



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

**KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE/VEYA İNTİHAR GİRİŞİMİ
OLAN ERGENLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE
BAĞLANMA STİLLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Gizem MÜJDECİOĞLU DEMİR

Antalya, 2017



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

**KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE/VEYA İNTİHAR GİRİŞİMİ
OLAN ERGENLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE
BAĞLANMA STİLLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Gizem MÜJDECİOĞLU DEMİR

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Esin ÖZATALAY

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2017

TEŐEKKÖR

Asistanlığım boyunca yakın ilgi ve desteğini esirgemeyen, tez çalışmam boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocalarım Doç. Dr. Esin ÖZATALAY'a, Yrd. Doç. Dr. Aslı Sürer ADANIR'a, yardımları ve verdikleri destekten dolayı Dr. Emine ığıl FETTAHOĞLU'na, psikiyatri eğitimim sırasında tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum hocalarıma, Prof. Dr. Taha KARAMAN'a, eğitimim ve tez hazırlama çalışmalarımda yardımlarını esirgemeyen ocuk Psikiyatrisi ekibine, ve hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her türlü fedakârlığı yapan anneme, babama ve kardeşime; bu zorlu süreçte sürekli yanımda olan emeği, manevi desteğiyle katkıda bulunan sevgili eşim Süleyman DEMİR ve biricik kızım Lavin DEMİR'e teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa :

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ÇİZELGE DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kendine Zarar Verme Davranışı	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Yaygınlık	5
2.1.3. DSM V Tanı Ölçütleri.....	5
2.1.4. Etiyoloji.....	7
2.2. İntihar	9
2.2.1. İntiharın Tanımı	9
2.2.2. Epidemiyoloji.....	9
2.2.3. Ergenlik Döneminde İntihar İçin Risk Faktörleri.....	10
2.3.1. Bağlanma Kuramı	13
2.3.2. Bağlanma ve Psikopatoloji	16
2.4. Ergenlikte Bağlanma ve İntihar, Kendine Zarar Verme Davranışı İlişkisi.....	19
2.5. Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇT)	20
2.5.1. İstismar Tipleri.....	21
2.5.2. Risk Faktörleri.....	22
2.6. Çocukluk Çağı Travmaları, İntihar ve Kendine Zarar Verme Davranışı İlişkisi	23
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	25
3.1. Veri Toplama Araçları	25
3.1.1. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY).....	26
3.1.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ).....	26
3.1.3. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmali Soru Listesi (ÇÇKKSL)	27

3.1.4. İlişki Ölçekleri Anketi Ergen Formu (İÖA-E).....	27
3.1.5. Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu (EABÖ) ...	27
3.2. İstatistiksel Analiz.....	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. Sosyodemografik Özellikler	29
4.2. Ergenlerde Saptanan Psikopatolojiler	33
4.3. KZVD/İG ve Kontrol Grubunun İlişki Ölçekleri Anketi Puanları	34
4.4. KZVD/İG ve Kontrol Gruplarında Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği (EABÖ) Puanları	35
4.5. KZVD/İG ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇT) ..	35
4.5.1. KZVD/İG olan Ergenlerde Çocukluk Çağı Travması Tipleri	36
4.5.2. KZVD/İG ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travmaları Tipleri Kıyaslanması.....	36
4.6. KZVD/İG ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Puanları	37
4.7. KZVD/İG Grubunda Anne ve Babada Ruhsal Hastalık Varlığı ile Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu (EABÖ) Puanları İlişkisinin Değerlendirilmesi	38
4.8. KZVD/İG Grubunda Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) ve İlişki Ölçekleri Anketi Ergen Formu (İÖA-E) İlişkisinin Değerlendirilmesi	38
4.9. KZVD/İG Grubunda Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) ve Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği (EABÖ) Puanları İlişkisinin Değerlendirilmesi	39
4.10. KZVD/İG Grubunda Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Puanları İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	40
4.11. KZVD/İG Grubunda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İlişki Ölçekleri Anketi Ergen Formu (İÖA-E) İlişkisinin Değerlendirilmesi	40
4.12. KZVD/İG Grubunda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmali Soru Listesi ve Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği (EABÖ) Puanları İlişkisi	40
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
7. ÖZET.....	52
8. ABSTRACT.....	54

