57	3.93 (2.45 - 4.65)	1153.500	-1.100	.271

Tablo 4.7 (Devam). YBTÖ (ebeveyn formu) ve YBTÖÖ Puanlarının KZVDDE ilk bölümü ile karşılaştırılması.

	Düşük düzey		Daha yoğun		U	z	p
	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)			
Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?							
	Evet		Bazen				
YBTÖ (Ebeveyn formu)							
Uykulu	1.36 ± .78	1.40 (.00 - 3.00)	1.50 ± .87	1.60 (.00 - 3.00)	1398.000	8.301.000	.351
Hayalperest	1.41 ± .84	1.33 (.00 - 3.00)	1.40 ± .78	1.67 (.00 - 3.00)	1546.500	1.924.500	.865
Yavaş	1.54 ± .69	1.50 (.00 - 3.00)	1.42 ± .73	1.33 (.00 - 2.83)	1414.000	1.792.000	.395
YBTÖ (Ebeveyn formu) toplam puan	4.31 ± 2.00	4.07 (1.00 - 8.80)	4.32 ± 1.81	5.10 (1.43 - 7.17)	1574.500	1.952.500	.980
YBTÖÖ toplam puanı	3.91 ± .59	4.05 (1.85 - 5.00)	3.73 ± .69	3.90 (1.45 - 4.80)	1322.000	1.700.000	.187
Tipik olarak kendinize zarar verme dürtüsü oluştuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz?							
	<1 saat		1-3 saat				
YBTÖ (Ebeveyn formu)							
Uykulu	1.42 ± .81	1.40 (.00 - 3.00)	1.24 ± .67	1.00 (.40 - 2.20)	1186.500	1.439.500	.386
Hayalperest	1.45 ± .81	1.67 (.00 - 3.00)	1.12 ± .86	1.17 (.00 - 2.67)	1047.000	1.300.000	.098
Yavaş	1.56 ± .69	1.50 (.00 - 3.00)	1.27 ± .67	1.08 (.33 - 2.67)	1002.000	1.255.000	.058
YBTÖ (Ebeveyn formu) toplam puan	4.43 ± 1.97	4.57 (1.00 - 8.80)	3.63 ± 1.80	3.42 (1.27 - 6.37)	1015.500	1.268.500	.070
YBTÖÖ toplam puanı	3.90 ± .63	4.05 (1.45 - 5.00)	3.70 ± .48	3.75 (2.90 - 4.40)	1001.000	1.254.000	.058
Kendinize zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister misiniz / istediniz mi?							
	Evet		Hayır				
YBTÖ (Ebeveyn formu)							
Uykulu	1.45 ± .77	1.50 (.00 - 3.00)	1.29 ± .83	1.20 (.00 - 3.00)	2188.000	3.728.000	.241
Hayalperest	1.47 ± .84	1.67 (.00 - 3.00)	1.31 ± .79	1.33 (.00 - 3.00)	2218.500	3.758.500	.292
Yavaş	1.55 ± .72	1.50 (.33 - 3.00)	1.45 ± .65	1.50 (.00 - 2.67)	2339.000	3.879.000	.578
YBTÖ (Ebeveyn formu) toplam puan	4.47 ± 1.96	4.65 (1.00 - 8.80)	4.06 ± 1.95	3.87 (1.00 - 8.00)	2159.000	3.699.000	.198
YBTÖÖ toplam puanı	3.78 ± .65	3.88 (1.45 - 4.95)	4.01 ± .52	4.10 (1.85 - 5.00)	1964.000	6.059.000	.037

*Mann-Whitney U testi

Psikiyatri servisine yatış sayısına göre Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği (YBTÖ) ebeveyn formu toplam puanlarının anlamlı şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir ($p = .047$). Post-hoc test sonuçları, psikiyatri servisine 2 kez yatışı yapılan hastaların YBTÖ ebeveyn formu toplam puanlarının (Medyan = 5.28), 3 kez yatışı yapılan hastalara göre (Medyan = 3.07) anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Tablo 4.8'de gösterildiği gibi, şimdi depresif bozukluğu olan hastaların YBTÖÖ toplam puanı (Medyan=4.10), olmayan hastalara göre (Medyan=3.80) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.005$). Geçmişte panik bozukluğu olan hastaların YBTÖ (Ebeveyn formu) toplam puanı (Medyan=6.08), olmayan hastalara göre (Medyan=4.03) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.025$).

Tablo 4.8. YBTÖ (ebeveyn) ve YBTÖÖ puanlarının ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile değerlendirilen psikiyatrik tanı gruplarına göre karşılaştırılması.

	Var		Yok		U	z	p
	Ort. ± SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort. ± SS.	Medyan (Min. - Mak.)			
Depresif bozukluk (şimdi)							
YBTÖ (Ebeveyn)							
Uykulu	1.40 ± .79	1.40 (.00 - 3.00)	1.39 ± .80	1.40 (.00 - 2.80)	2486.000	-.089	.929
Hayalperest	1.44 ± .84	1.67 (.00 - 3.00)	1.38 ± .81	1.50 (.00 - 3.00)	2397.500	-.451	.652
Yavaş	1.52 ± .75	1.67 (.00 - 3.00)	1.51 ± .66	1.50 (.33 - 3.00)	2411.500	-.392	.695
YBTÖ (Ebeveyn) toplam puan	4.37 ± 2.09	4.57 (1.00 - 8.00)	4.28 ± 1.88	4.00 (1.00 - 8.80)	2388.500	-.484	.628
YBTÖÖ toplam puan	4.03 ± .59	4.10 (1.85 - 5.00)	3.77 ± .60	3.80 (1.45 - 4.80)	1813.500	-2.814	.005
Depresif bozukluk (geçmiş)							
YBTÖ (Ebeveyn)							
Uykulu	1.37 ± .80	1.40 (.00 - 3.00)	1.45 ± .78	1.60 (.00 - 2.80)	1736.500	-.528	.598
Hayalperest	1.40 ± .83	1.50 (.00 - 3.00)	1.42 ± .81	1.67 (.00 - 2.67)	1781.000	-.319	.750
Yavaş	1.51 ± .68	1.50 (.00 - 3.00)	1.55 ± .74	1.67 (.33 - 2.67)	1783.500	-.305	.760
YBTÖ (Ebeveyn) toplam puan	4.28 ± 2.01	4.20 (1.00 - 8.80)	4.42 ± 1.79	4.57 (1.43 - 7.43)	1765.500	-.389	.697
YBTÖÖ toplam puan	3.90 ± .62	4.05 (1.85 - 5.00)	3.78 ± .59	3.90 (1.45 - 4.75)	1597.000	-1.185	.236
Panik Bozukluk (şimdi)							
YBTÖ (Ebeveyn)							
Uykulu	1.67 ± .98	1.80 (.20 - 3.00)	1.38 ± .79	1.40 (.00 - 3.00)	332.000	-.847	.397
Hayalperest	2.00 ± .82	2.33 (1.00 - 3.00)	1.38 ± .81	1.33 (.00 - 3.00)	240.000	-1.773	.076
Yavaş	1.53 ± .72	1.50 (.83 - 2.67)	1.52 ± .69	1.50 (.00 - 3.00)	416.500	-.005	.996
YBTÖ (Ebeveyn) toplam puan	5.19 ± 2.18	6.27 (2.03 - 7.17)	4.28 ± 1.95	4.13 (1.00 - 8.80)	276.000	-1.400	.161
YBTÖÖ toplam puan	3.82 ± .66	3.88 (2.85 - 4.75)	3.87 ± .61	4.00 (1.45 - 5.00)	379.500	-.373	.709
Panik bozukluk (geçmiş)							
YBTÖ (Ebeveyn)							
Uykulu	2.05 ± .48	2.00 (1.40 - 3.00)	1.35 ± .79	1.40 (.00 - 3.00)	257.000	-2.529	.041
Hayalperest	1.96 ± .92	2.33 (.00 - 3.00)	1.37 ± .81	1.33 (.00 - 3.00)	306.000	-2.114	.035
Yavaş	1.75 ± .48	1.75 (1.17 - 2.67)	1.50 ± .70	1.50 (.00 - 3.00)	423.000	-1.086	.278
YBTÖ (Ebeveyn) toplam puan	5.76 ± 1.13	6.08 (3.67 - 7.17)	4.23 ± 1.96	4.03 (1.00 - 8.80)	289.000	-2.243	.025
YBTÖÖ toplam puan	4.06 ± .64	4.13 (2.85 - 4.80)	3.86 ± .61	4.00 (1.45 - 5.00)	441.000	-.927	.354

Tablo 4.8 (Devam). YBTÖ (ebeveyn) ve YBTÖÖ puanlarının ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile değerlendirilen psikiyatrik tanı gruplarına göre karşılaştırılması.

	Var		Yok		U	z	p
	Ort. ± SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort. ± SS.	Medyan (Min. - Mak.)			
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu (geçmiş)							
YBTÖ (Ebeveyn)							
Uykulu	1.44 ± .87	1.60 (.20 - 2.80)	1.39 ± .79	1.40 (.00 - 3.00)	880.500	-.245	.806
Hayalperest	1.67 ± .73	1.67 (.33 - 3.00)	1.38 ± .83	1.67 (.00 - 3.00)	741.000	-1.189	.235
Yavaş	1.54 ± .90	1.67 (.33 - 3.00)	1.51 ± .67	1.50 (.00 - 3.00)	915.500	-.010	.992
YBTÖ (Ebeveyn) toplam puan	4.65 ± 2.28	4.68 (1.43 - 8.80)	4.28 ± 1.93	4.13 (1.00 - 8.00)	826.000	-.609	.542
YBTÖÖ toplam puan	4.02 ± .63	4.13 (2.35 - 4.95)	3.85 ± .61	4.00 (1.45 - 5.00)	751.500	-1.109	.267
Sosyal anksiyete bozukluğu (şimdi)							
YBTÖ (Ebeveyn)							
Uykulu	1.41 ± .88	1.40 (.00 - 3.00)	1.39 ± .78	1.40 (.00 - 3.00)	1335.000	-.100	.921
Hayalperest	1.61 ± .91	1.67 (.00 - 3.00)	1.37 ± .80	1.33 (.00 - 3.00)	1150.000	-1.129	.259
Yavaş	1.57 ± .76	1.67 (.33 - 3.00)	1.51 ± .68	1.50 (.00 - 3.00)	1302.000	-.282	.778
YBTÖ (Ebeveyn) toplam puan	4.58 ± 2.09	4.20 (1.43 - 8.80)	4.27 ± 1.94	4.37 (1.00 - 8.00)	1208.500	-.797	.426
YBTÖÖ toplam puan	3.86 ± .67	4.07 (1.45 - 4.70)	3.87 ± .60	4.00 (1.85 - 5.00)	1321.500	-.174	.862
Sosyal anksiyete bozukluğu (geçmiş)							
YBTÖ (Ebeveyn)							
Uykulu	1.42 ± .79	1.40 (.00 - 3.00)	1.39 ± .80	1.40 (.00 - 3.00)	1264.000	-.214	.830
Hayalperest	1.71 ± .76	1.67 (.00 - 3.00)	1.35 ± .82	1.33 (.00 - 3.00)	995.000	-1.740	.082
Yavaş	1.46 ± .61	1.33 (.67 - 2.67)	1.53 ± .71	1.50 (.00 - 3.00)	1222.000	-.451	.652
YBTÖ (Ebeveyn) toplam puan	4.59 ± 1.63	4.27 (1.43 - 7.17)	4.27 ± 2.01	4.22 (1.00 - 8.80)	1151.000	-.849	.396
YBTÖÖ toplam puan	3.83 ± .68	4.10 (1.45 - 4.80)	3.88 ± .60	4.00 (1.85 - 5.00)	1269.500	-.183	.855
Yaygın anksiyete bozukluğu (şimdi)							
YBTÖ (Ebeveyn)							
Uykulu	1.38 ± .97	1.30 (.20 - 3.00)	1.39 ± .76	1.40 (.00 - 3.00)	1203.000	-.270	.787
Hayalperest	1.47 ± .89	1.33 (.00 - 3.00)	1.40 ± .81	1.67 (.00 - 3.00)	1218.000	-.185	.853
Yavaş	1.37 ± .86	1.33 (.33 - 3.00)	1.54 ± .66	1.50 (.00 - 3.00)	1048.000	-1.162	.245
YBTÖ (Ebeveyn) toplam puan	4.21 ± 2.34	3.70 (1.43 - 8.80)	4.33 ± 1.90	4.37 (1.00 - 8.00)	1200.000	-.287	.774
YBTÖÖ toplam puan	4.01 ± .41	4.03 (3.25 - 4.70)	3.85 ± .64	4.00 (1.45 - 5.00)	1131.500	-.680	.496

Tablo 4.8 (Devam). YBTÖ (ebeveyn) ve YBTÖÖ puanlarının ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile değerlendirilen psikiyatrik tanı gruplarına göre karşılaştırılması.

	Var		Yok		U	z	p
	Ort. ± SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort. ± SS.	Medyan (Min. - Mak.)			
Yaygın anksiyete bozukluğu (geçmiş)							
YBTÖ (Ebeveyn)							
Uykulu	1.44 ± .88	1.50 (.20 - 3.00)	1.38 ± .78	1.40 (.00 - 3.00)	1316.500	-.202	.840
Hayalperest	1.48 ± .90	1.33 (.00 - 3.00)	1.39 ± .81	1.67 (.00 - 3.00)	1279.000	-.411	.681
Yavaş	1.57 ± .78	1.58 (.33 - 3.00)	1.51 ± .68	1.50 (.00 - 3.00)	1292.500	-.334	.738
YBTÖ (Ebeveyn) toplam puan	4.49 ± 2.06	4.35 (1.43 - 8.80)	4.28 ± 1.95	4.27 (1.00 - 8.00)	1264.000	-.491	.624
YBTÖÖ toplam puan	4.08 ± .40	4.05 (3.20 - 4.80)	3.83 ± .64	4.00 (1.45 - 5.00)	1093.500	-1.431	.152
Enürezis (geçmiş)							
YBTÖ (Ebeveyn)							
Uykulu	1.05 ± .53	.90 (.60 - 1.80)	1.40 ± .80	1.40 (.00 - 3.00)	207.000	-.909	.364
Hayalperest	.67 ± .82	.50 (.00 - 1.67)	1.43 ± .81	1.67 (.00 - 3.00)	136.000	-1.778	.075
Yavaş	1.42 ± .84	1.08 (.83 - 2.67)	1.52 ± .69	1.50 (.00 - 3.00)	247.500	-.418	.676
YBTÖ (Ebeveyn) toplam puan	3.13 ± 2.10	2.48 (1.43 - 6.13)	4.35 ± 1.95	4.37 (1.00 - 8.80)	182.000	-1.207	.227
YBTÖÖ toplam puan	3.66 ± .48	3.63 (3.25 - 4.15)	3.88 ± .61	4.00 (1.45 - 5.00)	200.000	-.991	.322
Yeme bozukluğu (şimdi)							
YBTÖ (Ebeveyn)							
Uykulu	1.22 ± .77	1.50 (.20 - 2.00)	1.40 ± .80	1.40 (.00 - 3.00)	480.000	-.591	.555
Hayalperest	1.38 ± .88	1.33 (.00 - 2.67)	1.41 ± .82	1.67 (.00 - 3.00)	529.500	-.162	.872
Yavaş	1.31 ± .51	1.58 (.50 - 1.83)	1.53 ± .70	1.50 (.00 - 3.00)	452.000	-.834	.404
YBTÖ (Ebeveyn) toplam puan	3.91 ± 2.01	4.25 (1.43 - 6.33)	4.34 ± 1.96	4.27 (1.00 - 8.80)	474.000	-.641	.522
YBTÖÖ toplam puan	3.67 ± .70	3.72 (2.45 - 4.75)	3.88 ± .61	4.00 (1.45 - 5.00)	426.000	-1.057	.290
Yeme bozukluğu (geçmiş)							
YBTÖ (Ebeveyn)							
Uykulu	1.31 ± .63	1.40 (.20 - 2.00)	1.40 ± .81	1.40 (.00 - 3.00)	972.500	-.377	.706
Hayalperest	1.42 ± .75	1.67 (.00 - 2.67)	1.41 ± .83	1.33 (.00 - 3.00)	1028.500	-.022	.982
Yavaş	1.39 ± .65	1.58 (.00 - 2.67)	1.53 ± .70	1.50 (.00 - 3.00)	934.000	-.620	.535
YBTÖ (Ebeveyn) toplam puan	4.11 ± 1.80	4.53 (1.43 - 6.33)	4.34 ± 1.98	4.27 (1.00 - 8.80)	960.500	-.451	.652
YBTÖÖ toplam puan	3.60 ± .58	3.60 (2.45 - 4.75)	3.90 ± .61	4.05 (1.45 - 5.00)	680.000	-2.223	.526

Tablo 4.8 (Devam). YBTÖ (ebeveyn) ve YBTÖÖ puanlarının ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile değerlendirilen psikiyatrik tanı gruplarına göre karşılaştırılması.

	Var		Yok		U	z	p
	Ort. ± SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort. ± SS.	Medyan (Min. - Mak.)			
DEHB (şimdi)							
YBTÖ (Ebeveyn)							
Uykulu	1.49 ± .74	1.40 (.20 - 2.80)	1.37 ± .80	1.40 (.00 - 3.00)	1372.500	-.670	.503
Hayalperest	1.37 ± .91	1.67 (.00 - 3.00)	1.41 ± .80	1.33 (.00 - 3.00)	1471.500	-.150	.880
Yavaş	1.69 ± .71	1.67 (.67 - 3.00)	1.48 ± .68	1.50 (.00 - 3.00)	1274.000	-1.187	.235
YBTÖ (Ebeveyn) toplam puan	4.55 ± 2.05	5.37 (1.27 - 7.80)	4.27 ± 1.94	4.10 (1.00 - 8.80)	1358.000	-.743	.457
YBTÖÖ toplam puan	3.83 ± .55	3.95 (2.90 - 5.00)	3.88 ± .62	4.00 (1.45 - 4.95)	1364.500	-.710	.478
DEHB (geçmiş)							
YBTÖ (Ebeveyn)							
Uykulu	1.51 ± .75	1.50 (.20 - 2.80)	1.37 ± .80	1.40 (.00 - 3.00)	1304.000	-.790	.429
Hayalperest	1.39 ± .93	1.67 (.00 - 3.00)	1.41 ± .80	1.33 (.00 - 3.00)	1449.500	-.013	.989
Yavaş	1.72 ± .71	1.75 (.67 - 3.00)	1.48 ± .68	1.50 (.00 - 3.00)	1194.000	-1.377	.169
YBTÖ (Ebeveyn) toplam puan	4.61 ± 2.07	5.38 (1.27 - 7.80)	4.26 ± 1.94	4.07 (1.00 - 8.80)	1284.000	-.894	.371
YBTÖÖ toplam puan	3.87 ± .53	3.98 (2.90 - 5.00)	3.87 ± .63	4.00 (1.45 - 4.95)	1375.500	-.407	.684
Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (şimdi)							
YBTÖ (Ebeveyn)							
Uykulu	1.52 ± .76	1.20 (1.00 - 2.80)	1.39 ± .80	1.40 (.00 - 3.00)	324.000	-.283	.777
Hayalperest	.93 ± .76	1.00 (.00 - 1.67)	1.42 ± .82	1.67 (.00 - 3.00)	229.000	-1.323	.186
Yavaş	1.93 ± .85	1.50 (1.00 - 3.00)	1.50 ± .68	1.50 (.00 - 3.00)	251.500	-1.071	.284
YBTÖ (Ebeveyn) toplam puan	4.39 ± 1.63	3.87 (2.83 - 6.27)	4.31 ± 1.97	4.32 (1.00 - 8.80)	337.500	-.135	.892
YBTÖÖ toplam puan	3.71 ± .67	3.60 (2.75 - 4.55)	3.88 ± .61	4.00 (1.45 - 5.00)	281.500	-.743	.458
Sigara/tütün kullanımı (şimdi)							
YBTÖ (Ebeveyn)							
Uykulu	1.47 ± .89	1.60 (.00 - 3.00)	1.36 ± .74	1.40 (.00 - 3.00)	2038.500	-.907	.364
Hayalperest	1.39 ± .78	1.67 (.00 - 3.00)	1.42 ± .84	1.50 (.00 - 3.00)	2210.500	-.170	.865
Yavaş	1.50 ± .70	1.50 (.33 - 2.83)	1.52 ± .69	1.50 (.00 - 3.00)	2180.000	-.300	.764
YBTÖ (Ebeveyn) toplam puan	4.36 ± 2.05	5.13 (1.00 - 8.00)	4.29 ± 1.92	4.10 (1.00 - 8.80)	2204.500	-.195	.846
YBTÖÖ toplam puan	3.94 ± .57	4.05 (2.35 - 5.00)	3.84 ± .63	3.95 (1.45 - 4.75)	2141.500	-.464	.643

Tablo 4.8 (Devam). YBTÖ (ebeveyn) ve YBTÖÖ puanlarının ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile değerlendirilen psikiyatrik tanı gruplarına göre karşılaştırılması.

	Var		Yok		U	z	p
	Ort. ± SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort. ± SS.	Medyan (Min. - Mak.)			
Sigara/tütün kullanımı (geçmiş)							
YBTÖ (Ebeveyn)							
Uykulu	1.32 ± .91	1.40 (.20 - 3.00)	1.40 ± .79	1.40 (.00 - 3.00)	626.500	-.380	.704
Hayalperest	1.57 ± .85	1.67 (.00 - 3.00)	1.40 ± .82	1.33 (.00 - 3.00)	608.500	-.523	.601
Yavaş	1.37 ± .58	1.25 (.50 - 2.33)	1.53 ± .70	1.50 (.00 - 3.00)	587.000	-.689	.491
YBTÖ (Ebeveyn) toplam puan	4.25 ± 2.15	4.48 (1.53 - 8.00)	4.32 ± 1.95	4.27 (1.00 - 8.80)	643.000	-.250	.803
YBTÖÖ toplam puan	4.06 ± .79	4.23 (2.35 - 5.00)	3.86 ± .60	4.00 (1.45 - 4.95)	514.500	-1.253	.210

Mann–Whitney U testi

KZVDDE ilk bölüm KZVD türlerinin sıklığı ile YBT ölçekleri arasındaki korelasyon Tablo 4.9 'de sunulmuştur. Tabloda gösterildiği gibi, YBTÖ Ebeveyn formu hayalperest alt ölçek puanı ile KZVD cildi sert yüzeye sürtme ($p<.05$) türü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. YBTÖÖ ölçeği toplam puanı ile KZVD kesme ($p<.01$) ve saç koparma ($p<.05$) türü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.9. YBTÖ (ebeveyn formu) ve YBTÖÖ puanlarının kendine zarar verme davranış türlerinin sıklığı ile korelasyonları.

KZVDDE İlk bölüm kzvd türleri	YBTÖ (Ebeveyn)			YBTÖ (Ebeveyn) Toplam puan	YBTÖÖ Toplam puan
	Uykulu	Hayalperest	Yavaş		
Kesme	-.024	-.027	.020	-.024	.240**
Isırma	-.013	-.030	.023	-.003	-.010
Yakma	.135	.161	.267	.197	.001
Cilde harf/yazı/şekil kazma	-.120	-.171	-.183	-.196	.202
Çimdikleme	.081	-.045	-.002	.035	-.130
Saç koparma	-.017	.035	-.013	.020	.231*
Tırnaklama	.063	.144	.055	.130	.075
Kendini çarpma / yere vurma	-.093	-.022	-.145	-.090	.131
Yaranın iyileşmesine engel olma	-.023	-.036	.003	-.008	.105
Cildi sert yüzeye sürtme	.165	.302*	.115	.249	.007
Kendine iğne batırma	.067	.131	-.077	.067	-.026
Tehlikeli zararlı madde içme / yutma	.209	-.209	.105	.156	-.468

Bütün analizlerde Spearman korelasyon analizi yapılmıştır.

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$

YBT ölçekleri puanları ile KZVDDE 2. Kısmı KZVD işlevleri, GGA ebeveyn ve GGA ergen formu puanları ve Psikiyatri servisine toplam yatış süresi arasındaki korelasyonlar Tablo 4.10'da sunulmuştur. Tabloda gösterildiği gibi, YBTÖ ebeveyn formu uykulu alt ölçek puanı ile KZVDDE Sosyal işlevler akranlarla bağ kurma alt ölçek puanı ($p<.05$) ve dayanıklılık alt ölçek puanı ($p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. YBTÖ ebeveyn formu hayalperest alt ölçek puanı ile KZVDDE Otonom işlevlerden çözülmeyi önleme ($p<.05$) alt ölçek puanı, Sosyal işlevlerden akranlarla bağ kurma ($p<.05$) alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

YBTÖ ebeveyn formu yavaşlık alt ölçek puanı ile KZVDDE Sosyal işlevlerden dayanıklılık ($p<.05$), özerklik ($p<.01$) alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

YBTÖ ebeveyn formu toplam puanı ile KZVDDE Sosyal işlevlerden kişiler arası etkileşim ($p<.05$) alt ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

YBTÖÖ toplam puanı ile KZVDDE Otonom işlevler affekt regülasyonu ($p<.1$), özkıyımı önleme ($p<.05$), sıkıntıyı etiketleme ($p<.01$), kendini cezalandırma ($p<.01$), çözülme önleme ($p<.001$), dayanıklılık ($p<.05$), özerklik ($p<.01$), kendiyle ilgilenme ($p<.001$) alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

YBTÖ ebeveyn formu yavaş alt ölçek puanı ile GGA ebeveyn formu dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik ($p<.05$) alt ölçek puanı ile pozitif yönde, sosyal davranışlar ($p<.05$) alt ölçek puanı ile negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

YBTÖ ebeveyn formu yavaş alt ölçek puanı ile GGA ergen formu dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik ($p<.05$) alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

YBTÖ ebeveyn formu toplam puanı ile GGA ebeveyn formu dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik ($p<.05$) alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

YBTÖÖ toplam puanı ile GGA ebeveyn formu duygusal sorunlar ($p<.05$) alt ölçek puanı arasında pozitif yönde, sosyal davranışlar ($p<.05$) alt ölçek puanı arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

YBTÖÖ toplam puanı ile GGA ergen formu dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik ($p<.001$), duygusal sorunlar ($p<.001$), akran sorunları ($p<.001$) alt ölçek puanı arasında pozitif yönde, sosyal davranışlar ($p<.01$) alt ölçek puanı arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

YBTÖÖ toplam puanı ile psikiyatri servisine toplam yatış süresi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < .01$).

Tablo 4.10. YBTÖ (ebeveyn formu) ve YBTÖÖ puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki korelasyonların incelenmesi.

	YBTÖ Ebeveyn formu			YBTÖ (Ebeveyn formu) toplam puan	YBTÖÖ Toplam puan
	Uykulu	Hayalperest	Yavaş		
KZVDE 2. Bölüm KZVD İşlev puanları					
Otonom işlevler					
Afekt regülasyonu	.097	-.029	.030	.036	.265**
Özkıyımı önleme	-.036	-.102	.023	-.037	.196*
Sıkıntıyı etiketleme	.099	.031	.157	.087	.232**
Kendini cezalandırma	.012	.035	.010	.031	.244**
Çözölmeyi önleme	-.115	.207*	-.062	-.134	.319***
Sosyal işlevler					
Kişiler arası sınırlar	.132	.095	.123	.109	.134
Kişiler arası etkileşim	-.127	-.155	-.137	-.166*	-.017
İntikam alma	.136	.044	.146	.169	.139
Heyecan arama	.135	.037	.145	.135	.158
Akranlarla bağ kurma	.179*	.165*	.156	.175	.098
Dayanıklılık	.209*	-.018	.194*	.121	.171*
Özerklik	.134	.033	.219**	.125	.220**
Kendiyle ilgilenme	-.108	-.108	-.025	-.106	.313***
Güçler ve Güçlükler Anketi (Ebeveyn formu)					
Dikkat eksikliği / Aşırı hareketlilik	.145	.154	.197*	.197*	.045
Davranış sorunları	.102	.022	.135	.143	.146
Duygusal sorunlar	.005	.089	.044	.072	.212*
Akran sorunları	-.020	-.072	.039	-.018	.130
Sosyal davranışlar	-.057	.069	-.189*	-.085	-.169*
Toplam güçlük puanı	.096	.094	.208*	.177*	.195*
Güçler ve Güçlükler Anketi (Ergen formu)					
Dikkat eksikliği / Aşırı hareketlilik	.113	.025	.181*	.133	.361***
Davranış sorunları	.007	.001	.045	.079	.132
Duygusal sorunlar	.048	.024	.031	.052	.405***
Akran sorunları	.093	.040	.033	.085	.308***
Sosyal davranışlar	.021	-.060	-.036	-.038	-.215**
Toplam güçlük puanı	.083	.029	.152	.120	.543***
Psikiyatri servisine toplam yatış süresi	.117	.033	.074	.086	.255**

GGA ergen formu alt boyutları ile YBTÖÖ toplam puanının KZVD kesme sayılarını ön görüp görmediğini belirlemek amacıyla önce korelasyon daha sonra ise çok değişkenli hiyerarşik regresyon analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 4.11,12 ve13'te sunulmuştur. Analizlerin varsayımlarının test edilmesinde Field'in (2009) önerdiği aşamalar takip edilmiş ve 3 hastanın yanıtları aşırı ve uç değer olarak belirlendiği için analizlerden çıkarılmış bütün analizler 142 hastanın verileri üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.11’da gösterildiği gibi KZVD kesme sayısı ile YBTÖÖ toplam puan ($p<.01$), GGA akran sorunları alt ölçek puanı ($p<.01$) ve GGA toplam güçlük puanı ($p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

YBTÖÖ toplam puan ile GGA Dikkat eksikliği / Aşırı hareketlilik ($p<.001$), davranış sorunları ($p<.001$), duygusal sorunlar ($p<.001$), akran sorunları ($p<.001$) alt ölçek puanı ve toplam güçlük puanı ($p<.001$) arasında pozitif yönde, sosyal davranışlar alt ölçek puanı ile negatif yönde ($p<.01$) anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

GGA Dikkat eksikliği / Aşırı hareketlilik alt ölçek puanı ile davranış sorunları ($p<.001$) alt ölçek puanı, duygusal sorunlar ($p<.001$) alt ölçek puanı ve toplam güçlük puanı ($p<.001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. GGA davranış sorunları alt ölçek puanı ile, duygusal sorunlar ($p<.001$) alt ölçek puanı, akran sorunları ($p<.05$) alt ölçek puanı ve toplam güçlük puanı ($p<.001$) arasında pozitif yönde, sosyal davranışlar alt ölçek puanı ile negatif yönde ($p<.001$) anlamlı bir ilişki bulunmuştur. GGA duygusal sorunlar alt ölçek puanı ile akran sorunları ($p<.001$) alt ölçek puanı ve toplam güçlük puanı ($p<.001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. GGA akran sorunları alt ölçek puanı ile toplam güçlük puanı ($p<.001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. GGA Sosyal davranışlar alt ölçek puanı ile toplam güçlük puanı ($p<.001$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.11. KZVD kesme sayısı, YBTÖÖ toplam puanı ve GGA ergen formu alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.KZVDDE kesme sayısı	-							
2. YBTÖÖ toplam puan	.236**	-						
3. GGA Dikkat eksikliği / Aşırı hareketlilik	.054	.361***	-					
4. GGA Davranış sorunları	.027	.362***	.488***	-				
5. GGA Duygusal sorunlar	.136	.406***	.326***	.307***	-			
6. GGA Akran sorunları	.282**	.311***	.118	.195*	.361***	-		
7. GGA Sosyal davranışlar	-.118	-.219**	-.143	-.384***	-.057	-.153	-	
8. GGA Toplam güçlük puanı	.185*	.543***	.672***	.692***	.748***	.585***	-.261***	-

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$

Kısmi Korelasyon

Tablo 4.12’de gösterildiği gibi, KZVDDE kesme sayısı ile YBTÖÖ toplam puan ($p<.01$) ve GGA akran sorunları ($p<.001$) alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

YBTÖÖ toplam puan ile GGA Dikkat eksikliği / Aşırı hareketlilik ($p<.001$) alt ölçek puanı, davranış sorunları ($p<.001$) alt ölçek puanı, duygusal sorunlar ($p<.001$) alt ölçek puanı, akran sorunları ($p<.001$) alt ölçek puanı ve toplam güçlük puanı ($p<.001$) arasında pozitif yönde, sosyal davranışlar alt ölçek puanı ile negatif yönde ($p<.01$) anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

GGA Dikkat eksikliği / Aşırı hareketlilik ile davranış sorunları ($p<.001$) alt ölçek puanı, duygusal sorunlar ($p<.001$) alt ölçek puanı ve toplam güçlük puanı ($p<.001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. GGA davranış sorunları alt ölçek puanı ile, duygusal sorunlar ($p<.01$) alt ölçek puanı, akran sorunları ($p<.05$) alt ölçek puanı ve toplam güçlük puanı ($p<.001$) arasında pozitif yönde, sosyal davranışlar alt ölçek puanı ile negatif yönde ($p<.001$) anlamlı bir ilişki bulunmuştur. GGA duygusal sorunlar alt ölçek puanı ile akran sorunları alt ölçek puanı ($p<.001$) ve toplam güçlük puanı ($p<.001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. GGA akran sorunları alt ölçek puanı ile toplam güçlük puanı ($p<.001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. GGA akran sorunları alt ölçek puanı ile toplam güçlük puanı ($p<.01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.12. GGA ergen formu alt ölçek puanlarının kontrol değişkeni olduğu durumda KZVD kesme sayısı ve YBTÖÖ toplam puan arasındaki korelasyonlar.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.KZVDDE kesme sayısı	-							
2. YBTÖÖ toplam puan	.227**	-						
3. GGA Dikkat eksikliği / Aşırı hareketlilik	.030	.368***	-					
4. GGA Davranış sorunları	.034	.357***	.512***	-				
5. GGA Duygusal sorunlar	.067	.427***	.333***	.274**	-			
6. GGA Akran sorunları	.295***	.330***	.150	.183*	.372***	-		
7. GGA Sosyal davranışlar	-.105	-.224**	-.135	-.332***	-.070	-.109	-	
8. GGA Toplam güçlük puanı	.147	.539***	.710***	.678***	.768***	.601***	-.219**	-

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$

YBTÖÖ toplam puanının KZVD kesme sayılarını ön görüp görmediğini belirlemek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Tablo 4.13’de gösterildiği gibi GGA ergen formu alt ölçek puanları step 1’e kontrol değişkenleri eklenmiş ve model anlamlı bulunmuştur $F(5, 136)=2.887$, $p=.016$ ve varyansın %6,3’ünü açıklamıştır ($\Delta R^2=.063$). Step 1’de KZVD kesme sayılarını anlamlı olarak ön gören tek değişken GGA akran sorunları alt ölçek puanıdır ($p=.009$).

Step 2’de eklenen YBTÖÖ toplam puan modeli anlamlı bulunmuş $F(6,135)=3.161$ $p=.006$ ve varyansın %8,4’ünü açıklamıştır ($\Delta R^2=.084$) ve YBTÖÖ toplam puanı anlamlı olarak KZVD kesme sayılarını ön görmüştür ($p=.043$).

Tablo 4.13. KZVD kesme davranışlarının çok değişkenli hiyerarşik regresyon analizi.

Step 1	B	SE	β	t	%95 CI		p
					LL	UL	
GGA Dikkat eksikliği / Aşırı hareketlilik	1.522	4.546	.045	.335	-7.467	10.511	.738
GGA Davranış sorunları	-.405	4.713	-.011	-.086	-9.724	8.915	.932
GGA Akran sorunları	12.449	4.678	.342	2.661	3.199	21.699	.009
GGA Sosyal davranışlar	-3.453	3.413	-.088	-1.012	-10.203	3.297	.314
GGA Toplam güçlük puanı	-1.221	2.484	-.103	-.492	-6.133	3.691	.624
Step 2							
GGA Dikkat eksikliği / Aşırı hareketlilik	1.744	4.495	.052	.388	-7.145	10.633	.699
GGA Davranış sorunları	.085	4.665	.002	.018	-9.140	9.310	.985
GGA Akran sorunları	12.628	4.625	.347	2.731	3.482	21.774	.007
GGA Sosyal davranışlar	-2.498	3.406	-.063	-.733	-9.234	4.239	.465
GGA Toplam güçlük puanı	-2.618	2.548	-.221	-1.027	-7.657	2.422	.306
YBTÖÖ toplam puan	24.113	11.779	.198	2.047	.818	47.408	.043

GGA duygusal sorunlar VIF ve Tolerans değeri nedeniyle modelden çıkarılmıştır.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızın temel amacı psikiyatri servisine yatış öyküsü olan kız ergenlerde Bilişsel Kopma Sendromu (BKS) belirti düzeyleri ile Kendine Zarar Verme Davranışları (KZVD) arasındaki ilişkiyi incelemektedir.

Çalışmamız, hem KZVD hem de intihar düşünce ve davranışı açısından yüksek riskli, psikiyatri servisine yatışı olan, kız ergenlerden oluşan bir klinik örnekleme yapılmıştır. Literatürde, KZVD'nin ergenler ve genç yetişkinlerde intihar düşünceleri ve davranışları için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (173-176). Ayrıca, belirli bir kendine zarar verme yönteminin neden olduğu fiziksel yaralanma derecesi ve kullanılan yöntemlerin sayısının, intihar düşünceleri ve davranışlarıyla pozitif bir ilişki gösterdiği tespit edilmiştir (177, 178). Bu bağlamda, çalışmamızın örnekleme, intihar ve kendine zarar verme davranışları açısından özellikle hassas ve dikkatle incelenmesi gereken bir popülasyonu temsil etmektedir. Çalışmamızda, son 1,5 yıl içinde psikiyatri servisimize yatışı yapılan 329 ergen hastanın 185'inde (%55,93) KZVD tespit edilmiştir. Çalışmaya alınan 145 örneklemin KZVD açısından yüksek risk grubunu temsil ettiğini, bu davranışların özellikle yatılı psikiyatrik tedavi gören ergenler arasında yaygın olduğunu ve erken müdahale gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Toplum örneklemelerinde yapılan araştırmalara göre, ergenlerde KZVD'nin yaygınlığı %14 ile %40 arasında değişmektedir (179, 180). Buna karşın, klinik örneklemelerde bu oran %40 ile %61 arasında bildirilmiştir (99). Çalışmamızda bu oran %55,93 olarak bulunmuştur ve literatürde bildirilen klinik örnekleme KZVD yaygınlığı ile benzerdir. Klinik popülasyonlar üzerinde yapılan bu tür çalışmalar, KZVD'nin psikiyatrik değerlendirme altındaki ergenler arasında ne kadar yaygın olduğunu ortaya koymakta ve bu grubun toplum örneklemelerine kıyasla daha yüksek risk altında olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, KZVD davranışlarının erken teşhis ve müdahale gerektirdiğini açıkça ortaya koymaktadır. Ayrıca, yatılı tedavi gören ve psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyan ergenlerde KZVD'nin daha kapsamlı bir izleme ve önleme stratejisi ile ele alınması gerektiğini desteklemektedir. Bu durum, bu tür davranışların psikiyatrik tedavi süreçlerinde daha fazla dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda yer alan katılımcılar, 12-18 yaş aralığındaki kız ergenlerden oluşmaktadır. Bu dönem, bireyin risk alma davranışlarının belirginleştiği ve bu tür davranışların yaygın olarak gözlemlendiği bir süreçtir. Ergenlikte hormonal değişimlerin yanı sıra sosyal ve duygusal baskılar, riskli davranışların artışına katkıda bulunabilmektedir. Önceki araştırmalar, ergenlik döneminde KZVD yaygın olduğunu ve ergenlerin yaklaşık %23'ünün yaşamlarında en az bir kez kendilerine kasıtlı olarak zarar verdiklerini, yaklaşık %19'unun ise bunu araştırmanın yapıldığı tarihten geriye doğru bir yıl içinde gerçekleştirdiğini göstermektedir (181). Ancak, ergenlik döneminde KZVD'nin yaygınlığı ve başlangıç yaşıyla ilgili belirgin bir değişkenlik olduğu vurgulanmaktadır.

Çalışmamızda, KZVD başlangıç yaşı ortalaması 12.45 ± 1.78 olarak belirlenmiştir. Bu bulgu, literatürde KZVD'nin 11-15 yaş aralığında başladığını ifade eden çalışmalarla uyumludur (10). Bazı çalışmalar, KZVD'nin ergenlik öncesinde başlayabileceğini öne sürerken (182), diğer araştırmalar bu davranışın genellikle 15-17 yaşlarında zirveye ulaştığını ve geç ergenlik ya da erken yetişkinlik döneminde azaldığını bildirmektedir (9, 183). Bu sonuçlar, KZVD'nin başlangıç yaşının ergenlik dönemindeki gelişimsel ve sosyal değişimlerle bağlantılı olabileceğini göstermektedir. Bu bağlamda, çalışmamızda 12-18 yaş grubundaki ergenlerin seçilmesi, KZVD'nin bu yaş aralığında nasıl bir dağılım ve özellik gösterdiğini anlamaya yönelik önemli bir adım olarak değerlendirilmiştir. Bu yaş grubuna odaklanılarak, KZVD'nin ergenlikteki özgün dinamiklerinin ortaya konulması hedeflenmiştir.

Araştırmamızda katılımcıların tamamı kızlardan oluşmaktadır. Çalışmamızın yalnızca kız hastalarla sınırlı olmasının temel sebebi, araştırmanın yürütüldüğü merkezin (Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Yataklı Psikiyatri Servisi) yalnızca kız hastalara hizmet vermesidir.

Literatür taramalarında, KZVD'nin cinsiyet dağılımına ilişkin farklı bulgular elde edilmiştir. Bazı çalışmalar KZVD'nin kızlarda daha yaygın olduğunu öne sürerken (125, 184), diğer araştırmalar erkeklerde daha sık görüldüğünü belirtmiştir (185). Öte yandan, Türkiye'de sağlıklı gençler üzerinde yapılan çalışma (186), KZVD'nin cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık göstermediğini ortaya koymuştur. Genel olarak, KZVD'nin cinsiyet temelli dağılımına yönelik yapılan çalışmalar hem klinik hem de sağlıklı örneklem gruplarında tutarsız sonuçlar sunmaktadır. Bu durum, KZVD'nin cinsiyetler arasındaki dağılımını daha iyi anlamak için kapsamlı ve çok boyutlu araştırmalar yapılması gerektiğini göstermektedir.