9. KAYNAKLAR	56
10. EKLER.....	64
Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu.....	64
Ek 2. İlişki Ölçekleri Anketi-Ergen.....	67
Ek 3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	68
Ek 4. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmali Soru Listesi	71
Ek 5. Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu.....	73



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAB	: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
BTA	: Başka Türlü Adlandırılmayan
ÇÇKKSL	: Çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmali soru listesi
ÇÇT	: Çocukluk Çağı Travmaları
ÇÇTÖ / ÇTQ -28	: Çocukluk Çağı Travmaları ölçeği
Cİ	: Cinsel İstismar
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
EABÖ	: Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği
İG	: İntihar Girişimi
İÖA-E	: İlişki Ölçekleri Anketi – Ergen
K-SADS-PL/ÇDŞG-ŞY	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu
KZVD	: Kendine Zarar Verme Davranışı
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
N	: Kişi Sayısı
TBB	: Tepkisel Bağlanma Bozukluğu
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

ÇİZELGE DİZİNİ

Çizelge 2.1. Bartholomew ve Horowitz'e Göre Bağlanmanın Dörtlü	
Kategorisi	14
Çizelge 4.1. Çalışma ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	31
Çizelge 4.2. KZVD/İG Grubunun Ailesel ve Arkadaşlarına Ait Özellikler	33
Çizelge 4.3. Psikiyatrik Tanı Alma Açısından Grupların Karşılaştırılması.....	33
Çizelge 4.4. Çalışma ve Kontrol Grubunda Ruhsal Hastalıkların	
Karşılaştırılması	34
Çizelge 4.5. Çalışma ve Kontrol Grubunda Ruhsal Hastalıkların	
Karşılaştırılması	34
Çizelge 4.6. KZVD/İG ve Kontrol Grubunun İlişki Ölçekleri Anketinden	
Aldıkları Puanlar	35
Çizelge 4.7. KZVD/İG ve Kontrol Gruplarında EABÖ Anne ve EABÖ Baba	
ölçek puanlarının dağılımı.....	35
Çizelge 4.8. KZVD/İG ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travmaları	
Sıklığı	36
Çizelge 4.9. KZVD/İG olan Ergenlerde Çocukluk Çağı Travması Tipleri	36
Çizelge 4.10. KZVD/İG ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travmaları	
Tipleri Kıyaslanması.....	37
Çizelge 4.11. KZVD/İG ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travmaları	
Ölçeği (ÇÇTÖ) Puanları	38
Çizelge 4.12. KZVD/İG Grubunda Anne ve Babada Ruhsal Hastalık Varlığı ile	
Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği (EABÖ) Puanları	
İlişkisi	38
Çizelge 4.13. KZVD/İG Grubunda Ruhsal Hastalık ile Ebeveyn ve Arkadaşlara	
Bağlanma Ölçeği (EABÖ) Puanları İlişkisi.....	39
Çizelge 4.14. KZVD/İG Grubunda Ruhsal Hastalık ile Ebeveyn ve Arkadaşlara	
Bağlanma Ölçeği (EABÖ) Puanları İlişkisi.....	39
Çizelge 4.15. KZVD/İG Grubunda ÇDŞG-ŞY Tanısı ve Çocukluk Çağı	
Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Puanları İlişkisi	40

Çizelge 4.16. KZVD/İG Grubunda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmali Soru Listesi (ÇÇKKSL) ve Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği (EABÖ) Puanları İlişkisi	41
---	----



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bu çalışmada kendine zarar verme davranışı (KZVD) ve/veya intihar girişimi (İG) olan 14-18 yaş grubu ergenlerde psikopatolojiyi, çocukluk çağı travmalarını, bağlanma stillerini ve bunların birbiriyle olan ilişkilerini araştırmak amaçlanmıştır. Yazında kendine zarar verme davranışı (KZVD) ile ilgili olarak birçok tanımlama bulunmaktadır. Genel olarak; ölüm niyeti olmaksızın yalnızca bir kez, ara sıra veya tekrarlı olarak meydana gelebilen ve değişen derecelerde doku tahribatına yol açan, doğrudan istemli bir kendini tahrip etme davranışı biçimidir [1]. Genel olarak KZVD 4 ana gruba ayrılmaktadır:

1. Tipik kendine zarar verme davranışları: Kendine vurmak, dudak ısırarak, derisini tırmalamak, kendini ısırarak, saç yolmak

2. Psikotik kendine zarar verme davranışları: Göz çıkarma ve organ kesmek

3. Kompulsif kendine zarar verme davranışları: Saç yolmak, deriyi çimdiklemek

4. Dürtüsel kendine zarar verme davranışları: Kendini kesme, kendini yakma davranışları [2].

İntihar davranışı ise bireyin ölmeye dair niyet ve isteğini barındıran, intihara ilişkin tüm davranış ve düşünceleri kapsayan genel bir kavramdır. İntihar davranışı içinde yer alan ‘intihar düşüncesi’, eylemin eşlik etmediği, kişinin kendini öldürmek istemesiyle ilişkili düşüncelerdir [3]. İntihar düşüncelerinin şiddeti, pasif ölüm düşüncelerinden niyet ve planın eşlik ettiği aktif intihar düşüncelerine doğru artan bir seyir izlerken, intihar düşüncelerinin yoğunluğu; sıklık, süre ve kontrol edilebilirliğine göre farklılık göstermektedir [4]. İntihar girişimi ise açık ya da gizli bir biçimde ölme niyeti güderek yapılan ve kişinin ölümü ile sonuçlanmayan bir eylemdir [3]. KZVD ve intihar, ergenlerdeki en önemli halk sağlığı sorunları arasındadır [5, 6]. KZVD’nin sıklığı, ergenlerin katıldığı toplum örneklemleri çalışmalarda %14-%40 [7, 8]; klinik örneklemleri çalışmalarda da %40-%61 arasında bulunmuştur [9]. Ülkemizde, KZVD konusunda yapılmış sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. İstanbul’da lise öğrencileri

arasında Zoroğlu ve ark. (2003) tarafından yapılmış olan bir çalışmada, KZVD sıklığı %21,4 olarak bulunmuştur; kız ve erkek katılımcılar arasında fark bulunmamıştır [10]. Yine İstanbul'da 1258 ergenin katıldığı bir çalışmada olguların; %57'sinin en az bir kez kendine zarar verdiği bulunmuştur [1]. İntihar, tüm olguların tam olarak bildirilmemesine karşın, dünya çapında genç yaş ölümlerinde ikinci sırada, 15-19 yaş arası kızların ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre ülkemizde 15–24 yaş grubunda ölüm nedenleri sıralamasında intihar 2. sırada yer almaktadır, hatta bu yaş gruplarında intiharın motorlu taşıt kazalarına bağlı ölümlerden daha fazla olduğu bildirilmektedir [11]. Türkiye'de tüm intiharların % 3 'ünü 15 yaşın altındaki gençlerin intiharları oluştururken, intihar oranı yaş ile birlikte artmakta ve tüm intiharlar içerisinde 15–24 yaş arası gençlerin intiharları %34'le en büyük grubu oluşturmaktadır [11].

Çocukluğun erken dönemlerinde fiziksel istismar, cinsel istismara (Cİ) uğrama ve ihmal gibi travmatik yaşantıların intihar ve KZVD ile ilişkili olduğu çalışmalarla ortaya konmuştur [12]. Çocuk istismarı, çocuğun yetişkin bir birey tarafından, çocuğun fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen kaza dışı, önlenabilir davranışları olarak tanımlanır. İstismar; fiziksel, cinsel, duygusal (veya psikolojik) istismar ve ihmal olarak dörde ayrılır. İhmal de genel olarak fiziksel ve duygusal ihmal olarak iki alt gruba ayrılır [13].