Araştırmamızda, katılımcıların ebeveyn birlikteliği incelendiğinde, %46,2'sinin ebeveynlerinin boşanmış olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin birlikte yaşaması, ılımlı bir aile ortamının sağlanması ve çocuğa olumlu ebeveyn ilişkilerinin sunulması açısından önemli bir rol oynamaktadır. Literatürde, olumlu aile ilişkilerinin çocuğun kimlik gelişimi ve psikolojik sağlamlığı üzerinde belirleyici bir etkisi olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda, olumlu aile ilişkileri ve aile bütünlüğünün, KZVD gelişimi üzerinde koruyucu bir etkisi olduğu gösterilmiştir (187). Ebeveynlerinden uzun süre ayrı kalan ya da aile birliği bozulan bireylerde, KZVD görülme olasılığının daha yüksek olduğu da literatürde vurgulanmaktadır (188). Çalışmamızdan elde edilen veriler, kendine zarar verme davranışına sahip ergenlerde ebeveyn boşanma oranlarının yüksek olduğuna dair literatürdeki bulguları desteklemektedir (188). Bu durum, aile dinamiklerinin ergenlerin ruh sağlığı ve davranışları üzerindeki etkisini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, ebeveynlerin eğitim düzeyleri ve ailelerin ekonomik durumları değerlendirilmiştir. 96 (%66,2) hastanın annesi çalışmıyordu ve 82'sinin (%56,6) annesi ilkokul mezunuydu. Ayrıca, 74 (%51,0) hastanın aile gelir düzeyinin açlık sınırının (20.000 TL) altında olduğu belirlenmiştir. Literatür, sosyoekonomik ve kültürel olarak dezavantajlı olan ergenler arasında KZVD prevalansının arttığını göstermektedir. Sosyoekonomik düzey ve toplumsal koşulların bireylerin psikolojik durumu üzerindeki etkisini ele alan araştırmalar, bu tür davranışların sosyoekonomik olarak daha zorlu çevrelerde yaşayan bireyler arasında daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur (189, 190). Zorlu ekonomik koşullar, bireylerin yaşam standartlarının düşmesine, temel ihtiyaçlara ulaşmada zorluklar yaşamasına ve ebeveynlerin stres seviyelerinin artmasına ve duygu düzenleme becerileri açısından olumlu modelleme yapamamalarına neden olabilmektedir. Bir araştırma, yoğun ve değişken duygularını düzenlemeyen ve düzenlemeyi etkili bir şekilde öğrenemeyen ergenlerin daha fazla depresif belirti, problemlili davranış ve KZVD sergilediğini göstermiştir (191). Çalışmamızda elde edilen bulgular, literatürdeki verilerle uyumlu olarak yorumlanmıştır ve sosyoekonomik koşulların KZVD üzerindeki etkisini bir kez daha vurgulamaktadır.

Çalışmamızda, gençlerin %20'sinin KZVD gösteren bir arkadaşına sahip olduğu tespit edilmiştir. Ancak, bu oran literatürdeki bulgulara kıyasla daha düşük seviyede bulunmuştur.

Literatürdeki bir çalışmada, KZVD gösteren bireylerin %80'inin en az bir KZVD'li arkadaşına sahip olduğu, kadınlar arasında yapılan bir başka çalışmada ise bu oranın %73 olarak belirlendiği bildirilmiştir (192, 193). Genel olarak literatür, KZVD gösteren bir arkadaşına sahip olmanın, bu davranışların ortaya çıkma riskini artıran önemli bir faktör

olduğunu ortaya koymaktadır (145, 194). Bu ilişki, ergenlik döneminde akran onayının ve akranları model alma eğiliminin etkisiyle açıklanabilir. Ergenlerin sosyal çevresindeki bireylerin davranışlarının, kendi davranışlarına yansıma eğiliminde olduğu bilinmektedir.

Çalışmamızda, KZVD gösteren ergenlerin arkadaşlarına ilişkin verilerin ebeveynlerden elde edilmesi ve bu oranın literatüre kıyasla daha düşük bulunması, ebeveynlerin çocuklarının sosyal çevreleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Literatürde, ebeveynlerin çocuklarının sosyal ilişkileri üzerindeki bilgi eksikliğinin, ergenlerin riskli davranışlara yönelme olasılığını artırdığı belirtilmektedir (195). Bu bulgu, KZVD'nin akran ilişkileri bağlamında değerlendirilmesi ve bu konuda ailelerin farkındalığını artırmaya yönelik çalışmaların önemini vurgulamaktadır.

Araştırmamızda, ailede ruhsal hastalık bulunma durumunu incelediğimizde, katılımcıların %32,4'ünün ailesinde en az bir ruhsal bozukluk olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışmalar, ergenlik döneminde görülen KZVD belirtilerinin, ailelerinde psikiyatrik veya fiziksel hastalık geçmişi bulunan bireylerde daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır (140, 147). Bir meta-analiz çalışmasında, KZVD risk faktörlerine odaklanılarak, ebeveynlerdeki psikopatoloji ile ergenlerde KZVD görülme olasılığı arasında anlamlı bir bağlantı tespit edilmiştir (196). Ayrıca, geniş çaplı bir takip çalışmasında, çocuk 12 yaşındayken ailedeki ruhsal sorun varlığının, 15 yaşına geldiğinde KZVD gelişimini öngördüğü saptanmıştır. Bu durum, ailedeki psikopatoloji varlığının yalnızca genetik aktarım yoluyla değil, aynı zamanda çevresel etkiler aracılığıyla da KZVD gelişimine katkıda bulunduğunu ortaya koymaktadır (188). Ailede psikiyatrik bozuklukların varlığı, bireyin yetiştirildiği ortamın sağlıklı bir psikososyal destek sisteminden yoksun olmasına neden olabilir. Bu durum, bireylerin duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamada zorluk yaşamalarına, duygularını düzenleme becerilerinde yetersizlik göstermelerine yol açabilir. Yetersiz ilgi, anlayış ve destek, bireylerin yaşadığı duygusal zorluklarla başa çıkma yollarını sınırlandırarak, KZVD'nin bu tür zorluklarla baş etme yöntemi olarak kullanılmasına neden olabilir. Özellikle yetersiz sosyal ve duygusal destek, öfkeyi yönetme kapasitesinin azalması ve artan yalnızlık duygusu, KZVD gelişimini tetikleyebilecek önemli faktörlerdir. Ailenin duygusal iklimi ve aile ilişkilerinin çocuğun ruhsal gelişimi üzerindeki belirleyici rolü de bu bağlamda öne çıkmaktadır (197). Ruhsal olarak zorlanmış bir yetişkinin, ergene olumsuz bir örnek oluşturması ve duygusal iletişim yoluyla ergenin ruhsal durumunu etkileyebileceği literatürde sıkça vurgulanmıştır. Bu nedenle, psikolojik sorunlar yaşayan yetişkinlerin etkisinde kalan bireylerde KZVD'nin daha yaygın görülmesi beklenen bir bulgudur. Çalışmamızda ailede ruhsal hastalık bulunma sıklığının literatürden daha az bulunmasının

olası sebebinin örnekleme sosyoekonomik açıdan dezavantajlı ailelerin baskın olması sosyoekonomik açıdan dezavantajlı ailelerin ruhsal sorunları fark etme konusunda yetersiz kalmasından veya bu tür sorunları gizleme eğiliminde olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ailelerin bu konudaki farkındalık düzeyinin artırılması hem bireylerin hem de ailelerin ruh sağlığını desteklemek açısından önemli bir adım olabilir. Bulgularımız, bu tür dinamiklerin KZVD'nin gelişimindeki etkisini daha iyi anlamak için daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda, en sık görülen kendine zarar verme davranışının kesme olduğu tespit edilmiştir. Bu davranış tüm hastalarda gözlemlenmiştir (%100). Kesme davranışını tırnaklama (deriyi kanatacak kadar) (N=111 %76,6), yaranın iyileşmesini engelleme (N=104 %71,7), kendini sert bir yere çarpma ya da vurma, çimdikleme, ısırma, saç koparma, cilde harf veya şekil kazıma, kendine iğne batırma, cildi sert bir yüzeye sürme, yakma ve zararlı madde içme gibi davranışlar takip etmiştir. Bu bulgular, çalışmamızda kesme, tırnaklama (deriyi kanatacak kadar), yaranın iyileşmesini engelleme davranışının tüm hastalar arasında en yaygın kendine zarar verme yöntemleri olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde lise öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada, en yaygın kendine zarar verme davranışı olarak “kendini sert bir yere çarpma ya da vurma” saptanmıştır ve bunu “ yaranın iyileşmesini engelleme” ile “kesme” takip etmiştir (143). Buna karşın, genç erişkinler üzerinde yapılan bir başka araştırmada, “kesme” davranışının en sık görülen yöntem olduğu ve bunun erken dönemdeki uyumsuz şemalarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (198).

Çalışmamızda, literatürden farklı olarak en sık gözlenen kendine zarar verme davranışının kesme olması ve yataklı serviste tedavi görmekte olan ergen popülasyonunda KZVD davranış türlerini tanımlayan ilk çalışma olması, literatüre önemli bir katkı sunmaktadır.

Bu bulgu aynı zamanda KZVD türlerinin yaş ve bağlama göre farklılık gösterebileceğine işaret etmektedir.

Araştırmamız, KZVD'nin otonom ve sosyal işlevleri arasında belirgin farklılıklar olduğunu göstermektedir. Otonom işlevler kapsamında, bireylerin en yaygın şekilde kendine zarar verme davranışlarını duygusal düzenleme (afekt regülasyonu) amacıyla gerçekleştirdikleri ortaya çıkmıştır. Afekt regülasyonu alt ölçek puan ortalamasının ($1,57 \pm 0,41$) diğer otonom işlevlere göre daha yüksek olması, bu davranışın temel motivasyonunun duygusal sıkıntıyı hafifletmek olduğunu düşündürmektedir. Bunun yanı sıra, kendini cezalandırma ($1,29 \pm 0,56$) ve çözülme önleme ($1,16 \pm 0,58$) işlevleri de sıkça görülen diğer motivasyonlar arasında yer almaktadır. Bu bulgular, bireylerin KZVD'yi duygusal

dengeyi yeniden sağlama ya da yoğun içsel sıkıntıları hafifletme amacıyla kullanabileceğini göstermektedir. Daha düşük oranlarda özkıyımı önleme ($1,13 \pm 0,58$) ve sıkıntıyı etiketleme ($1,00 \pm 0,62$) gibi işlevler de bireylerin bu davranışları gerçekleştirme nedenleri arasında yer almaktadır.

Sosyal işlevler açısından incelendiğinde, KZVD'nin daha az sosyal amaçlarla gerçekleştirildiği görülmüştür. Ancak bazı sosyal işlevler öne çıkmaktadır. Özellikle, kendiyile ilgilenme ($0,68 \pm 0,53$) ve kişiler arası etkileşim ($0,52 \pm 0,50$) ortalamalarının diğer sosyal işlevlere göre daha yüksek olması, bireylerin bu davranışları çevresindekilerin dikkatini çekmek, yardım arayışı içinde olmak ya da sosyal ilişkilerinde destek bulmak amacıyla da gerçekleştirdiğini göstermektedir. Bununla birlikte, dayanıklılık ($0,46 \pm 0,53$) ve intikam alma ($0,51 \pm 0,49$) gibi sosyal işlevler orta düzeyde rol oynarken, akranlarla bağ kurma ($0,10 \pm 0,21$) ve heyecan arama ($0,27 \pm 0,37$) gibi işlevlerin daha düşük ortalamalara sahip olduğu görülmektedir.

Literatürde KZVD birçok farklı işleve sahip olup, bireylerin bu davranışı farklı motivasyonlarla gerçekleştirdiğini bildiren çalışmalar mevcuttur. KZVD işlevlerinin dağılımı, değerlendirilen popülasyon türüne bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, hükümlüler, yataklı serviste tedavi görmekte olan psikiyatri hastaları veya ergenler gibi gruplar arasında bu işlevlerin çeşitliliği ve baskınlığı değişiklik gösterebilmektedir (125). Ergenler, genellikle birden fazla nedenden dolayı KZVD gerçekleştirdiklerini ifade etmektedir. Duygularını düzenlemek amacıyla KZVD'ye başvurduklarını belirten ergenler, aynı zamanda sosyal işlevleri sağlamak için de bu davranışı gerçekleştirebilirler. Ancak, sosyal işlevlerle başlayan KZVD'nin, zamanla otonom işlevler aracılığıyla sürdürüldüğü de gözlemlenmiştir (126). Bu durum, bireyin başlangıçtaki motivasyonlarının sosyal bağlamda şekillenmesine karşın, davranışın devam etmesinde içsel motivasyonların daha baskın hale gelebileceğini göstermektedir. Ergenlerle yapılan bir çalışmada KZVD'de otonom işlevlerin sosyal işlevlerden daha yaygın olduğu bildirilmiştir (102). Benzer şekilde, psikiyatri servisinde tedavi gören hastalarla yapılan bir çalışmada, KZVD'nin en sık otonom işlevlere aracılık ettiği belirlenmiştir (130).

Çalışmamızda da KZVD'nin temel motivasyonunun otonom işlevlere dayandığını, yani bireylerin bu davranışları daha çok içsel duygusal ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla gerçekleştirdiği şeklindeki literatür bulgusu desteklenmiştir. Sosyal işlevlerin daha düşük oranlarda görülmesi, bireylerin kendine zarar verme davranışlarını başkalarıyla iletişim kurma ya da sosyal bağlar kurmaktan ziyade, içsel sıkıntıları hafifletme amacıyla tercih ettiklerini düşündürmektedir. Bu durum, tedavi planlamalarında bireylerin duygusal

düzenleme stratejilerini güçlendirmeye ve bu tür davranışların arkasındaki içsel nedenlere odaklanmaya yönelik bir yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda atılımcıların psikiyatrik tanı durumları, yarı yapılandırılmış bir görüşme yöntemi olan ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T değerlendirmesi ile belirlenmiştir. Bu değerlendirme, katılımcıların hem mevcut hem de geçmiş psikiyatrik durumlarını kapsamlı bir şekilde analiz etmek amacıyla kullanılmıştır. Çalışmanın örneklemine dahil edilme kriterleri çerçevesinde, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), otizm spektrum bozukluğu (OSB) ve zihinsel yetersizlik (ZY) tanıları olan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir. Bu durum, çalışmanın odaklandığı konuların daha net bir şekilde analiz edilmesi ve potansiyel karıştırıcı etkilerin azaltılması amacıyla tercih edilmiştir. Katılımcılar arasında, Depresif bozukluk, geçmişte %77,2 oranıyla en sık görülen tanı iken, şimdiki oranı %39,3 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu, geçmişte ve şimdi benzer oranlarla görülmeye devam etmektedir (DEHB: geçmiş %16,6, şimdi %17,2; Sosyal Anksiyete Bozukluğu: geçmiş %14,5, şimdi %15,2). Yaygın Anksiyete Bozukluğu da geçmişte %15,2 oranıyla tespit edilmişken, şimdi %13,8 oranında devam etmektedir. Hastaların taburculuk sonrası değerlendirilmesi, geçmiş tanı oranlarının yüksek çıkmasını açıklayabilecek önemli bir faktör olmakla birlikte, bazı tanıların hala belirgin bir şekilde devam ettiği de gözlemlenmiştir. Bu durum, psikiyatrik komorbiditelerin taburculuk sonrası süreçte de önemini koruduğunu ve belirli tanıların süreklilik gösterme eğiliminde olduğunu vurgulamaktadır. Bu bulgular, KZVD ile ilişkili psikiyatrik durumların, yalnızca kriz dönemlerinde değil, taburculuk sonrasında da kapsamlı bir izleme ve müdahale stratejisi gerektirdiğini işaret etmektedir.

Bulgular, KZVD'nin çoğunlukla tek başına bir sorun olmaktan ziyade, diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkili bir durum olduğunu göstermekte ve bu rahatsızlıkların eş zamanlı değerlendirilmesinin önemine işaret etmektedir. Bu ilişki, çoğunlukla iki yönlü bir etkileşim sergilemektedir; psikiyatrik bozukluklar KZVD'yi tetikleyebileceği gibi, KZVD de psikiyatrik belirtilerin artışına veya kötüleşmesine neden olabilir.

Psikiyatrik komorbiditeler ile KZVD arasındaki ilişki incelendiğinde, bu iki durum arasında güçlü bir bağlantı olduğu ortaya konulmuştur. Araştırmalar, KZVD'ye eğilimli bireylerin genellikle birden fazla psikiyatrik bozuklukla birlikte olduğunu göstermektedir. KZVD ile en sık eş zamanlı olarak görülen bozukluklar arasında Major Depresif Bozukluk (MDB), bipolar bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu

(TSSB) ve kişilik bozuklukları yer almaktadır (199, 200). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak en sık DSM-5 tanısı Depresif Bozukluk olarak belirlenmiştir.

Literatürde, KZVD ile BKS belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların hem KZVD hem de BKS belirtilerini değerlendirmesinde kullanılan ölçeklerin kısıtlılığı, BKS belirtilerinin DEHB tanılı bireylerde ebeveyn ve/veya öğretmen bildirimleri ile değerlendirilmesi, öz bildirim ölçeklerinin kullanılmaması, örneklem büyüklüğünün azlığı ve intihar ve KZVD açısından yatılı tedavi gerektirecek kadar riskli gruplar üzerinde inceleme yapılmaması gibi önemli sınırlamaları bulunmaktadır.

Yapılan çalışmalarda BKS belirtilerinin intihar düşüncesi ve davranışlarıyla anlamlı bir ilişki gösterdiğini tespit etmiş (11) ve bu ilişkiyi İntiharın Kişilerarası Teorisi ile açıklamışlar (201). Bu teoriye göre, intihar düşüncelerini ve arzusunu artıran temel faktörler arasında engellenmiş aidiyet hissi (sosyal bağların kopukluğu ve destek eksikliği) ile algılanan yük olma (öz-nefret ve başkalarına yük olma inancı) yer almaktadır. Yapılan bir çalışmada engellenmiş aidiyet hissi ve sosyal izolasyonun, KZVD'nin en güçlü ve güvenilir öngörücülerinden biri olduğu desteklenmiştir (201). Aynı zamanda, BKS belirtilerinin sosyal geri çekilme, izolasyon ve düşük sosyal işlevsellikle benzersiz bir şekilde ilişkili olduğu, önceki çalışmalar tarafından tutarlı bir şekilde ortaya konulmuştur (57, 61, 202-204). Bu durum, BKS'nin sosyal ilişkiler üzerindeki olumsuz etkilerinin, intihar düşünceleri ve KZVD gelişimine katkıda bulunabileceğini göstermektedir. BKS ile ilişkilendirilen sosyal izolasyon, aidiyet eksikliği, düşük benlik saygısı ve yalnızlık gibi özelliklerin, bireylerde intihar düşüncelerinin ve KZVD'nin ortaya çıkmasında önemli mekanizmalar olabileceği vurgulanmaktadır. Ayrıca, BKS belirtileri yüksek olan bireylerde duygu düzenleme güçlükleri, akranlar tarafından dışlanma, kişilerarası sorunlar, yalnızlık hissi ve düşük benlik saygısının daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Tüm bu faktörlerin KZVD'nin gelişiminde önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

Araştırmamızın ana hipotezi, psikiyatri servisine yatış öyküsü olan kız ergenlerde BKS belirtileri ile KZVD arasında bir ilişki olduğunu ve BKS belirtilerindeki artışın KZVD'nin belirli türlerindeki artışla bağlantılı olduğunu öne sürmektedir.

YBTÖ ebeveyn formunun hayalperest alt boyutunun, 'cildi sert bir yüzeye sürme' davranışı ile pozitif yönde ilişkili bulunması ($p < .05$), BKS'nin hayalperestlik ve dalgınlık gibi belirtilerinin dolaylı zarar verme davranışlarını tetikleyebileceğini göstermektedir. Bunun yanı sıra, YBTÖÖ toplam puanının, 'kesme' ($p < .01$) ve 'saç koparma' ($p < .05$) davranışları ile pozitif ilişkili olması, BKS belirtilerindeki artışın daha doğrudan ve yoğun

fiziksel zarar verme davranışlarını artırabileceğini ortaya koymaktadır. Bu bulgular, BKS'nin düşük bilişsel kontrol, sosyal geri çekilme ve duygusal düzenleme güçlükleri gibi özelliklerinin, bireylerin hem dolaylı (ör. cildi sert yüzeye sürme) hem de doğrudan (ör. kesme ve saç koparma) zarar verme davranışlarına yönelmesini kolaylaştırdığını göstermektedir.