Bağlanma, insanın gelişim sürecinde önemli bir kavramdır. Doğumla birlikte birincil bakım veren (genellikle anne) ve bebek arasında gelişen, kişinin gelişimini, diğer insanlarla ilişkilerini etkileyerek yaşam boyu etkisini sürdürür [14]. Bağlanma kuramında bireyin erken yaşlarda bakımını üstlenen kişiyle kurduğu ilişkinin, ileriki dönemlerde onun duygu, düşünce ve davranışlarında belirleyici rol oynadığı öne sürülmektedir [15, 16]. Bağlanma biçimi psikopatoloji için genel bir risk etkeni olarak kabul edilmektedir. Güvenli bağlanma biçimine sahip olanlar, güvensiz bağlanma biçimine sahip olanlara göre yaşamları boyunca daha az psikopatolojik belirti, daha iyi bir psikososyal işlevsellik geliştirirler [17]. Stepp ve arkadaşlarının aktardığı üzere, Wright ve arkadaşları intihar riski yüksek olan ergenlerin, düşük riskli olanlara ya da kontrol grubuna göre, güvenli ya da kaçınan bağlanma biçiminden çok saplantılı bağlanma biçimi gösterdiğini

bulmuştur. Stepp ve arkadaşlarının çalışmasında da kaygılı bağlanma biçiminin intihar davranışlarını arttırdığı saptanmıştır [17].



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kendine Zarar Verme Davranışı

2.1.1. Tanım

KZVD; istemli bir şekilde, bir kez veya tekrarlayıcı, yaşama son verme amacı olmadan, doku tahribatı ile sonuçlanan, kişinin kendi vücuduna yönelik yaptığı girişim olarak tanımlanmaktadır [18]. Kültürel olarak kabul gören bazı durumlar (dövme yaptırma, küpe takma, piercing, kültürel ritüeller vb.) KZVD olarak kabul edilmemektedir [19]. KZVD genel olarak dört ana gruba ayrılmaktadır:

1. Tipik kendine zarar verme davranışları: Kafa vurmak, kendine vurmak, dudak ısırma, derisini çimdiklemek ya da tırmalamak, kendini ısırma ve saçını yolmak.

2. Kompulsif kendine zarar verme davranışları: Saç yolmak, deriyi çimdiklemek.

3. Dürtüsel kendine zarar verme davranışları: Kendini kesmek, kendini yakmak ve kendine vurmak.

4. Psikotik kendine zarar verme davranışları: Göz çıkarmak ve organ kesmek [20]

Yazında KZVD'ler içinde kendini kesme %72 ile en sık görülürken, onu kendini yakma (%35), kendine vurma (%30), yaraların iyileşmesine izin vermeme (%22), kemik kırma (%8) izlemektedir [21]. Olguların çoğunluğu ise birden fazla yöntemi birlikte kullanmaktadır [22]. En sık zarar verilen bölgeler sırasıyla; kollar, bacaklar, karın, kafa, göğüs ve genital bölgeler şeklindedir. Kolay ulaşılabilmesi nedeniyle en yüksek oran %74 ile kollarda gözükmemektedir [21]. Ergenlerle yapılan çalışmalarda da benzer şekilde en sık kullanılan KZVD yöntemlerinin, kendini kesme ve vurma olduğu bildirilmiştir [23]. Zoroğlu ve arkadaşları (2003) tarafından İstanbul'da lise öğrencileri arasında yapılmış olan bir çalışmada yere veya duvara kafa ve yumruk vurma %11,3, kendini kesme

%8,4, saç çekme %4,3, sigara söndürme %2,1 ve diğer tipler %2,3 olarak saptanmıştır [10].

2.1.2. Yaygınlık

KZVD her yaşta görülebilmektedir [24]. Ancak ergenlik ve genç erişkinlik döneminde daha sık görüldüğü ve bu davranışa çoğunlukla 12-14 yaşlarında başladığı saptanmıştır [25]. Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise KZVD’nin daha çok 16-20 yaşları arasında başladığı saptanmıştır [26]. KZVD’nin prevalansı ile ilgili farklı oranlar mevcut olmasına karşın toplum örneklemli çalışmalarda ergenlerin %13-%45’i yaşamlarının bir noktasında KZVD’de bulunduklarını bildirmişlerdir. Klinik örneklemli çalışmalarda ise KZVD %40-%61 arasında değişmektedir [9]. İstanbul’da lise öğrencileri arasında Zoroğlu ve arkadaşları (2003) tarafından yapılmış olan bir çalışmada, KZVD sıklığı % 21,4 olarak bulunmuştur; kız ve erkek katılımcılar arasında fark bulunmamıştır. Bu çalışma ülkemizdeki KZVD’nin ergenler arasındaki yaygınlığının oldukça fazla olduğunu göstermesi açısından önemlidir [10].

2.1.3. DSM V Tanı Ölçütleri

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Potansiyel BTA Kategorileri:

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

Tip2, Niyet belirsizdir; özkıyımına da eğilimlidir [27].

2.1.4. Etyoloji

Ergenlerde KZVD; psikososyal, genetik, biyolojik, psikiyatrik hastalıklar gibi birçok faktör sonucunda ortaya çıkabilmektedir [28].

1. Psikososyal etkenler:

Erken çocukluk veya ergenlik döneminde olumsuz yaşam olaylarına (istismar ve ihmal) maruz kalınması KZVD ile ilişkili olan en önemli faktörlerden biridir [29]. İstismar; fiziksel, duygusal ya da cinsel istismar şeklinde olabilir. İstismara uğrayan ergenin yaşadığı travmatik olay ile ilgili flashbacklar yaşaması, olayı tekrar tekrar hatırlaması ergenin anksiyete düzeyini artırmaktadır. Bu anksiyete ile baş edebilmek için ergenlerin KZVD'yi daha fazla yaptıkları görülmektedir [30]. Fiziksel istismar sonucunda kendiliğin ve bedenin birbirinden ayrıştığı, ağrı duyusunun daha az hissedildiği ve bedene zarar vermenin kolaylaştığı belirtilmiştir[31].

Cinsel istismarın da KZVD (özellikle kendini kesme) için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. KZVD olan ergenlerle yapılan çalışmaların hemen hemen tamamında, KZVD olmayanlara göre daha sık cinsel istismar öyküsü bildirilmiştir[32]. İstismara uğrayan kişilerin kendilerine zarar vermelerinin nedenleri; Kendilerini cezalandırma, başa çıkmada yetersizlik, duyguları bastırmadaki yetersizlik, intikam almak, kendilik kontrollerini sağlamak, yaşadıklarını kendilerine göstermek, öfkenin farkına varmak, sembolleştirme şeklinde sıralanabilir [33].

2. Biyolojik nedenler:

Biyolojik nedenler endojen opiyat, dopamin ve serotonin sistemleri ile ilişkili çalışmaları kapsamaktadır. Ancak biyolojik sebepler net olarak anlaşılmamıştır [34].

3. Psikodinamik faktörler:

Fonagy ve Target, KZVD'ye değişik anlamlar veriyor [35]. Fonagy ve Target'e göre, yaralayıcı eylemler, agresyonun kendine çevrilmesi ve umutsuz bir kendini kontrol etme çabasıdır. Bu kontrol; boşluk duygularına, kendiliğin bir ölüymüş gibi algılanmasına, bireyde yaşamıyormuş duygusuna karşı bir tepkidir.