Araştırmada elde edilen bulgular, BKS belirtileri ile KZVD arasındaki ilişkinin, diğer değişkenler kontrol edildiğinde bile anlamlılığını koruduğunu göstermiştir. YBTÖÖ toplam puanı ile KZVD kesme sayıları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r = .236, p < .01$). Bu ilişki, GGA alt boyutları kontrol değişkeni olarak modele dahil edildiğinde dahi pozitif ve anlamlı kalmaya devam etmiştir ($r = .227, p < .01$). Hiyerarşik regresyon analizinde de YBTÖÖ toplam puanı, GGA alt boyutları kontrol edilse bile KZVD kesme sayılarını anlamlı bir şekilde öngörmeye devam etmiştir ($B = 24.113, \beta = .198, p = .043$). Elde edilen bulgular çalışmamızın ana hipotezini destekler niteliktedir.

Bu sonuçlar, BKS belirtilerinin KZVD üzerindeki etkisinin bağımsız bir belirleyici olduğunu ve bu ilişkinin sosyal ve davranışsal faktörler (örneğin, akran sorunları veya sosyal davranışlar) kontrol edildiğinde dahi geçerli olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle, GGA alt boyutları arasında en güçlü belirleyici olan akran sorunları modele dahil edilse bile BKS belirtilerinin etkisinin devam etmesi, bu sendromun bireylerin kendine zarar verme davranışlarını anlamada kritik bir bileşen olduğunu göstermektedir.

BKS belirtileri ile KZVD işlevleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, araştırma bulgularımız, BKS belirtilerinin şiddeti arttıkça, KZVD içsel düzenleyici işlevlerinin arttığını ve dışsal düzenleyici işlevlerinin azaldığını öne süren hipotezimizi destekler niteliktedir. YBTÖÖ toplam puanının affekt regülasyonu ($p < .01$), özkıyımı önleme ($p < .05$), sıkıntıyı etiketleme ($p < .01$), kendini cezalandırma ($p < .01$) ve çözülmeyi önleme ($p < .001$) gibi otonom işlevlerle pozitif ilişkisi, BKS belirtilerinin bireylerin duygusal yoğunluklarıyla baş etmekte zorlandığını ve KZVD'yi bu zorluklarla başa çıkmak için içsel bir düzenleme mekanizması olarak kullandığını göstermektedir. Özellikle çözülmeyi önleme işlevi ile güçlü ilişki, BKS'nin neden olduğu dissosiyatif durumların üstesinden gelmek için KZVD'nin bir araç olarak kullanılabileceğini ortaya koyarken, sıkıntıyı etiketleme işlevi ile ilişki ise BKS'nin duygusal farkındalık eksikliği yaratarak KZVD'yi bir tür içsel iletişim aracı haline getirdiğini işaret etmektedir. Ayrıca, BKS belirtilerinin sosyal işlevlerden dayanıklılık ($p < .05$), özerklik ($p < .01$) ve kendiyle ilgilenme ($p < .001$) gibi alt boyutlarla pozitif ilişki göstermesi, bu işlevlerin yalnızca dışsal sosyal bağlamlarla ilişkili olmadığını, aynı zamanda bireylerin içsel düzenleme ihtiyaçlarına da hizmet ettiğini ortaya koymaktadır.

Dayanıklılık ve kendiyle ilgilenme gibi işlevlerin, bireylerin zorlayıcı durumlarla başa çıkma ve kendi ihtiyaçlarına yönelik bakım sağlama çabalarını yansıtmaması, sosyal işlevlerin dahi içsel süreçlere odaklandığını göstermektedir. Bu bağlamda, BKS belirtilerinin bireylerin duygusal ve sosyal işlevselliklerini derinden etkilediği, dışsal düzenleme yollarına daha az başvurulmasına rağmen, sosyal işlevlerin bile içsel düzenleyici fonksiyonlarla bütünleştiği anlaşılmaktadır.

Araştırmamızda toplam yatış süresi ortalaması $19,41 \pm 13,22$ gün olarak bulunmuş, YBTÖÖ toplam puanı ile psikiyatri servisine yatış süresi arasında pozitif yönde anlamlı ($p < .01$) bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, BKS belirtilerinin şiddetinin artmasıyla yatarak tedavi süresinin uzadığını öne süren hipotezimizi destekler niteliktedir. Çocuk ve ergen psikiyatri servislerinde ortalama yatış süresi, uluslararası ve ülkemizde yapılan çalışmalarda farklılıklar göstermektedir. Genel olarak, çocuk ve ergenlerde yatış süresinin 18,56 gün (205), ülkemizde yapılan bir çalışmada 24,4 gün , başka bir çalışmada ise 22,2 gün olduğu tespit edilmiştir (206, 207). Çeşitli çalışmalarda bu süreler sırasıyla 21,17 gün, 32,8 gün ve 16,31 gün olarak da bildirilmiştir (208-210).

Yatarak tedavi, özellikle karmaşık ve ciddi psikiyatrik bozukluklarının yönetiminde önemli bir rol oynar. Bu tedavi yöntemi, semptom stabilizasyonu, kriz yönetimi ve yoğun müdahaleler için yapılandırılmıştır (25, 211). Yatarak tedavi birimleri, bireyleri olumsuz çevresel faktörlerden uzaklaştırırken bireysel ve aile terapisi gibi kapsamlı müdahaleler sunarak anlamlı sağlık kazanımları sağlayabilir (21). Yüksek maliyeti nedeniyle kaynakların topluluk temelli önleme veya sonrası bakım programlarına yönlendirilmesi gerektiği öne sürülmektedir (212). İngiltere’de yatarak tedavi süreleri, 1991 yılında ortalama 44 gün iken 2008 yılında 11 güne düşmüştür (213, 214). Daha kısa yatış süreleri maliyetleri düşürmekle birlikte karmaşık vakaların tam olarak ele alınmasını zorlaştırabilir ve taburculuk sonrası destek hizmetlerine olan ihtiyacı artırabilir. Genel olarak, yatarak tedavi, bireysel ihtiyaçlara göre uyarlanmış süreler ve taburculuk sonrası desteklerle etkili bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilmektedir.

BKS belirtileri, dikkat dağınıklığı, hayallere dalma, zihinsel bulanıklık ve düşük enerji gibi semptomlarla bireylerin günlük yaşamda duygusal ve davranışsal düzenleme kapasitelerini zayıflatabilir. Özellikle ergenlik döneminde, bu durum bireyin psikiyatrik destek alma ihtiyacını artırabilir, tedaviye uyum süreçlerinde zorluklara yol açabilir ve daha karmaşık, uzun süreli tedavi yaklaşımlarını gerekli kılabilir. Bunun yanı sıra, BKS belirtilerinin dissosiyatif durumlar, depresyon gibi komorbiditelerle ilişkisi, tedavi planlarının daha fazla zaman almasına neden olabilir. Çalışmamızda YBTÖÖ toplam puanı

ile yatış süresi arasında pozitif yönde anlamlı ilişkinin bulunması, BKS belirtilerinin şiddetinin tedavi süresini etkilediğini açıkça ortaya koymaktadır. BKS semptomlarının erken değerlendirilmesi ve hedefe yönelik müdahaleler, hem bireyin iyileşme sürecini hızlandırabilir hem de yatış sürelerinin kısalmasına katkı sağlayabilir.

Çalışmamızdan elde edilen bulgular, BKS belirtileri ile KZVD arasındaki ilişkinin özbildirimlerde ebeveyn raporlarına göre daha güçlü olduğunu öne süren hipotezimizi destekler niteliktedir. YBTÖÖ toplam puan ortalaması ($3,87 \pm 0,61$), bireylerin BKS belirtilerini kendi içsel deneyimlerine dayanarak daha net ifade edebildiğini göstermektedir. Buna karşılık, YBTÖ ebeveyn formu alt boyutlarının yavaşlık için $1,52 \pm 0,69$, uykululuk için $1,39 \pm 0,79$ ve hayalperestlik için $1,41 \pm 0,82$ olarak hesaplanan ortalama puanları, BKS belirtilerinin dışarıdan gözlemlenmesinde farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu durum, ebeveynlerin BKS semptomlarını algılamasında daha fazla değişkenlik olduğunu ve BKS belirtilerinin özellikle zihinsel bulanıklık, hayal kurma gibi içsel özelliklerinin bireyler tarafından daha doğru ifade edilebileceğini düşündürmektedir. Yaş arttıkça BKS belirtilerinin daha da belirginleşebileceği ve bu durumun ergenlerin kendi başlarına kalma isteklerini artırabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Ergenlik döneminde bireylerin bağımsızlık arayışları ve içsel süreçlerini ailelerinden gizleme eğilimleri, ebeveynlerin bu süreçleri anlamasını daha da zorlaştırabilir. Ayrıca, çalışmamızda YBTÖÖ puanlarının, BKS belirtilerinin KZVD'nin otonom işlevleri (örneğin affekt regülasyonu, kendini cezalandırma, çözümüyle önleme) ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. Ebeveyn raporlarında bu ilişkilerin daha zayıf olması, BKS belirtilerinin bireyin kendi deneyimlerini ifade ettiği özbildirimlerde daha güçlü bir şekilde ortaya çıktığını ve bu nedenle özbildirimlerin KZVD ile BKS arasındaki ilişkiyi açıklamada daha etkili bir araç olduğunu desteklemektedir.

Çalışmamızda hem öz-bildirim hem de ebeveyn değerlendirmelerinin kullanılması, BKS belirtilerinin daha bütüncül bir şekilde ele alınmasını sağlamaktadır. Bu, BKS belirtilerinin yalnızca dışsal gözlemlerle değil, aynı zamanda ergenlerin içsel deneyimleriyle de anlaşılmasına olanak tanımaktadır. Bu çoklu bilgilendirici yaklaşım, içselleştirici psikopatolojilerin değerlendirilmesine yönelik mevcut literatüre önemli bir katkı sunmaktadır.

BKS üzerine bugüne kadar yapılan araştırmaların büyük bir çoğunluğu BKS belirtilerini ebeveyn ve/veya öğretmen değerlendirme ölçekleri aracılığıyla incelemiştir (1). Ebeveyn ve öğretmen değerlendirmelerinin önemi yadsınamaz olsada BKS belirtilerinin değerlendirmesinde çoklu bilgilendirici bir yaklaşım benimsemek oldukça kritiktir. Bu

bağlamda, çocukların kendi BKS belirtilerine dair öz-bildirimlerinin de dikkate alınması gereklidir. Bunun temel nedeni, BKS'nin dışsallaştırıcı psikopatolojilerden ziyade içselleştirici bir psikopatoloji olarak kavramsallaştırılmasıdır (202). İçselleştirici sorunların değerlendirilmesinde çocukların öz-bildirimleri, daha doğru ve kapsamlı bir bakış açısı sunar ve kanıta dayalı bir değerlendirme için vazgeçilmezdir (215, 216). BKS'nin aile-ergen iletişimi üzerinde olumsuz bir etkisi olabileceği göz önünde bulundurulduğunda, çalışmada öz bildirim ölçeğinin kullanılmış olması, bu tür etkilerin değerlendirilmesine katkı sağlayan önemli bir unsur olarak düşünülebilir.

Araştırma bulgularımız, akran sorunlarının KZVD ve BKS belirtileri arasındaki ilişki üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. KZVDDE kesme sayısı ile YBTÖÖ toplam puanı ($p<.01$) ve GGA akran sorunları alt ölçek puanı ($p<.001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş, GGA ergen formunun akran sorunları alt boyutunun, KZVD kesme davranışlarını anlamlı bir şekilde öngördüğü bulunmuştur ($B = 12.628$, $\beta = .347$, $p = .007$). Bu bulgular, akran ilişkilerinin KZVD gelişiminde doğrudan ve dolaylı bir rol oynayabileceğini ortaya koymaktadır.

Hem BKS belirtileri hem de KZVD, bireylerin işlevselliğini olumsuz etkileyen önemli faktörlerdir ve bu etkilerin en belirgin görüldüğü alanlardan biri akran ilişkilerdir.

BKS belirtileri, akran etkileşimindeki sorunlar, sosyal ipuçlarını algılamada zorluk, sosyal geri çekilme ve sosyal beceri eksikliği gibi farklı mekanizmalarla ortaya çıkabilirken (63, 217, 218) KZVD damgalanma ve izolasyon riskini artırarak sosyal bağları zayıflatabilir.

Akran ilişkilerindeki olumsuz deneyimler, bireylerin yalnızlık, değersizlik ve yetersizlik gibi duyguları daha yoğun bir şekilde yaşamasına katkıda bulunabilir. Bu duyguların bir sonucu olarak, BKS belirtilerinin tetiklediği zihinsel bulanıklık ve duygusal yetersizlik, KZVD'yi daha sık ve yoğun bir şekilde kullanma eğilimini artırabilir.

Tedavi süreçlerinde bireylerin akran ilişkilerini iyileştirmeye yönelik müdahalelerin, KZVD riskini azaltmada etkili bir yöntem olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda, BKS belirtilerine sahip bireylerin sosyal becerilerini güçlendirecek stratejiler ve akran desteği sağlanması hem BKS'nin hem de KZVD'nin etkilerini azaltmaya yönelik önemli bir adım olarak görülmektedir. Akran desteğinin artırılması ve ergenlerin sosyal çevrelerine yeniden entegre edilmeleri, bu döngüyü kırmada kritik bir rol oynayabilir.

Literatürdeki bilgilere benzer şekilde, çalışmamızda depresif bozukluğu olan bireylerin YBTÖÖ toplam puanlarının ($ort.\pm ss.=3.87 \pm .61$), depresif bozukluğu olmayan bireylere göre ($ort.\pm ss.=3.77 \pm .60$) anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur

($p=.005$). BKS ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi ele alan bir başka çalışmada, öz bildirim ölçeğiyle ölçülen BKS belirtilerinin depresif semptomlarla anlamlı bir ilişki gösterdiği, ancak ebeveyn raporlarına dayalı BKS değerlendirmelerinin depresyon belirtileri ile ilişkisiz olduğu tespit edilmiştir (46). Bu bulgular, BKS'nin bireylerin kendi içsel deneyimlerini yansıtan değerlendirme yöntemlerinin, depresyon gibi içselleştirme problemlerini anlamada daha etkili bir yaklaşım olabileceğini göstermektedir.

Araştırmalar, BKS belirtileinin kaygı bozuklukları ve depresyon gibi içselleştirme belirtileriyle anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu ilişki, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) dikkatsizlik belirtileri kontrol altına alındığında dahi devam etmekte olup, BKS'nin içselleştirme belirtileri ile olan ilişkisinin, DEHB ile içselleştirme belirtileri arasındaki ilişkiden daha güçlü olduğu ortaya konmuştur (48). Bu bağlantının, BKS'nin “yavaşlık” boyutuyla ilişkili olduğu düşünülmekte ve BKS'de sıklıkla gözlemlenen düşük motivasyon, az çaba ve etkinliklere karşı ilgisizlikle açıklanabileceği ileri sürülmektedir (46). Bir başka çalışmada, yüksek BKS belirtilerinin depresif semptomlarla ilişkili olduğu belirlenmiş ve BKS belirtilerinin değerlendirilmesi ile uygun müdahalelerin uygulanmasının, depresyonun önlenmesine yönelik stratejilerde önemli bir rol oynayabileceği vurgulanmıştır (50).

Çalışmamızda geçmişte panik bozukluğu tanısı almış olanların YBTÖ ebeveyn formu toplam puanlarının (ort. $\pm$ ss=4.31 $\pm$ 1.96), panik bozukluğu geçmişi olmayan hastalara (ort. $\pm$ ss=1.35 $\pm$.79) kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.025$). Ülkemizde yapılan bir çalışmada panik bozukluk ve yaygın kaygı belirtilerinin toplam BKS puanları için yordayıcı olduğu belirtilmiştir (219). Bu bulgu, panik bozukluğu geçmişi olan hastalarda BKS belirtilerinin taburculuk sonrasında bile ebeveynler tarafından daha belirgin algılandığını göstermektedir. Panik bozukluğu geçmişi, BKS belirtilerinin şiddetini artıran bir faktör olarak değerlendirilebilir ve bu belirtilerin hastane sonrası süreçte de devam ettiğini işaret eder. Bu durum, panik bozukluğunun uzun vadeli etkilerinin bilişsel süreçler ve davranışlar üzerinde kalıcı olabileceğini ve taburculuk sonrası dönemde dikkatle izlenmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

KZVD'nin tekrarlayıcı doğası, bu davranışların bilişsel süreçlerin davranışsal düzeyde bir yansıması olabileceğini düşündürmektedir. Görevle ilgisiz düşünceler bireylerin duygusal sıkıntılarını fark etmelerini ve bunları etkili bir şekilde işlemelerini zorlaştırırken, BKS'nin hayalperestlik ve dalgınlık gibi belirtilerinin, tekrarlayıcı KZVD'yi tetikleyebileceği düşünülmektedir. Zihin gezinmesi ve ruminasyon, çeşitli uyumsuz sonuçlarla ilişkilendirilen görevle ilgisiz düşünce türleridir. Zihin gezinmesi, düşüncelerin

serbestçe dolaştığı ve geniş bir içerik yelpazesine sahip kendiliğinden oluşan bir süreçken, ruminasyon tek bir konuya odaklanan, negatif içerikli ve otomatik sınırlamalara sahip bir düşünce türüdür (220). Zihin gezinmesi, düşüncelerin dış çevreden koparak görevle ilgisiz düşüncelere yönelmesi olarak tanımlanır (221). Bu süreç hem kasıtlı hem de kendiliğinden oluşan düşüncelerle ilişkilidir (222). Hayal kurma, genellikle içsel ve hayal gücüne dayalı uyaranlara odaklanan bir zihin gezinmesi göstergesidir (223). Zihin gezinmesi ve hayal kurma, yaratıcılık gibi uyumlu sonuçlarla ilişkilendirilmiş olsa da, içselleştirme belirtileri (224) ve bilişsel olarak zorlu görevlerde azalan performans (225) ile de bağlantılıdır. Ruminasyon, negatif duygusal durumlar üzerinde sürekli ve tekrarlayıcı şekilde düşünmeyi ifade eder ve iki alt türe ayrılır: *reflective ruminasyon* (çözümler hakkında etkili bir şekilde düşünmek) ve *brooding ruminasyon* (pasif olarak sıkıntıya odaklanmak) (226, 227). Başlangıçta uyumlu bir mekanizma olarak görülen *reflective ruminasyonun* (226), giderek artan araştırmalar sonucunda artan intihar düşünce ve davranışları gibi uyumsuz sonuçlarla ilişkili olabileceği belirtilmektedir (228). Buna karşın, *brooding ruminasyon*, sürekli olarak depresif ve anksiyete semptomlarıyla ilişkilendirilmiştir (229). Yakın tarihli sistematik bir inceleme ve meta-analiz çalışmasında, ruminasyonun KZVD sıklığı ile küçük düzeyde, KZVD geçmişi ile ise orta düzeyde pozitif bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiş ve ruminasyonun gelecekteki KZVD olasılığı ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir (230). Yine yakın tarihte yapılan başka bir çalışmada DEHB ve içselleştirme belirtileri kontrol edildiğinde bile BKS belirtileri, öz bildirimle değerlendirilen daha fazla zihin gezinmesi, *reflective ruminasyon* ve *brooding ruminasyon* ile benzersiz bir şekilde ilişkilendirilmiştir (231). Zihin gezinmesi ve ruminasyon gibi görevle ilgisiz düşünceler, bireylerin bilişsel kontrol ve stresle başa çıkma becerilerini zayıflatarak duygusal düzenleme mekanizmalarını olumsuz etkileyebilir. Bu tür süreçler, bireylerin sıkıntılı durumlarda fiziksel zarar verme davranışlarını tercih etmesine ve bu davranışların zamanla bir baş etme mekanizmasına dönüşmesine yol açabilir. Özellikle, *brooding ruminasyon*, bireylerin negatif düşünceler üzerinde sürekli yoğunlaşarak duygusal yüklerini artırmasına ve alternatif baş etme stratejileri geliştirememesine neden olabilir. BKS belirtileri, çevresel farkındalığın azalması, düşük bilişsel kontrol ve artan içsel dikkat dağınıklığı (*internal distractibility*) ile birleştiğinde, KZVD'nin kronikleşmesine katkıda bulunabilir. Örneğin, kesme ve saç koparma gibi davranışlar, bireylerin zihinsel streslerini davranışsal çıkış yollarıyla azaltmaya çalıştığı tekrarlayıcı bir döngü oluşturabilir. Zihin gezinmesi ve ruminasyon, bireylerin duygusal sıkıntılarını fark etmesini ve etkili bir şekilde işlemeyi zorlaştırırken, BKS'nin hayalperestlik ve dalgınlık gibi belirtileri, ani ve tekrarlayıcı KZVD'yi tetikleyebilir. Bu durum, bireyin stresle başa çıkma becerilerindeki eksiklikleri yansıtarak

KZVD'nin bir alışkanlık döngüsü haline gelmesine neden olabilir, KZVD'nin süregelen olmasında etkili olabilir.

Ancak, bu olasılıkların dikkatle ele alınması gerekmektedir; çünkü bu çalışmada ruminasyon, zihin gezinmesi, KZVD ve intihara yönelik şiddet içerikli hayaller, imgeler doğrudan ölçülmemiştir. Bu durum, elde edilen sonuçların yalnızca mevcut teorik çerçeveler üzerinden yorumlandığını ve daha kesin çıkarımlar için bu tür değişkenlerin doğrudan değerlendirilmesi gerektirdiğini göstermektedir.

Gelecekteki araştırmaların, ruminasyon, zihin gezinmesi gibi zihinsel süreçlerin doğrudan ve detaylı bir şekilde değerlendirilmesine odaklanması KZVD ile BKS belirtileri arasındaki bağlantıyı daha derinlemesine anlamaya katkı sağlayabilir. Özellikle, ruminasyonun farklı alt boyutlarının BKS beirtileri yüksek olan hastalarda KZVD ve intihar riskine nasıl etki ettiğini incelemek, bu davranışların altında yatan mekanizmaları açığa çıkarabilir, spesifik tedavi hedeflerinin belirlenmesine yardımcı olabilir. BKS belirtilerinin erken yaşlarda değerlendirilmesi, duygusal farkındalık artırıcı ve bilişsel kontrol mekanizmalarını güçlendiren stratejilerin belirlenmesi, zihin gezinmesi ve alternatif baş etme yollarının etkinliği üzerine odaklanmak, tedavi ve müdahale süreçlerinde yeni yaklaşımların geliştirilmesine olanak tanıyabilir. Çeşitli yaş grupları ve farklı örneklem gruplarında yapılacak boylamsal çalışmalar, bu ilişkilerin zaman içindeki dinamiklerini ve bu süreçlerin KZVD'nin tekrarlayıcı doğasına olan etkilerini değerlendirmek için önemlidir. Bu yaklaşımlar, KZVD'nin önlenmesi ve tedavisinde daha etkili ve bireye özgü çözümler sunabilir.

Çalışmamız, literatürdeki diğer araştırmalardan birkaç önemli noktada ayrılarak hem teorik hem de klinik açıdan değerli katkılar sunmaktadır. Öncelikle, örneklem grubumuzun psikiyatri servisinde yatış öyküsü bulunan ve DSM-5 tanı kriterlerine uygun Kendine Zarar Verme Davranışları sergileyen 145 kız ergenden oluşması, çalışmayı geniş kapsamlı ve KZVD ile intihar düşünce ve davranışları açısından yüksek riskli bir popülasyonu ele alması bakımından benzersiz kılmaktadır. Bu durum, BKS ve KZVD arasındaki ilişkiyi, literatürdeki kısıtlı sayıda ve genellikle ayaktan takipli hastalarla sınırlı olan çalışmalara kıyasla daha derinlemesine anlamamıza olanak tanımıştır. Ayrıca, çalışmamız öncesinde yapılan güç analizi, en fazla 138 katılımcının yeterli olduğunu göstermişken, bu sayının aşılması bulgularımızın istatistiksel güvenilirliğini güçlendirmiştir. Katılımcıların tanılarının yarı yapılandırılmış klinik görüşmelerle klinisyenler tarafından belirlenmiş olması, araştırmanın metodolojik sağlamlığını artırmış ve elde edilen verilerin doğruluğunu pekiştirmiştir. Çalışmamızın diğer güçlü yönlerinden biri, BKS belirtilerini hem özbildirim

hem de ebeveyn raporları üzerinden değerlendirerek iki farklı bilgilendirici kaynağı karşılaştırma imkanı sunmuş olmasıdır. Bu çalışma, BKS'nin öz bildirim ölçeği kullanılarak KZVD ile ilişkisinin incelendiği ilk çalışmadır. BKS belirtilerinin yaşla arttığı, internalize bozuklukların değerlendirilmesinde öz bildirim ölçeklerinin kullanımının daha güvenilir veriler sağladığı ve BKS'nin internalize bozukluklar altında kavramsallaştırılmasına yönelik literatürde güçlü kanıtlar olduğu göz önüne alındığında, BKS'nin değerlendirilmesinde öz bildirim ölçeklerinin kullanılması veri güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamız BKS'nin DEHB'den farklı bir bozukluk olduğunu destekleyen literatürdeki mevcut bilgileri doğrulamakta ve BKS'nin özgün bir klinik profil sergileyebileceğini göstermekte literatüre, BKS'nin external validitesine yönelik bir katkı sağlamaktadır

Öte yandan, çalışmamızın bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Öncelikle, çalışmamız kesitsel yapıda bir çalışma olduğu için Bilişsel Kopma Sendromu belirtileri ve Kendine Zarar Verme Davranışları arasındaki ilişkiyi incelemiş olmakla birlikte, bu ilişkinin nedenselliğine yönelik bir veri sunmamaktadır. Bunun yanı sıra, çalışmamızın örneklemini yalnızca klinik bir gruptan, özellikle psikiyatrik yatış öyküsü bulunan ve tamamı kız ergenlerden oluştuğu için, bulgularımızın genelleştirilebilirliği sınırlıdır. KZVD'nin daha geniş bir çerçevede araştırılabilir olduğu, özellikle farklı yaş grupları, cinsiyetler ve klinik dışı örneklemeleri içeren çalışmaların bu alandaki bilgi birikimini artırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, hastaların taburculuk sonrası farklı zaman dilimlerinde değerlendirilmiş olması, KZVD'nin zamana bağlı değişkenliğini ayrıntılı olarak incelememizi kısıtlamıştır.

Çalışmamızın bir diğer önemli sınırlılığı, Bilişsel Kopma Sendromu'nun henüz DSM-5 kriterlerine sahip olmayan, nispeten yeni ve literatürde az bilinen bir durum olmasıdır. BKS'nin tanısal çerçevesinin tam olarak belirlenmemiş olması, belirtilerin ölçümü ve yorumlanmasında sınırlılıklar yaratmaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, Bilişsel Kopma Sendromu'nun (BKS) Kendine Zarar Verme Davranışları (KZVD) üzerindeki etkileri kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Bulgularımız, BKS belirtilerinin KZVD ile bir ilişkiye sahip olduğunu ve bu belirtilerin artışıyla birlikte KZVD'nin daha içsel düzenleyici işlevlere yöneldiğini ortaya koymuştur. Özellikle kesme, saç koparma ve cildi sert yüzeye sürme gibi spesifik KZVD türlerinin BKS semptomlarıyla pozitif ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

BKS'nin hastanede yatış süresiyle pozitif ilişkisinin bulunması daha yoğun klinik müdahale gerekliliği ile ilişkisine işaret etmektedir. BKS belirtilerinin yalnızca bilişsel süreçleri değil, aynı zamanda duygusal düzenleme ve davranışsal sonuçları da etkileyen bir durum olduğu görülmektedir. Ancak, BKS'nin henüz DSM-5 kriterlerine sahip olmaması, bu sendromun klinik olarak tanınmasında ve yönetiminde zorluklar yaratmaktadır.

Bu çalışma, BKS belirtilerinin KZVD üzerindeki etkilerini inceleyerek literatüre önemli bir katkı sunmuştur. Ancak, BKS belirtileri ve KZVD arasındaki nedensel ilişkiyi anlamak ve BKS belirtilerinin zaman içerisindeki etkilerini izleyebilmek için uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamız, yalnızca klinik bir örneklem grubuna odaklanmış olup, genel popülasyonda yapılacak araştırmalar BKS'nin toplum örnekleminde KZVD ile ilişkisine dair daha geniş bir bakış açısı sağlayabilir. Ayrıca, çalışmamız tamamı kız ergenlerden oluştuğu için, farklı cinsiyet ve yaş gruplarında BKS ve KZVD ilişkisinin incelenmesine ihtiyaç vardır.

Poliklinik başvurularında ve klinik yatış süreçlerinde BKS belirtilerini ve KZVD'yi göz ardı etmemek, bireylerin klinik değerlendirme ve tedavi süreçlerinde özel bir dikkati gerektirmektedir. BKS belirtilerini hedefleyen bilişsel-davranışçı terapi (BDT), duygusal farkındalık eğitimi ve problem çözme becerilerini güçlendiren psikososyal müdahaleler hem BKS belirtilerinin hem de KZVD'nin yönetiminde etkili olabilir. Bu tür erken müdahaleler, BKS'nin yol açtığı davranışsal ve duygusal zorlukları azaltarak klinik yatış sürelerini kısaltabilir ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürme potansiyeli taşır. Ayrıca, KZVD'nin farklı işlevlerini anlamaya yönelik detaylı değerlendirmeler yapılmalı ve bu doğrultuda bireylere uygun destek sağlanmalıdır. BKS'nin duygusal düzenleme ve sosyal

destek mekanizmalarını sınırlayıcı etkilerini azaltmayı hedefleyen müdahaleler, KZVD'nin önlenmesi ve tedavisinde de önemli bir katkı sunacak; aynı zamanda yatış sürelerini ve yeniden yatış oranlarını düşürerek daha sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunulmasına olanak tanıyacaktır. Klinik uygulamalarda BKS ve KZVD'ye yönelik bütüncül yaklaşımlar, bireylerin uzun vadeli iyilik hallerini desteklerken sağlık giderlerinin azaltılmasına aracılık edecektir.



KAYNAKLAR

1. Becker SP, Leopold DR, Burns GL, Jarrett MA, Langberg JM, Marshall SA, et al. The Internal, External, and Diagnostic Validity of Sluggish Cognitive Tempo: A Meta-Analysis and Critical Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(3):163-78.
2. Barkley RA. Concentration deficit disorder (sluggish cognitive tempo). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. 2015:81-115.
3. Barkley RA. Sluggish cognitive tempo (concentration deficit disorder?): current status, future directions, and a plea to change the name. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(1):117-25.
4. Milich R, Balentine AC, Lynam DR. ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical psychology: science and practice*. 2001;8(4):463.
5. Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY. Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *Can J Psychiatry*. 2014;59(11):565-8.
6. 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.
7. Groschwitz RC, Plener PL, Kaess M, Schumacher T, Stoeher R, Boege I. The situation of former adolescent self-injurers as young adults: a follow-up study. *BMC psychiatry*. 2015;15:1-9.
8. Glenn CR, Klonsky ED. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013;42(4):496-507.
9. 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 Dysregul*. 2015;2:2.
10. Rodav O, Levy S, Hamdan S. Clinical characteristics and functions of non-suicide self-injury in youth. *Eur Psychiatry*. 2014;29(8):503-8.
11. Becker SP, Withrow AR, Stoppelbein L, Luebke AM, Fite PJ, Greening L. Sluggish cognitive tempo is associated with suicide risk in psychiatrically hospitalized children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(12):1390-9.
12. Ergül B, Ersöz Alan B. The role of cognitive disengagement syndrome in non-suicidal self-injury among adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Early Interv Psychiatry*. 2024;18(11):943-9.
13. Torun YT, Gul H, Sahin M, Hekim O, Ates BO, Bodur S, et al. Daydreaming and sluggishness may predict different functions for non-suicidal self-injury: A clinic-based single-center study. *Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2021;11(4):267-.
14. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
15. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(8):837-44.
16. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(7):865-77.
17. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(3):226-36.
18. Hersov L, Bentovim A. Inpatient and day-hospital units. *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. 1994:993-5.
19. Blanz B, Schmidt MH. Preconditions and outcome of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000;41(6):703-12.

20. Cotgrove A, Gowers S. Use of an adolescent in-patient unit. *Advances in Psychiatric Treatment*. 1999;5(3):192-9.
21. Green J, Jacobs B. In-patient child psychiatry: modern practice, research and the future: Routledge London; 1998.
22. G. K. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 1. Baskı ed. Pekcan A EE, editor. Ankara: Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016.
23. İŞERİ E, SOYSAL ACAR A, BODUR Ş. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. 2008.
24. Hayes C, Simmons M, Simons C, Hopwood M. Evaluating effectiveness in adolescent mental health inpatient units: A systematic review. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(2):498-513.
25. James A, Worrall-Davies A. Provision of intensive treatment: intensive outreach, day units, and in-patient units. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 2015:648-60.
26. Servera M, Sáez B, Burns GL, Becker SP. Clinical differentiation of sluggish cognitive tempo and attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Abnorm Psychol*. 2018;127(8):818-29.
27. Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013;42(2):161-73.
28. Crichton A. An inquiry into the nature and origin of mental derangement: on attention and its diseases. *J Atten Disord*. 2008;12(3):200-4; discussion 5-6.
29. American Psychiatric Association D, American Psychiatric Association D. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
30. Becker SP, Marshall SA, McBurnett K. Sluggish cognitive tempo in abnormal child psychology: an historical overview and introduction to the special section. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(1):1-6.
31. Neeper R, Lahey BB. The Children's Behavior Rating Scale: A factor analytic developmental study. *School Psychology Review*. 1986;15(2):277-88.
32. Smith ZR, Eadeh HM, Breaux RP, Langberg JM. Sleepy, sluggish, worried, or down? The distinction between self-reported sluggish cognitive tempo, daytime sleepiness, and internalizing symptoms in youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychol Assess*. 2019;31(3):365-75.
33. Becker SP, Willcutt EG, Leopold DR, Fredrick JW, Smith ZR, Jacobson LA, et al. Report of a Work Group on Sluggish Cognitive Tempo: Key Research Directions and a Consensus Change in Terminology to Cognitive Disengagement Syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023;62(6):629-45.
34. Camprodón-Rosanas E, Ribas-Fitó N, Batlle-Vila S, Persavento C, Alvarez-Pedrerol M, Sunyer J, et al. Sluggish Cognitive Tempo: Sociodemographic, Behavioral, and Clinical Characteristics in a Population of Catalan School Children. *J Atten Disord*. 2017;21(8):632-41.
35. Leopold DR, Christopher ME, Burns GL, Becker SP, Olson RK, Willcutt EG. Attention-deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo throughout childhood: temporal invariance and stability from preschool through ninth grade. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(9):1066-74.
36. Graham DM, Crocker N, Deweese BN, Roesch SC, Coles CD, Kable JA, et al. Prenatal alcohol exposure, attention-deficit/hyperactivity disorder, and sluggish cognitive tempo. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013;37 Suppl 1(Suppl 1):E338-46.
37. Reeves CB, Palmer S, Gross AM, Simonian SJ, Taylor L, Willingham E, et al. Brief report: sluggish cognitive tempo among pediatric survivors of acute lymphoblastic leukemia. *J Pediatr Psychol*. 2007;32(9):1050-4.
38. Baytunca MB, İnci SB, İpci M, Kardas B, Bolat GU, Ercan ES. The neurocognitive nature of children with ADHD comorbid sluggish cognitive tempo: Might SCT be a disorder of vigilance? *Psychiatry Res*. 2018;270:967-73.
39. Camprodón-Rosanas E, Pujol J, Martínez-Vilavella G, Blanco-Hinojo L, Medrano-Martorell S, Batlle S, et al. Brain Structure and Function in School-Aged Children With Sluggish Cognitive Tempo Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019;58(2):256-66.
40. Bolat H, Ercan ES, Ünsel-Bolat G, Tahillioğlu A, Yazıcı KU, Bacanlı A, et al. DRD4 genotyping may differentiate symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(6):630-7.

41. Moruzzi S, Rijdsdijk F, Battaglia M. A twin study of the relationships among inattention, hyperactivity/impulsivity and sluggish cognitive tempo problems. *J Abnorm Child Psychol.* 2014;42(1):63-75.
42. Diamond A. Attention-deficit disorder (attention-deficit/ hyperactivity disorder without hyperactivity): a neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Dev Psychopathol.* 2005;17(3):807-25.
43. Becker SP. Topical review: sluggish cognitive tempo: research findings and relevance for pediatric psychology. *J Pediatr Psychol.* 2013;38(10):1051-7.
44. Penny AM, Waschbusch DA, Klein RM, Corkum P, Eskes G. Developing a measure of sluggish cognitive tempo for children: content validity, factor structure, and reliability. *Psychol Assess.* 2009;21(3):380-9.
45. Garner AA, Marceaux JC, Mrug S, Patterson C, Hodgins B. Dimensions and correlates of attention deficit/hyperactivity disorder and Sluggish Cognitive Tempo. *J Abnorm Child Psychol.* 2010;38(8):1097-107.
46. Smith ZR, Langberg JM. Predicting academic impairment and internalizing psychopathology using a multidimensional framework of Sluggish Cognitive Tempo with parent- and adolescent reports. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;26(9):1141-50.
47. Becker SP, Burns GL, Leopold DR, Olson RK, Willcutt EG. Differential impact of trait sluggish cognitive tempo and ADHD inattention in early childhood on adolescent functioning. *J Child Psychol Psychiatry.* 2018;59(10):1094-104.
48. Lee S, Burns GL, Becker SP. Can Sluggish Cognitive Tempo Be Distinguished From ADHD Inattention in Very Young Children? Evidence From a Sample of Korean Preschool Children. *J Atten Disord.* 2017;21(8):623-31.
49. Becker SP, Holdaway AS, Luebke AM. Suicidal Behaviors in College Students: Frequency, Sex Differences, and Mental Health Correlates Including Sluggish Cognitive Tempo. *J Adolesc Health.* 2018;63(2):181-8.
50. Ward AR, Sibley MH, Musser ED, Campey M, Bubnik-Harrison MG, Meinzer MC, et al. Relational impairments, sluggish cognitive tempo, and severe inattention are associated with elevated self-rated depressive symptoms in adolescents with ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2019;11(3):289-98.
51. Hossain B, Bent S, Parenteau C, Widjaja F, Davis M, Hendren RL. The Associations Between Sluggish Cognitive Tempo, Internalizing Symptoms, and Academic Performance in Children With Reading Disorder: A Longitudinal Cohort Study. *J Atten Disord.* 2022;26(12):1576-90.
52. Leopold DR, Bryan AD, Pennington BF, Willcutt EG. Evaluating the construct validity of adult ADHD and SCT among college students: a multitrait-multimethod analysis of convergent and discriminant validity. *J Atten Disord.* 2015;19(3):200-10.
53. McBurnett K, Villodas M, Burns GL, Hinshaw SP, Beaulieu A, Pfiffner LJ. Structure and validity of sluggish cognitive tempo using an expanded item pool in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol.* 2014;42(1):37-48.
54. Becker SP, Luebke AM, Fite PJ, Stoppelbein L, Greening L. Sluggish cognitive tempo in psychiatrically hospitalized children: factor structure and relations to internalizing symptoms, social problems, and observed behavioral dysregulation. *J Abnorm Child Psychol.* 2014;42(1):49-62.
55. Lee S, Burns GL, Snell J, McBurnett K. Validity of the sluggish cognitive tempo symptom dimension in children: Sluggish cognitive tempo and ADHD-inattention as distinct symptom dimensions. *Journal of abnormal child psychology.* 2014;42:7-19.
56. Burns GL, Servera M, Bernad Mdel M, Carrillo JM, Cardo E. Distinctions between sluggish cognitive tempo, ADHD-IN, and depression symptom dimensions in Spanish first-grade children. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2013;42(6):796-808.
57. Marshall SA, Evans SW, Eiraldi RB, Becker SP, Power TJ. Social and academic impairment in youth with ADHD, predominately inattentive type and sluggish cognitive tempo. *J Abnorm Child Psychol.* 2014;42(1):77-90.
58. Harrington KM, Waldman ID. Evaluating the utility of sluggish cognitive tempo in discriminating among DSM-IV ADHD subtypes. *J Abnorm Child Psychol.* 2010;38(2):173-84.

59. Skirbekk B, Hansen BH, Oerbeck B, Kristensen H. The relationship between sluggish cognitive tempo, subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder, and anxiety disorders. *J Abnorm Child Psychol.* 2011;39(4):513-25.
60. Goldstein S, Naglieri JA, DeVries M. Learning and attention disorders in adolescence and adulthood: assessment and treatment: John Wiley & Sons; 2011.
61. Carlson CL, Mann M. Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive type. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2002;31(1):123-9.
62. Wåhlstedt C, Bohlin G. DSM-IV-defined inattention and sluggish cognitive tempo: independent and interactive relations to neuropsychological factors and comorbidity. *Child Neuropsychology.* 2010;16(4):350-65.
63. Mikami AY, Huang-Pollock CL, Pfiffner LJ, McBurnett K, Hangai D. Social skills differences among attention-deficit/hyperactivity disorder types in a chat room assessment task. *J Abnorm Child Psychol.* 2007;35(4):509-21.
64. Farberow NL. The many faces of suicide: Indirect self-destructive behavior. (No Title). 1980.
65. Walsh B. Self-mutilation: Theory, research, and treatment. Guilford Press; 1988.
66. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1989;79(3):283-9.
67. Favazza AR. Why patients mutilate themselves. *Psychiatric Services.* 1989;40(2):137-45.
68. Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M, Ghaziuddin N. Mood disorder in a group of self-cutting adolescents. *Acta paedopsychiatrica.* 1992;55(2):103-5.
69. LeBlanc R. Educational management of self-injurious behavior. *Acta paedopsychiatrica.* 1993;56(2):91-8.
70. Walsh BW. Treating self-injury: A practical guide: Guilford Press; 2012.
71. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and adolescent psychiatry and mental health.* 2015;9:1-13.
72. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *The Journal of nervous and mental disease.* 1998;186(5):259-68.
73. Bergmann G. Ein Fall von religiöser Monomanie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.* 1846;3:365-80.
74. Favazza AR, DeRosear L, Conterio K. Self-Mutilation and Eating Disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 1989;19(4):352-61.
75. Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research: World Health Organization; 1993.
76. 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.
77. Hooley JM, Franklin JC. Why do people hurt themselves? A new conceptual model of nonsuicidal self-injury. *Clinical psychological science.* 2018;6(3):428-51.
78. Russo JA, LPCC-S N, Coker JK, LCMHC Q, King JH, CMHC N. DSM-5® and family systems: Springer Publishing Company; 2017.
79. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Hekimler Yayın Birliği. 2014;4:419-47.
80. Selby EA, Bender TW, Gordon KH, Nock MK, Joiner TE, Jr. Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study. *Personal Disord.* 2012;3(2):167-75.
81. De Luca L, Pastore M, Palladino BE, Reime B, Warth P, Menesini E. The development of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) during adolescence: A systematic review and Bayesian meta-analysis. *J Affect Disord.* 2023;339:648-59.
82. Zeki A. Ergenlerde kendine zarar verme davranışının gelişimsel ve psikopatolojik değerlendirmesi. 2012.

83. Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, Tutkun H, Savaş HA, Ozturk M, 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):119-26.
84. Toprak S, Cetin I, Guven T, Can G, Demircan C. Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry Res*. 2011;187(1-2):140-4.
85. Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Can J Psychiatry*. 2014;59(11):576-85.
86. Nitkowski D, Petermann F. [Non-suicidal self-injury and comorbid mental disorders: a review]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2011;79(1):9-20.
87. Andover MS. Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults. *Psychiatry Res*. 2014;219(2):305-10.
88. 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;2013:159208.
89. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(3):20.
90. Jacobson CM, Batejan K. Comprehensive theoretical models of nonsuicidal self-injury. *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. 2014:308-20.
91. Firestone RW, Seiden RH. Suicide and the continuum of self-destructive behavior. *J Am Coll Health*. 1990;38(5):207-13.
92. Himber J. Blood rituals: Self-cutting in female psychiatric inpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1994;31(4):620.
93. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of youth and Adolescence*. 2005;34:447-57.
94. Bennun I. Psychological models of self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1984;14(3):166-86.
95. Erlich HS. Adolescent suicide: Maternal longing and cognitive development. *The Psychoanalytic Study of the Child*. 1978;33(1):261-77.
96. Lane RC. Anorexia, masochism, self-mutilation and autoeroticism: The spider mother. *The Psychoanalytic Review*. 2002;89(1):101-23.
97. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004;72(5):885.
98. Ross S, Heath NL. Two models of adolescent self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2003;33(3):277-87.
99. Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev*. 1998;18(5):531-54.
100. Suyemoto KL, MacDonald ML. Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1995;32(1):162.
101. Gratz KL. The measurement, functions, and etiology of deliberate self-harm: a thesis: University of Massachusetts Boston; 2000.
102. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological medicine*. 2007;37(8):1183-92.
103. Kumar G, Pepe D, Steer RA. Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *The Journal of nervous and mental disease*. 2004;192(12):830-6.
104. Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S. Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(11):1333-41.
105. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder: Guilford press; 1993.
106. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*. 2007;27(2):226-39.

107. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2009;31:215-9.
108. Hambleton AL, Hanstock TL, Halpin S, Dempsey C. Initiation, meaning and cessation of self-harm: Australian adults' retrospective reflections and advice to adolescents who currently self-harm. *Counselling Psychology Quarterly*. 2022;35(2):260-83.
109. Nock MK. Self-injury. *Annual review of clinical psychology*. 2010;6(1):339-63.
110. 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):157-61.
111. Hankin BL, Barrocas AL, Young JF, Haberstick B, Smolen A. 5-HTTLPR $\times$ interpersonal stress interaction and nonsuicidal self-injury in general community sample of youth. *Psychiatry research*. 2015;225(3):609-12.
112. Symons FJ, Thompson A, Rodriguez MC. Self-injurious behavior and the efficacy of naltrexone treatment: A quantitative synthesis. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*. 2004;10(3):193-200.
113. Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang YY, Mann JJ. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *J Affect Disord*. 2010;124(1-2):134-40.
114. Eisenberger NI. Social pain and the brain: controversies, questions, and where to go from here. *Annu Rev Psychol*. 2015;66:601-29.
115. Eisenberger NI. The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nat Rev Neurosci*. 2012;13(6):421-34.
116. Bentley KH, Nock MK, Barlow DH. The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*. 2014;2(5):638-56.
117. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlström O, 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):759-73.
118. Groschwitz RC, Kaess M, Fischer G, Ameis N, Schulze UM, Brunner R, et al. The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*. 2015;228(3):454-61.
119. Hamza CA, Willoughby T. Nonsuicidal self-injury and affect regulation: recent findings from experimental and ecological momentary assessment studies and future directions. *J Clin Psychol*. 2015;71(6):561-74.
120. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004;34(1):12-23.
121. Edmondson AJ, Brennan CA, House AO. Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *J Affect Disord*. 2016;191:109-17.
122. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry*. 2003;160(8):1501-8.
123. Casey BJ, Getz S, Galvan A. The adolescent brain. *Dev Rev*. 2008;28(1):62-77.
124. Rahman F, Webb RT, Wittkowski A. Risk factors for self-harm repetition in adolescents: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2021;88:102048.
125. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: a research review for the practitioner. *J Clin Psychol*. 2007;63(11):1045-56.
126. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2007;11(2):129-47.
127. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2015;38:55-64.
128. Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Bridge JA, Liu SM, et al. Suicide After Deliberate Self-Harm in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*. 2018;141(4).

129. Plener PL, Libal G, Keller F, Fegert JM, Muehlenkamp JJ. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med*. 2009;39(9):1549-58.
130. Nock MK, Joiner TE, Jr., 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.
131. Olweus D, Limber SP. Bullying in school: evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *Am J Orthopsychiatry*. 2010;80(1):124-34.
132. Hankin BL, Abela JR. Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2½ year longitudinal study. *Psychiatry Res*. 2011;186(1):65-70.
133. Lereya ST, Copeland WE, Costello EJ, Wolke D. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(6):524-31.
134. Claes L, Luyckx K, Baetens I, Van de Ven M, Witteman C. Bullying and victimization, depressive mood, and non-suicidal self-injury in adolescents: The moderating role of parental support. *Journal of child and family studies*. 2015;24:3363-71.
135. Lewis SP, Mahdy JC, Michal NJ, Arbuthnott AE. Googling Self-injury: the state of health information obtained through online searches for self-injury. *JAMA Pediatr*. 2014;168(5):443-9.
136. Young R, Sproeber N, Groschwitz RC, Preiss M, Plener PL. Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry*. 2014;14:137.
137. de Graaf NM, Steensma T, Carmichael P, Cohen P, de Vries A, Kreukels B, et al., editors. Suicidality in adolescents diagnosed with gender dysphoria: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. 3rd biennial EPATH Conference Inside Matters On Law, Ethics and Religion; 2019.
138. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychol Med*. 2012;42(4):717-26.
139. Thorne N, Witcomb GL, Nieder T, Nixon E, Yip A, Arcelus J. A comparison of mental health symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary. *Int J Transgend*. 2019;20(2-3):241-50.
140. Yates TM. Developmental pathways from child maltreatment to nonsuicidal self-injury. 2009.
141. 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.
142. O'Connor RC, Rasmussen S, Miles J, Hawton K. Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *Br J Psychiatry*. 2009;194(1):68-72.
143. BAŞAY BK, BAŞAY Ö, BİLDİK T, ÖZBARAN B, OLCAY RK, ÖZTÜRK Ö, et al. The Nature, Functions, and Related Risk Factors of Non-Suicidal Self-Injury Among Turkish High School Students. 2017.
144. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *Bmj*. 2002;325(7374):1207-11.
145. De Leo D, Heller TS. Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Med J Aust*. 2004;181(3):140-4.
146. Yates TM, Carlson EA, Egeland B. A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Dev Psychopathol*. 2008;20(2):651-71.
147. 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):258-63.
148. Groschwitz RC, Plener PL, Groen G, Bonenberger M, Abler B. Differential neural processing of social exclusion in adolescents with non-suicidal self-injury: An fMRI study. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2016;255:43-9.
149. Plener PL, Bubalo N, Fladung AK, Ludolph AG, Lulé D. Prone to excitement: adolescent females with Non-suicidal self-injury (NSSI) show altered cortical pattern to emotional and NSS-related material. *Psychiatry Res*. 2012;203(2-3):146-52.
150. 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.

151. Hurtig T, Taanila A, Moilanen I, Nordström T, Ebeling H. Suicidal and self-harm behaviour associated with adolescent attention deficit hyperactivity disorder-a study in the Northern Finland Birth Cohort 1986. *Nord J Psychiatry*. 2012;66(5):320-8.
152. Cluver L, Orkin M, Boyes ME, Sherr L. Child and Adolescent Suicide Attempts, Suicidal Behavior, and Adverse Childhood Experiences in South Africa: A Prospective Study. *J Adolesc Health*. 2015;57(1):52-9.
153. Consoli A, Cohen D, Bodeau N, Guilé JM, Mirkovic B, Knafo A, et al. Risk and Protective Factors for Suicidality at 6-Month Follow-up in Adolescent Inpatients Who Attempted Suicide: An Exploratory Model. *Can J Psychiatry*. 2015;60(2 Suppl 1):S27-36.
154. Finkelstein Y, Macdonald EM, Hollands S, Hutson JR, Sivilotti ML, Mamdani MM, et al. Long-term outcomes following self-poisoning in adolescents: a population-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(6):532-9.
155. Ligier F, Guillemin F, Angot C, Bourion S, Kabuth B. Recurrence of suicide attempt in adolescents lost to contact early by clinicians: The 10-year REPEATERS cohort of French adolescents. *J Adolesc*. 2015;43:111-8.
156. Jakobsen IS, Christiansen E, Larsen KJ, Waaktaar T. Differences between youth with a single suicide attempt and repeaters regarding their and their parents history of psychiatric illness. *Arch Suicide Res*. 2011;15(3):265-76.
157. Hintikka J, Tolmunen T, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylmä J, Laukkanen E. Mental disorders in self-cutting adolescents. *J Adolesc Health*. 2009;44(5):464-7.
158. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*. 1998;68(4):609-20.
159. Ojala O, Kuja-Halkola R, Bjureberg J, Ohlss A, Cederlöf M, Norén Selinus E, et al. Associations of impulsivity, hyperactivity, and inattention with nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: longitudinal cohort study following children at risk for neurodevelopmental disorders into mid-adolescence. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):679.
160. Becker SP, Luebbe AM, Joyce AM. The Child Concentration Inventory (CCI): Initial validation of a child self-report measure of sluggish cognitive tempo. *Psychol Assess*. 2015;27(3):1037-52.
161. Fredrick JW, Becker SP. Cognitive Disengagement Syndrome (Sluggish Cognitive Tempo) and Social Withdrawal: Advancing a Conceptual Model to Guide Future Research. *J Atten Disord*. 2023;27(1):38-45.
162. Becker SP, Burns GL, Smith ZR, Langberg JM. Sluggish Cognitive Tempo in Adolescents with and without ADHD: Differentiation from Adolescent-Reported ADHD Inattention and Unique Associations with Internalizing Domains. *J Abnorm Child Psychol*. 2020;48(3):391-406.
163. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, 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):980-8.
164. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroglu F, Çengel Kültür SE, Akdemir D, Foto Özdemir D, et al. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-DSM-5 Kasım 2016-Türkçe uyarlamasının (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*. 2019;30(1):42-50.
165. Gozpınar N, Cakiroglu S, Gormez V. Psychometric Properties of the Sluggish Cognitive Tempo Scale in a Turkish Sample of Children and Adolescents. *J Atten Disord*. 2022;26(1):25-33.
166. Gozpınar N, Cakiroglu S, Gormez V. Sluggish Cognitive Tempo Self Report Scale (SCT-SR): Development and Initial Validation Study. *J Atten Disord*. 2023;27(5):510-20.
167. 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):215-9.
168. 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]. *Türk Psikiyatri Derg*. 2013;24(1):49-57.
169. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1998;7(3):125-30.

170. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler ve güçlükler anketi'nin (gga) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 2008;15(2):65-74.
171. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(11):1228-31.
172. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-91.
173. Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J, Purington A, Baral Abrams G, Barreira P, et al. Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *J Adolesc Health*. 2013;52(4):486-92.
174. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016;11(4):e0153760.
175. Horváth LO, Mészáros G, Balázs J. [When is self-injury nonsuicidal? Reviewing the relationship between suicidal and nonsuicidal self-injury]. *Psychiatr Hung*. 2020;35(4):476-83.
176. Kiekens G, Hasking P, Boyes M, Claes L, Mortier P, Auerbach RP, et al. The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *J Affect Disord*. 2018;239:171-9.
177. Gouveia-Pereira M, Duarte E, Gomes HS, da Silva CT, Santos N. Exploring the suicidal continuum: Deliberate self-harm diversity and severity as predictors of suicidal ideation and suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2022;309:114400.
178. Duarte TA, Paulino S, Almeida C, Gomes HS, Santos N, Gouveia-Pereira M. Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2020;287:112553.
179. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of youth and Adolescence*. 2002;31:67-77.
180. 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.
181. Gillies D, Christou MA, Dixon AC, Featherston OJ, Rapti I, Garcia-Angueta A, 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):733-41.
182. Hanania JW, Heath NL, Emery AA, Toste JR, Daoud FA. Non-Suicidal Self-Injury among Adolescents in Amman, Jordan. *Arch Suicide Res*. 2015;19(2):260-74.
183. Marshall BD, Galea S, Wood E, Kerr T. Longitudinal associations between types of childhood trauma and suicidal behavior among substance users: a cohort study. *Am J Public Health*. 2013;103(9):e69-75.
184. Akdemir D, Zeki A, Ünal DY, Kara M, Çetin FÇ. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde psikiyatrik belirtiler, kimlik karmaşası ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2013;14(1):69-76.
185. Wang S, Xu H, Zhang S, Wan Y, Tao F. Mediating effects of self-esteem in the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury among adolescents: The roles of sex and only-child status. *Soc Sci Med*. 2020;249:112847.
186. Demir P. Ergenlerde kendine zarar verme davranışı ile çocukluk çağı örselenme yaşantıları ilişkisinde duygu düzenleme becerisinin aracı rolü: Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2020.
187. Rubenstein JL, Halton A, Kasten L, Rubin C, Stechler G. Suicidal behavior in adolescents: stress and protection in different family contexts. *Am J Orthopsychiatry*. 1998;68(2):274-84.
188. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Balach L, et al. Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89(1):52-8.
189. Pritchard C. [BOOK REVIEW] Suicide--the ultimate rejection?, a psycho-social study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1997;27(3):319-20.
190. Seidman E, Rapkin B. Economics and psychosocial dysfunction: Toward a conceptual framework and prevention strategies. *Preventive psychology: Theory, research and practice*: Pergamon Press; 1983. p. 175-98.
191. Silk JS, Steinberg L, Morris AS. Adolescents' emotion regulation in daily life: links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Dev*. 2003;74(6):1869-80.

192. Hargus E, Hawton K, Rodham K. Distinguishing between subgroups of adolescents who self-harm. *Suicide Life Threat Behav.* 2009;39(5):518-37.
193. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2005;114(1):140-6.
194. McMahon EM, Reulbach U, Corcoran P, Keeley HS, Perry IJ, Arensman E. Factors associated with deliberate self-harm among Irish adolescents. *Psychol Med.* 2010;40(11):1811-9.
195. Kavurma C, Bilaç Ö, Önder A, Doğan Y, Uzunoğlu G, Adanir A, et al. Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergenlerde Aile İşlevlerinin, Ebeveyn Ve Arkadaşlara Bağlanmanın, Karar Verme Stillerinin Ve Problem Çözme Becerilerinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory.* 2023;14(2):312-20.
196. 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):477-93.
197. Cummings EM, Davies PT. *Marital conflict and children: An emotional security perspective*: Guilford Press; 2011.
198. Lewis SP, Lumley MN, Grunberg PH. Early maladaptive schemas and non-suicidal self-injury among young adults: A preliminary investigation. *Counselling Psychology Quarterly.* 2015;28(4):386-402.
199. Anderson NL, Smith KE, Mason TB, Crowther JH. Testing an Integrative Model of Affect Regulation and Avoidance in Non-Suicidal Self-Injury and Disordered Eating. *Arch Suicide Res.* 2018;22(2):295-310.
200. Balázs J, Györi D, Horváth LO, Mészáros G, Szentiványi D. Attention-deficit hyperactivity disorder and nonsuicidal self-injury in a clinical sample of adolescents: the role of comorbidities and gender. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):34.
201. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE, Jr. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* 2010;117(2):575-600.
202. Willcutt EG, Chhabildas N, Kinnear M, DeFries JC, Olson RK, Leopold DR, et al. The internal and external validity of sluggish cognitive tempo and its relation with DSM-IV ADHD. *J Abnorm Child Psychol.* 2014;42(1):21-35.
203. Sáez B, Servera M, Becker SP, Burns GL. Optimal Items for Assessing Sluggish Cognitive Tempo in Children Across Mother, Father, and Teacher Ratings. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2019;48(6):825-39.
204. Fredrick JW, Becker SP, Langberg JM. Low School Support Exacerbates the Association between Peer Difficulties and Sluggish Cognitive Tempo in Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2022;51(6):1024-38.
205. Kavanaugh B, Studeny J, Cancilliere MK, Holler KA. Neurocognitive predictors of length of stay within a children's psychiatric inpatient program. *Child Neuropsychol.* 2020;26(1):129-36.
206. Ozbaran B, Kose S, Yilmaz E, Aydin AN, Aydin C. Evaluation of the contribution of inpatient services and experiences on improvement in child and adolescent psychiatry practice/Cocuk ve ergen psikiyatrisi uygulamasinda yatakli servis deneyimi ve yatisin iyilesmeye katkisinin degerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2016;17(2):120-7.
207. Coskun M, Bozkurt H, Ayaydin H, Karakoc S, Suleyman F, Ucok A, et al. Clinical and sociodemographic features of adolescents hospitalized in the psychiatric inpatient unit of a university hospital. *Turk J Child Adolesc Ment Health.* 2012;19(1):17-24.
208. Zeshan M, Waqas A, Naveed S, Ghulam H, Manocha P. Factors predicting length of stay in an adolescent psychiatric unit, South Bronx, NY: a short report. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2018;27(2):142.
209. Reddy R, Ha C, Newlin E, Sharp C. Predictors of Length of Stay in a Psychiatric Adolescent Treatment Program. *J Psychiatr Pract.* 2017;23(5):342-51.
210. Stewart SL, Kam C, Baiden P. Predicting length of stay and readmission for psychiatric inpatient youth admitted to adult mental health beds in Ontario, Canada. *Child Adolesc Ment Health.* 2014;19(2):115-21.
211. Goldman W, McCulloch J, Sturm R. Costs and use of mental health services before and after managed care: Six years of data show that managed behavioral health care has reduced mental health care costs for one large employer. *Health Affairs.* 1998;17(2):40-52.

212. Carlson GA, Elvins R. Do we need inpatient units? : Wiley Online Library; 2021. p. 97-8.
213. Meagher SM, Rajan A, Wyshak G, Goldstein J. Changing trends in inpatient care for psychiatrically hospitalized youth: 1991–2008. *Psychiatric Quarterly*. 2013;84:159-68.
214. Galloway SG. Kathleen Mears memorial lecture: Personal accountability: Your key to survival in health care reform. *The Neurodiagnostic Journal*. 2014;54(3):211-26.
215. Silverman WK, Ollendick TH. Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2005;34(3):380-411.
216. Klein DN, Dougherty LR, Olino TM. Toward guidelines for evidence-based assessment of depression in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2005;34(3):412-32.
217. Becker SP. Sluggish cognitive tempo and peer functioning in school-aged children: A six-month longitudinal study. *Psychiatry research*. 2014;217(1-2):72-8.
218. Ferretti NM, King SL, Hilton DC, Rondon AT, Jarrett MA. Focus: Attention Science: Social Functioning in Youth with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Sluggish Cognitive Tempo. *The Yale journal of biology and medicine*. 2019;92(1):29.
219. Ekinici O, İpek Baş SA, Ekinici N, Doğan Öİ, Yaşöz C, Adak I. Sluggish cognitive tempo is associated with autistic traits and anxiety disorder symptoms in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020;43(2):153-9.
220. Christoff K, Irving ZC, Fox KC, Spreng RN, Andrews-Hanna JR. Mind-wandering as spontaneous thought: a dynamic framework. *Nature reviews neuroscience*. 2016;17(11):718-31.
221. Jonkman LM, Markus CR, Franklin MS, van Dalfsen JH. Mind wandering during attention performance: Effects of ADHD-inattention symptomatology, negative mood, ruminative response style and working memory capacity. *PLoS one*. 2017;12(7):e0181213.
222. Seli P, Smallwood J, Cheyne JA, Smilek D. On the relation of mind wandering and ADHD symptomatology. *Psychonomic bulletin & review*. 2015;22:629-36.
223. McMillan RL, Kaufman SB, Singer JL. Ode to positive constructive daydreaming. *Frontiers in psychology*. 2013;4:626.
224. Marchetti I, Koster EH, Klinger E, Alloy LB. Spontaneous thought and vulnerability to mood disorders: The dark side of the wandering mind. *Clinical psychological science*. 2016;4(5):835-57.
225. Lanier J, Noyes E, Biederman J. Mind wandering (internal distractibility) in ADHD: A literature review. *Journal of attention disorders*. 2021;25(6):885-90.
226. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*. 2003;27:247-59.
227. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*. 2008;3(5):400-24.
228. Surrence K, Miranda R, Marroquín BM, Chan S. Brooding and reflective rumination among suicide attempters: Cognitive vulnerability to suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*. 2009;47(9):803-8.
229. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour research and therapy*. 2011;49(3):186-93.
230. Coleman SE, Dunlop BJ, Hartley S, Taylor PJ. The relationship between rumination and NSSI: A systematic review and meta-analysis. *British journal of clinical psychology*. 2022;61(2):405-43.
231. Fredrick JW, Kofler MJ, Jarrett MA, Burns GL, Luebke AM, Garner AA, et al. Sluggish cognitive tempo and ADHD symptoms in relation to task-unrelated thought: Examining unique links with mind-wandering and rumination. *Journal of psychiatric research*. 2020;123:95-101.