Onlara göre acı ve kan akması hastalara yaşadıkları duygusunu vermektedir. Volkan ise kan akıtmanın içinde taşınılan kötü anne ya da kötü/yıkıcı nesnelerden bir kurtulma çabası olduğu görüşündedir. Bu kapsamda kan canlılığın, yaşamının, kan akıtma ise kötüden kurtulmanın bir simgesidir. Kendini yaralama aynı zamanda bir meydan okumadır, bir yanıyla da cesaret ve güç gösterisidir. Akran kümesinde birinin yıkıcı davranışlara başlaması diğerine bulaşır ve yaygınlaşır. Bu yaygınlaşmada kümede kalma ve cesaretle puan toplama isteği rol oynar. Kendini yaralama, bazen bağımsızlığın ve özerkliğin dışavurumudur. Kendine jilet atan sanki “Ben bağımsızım, özerkim, size gereksinim duymam” demek istemektedir. “Hepinizden ilerdeyim, tüm güçlüyüm” diye haykırır. Bu özellikleri ile özsevisel (narsistik) bir sorunu simgeler. Hasta kendini yaralayıcı eylemlerle “Sizin yapamadığınızı ben yapıyorum” der gibidir. Başkalarını zorlama-kaygılandırma, başkalarından öç alma, başkalarına eziyet etme, başkalarını kontrol etme-suçlama da kendini yaralamanın bilinçdışı güduları arasındadır. Bunların arasına “Beni koruyun” sesi de karışmıştır ama öylesine cılızdır ki genellikle duyulmaz. Tüm psikiyatr ve terapistlerin ortaklaşa kanıları kendini yaralayıcı davranışların bir boşalım bir rahatlama aracı olduğudur. Görüşlerine göre boşluk, hiçlik, yetersizlik, değersizlik duyguları ile depresyona katlanılmasını sağlayan yıkıcı bir eylemdir. Ama aynı zamanda bedensel acının, yetersizliğin, çaresizliğin korkunun agresyona dönüşmesi ve bir eylemle dışa vurmasıdır [35].

4. Psikiyatrik tanılar:

KZVD’ye yüksek oranda psikiyatrik hastalıkların eşlik ettiği yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada 15 yaşından büyük kendine zarar veren (intihar girişimini de içeren) kişilerin %92’sinde en az bir psikiyatrik tanı bulunmuştur [36]. Kendine zarar veren ergenlerde en sık konulan tanılar; depresyon, davranım bozukluğu, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, disosiyatif bozukluk, madde kullanım bozukluklarıdır. [25, 37]. Tanılar açısından cinsiyet farklarına bakıldığında, kızlarda depresif bozukluk; erkeklerde de madde kullanım bozuklukları daha sık görülmektedir [38].

2.2. İntihar

2.2.1. İntiharın Tanımı

İntihar davranışı; bireyin bilerek ve isteyerek kendi yaşamına son verme amacını içeren tüm davranış ve düşünceleri kapsayan bir terimdir. Latince’de sui (kendi) ve cadere (öldürmek) kelimelerinden türetilmiş olan suicide sözcüğü ile ifade edilmektedir [39, 40]. İntihar düşünceleri, intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlar intihar davranışı başlığı altında ele alınırlar [41]. Türk Dil Kurumu intihar yerine “özkıyım” veya “özekıyım” kelimelerini önermektedir [42].

2.2.2. Epidemiyoloji

İntihar dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. En fazla görüldüğü dönemler ergenlik ve genç yetişkinlik dönemidir [43]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, yaklaşık bir milyon kişi her yıl intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir ve her 40 saniyede bir, intihar sebebiyle bir ölüm meydana gelmektedir [44]. Yine DSÖ’nün verilerine göre gelişmiş ülkelerde erişkinlerde ölümlerin önde gelen on nedeninden biridir [12]. İntihar girişimlerinin yaşam boyu prevalansının ergenlerde % 3,5-11 arasında olduğu bildirilmektedir [45]. Batı ülkelerinde intihar ergenlik dönemindeki (15-19 yaş) en sık ikinci ya da üçüncü ölüm nedenidir [6, 46, 47]. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2011 verilerine göre Türkiye’de de ergenlik döneminde motorlu taşıt kazaları ile beraber en sık görülen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır [47]. Türkiye’de intihar girişiminde bulunanların büyük çoğunluğunu Avrupa ülkelerinde olduğu gibi 15-19 yaş arasındaki gençler oluşturmaktadır [48]. Ülkemizde 2013 yılı istatistiklerine göre intihar oranı 14 yaş ve altında 100.000’de 0,45, 15-19 yaş aralığında ise 100.000’de 6,06 olarak saptanmıştır [47].