EKLER

EK 1: ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : E-10840098-202.3.02-5407
Konu : Etik Kurulu Kararı

09/09/2024

Sayın Aigiun Guseinova

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz 'Psikiyatri Servisi Yatış Öyküsü Olan Kız Ergenlerin Bilişsel Kopma Sendromu Belirti Düzeyleri ile Kendine Zarar Verme Davranışı Arasında İlişkinin İncelenmesi' isimli başvurunuz Etik Kurulumuzca değerlendirilerek uygun görülmüş olup Etik Kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikiyatri Servisi Yatış Öyküsü Olan Kız Ergenlerin Bilişsel Kopma Sendromu Belirti Düzeyleri ile Kendine Zarar Verme Davranışı Arasında İlişkinin İncelenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Aigiun Guseinova			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	As. Dr.			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No: 858	Tarih: 29.08.2024				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Prof. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Neziha HACİHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Erman GEDİKLİ	Sağlık Yönetimi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Pakize YİĞİT	Biyoistatistik/ Sayısal Yöntemler	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır

* :Toplantıda Bulunma

EK 2: ÇOCUK VE EBEVEYN İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

İSTANBUL GÖZTEPE PROF. DR: SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Çalışmanın Adı: “Psikiyatri Servisi Yatış Öyküsü Olan Kız Ergenlerin Bilişsel Kopma Sendromu Belirti Düzeyleri İle Kendine Zarar Verme Davranışı Arasında İlişkinin İncelenmesi”.

Sizin Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülen aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına da sahipsiniz. Çalışmadan çıkmanız halinde tedavinizde herhangi bir aksaklık olmayacaktır. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkartacak bilgiler gizli tutulacaktır ve kamuoyuna açıklanmayacaktır. Çalışmamızda görevli sağlık görevlileri, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimleri bulunacaktır, ancak bu bilgiler gizli tutulacak, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalamasıyla gönüllü veya kanuni temsilcinin söz konusu erişime izin vermiş olacaktır. Size verilen **formdaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlar Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)-Ebeveyn Formu ve Yavaş Bilişsel Tempo Değerlendirme Ölçeği (YBTÖ)’dir. Bu formların doldurulması yaklaşık **15 dakika** sürmektedir ve bu formlarda toplam **39 soru** bulunmaktadır. Çocuğun görüşmesinde çocuğa uygulanacak ölçekler ise Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)-Çocuk Formu, Yavaş Bilişsel Tempo Özbildirim Ölçeği ve Kendine Zarar Verme Davranış Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) içermektedir. Bu formların doldurulması yaklaşık **20 dakika** sürmektedir ve bu formlarda toplam **84 soru** bulunmaktadır. Bu formlardan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacıyla kullanılacaktır.

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı

Bilişsel Kopma Sendromu (BKS) hayal kurma, zihin karışıklığı, uyuşukluk ve kolay yorulma gibi belirtilerle karakterizedir. İlk olarak “Yavaş Bilişsel Tempo” olarak bilinen bu durum, son yıllarda daha detaylı araştırılmaya başlanmıştır. İlkokul çağındaki çocukların %5-%7’sinde görülebilir ve ergenlik döneminde belirtileri artabilir. BKS’li çocuklar genellikle içine kapanık olabilir ve sosyal olarak geri çekilebilirler. Bu, akranları tarafından reddedilme riskini artırabilir. Bazı çalışmalar BKS belirtileri olan çocuklarda intihar riskinin yüksek olduğunu bulunmuştur.

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) bireyin fiziksel olarak kendine zarar vermesiyle karakterize edilir ve son yıllarda giderek artan bir halk sağlığı sorunu olarak dikkat çekmektedir. Kız ergenler ve genç yetişkinler arasında KZVD riski daha yüksektir, bu da bu yaş grubundaki bireyler için bir risk faktörü olabilir. Bu davranış genellikle duygusal acıyı dışa vurma, kontrol hissi sağlama ya da içsel sıkıntılardan kaçma yollarından biri olarak görülür. Bilişsel Kopma Sendromu belirtileri kişinin kendi duygusal durumunu değerlendirmede, kişilerarası ilişkilerde, sosyal iletişimde zorluk çekmesine, bu nedenle kendine zarar verme davranışını artırmasına neden olabilir. Çalışmada, özellikle yüksek intihar düşüncesi ve KZVD riski taşıyan psikiyatrik yatışı olan ergen kızlar bu amaçla değerlendirilecektir.

Araştırmamızda Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri servisi yatış öyküsü olan 12-18 yaş kız ergenlerin **Bilişsel Kopma Sendromu** belirti düzeyleri ile Kendine Zarar Verme Davranışı Arasında ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Araştırmanın İçeriği

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Servisi Yatış Öyküsü Olan 50-100 katılımcı Kız Ergenlerin **Bilişsel Kopma Sendromu** Belirti Düzeyleri ile Kendine Zarar Verme Davranışı Arasında İlişki konusunda bilgi edinmek için bu ölçeklerin doldurulması istenmektedir.

1. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

Tarih:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

Tarih:

Araştırmayla ilgili herhangi bir durum ile karşılaştığınızda Dr. Aigiun Guseinova'ya

..... numaralı telefondan dahili hattından ve cep numarasından ulaşabilirsiniz.

İSTANBUL GÖZTEPE PROF. DR: SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Çalışmanın Adı: “Psikiyatri Servisi Yatış Öyküsü Olan Kız Ergenlerin Bilişsel Kopma Sendromu Belirti Düzeyleri İle Kendine Zarar Verme Davranışı Arasında İlişkinin İncelenmesi”.

Sizin Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülen aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına da sahiptir. Çalışmadan çıkmanız halinde tedavinizde herhangi bir aksaklık olmayacaktır. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Kişisel bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarıyla paylaşılmayacaktır. Çalışmamızda yer alan doktorlar, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişim sağlayabileceklerdir. Ancak bu bilgiler gizli tutulacak ve sadece gerekli durumlarda kullanılacaktır. Bu erişime izin verdiğinizizi gösteren bir onay formunu imzalayarak katılımınızı tamamlamış olacaksınız.

Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın.

Bu formlar Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)-Çocuk Formu, Yavaş Bilişsel Tempo Özbildirim Ölçeği (YBTÖÖ), Kendine Zarar Verme Davranış değerlendirme Envanteri (KZVDDE) içermektedir. Bu formların doldurulması yaklaşık **20 dakika** sürmektedir ve bu formlarda **toplam 84 soru** bulunmaktadır. Bu formlardan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı

Bilişsel Kopma Sendromu (BKS) hayal kurma, zihin karışıklığı, uyuşukluk ve kolay yorulma gibi belirtilerle karakterizedir. İlk olarak “Yavaş Bilişsel Tempo” olarak bilinen bu durum, son yıllarda daha detaylı araştırılmaya başlanmıştır. İlkokul çağındaki çocukların %5-%7’sinde görülebilir ve ergenlik döneminde belirtileri artabilir. BKS’li çocuklar genellikle içine kapanık olabilir ve sosyal olarak geri çekilebilirler. Bu, akranları tarafından reddedilme riskini artırabilir. Bazı çalışmalar BKS belirtileri olan çocuklarda intihar riskinin yüksek olduğunu bulunmuştur.

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) bireyin fiziksel olarak kendine zarar vermesiyle karakterize edilir ve son yıllarda giderek artan bir halk sağlığı sorunu olarak dikkat çekmektedir. Kız ergenler ve genç yetişkinler arasında KZVD riski daha yüksektir, bu da bu yaş grubundaki bireyler için bir risk faktörü olabilir. Bu davranış genellikle duygusal acıyı dışa vurma, kontrol hissi sağlama ya da içsel sıkıntılardan kaçma yollarından biri olarak görülür. Bilişsel Kopma Sendromu belirtileri kişinin kendi duygusal durumunu değerlendirmede, kişilerarası ilişkilerde, sosyal iletişimde zorluk çekmesine, bu nedenle kendine zarar verme davranışını artırmasına neden olabilir. Çalışmada, özellikle yüksek intihar düşüncesi ve KZVD riski taşıyan psikiyatrik yatışı olan ergen kızlar bu amaçla değerlendirilecektir.

Araştırmamızda Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri servisi yatış öyküsü olan 12-18 yaş kız ergenlerin **Bilişsel Kopma Sendromu** belirti düzeyleri ile Kendine Zarar Verme Davranışı Arasında ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Araştırmanın İçeriği

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen psikiyatri servisinde yatış öyküsü olan 12-18 yaş aralığında yaklaşık 50-100 katılımcı kız ergenlerin Bilişsel Kopma Sendromu belirtilerini incelemek ve bu belirtilerin Kendine Zarar Verme Davranışı ile arasındaki ilişki konusunda bilgi edinmek için bu ölçeklerin doldurulması istenmektedir.

1. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

.....

Katılımcının velisi/yasal vasisi (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

Tarih:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

Tarih:

Araştırmayla ilgili herhangi bir durum ile karşılaştığınızda Dr. Aigiun Guseinova'ya

..... numaralı telefondan dahili hattından ve cep numarasından ulaşabilirsiniz.

EK 3: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarih: / /

1. Adı soyadı:

2. Telefon No:

3. Yaşı:

4. Cinsiyet: 1) kız 2) erkek

5. Sınıf:

6. Son karne/diploma not ortalaması (Belirtiniz:)

7. Anne baba: 1) Birlikte 2) Boşanmış

8. Aile yapısı: 1) Çekirdek 2) Geniş

9. Ailenin ortalama aylık gelir düzeyi 1) 20.000 tl altı 2) 20.000-65.000 tl 3) 65.000 tl ve üstü

10. Annenin yaşı:

11. Anne çalışıyor mu? 1) Evet 2) Hayır

12. Annenin eğitimi: 1) Hiç okula gitmemiş 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Üniversite

13. Babanın yaşı:

14. Baba çalışıyor mu? 1) Evet 2) Hayır

15. Babanın eğitimi: 1) Hiç okula gitmemiş 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Üniversite

16. Ailede bildiğiniz herhangi bir ruhsal/psikolojik rahatsızlığı olan var mı?

Açıklayınız. 1) Evet, var: 2) Hayır yok.

17. Kardeş sayısı:

18. Sigara kullanımı var mı? 1) Evet..... 2) Hayır

19. Ailede kendine zarar verme davranışı olan var mı? Evet ise kimde var?

1) Evet..... 2) Hayır

20. Arkadaşında kendine zarar verme davranışı var mı? Varsa zarar verme şekli

1) Evet..... 2) Hayır

21. Yatış öyküsü:

22. Yatış sayısı:

23. Yatış toplam süresi

24. Tespit öyküsü:

25. GAS: Yatış esnasında: Taburcu olurken:

EK 4: 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 sürme	.....
Çimdikleme	.....	Kendine iğne batırma	.....
Saç kopartma (kökünden)	.....	Tehlikeli/zararlı madde içme/ yutma	.....
		Diğer	.....

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

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

3.Hangi yaşta?

İlk kez kendinize zarar verdiniz?

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

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

Lütfen daire içine alınız

EVET

BAZEN

HAYIR

5.Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?

Lütfen daire içine alınız

EVET

BAZEN

HAYIR

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

Lütfen daire içine alınız

<1 saat

1-3 saat

3-6 saat

6-12 saat

12-24 saat

>1gün

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

Lütfen daire içine alınız

EVET

HAYIR

BÖLÜM II: İŞLEVLER

Yönerge:

Bu anket intihar amaçlı olamayan kendine zarar verme davranışı deneyimini daha iyi anlamamızı sağlamaya yönelik oluşturulmuştur. Aşağıda sizin kendinize zarar verme deneyiminizle ilişkili olabilecek ya da olmayabilecek durumlar bir liste olarak verilmiştir. Lütfen sizin için en uygun olan durumları belirleyiniz.

- Belirtilen durum size **hiç uygun değilse** "0" işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **kısmen uygunsa** "1" işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **çok uygunsa** "2" işaretleyiniz

"Kendime zarar verdiğimde, ...

Yanıt

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

25...başkalarından intikam almış olurum	0	1	2
26...başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum	0	1	2

"Kendime zarar verdiğimde, ...

Yanıt

27...kaygı, hüsrân, öfke ve diğer bunaltıcı hislerim hafiflemiş olur	Lütfen arka sayfaya geç		
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

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, sizin için yukarıda sıralanmış olanlardan daha doğru durumlar var ise bir liste halinde yazınız:

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, size uymasa bile yukarıda sıralanmış olanlara eklenmesi gerektiğini düşündüğünüz durumlar var ise bir liste halinde yazınız:

**EK 5: YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO ÖLÇEĞİ (YBTÖ) EBEVEYN
FORMU**

YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Çocuğunuzu en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz. Bilmediğiniz veya yanıtlamak istemediğiniz soruları boş bırakabilirsiniz.	<i>Kesinlikle katılmıyorum</i>	<i>Kısmen katılıyorum</i>	<i>Katılıyorum</i>	<i>Tamamen katılıyorum</i>
1. İlgisizdir; etkinliklere veya işlere çok az ilgi gösterir.				
2. Yavaştır veya görevlerini tamamlamakta gecikir.				
3. Motive olmakta zorlanır/isteksizdir.				
4. Durgun/uyuşuk görünür.				
5. Uykulu görünür.				
6. Hayallere dalar gider.				
7. Yorgun görünür; halsizdir.				
8. Kendi düşüncelerinde kaybolur.				
9. İşlerini bitirmek için girişimde bulunmaz.				
10. Kendi dünyasındaymış gibi görünür.				
11. Bir iş yaparken çabası hızla kaybolur.				
12. Esneyen, gerinen, uykulu bir görünümü vardır.				
13. İşler/görevler için ek süreye ihtiyaç duyar.				
14. Aktif değildir, yavaş hareket eder ya da enerjik değildir.				

EK 6: YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (YBTÖÖ)

YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ

Adı-Soyadı:

Yaşı:

Cinsiyeti:

Sınıfı:

Tarih:

Sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz.

1. Bir etkinlik veya ödev yaparken zihnim kolayca karışır.
2. Gün içindeki etkinliklerde dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.
3. Gece iyi uyumuş olmama rağmen, gün içinde uykulu gibiyimdir.
4. Bir etkinlik/ödev yaparken düşüncelerimi takip etmekte zorlanırım.
5. Görevlerimi ya da ödevlerimi tek başıma yaparken zihnim daha çabuk dağılır.
6. Derste uyanık kalmakta zorlanırım.
7. Gün içinde zihnim bulanıktır.
8. Gündelik rutin işleri bitirme konusunda yavaşım.
9. Görev ve sorumluluklarımı beklenen sürede tamamlayamam.
10. Bir etkinlik/görev üzerinde çalışırken, kendimi konuyla ilgisiz bir düşüncede kaybolmuş bulurum.
11. Etkinlikler esnasında kendimi başka şeylerle uğraşırken bulurum (örn. karalamak, bir şeyler çizmek, etrafa bakınmak).
12. Etkinlikler esnasında dikkatimi sürdürmekte zorlanırım.
13. Gün içinde enerjim çabucak biter.
14. Gündelik olay ya da durumlarda ne olup bittiğini anlamam zaman alır.
15. Etkinliklere/görevlere başlamakta zorlanırım.
16. Etkinliklere/görevlere başlamak için son ana kadar beklerim.
17. Okul ödevlerime başlamamak için çeşitli bahaneler üretirim.
18. Etkinliklere başlamam için motive edilmem gerekir.
19. Günlük aktiviteleri sürdürürken motivasyonum hızla kaybolur.
20. Görevler sırasında kolay pes ederim.

Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Çok sık

EK 7: GÜÇLER GÜÇLÜKLER ANKETİ- ÇOCUK FORMU

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

E 11-17

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	☐	☐	☐
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	☐	☐	☐
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	☐	☐	☐
Genellikle başkalarıyla paylaşıyorum (Örn. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi v.s.).	☐	☐	☐
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	☐	☐	☐
Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	☐	☐	☐
Genellikle bana söyleneni yaparım.	☐	☐	☐
Çok endişelenirim.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	☐	☐	☐
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşım var.	☐	☐	☐
Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıyım.	☐	☐	☐
Yaşıtlarım genelde beni sever.	☐	☐	☐
Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	☐	☐	☐
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	☐	☐	☐
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	☐	☐	☐
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	☐	☐	☐
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	☐	☐	☐
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	☐	☐	☐
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	☐	☐	☐

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

Genel olarak aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlüklerinizin olduğunu düşünüyor musunuz:
Duygular, dikkati toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
☐	☐	☐	☐

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler seni ne kadar sıkıntıya sokuyor ya da ne kadar moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	☐	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri	☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler çevrendeki insanların(aile, arkadaşlar, öğretmenler vb.) hayatını zorlaştırıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

İmza:

Tarih:

Yardıminiz için teşekkür ederiz

© Robert Goodman, 2005

EK 8: GÜÇLER GÜÇLÜKLER ANKETİ- EBEVEYN FORMU

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

AB 4-16

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	☐	☐	☐
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	☐	☐	☐
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınıır.	☐	☐	☐
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	☐	☐	☐
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	☐	☐	☐
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	☐	☐	☐
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	☐	☐	☐
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	☐	☐	☐
Sürekli elleri ayakları kırır kırır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşı vardır.	☐	☐	☐
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamalıdır.	☐	☐	☐
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	☐	☐	☐
Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	☐	☐	☐
Kendinden küçükler iyi davranır.	☐	☐	☐
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	☐	☐	☐
Ev,okul yada başka yerlerden çalar.	☐	☐	☐
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	☐	☐	☐
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	☐	☐	☐
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	☐	☐	☐

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

Genel olarak, çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz: Duygular, dikkati toplama, davranış yada başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
☐	☐	☐	☐

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	☐	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri	☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

İmza:

Tarih:

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz):

Yardıminiz için teşekkür ederiz

© Robert Goodman, 2005

EK 9: OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARI İÇİN DUYGULANIM BOZUKLUKLARI VE ŞİZOFRENİ GÖRÜŞME ÇİZELGESİ- ŞİMDİ VE YAŞAM BOYU ŞEKLİ-DSM-5

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 1

DEPRESİF BOZUKLUK				
1	Çökkün duygudurum	0	1	2 3
2	Huzursuzluk ve öfke	0	1	2 3
3	Keyif alamama			
a	Tekrarlayan ölüm düş.	0	1	2 3
b	İntihar düş.	0	1	2 3
c	İntihar girişimi-ciddiyeti	0	1	2 3
d	İntihar eylemi-ölüm riski	0	1	2 3
e	İntihar olmayan kendine zarar verme	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-1 DEPRESİF BZK doldur.				
MANİ				
1	Kabarmış-taşkın duygudurum	0	1	2 3
2	Uyku gereksiniminin azalması	0	1	2 3
3	Amaca yönelik etkinliklerde artış	0	1	2 3
4	Fikir uçuşması	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-1 MANİ doldur.				
PSİKOZ				
1	Varsanılar	0	1	2 3
2	Sanrılar	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-2 PSİKOTİK BZK doldur.				
PANİK BZK				
1	Panik ataklar	0	1	2 3
Soruda 3 aldıysa EK-3 PANİK BZK doldur.				
AYRILIK ANKSİYETESİ BZK				
1	Felaket korkusu	0	1	2 3
2	Bağlanılan kişiye zarar korkusu	0	1	2 3
3	Okul reddi	0	1	2 3
4	Yalnız uyumaktan korkma	0	1	2 3
5	Evde yalnız kalmaktan korkma	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-3 AYRILIK ANKSİYETESİ BZK doldur.				
KAÇINMA BZK/ SOSYAL FOBİ				
1	İlişkinin kısıtlanması	0	1	2 3
2	Toplumsal durumlardan korkma	0	1	2 3
3	Tanındık kişilerle toplumsal ilişki	0	1	2 3
4	Süre ≥ 6 ay	0	1	2
5	İşlevsellikte azalma			
a	Sosyal ilişkilerde	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
d	Ciddi anksiyete/tutturma	0	1	2
e	Kaçınma	0	1	2
6	Tetikleyici varlığı	0	1	2
7	Çocukluk Dönemi Kaçınma Bzk (DSM_3R)	0	1	2
8	Sosyal fobi(DSM_4)	0	1	2
AGORAFOBİ ve ÖZGÜL FOBİLER				
1	Sıkıntı	0	1	2 3
2	Kaçınma	0	1	2 3
En yoğun fobi:.....				
Diğer fobiler:.....				
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-3 AGORAFOBİ doldur.				

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU				
1	Geleceğe ilişkin gerçek dışı endişe	0	1	2 3
2	Somatik yakınmalar	0	1	2 3
3	Aşırı duyarlılık	0	1	2 3
4	Belirgin gerginlik/rahatlayamama	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-3 YAB doldur.				
OBSESİF KOMPULSİF BZK				
1	Kompulsyonlar	0	1	2 3
2	Obsesyonlar	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-3 OKB doldur.				
ENÜREZİS				
1	Tekrarlayan işeme			
a	Gece - ne sıklıkta	0	1	2
b	Gündüz - ne sıklıkta	0	1	2
c	Toplam - toplam sıklık	0	1	2
Sıkıntı:				
İşlevselik:.....				
Süre :.....				
ENKOPREZİS				
1	Tekrarlayan kaka kaçırmaya			
a	Gece - ne sıklıkta	0	1	2
b	Gündüz - ne sıklıkta	0	1	2
c	Toplam - toplam sıklık	0	1	2
Sıkıntı:				
İşlevselik:.....				
Süre :.....				
ANOREKSİYA NERVOSA				
1	Aşırı şişman olma korkusu	0	1	2 3
2	Aşırı zayıflama	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-5 ANOREKSİYA NERVOSA doldur.				
BULİMİYA NERVOSA				
1	Kilo verme yöntemleri			
a	Diyet ilaçları	0	1	2 3
b	Laksatif	0	1	2 3
c	İdrar söktürücü	0	1	2 3
d	Kusmak	0	1	2 3
e	Aşırı egzersiz	0	1	2 3
f	> 1 hafta kalorisiz sıvı	0	1	2 3
g	Kombine yöntemler	0	1	2 3
2	Tıkanırçasına yeme/ yeme atakları	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-5 BULİMİYA NERVOSA doldur.				
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU				
1	Dikkatini sürdürmekte güçlük	0	1	2 3
2	İlgisinin kolayca dağılabilmesi	0	1	2 3
3	Yerinde oturmakta güçlük	0	1	2 3
4	Dürtüsellik	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-4 DEHB doldur.				

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 2

KARŞIT OLMA KARŞIT GELME BOZUKLUĞU					
1	Kendini kaybeder	0	1	2	3
2	Yetişkinlerle çok tartışır	0	1	2	3
3	Kurallara karşı gelir	0	1	2	3

Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-4 KOKG doldur.

DAVRANIM BOZUKLUĞU					
1	Yalan söyleme	0	1	2	3
2	Okuldan kaçma	0	1	2	3
3	Fiziksel kavga başlatma	0	1	2	3
4	Tehdit etme, zorbalık	0	1	2	3
5	Saldırgan olmayan hastalık	0	1	2	3

Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-4 DAVRANIM BZK. doldur.

TİK BOZUKLUĞU					
1	Motor tikler	0	1	2	3
2	Ses tikleri	0	1	2	3

Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-5 TİK BZK. doldur.

SİGARA/TÜTÜN KULLANIMI					
1	Kullanım				
a	Hiç sigara?	0	1	2	
b	Hiç tütün?	0	1	2	
2	Sigara kullanım miktarı				
a	Şimdiki sigara miktarı/gün				
b	Maks. Sigara miktarı/gün ve kaç yaşında				
3	Düzenli kullanıma başladığı yaş				
4	Bırakma girişimi	0	1	2	
5	Hiç bırakmış mı?	0	1	2	
6	En uzun kaç ay bırakmış				

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI					
1	Kullanım				
a	Düzenli alkol kullanma yaşı				
b	En az 4 kez haftada 2 kadeh	0	1	2	

Herhangi bir soruda 2 aldıysa aşağıdaki formu doldur.

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI					
1	Miktarı	0	1	2	
2	Sıklık	0	1	2	
3	İçmesi ile ilgili başkasının düş.	0	1	2	

Herhangi bir soruda 2 aldıysa EK-5 ALKOL KK doldur.

MADDE KÖTÜYE KULLANIMI					
1	İlaç kullanımı	0	1	2	
a	Kannabis	0	1	2	
b	Uyarıcılar	0	1	2	
c	Sedatif- hipnotikler	0	1	2	
d	Kokain	0	1	2	
e	Opioidler	0	1	2	
f	PCP	0	1	2	
g	Halüsinojenler	0	1	2	
h	Uçucular	0	1	2	
i	Diğer	0	1	2	

Herhangi bir soruda 2 aldıysa aşağıdaki formu doldur.

MADDE KÖTÜYE KULLANIMI					
1	Sıklık				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif- hipnotikler	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioidler	0	1	2	3

f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojenler	0	1	2	3
h	Uçucular	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3

Herhangi bir soruda 2 aldıysa EK-5 MADDE KK doldur.

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU					
1	Travmatik olaylar				
a	Araba kazası	0	1	2	
b	Başka kazalar	0	1	2	
c	Yangın	0	1	2	
d	Doğal afetlere tanıklık	0	1	2	
e	Şiddet içeren olaya tanıklık	0	1	2	
f	Şiddet içeren olayın kurbanı	0	1	2	
g	Travmatik haber almak	0	1	2	
h	Ev içi şiddete tanık	0	1	2	
i	Fiziksel kötüye kullanım	0	1	2	
j	Cinsel kötüye kullanım	0	1	2	

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU					
Tarama Maddeleri					
1	Yineleyici düş/ görüntüler	0	1	2	
2	Kaçınma çabası	0	1	2	
3	Kabuslar	0	1	2	
4	Uykusuzluk	0	1	2	
5	Huzursuzluk/ öfke atakları	0	1	2	

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU_EK SORULAR					
1	Tekrarlayan oyun/ yeniden canlandırma	0	1	2	
2	Dissosiyatif ataklar-yanılsama-varsanı				
a	Dissosiyatif ataklar	0	1	2	
b	Yanılsamalar	0	1	2	
c	Varsanılar	0	1	2	
3	Olaya benzer uyararla sıkıntı	0	1	2	
4	Kaçınma çabası	0	1	2	
5	Hatırlayamama	0	1	2	
6	İlgide azalma	0	1	2	
7	Yabancılaşma duygusu	0	1	2	
8	Kısıtlı duygulanım	0	1	2	
9	Geleceğe olumsuz bakış	0	1	2	
10	Dikkati toplamada güçlük	0	1	2	
11	Hipervijilans	0	1	2	
12	Abartılmış irkilme	0	1	2	
13	Fizyolojik tepkiler	0	1	2	
14	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
15	Süre (hafta olarak)				
16	Travma sonrası stres bozukluğu				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
17	Akut stres bozukluğu	0	1	2	

ÇOCUKLAR İÇİN GENEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ PUANI

ŞİMDİKİ DURUM-SON 2 HAFTA

GEÇMİŞ- EN KÖTÜ İŞLEVSELLİK

GEÇMİŞ- EN İYİ İŞLEVSELLİK

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 3

EK-1 DUYGULANIM BOZUKLUKLARI EKİ				
DEPRESYON EKİ				
1	Çökkün duygudurumun değişmemesi	0	1	2 3
2	Disforik duygudurumun yastan farklılığı	0	1	2 3
3	Gün içinde duygudurum değişikliği	0	1	2 3
4	Uyku bzk			
a	Uykuya dalmakta güçlük	0	1	2 3
b	Uykuda bölünme	0	1	2 3
c	Erken uyanma	0	1	2 3
d	Uyku düzeninde bozulma	0	1	2 3
e	Dinlendirmeyen uyku	0	1	2 3
f	Fazla uyuma	0	1	2 3
5	Halsizlik- enerji azlığı	0	1	2 3
6	Bilişsel bozukluklar			
a	Konsantrasyon bozukluğu	0	1	2 3
b	Kararsızlık	0	1	2 3
7	İştah - kilo	0	1	2 3
a	İştahta azalma	0	1	2 3
b	Kilo kaybı	0	1	2 3
c	İştahta artış	0	1	2 3
d	Kilo alma	0	1	2 3
8	Psikomotor bzk.	0	1	2 3
a	Ajitasyon	0	1	2 3
b	Psikomotor yavaşlama	0	1	2 3
9	Kendilik algısı	0	1	2 3
a	Değersiz hissetme	0	1	2 3
b	Aşırı suçluluk	0	1	2 3
10	Ümitsizlik, çaresizlik	0	1	2 3
11	Reddedilmeye duyarlılık	0	1	2 3
Diğer ölçütler				
1	Tetikleyici varlığı.....	0	1	2
2	Menstruasyon ile belirti ilişkisi	0	1	2
3	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
4	Major depresif bozukluk (DSM_3R/4)	0	1	2
5	Melankolik depresyon			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2
6	Mevsimsel bir örüntü	0	1	2
7	Atipik depresyon	0	1	2
8	Psikotik özellikte Major Depresif Bzk.	0	1	2
9	Şizoaffektif Bzk.- depresyon tipi	0	1	2
10	Distimi	0	1	2
11	Distimi- primer tip	0	1	2
12	Distimi- sekonder tip	0	1	2
13	Depresif bzk-NOS	0	1	2
14	Çökkün duygudurumlu uyum Bzk.	0	1	2
MANİ EKİ				
1	Kendini büyük görme	0	1	2 3
2	Basınçlı konuşma	0	1	2 3

3	Yargılama zayıflığı	0	1	2 3
4	Dikkat dağınıklığı	0	1	2 3
5	Fiziksel huzursuzluk	0	1	2 3
6	Madde / alkol etkisi	0	1	2 3
7	Taşkın duygudurum süresi.....	0	1	2 3
8	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
d	Hastanede yatma	0	1	2
e	Diğer	0	1	2
9	Mani			
a	DSM_3R ölçütleri	0	1	2
b	DSM_4 ölçütleri	0	1	2
c	Toplam – toplam sıklık	0	1	2
10	Alt tipler			
a	Bipolar bzk. Manik	0	1	2
b	Bipolar bzk. Depresif	0	1	2
c	Bipolar bzk. Karışık	0	1	2
d	Hızlı döngülü	0	1	2
11	Hipomani			
a	DSM_3R ölçütleri	0	1	2
b	DSM_4 ölçütleri	0	1	2
12	Siklotimi	0	1	2
13	Bipolar Bzk.-BTA	0	1	2
14	Şizoaffektif Bzk.-manik tip	0	1	2
EK-2 PSİKOTİK BOZUKLUKLAR EKİ				
PSİKOZ EKİ				
I-VARSANILAR				
1	İşitsel varsanılar			
a	Sözel olmayan sesler	0	1	2 3
b	Komut veren sesler	0	1	2 3
c	Yorum yapan sesler	0	1	2 3
d	Birbiriyle konuşan sesler	0	1	2 3
e	Sesli düşünceler	0	1	2 3
f	Diğer sözel varsanılar	0	1	2 3
2	Seslerin yeri			
a	Yalnızca kafanın içinden	0	1	2 3
b	Yalnızca dışarıdan	0	1	2 3
c	Her ikisi birlikte	0	1	2 3
3	Görsel varsanılar	0	1	2 3
4	Dokunma varsanıları	0	1	2 3
5	Koku varsanıları	0	1	2 3
6	Yanılsamalar	0	1	2 3
7	Kültürel olarak kabul gören	0	1	2
8	Varsanıların süresi	0	1	2
9	Duygulanım bzk. ile birliktelik	0	1	2

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 4

10	Travma ile birliktelik	0	1	2
11	Madde kullanımı ile birliktelik	0	1	2
12	Tetikleyicinin varlığı	0	1	2
13	Süre >1 hafta	0	1	2
II- SANRILAR				
1	Büyüklik sanrıları	0	1	2
2	Suçluluk/ günah	0	1	2
3	Kontrol edilme sanrıları	0	1	2
4	Bedensel sanrılar	0	1	2
5	Nihilizm	0	1	2
6	Düşünce yayınlanması	0	1	2
7	Düşünce sokulması	0	1	2
8	Düşünce çalınması	0	1	2
9	TV/ radyoda mesaj alma	0	1	2
10	Zarar görme sanrıları	0	1	2
11	Düşünce okunması	0	1	2
12	Referans sanrıları	0	1	2
13	Diğer tuhaf sanrılar	0	1	2
14	Alt kültüre özgü sanrılar	0	1	2
15	Birden fazla sanrılar	0	1	2
16	Sanrılar duygudurum bzk den 2 hafta sonra	0	1	2
17	Sanrılar madde kullanımından sonra	0	1	2
18	Sanrılar duygudurumu ile ilişkili	0	1	2
19	Tetikleyicinin varlığı	0	1	2
20	Süre >1 hafta	0	1	2
III-DİĞER PSİKOTİK BELİRTİLER				
1				
a	Künt duygulanım	0	1	2
b	Uyumsuz duygulanım	0	1	2
2				
a	Enkoherans	0	1	2
b	Çağırışmaların çözülmesi	0	1	2
3	Katatolik davranış	0	1	2
İŞLEVSELLİK (HASTALIĞIN AKTİF EVRESİNDE)				
a	Okulda	0	1	2
b	Akran ilişkilerinde	0	1	2
c	Aile ilişkilerinde	0	1	2
d	Öz bakımda	0	1	2
EK-3 ANKSİYETE BOZUKLUKLARI EKİ				
PANİK BOZUKLUĞU EKİ				
1	Nefes darlığı (dispne)	0	1	2
2	Baş dönmesi	0	1	2
3	Çarpıntı	0	1	2
4	Titreme/sarsılma	0	1	2
5	Terleme	0	1	2
6	Boğuluyor gibi olma	0	1	2
7	Bulantı	0	1	2
8	Depersonalizasyon	0	1	2
9	Uyuşma/ karıncalanma	0	1	2

10	Ateş basması	0	1	2	3
11	Göğüs ağrısı	0	1	2	3
12	Ölüm korkusu	0	1	2	3
13	Kontrolünü kaybetme korkusu	0	1	2	3
14	Eşlik eden belirli uyaran	0	1	2	
15	Beklenmeyen atak	0	1	2	
16	En az belirti ölçütleri	0	1	2	
17	Atakların sıklığı	0	1	2	
18	Başka atak geçirme korkusu	0	1	2	
19	Atakların başlangıcı	0	1	2	
20	Agorafobi	0	1	2	
21	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Aile	0	1	2	
c	Okul	0	1	2	
22	Agorafobisiz panik bozukluğu				
a	DSM_3-R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
23	Sınırlı belirtilerle giden ataklar	0	1	2	
AYRILIK ANKSİYETESİ EKİ					
1	Kabuslar	0	1	2	3
2	Ayrılık gününde fiziksel belirtiler	0	1	2	3
3	Ayrılık beklentisi ile sıkıntı	0	1	2	3
4	Ayrılık durumunda aşırı sıkıntı	0	1	2	3
5	Süre (en az 2 hafta).....	0	1	2	
6	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
7	Tetikleyici etkenler.....	0	1	2	
8	Ayrılık anksiyetesi bozukluğu				
a	DSM_3-R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
FOBİK BOZUKLUKLAR EKİ					
1	Fobik durumlar				
a	Yükseklik	0	1	2	3
b	Karanlık	0	1	2	3
c	Kan	0	1	2	3
d	Köpekler	0	1	2	3
e	Diğer hayvanlar	0	1	2	3
f	Böcekler	0	1	2	3
g	Evin dışında yalnız kalma	0	1	2	3
h	Kalabalık	0	1	2	3
i	Açık alan	0	1	2	3
j	Yolculuk	0	1	2	3
k	Asansör	0	1	2	3
l	Diğer kapalı alanlar	0	1	2	3
m	Köprü ve tünel	0	1	2	3
n	Diğer	0	1	2	3
2	Korkunun aşırılığını fark etme	0	1	2	

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 6

15	Bir etkinlikten diğerine geçer	0	1	2	3
16	Fazla konuşur	0	1	2	3
17	Tehlikeli işlere girer	0	1	2	3
18	Süre > 6 ay	0	1	2	
19	Başlangıç yaşı.....	0	1	2	
20	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
21	DEHB (DSM_3R)	0	1	2	
22	DEHB (DSM_4)	0	1	2	
23	Dikkatsizlik baskın olduğu tip	0	1	2	
24	Aşırı hareketlik baskın olduğu tip	0	1	2	
25	Bileşik tip	0	1	2	
26	DEHB-NOS	0	1	2	
KOKGB EKİ					
1	Kolay sinirlenir	0	1	2	3
2	Öfkeli küskün	0	1	2	3
3	Kinci	0	1	2	3
4	Küfür eder	0	1	2	3
5	Başkasını bilerek kızdırır	0	1	2	3
6	Hataları için başkasını suçlar	0	1	2	3
7	Süre > 6 ay	0	1	2	
8	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
9	Tetikleyici uyaran.....	0	1	2	
10	KOKB BZK				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
DAVRANIM BOZUKLUĞU EKİ					
1	Vandalizm	0	1	2	3
2	Bir yere zorla girmek	0	1	2	3
3	Saldırganlık olan hırsızlık	0	1	2	3
4	Yangın çıkarma	0	1	2	3
5	Geceyi dışarıda geçirme	0	1	2	3
6	Evden kaçma	0	1	2	3
7	Silah kullanma	0	1	2	3
8	Fiziksel eziyet etme	0	1	2	3
9	Cinsel etkinliğe zorlama	0	1	2	3
10	Hayvanlara eziyet etme	0	1	2	3
11	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
12	Süre > 6 ay	0	1	2	
13	Grup tipi	0	1	2	

14	Tek başına saldırgan tip	0	1	2	
15	Ayrışmamış tip	0	1	2	
16	Çocukluk başlangıçlı tip	0	1	2	
17	Ergenlik başlangıçlı tip	0	1	2	
18	Davranım bzk.				
	• DSM_3R	0	1	2	
	• DSM_4	0	1	2	
	• Çocukluk başlangıçlı	0	1	2	
	• Ergenlik başlangıçlı	0	1	2	
	• Hafif	0	1	2	
	• Orta	0	1	2	
	• Ağır	0	1	2	
EK-5 MADDE KÖTÜYE KULLANIM VE DİĞER BZK LER EKİ					
ALKOL KÖTÜYE KULLANIM EKİ					
1	Sıklık	0	1	2	3
2	Miktar	0	1	2	3
3	Planladığından çok içme	0	1	2	3
4	Fiziksel olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
5	Tehlikeli davranışlar	0	1	2	3
6	Psikolojik olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
7	Mesleki olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
8	Sosyal olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
9	Yasal olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
10	Sorumluluk zamanında sarhoş olma	0	1	2	3
11	Etkinliklerin bırakılması	0	1	2	3
12	Zaman harcama	0	1	2	3
13	Tolerans	0	1	2	3
14	Bırakma girişimi	0	1	2	3
15	Çekilme belirtileri	0	1	2	
16	Çekilme için alkol kullanımı	0	1	2	
17	Süre > 1 ay	0	1	2	
18	Alkol kötüye kullanımı				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
19	Alkol bağımlılığı				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
MADDE KÖTÜYE KULLANIM EKİ					
1	Sıklık				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojenler	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 7

2	Planlanandan fazla kullanım				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
3	Fiziksel olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
4	Tehlikeli davranışlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
5	Psikolojik olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
6	Mesleki olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3

d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
7	Sosyal olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
8	Yasal olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
9	Sorumluluk zamanında sarhoş olma				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
10	Etkinliklerin bırakılması				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3

h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
11	Zaman harcama				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
12	Tolerans				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
13	Bırakma girişi				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
TİK BOZUKLUKLARI EKİ					
1	Göz kırpma	0	1	2	
2	Diğer yüz tikleri	0	1	2	
3	Kafa hareketleri	0	1	2	
4	Omuz hareketleri	0	1	2	
5	Kol hareketleri	0	1	2	
6	Karın seyirmeleri	0	1	2	
7	Bacak hareketleri	0	1	2	
8	Diğer	0	1	2	
KARMAŞIK MOTOR TİKLER					
1	Dokunma / Vurma hareketleri	0	1	2	
2	Zıplama / dönme hareketleri	0	1	2	

3	Ekokinezis	0	1	2
4	Kendine zarar verme	0	1	2
5	Diğer	0	1	2
BASİT SES TİKLERİ				
1	Burun çekme / Öksürme	0	1	2
2	Horlama / Hırlama	0	1	2
3	Diğer	0	1	2
KARMAŞIK SES TİKLERİ				
1	Kendi sözlerini yineleme	0	1	2
2	Başkasının sözlerini tekrarlama	0	1	2
3	Kaprolali	0	1	2
4	Hakaret / İrk ayrımı	0	1	2
5	Diğer	0	1	2
6	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
7	Tourette Send. Ölçütleri			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2
8	Kronik Tik Bzk.			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2
9	Geçici Tik Bzk.			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2

EK 10: GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS)

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS)

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma)
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
41-50	Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsanılardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
20-11	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).
1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

PUAN

EK 11: BENZERLİK RAPORU

PSİKIYATRİ SERVİSİ YATIŞ ÖYKÜSÜ OLAN KIZ ERGENLERİN
BİLİŞSEL KOPMA SENDROMU BELİRTİ DÜZEYLERİ İLE
KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI ARASINDA İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 14	% 11	% 9	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	openaccess.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	%2
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
3	Submitted to Sabanci Universitesi Öğrenci Ödevi	%1
4	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
5	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
6	acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
7	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1