2.2.3. Ergenlik Döneminde İntihar İçin Risk Faktörleri

Yapılan birçok çalışmada intihar düşünce ve davranışlarında genetik yatkınlık, erken gelişimsel dönemlerde olumsuz bir sosyal çevre içerisinde yaşamış olma, stresli yaşam olaylarına maruziyet ve psikiyatrik bozuklukların varlığı gibi birçok faktörün rolü olduğunu göstermektedir.

1. Psikiyatrik komorbidite:

Yapılan birçok çalışmada psikiyatrik hastalığı olan kişilerde intihar riskinin arttığı saptanmıştır [49]. Tamamlanmış intiharların %60'ına en az bir ruhsal hastalık eşlik etmektedir. En sık olarak da depresif bozukluk bulunmaktadır [50]. Miranda ve arkadaşlarının; intihar düşüncesi ya da davranışı bildiren 228 lise öğrencisini değerlendirdiği bir çalışmada ergenlerin %71'inde en az bir psikiyatrik bozukluk olduğu saptanmış, 4-6 yıl sonra da tekrar değerlendirilen ergenlerin %69'u en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı almıştır [50]. En sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklar majör depresif bozukluk (MDB), distimik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), panik bozukluğu, davranış bozukluğu ve madde kullanım bozukluğudur. Kadınlarda en sık duygudurum bozuklukları, erkeklerde ise davranış bozukluğu saptanmıştır [51].

2. Genetik ve nörobiyolojik etmenler:

Yazında birinci derece akrabalarında intihar öyküsü bulunan çocuk ve ergenlerde intihar girişimi ve tamamlanmış intihar riskinin yaklaşık 2-6 kat arttığı bildirilmektedir [52, 53]. Bu riskin ailedeki eksen I ve eksen II psikiyatrik hastalıklar kontrol edildiğinde de devam ettiği görülmektedir [53]. İkiz çalışmaları da intihar riskinin genetik olarak aktarıldığına işaret etmektedir. Monozigot ikizlerde (%11,3) intihar oranı dizigotlara (%1,8) göre daha yüksektir [54]. Biyolojik akrabalarında intihar öyküsü bulunan evlat edinilmiş bireylerde diğer evlat edinilmiş bireylere göre intihar riskinin daha yüksek olması da genetik faktörlerin rolüne işaret etmektedir [55]. Ergenlerde intihar davranışının nörobiyolojisi ile ilgili yapılan çalışmalar; serotonerjik sistemdeki bireysel farklılıklar, FK506-binding protein 5 polimorfizmi, hipotalamo-pituiter-adrenal

sistem düzensizliği ve düşük aktiviteli MAO-A genotipinin intihar davranışına yatkın olma ile ilişkili olduğunu göstermiştir [56-58].

3. Psikososyal stres etmenleri ve çevresel etkenler:

Ergenlerdeki intihar davranışı ile olumsuz yaşam olayları arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir [59, 60]. Bu olumsuz yaşam olayları; fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, ihmal, anne-baba ölümü ya da boşanması, hastalık, hastaneye yatma, şiddet, aile tarafından reddedilme, ailede ruhsal hastalık öyküsünün bulunması, kız ya da erkek arkadaştan ayrılma, okul başarısızlığı, kardeş doğumu gibi olaylardır [61, 62]. Özellikle çocukluk çağında cinsel ve fiziksel istismara maruz kalmak intihar düşünce ve girişimleri ile güçlü bir ilişki göstermektedir. Cinsel istismara uğrayan çocukların yaklaşık yarısında intihar girişim öyküsü olduğu saptanmıştır [63].

4. Bilişsel etmenler ve bireysel özellikler:

Ergenlik; bilişsel gelişimin çok hızlandığı bir dönemdir. Ergenlikte bazı alanlarda gelişim daha erken olurken bazı alanlarda daha geç olabilmektedir. Bilişsel süreçlerle intihar ilişkisini inceleyen çalışmalarda intihar davranışı gösteren bireylerin özgül bir bilişsel sürece sahip oldukları ve sorun çözme yöntemlerinin farklı olduğu [64, 65], agresyon, dürtüsel davranış ve özkıyım fantezilerinin olduğu [64, 66], çaresizlik, umutsuzluk ve alışılmamış düşünme süreçleri yaşadıkları (konsantre olamama, beyninin “bomboş” olması) bildirilmiştir [67]. Geçmişteki intihar girişimi öyküsü, yeni bir intihar girişimi ve tamamlanmış intihar açısından en güçlü risk faktörleri arasındadır [52].

2.3. Bağlanma

Bağlanma, yaşamın ilk günlerinden itibaren başlayan, bebek ile sürekli bakım veren kişi arasında kurulan (genellikle anne) temel güven duygusunu geliştiren ilk bağıdır [68]. Aynı şekilde bağlanma bebeğin bakım veren kişiyi arama ve yakınlık arayışı davranışları ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, tutarlılığı ve devamlılığı olan, duygusal yönü ağır basan, olumlu bir bağ olarak da tanımlanmaktadır [69]. İlk olarak anne-çocuk arasında oluşan bağlanma yaşam boyunca sürer. İlk temel ilişki olan anne çocuk ilişkisi, yaşamın sonraki dönemlerindeki diğer bağlanmalar için örnek teşkil

etmektedir. Bağlanma davranışının yaşam boyu süren diğer şekillerine eşlerin birbirine bağlanması, arkadaşların birbirine bağlanması, bir takıma, ülkeye, bir dine bağlanma, tutku ve aşk örnek olarak verilebilir. İlk anne-çocuk ilişkisinde oluşan aksaklıklar ya da eksiklikler bağlanmayı olumsuz yönde etkileyecektir [70]. Bebeklik dönemindeki bağlanma aşamalar halinde gözlenmektedir. İlk aşama 0-2 ay dönemidir. Bu dönemde insan yavrusunun doğası gereğince başlayan meme arama, emme, yutma, yakalama, anneye yönelme, beslenme saatlerini sezinleme ve hazırlanma şeklindeki davranışlar bağlanma öncülleridir. İkinci aşama 2-6 aylar arasına rastlar. İkinci ay ile birlikte bebek bakıcısına yönelmeye başlar, sosyal tepkileri artar. Bebek bu dönemden itibaren bakıcısına gülümsemekte, uzun süreli göz teması kurmakta ve daha fazla ses çıkarmaktadır. 2 ve 7. aylar arası dönem bağlanmanın oluşma aşamasıdır. Bebek henüz bağlanma figürünü seçmemiştir ancak ebeveynlerini tanır ve onlara daha fazla tepki verir. Yedinci ayla birlikte bebekler çevrelerindeki ilişki örüntülerini anlamlandırmaya başlarlar. Bu dönemde bebek gerçek ve belirgin bir objeye yönelmektedir. Yedinci aydan itibaren bağlanma ilişkisiyle bebek çok geniş yelpazede olan sosyal ilişkilerini sınırlandırmaktadır. Bağlanma üçüncü dönemde 7-24. aylar arasında netleşir. Artık bebek ilgisini tüm ihtiyaçlarını karşılayan kişiye yöneltmektedir. Bu kişiye birincil bağlanma objesi denir. Birincil bağlanma objesiyle bebek arasında diğer insanlar arasında farklı bir ilişki vardır. Birincil bağlanma objesi, bebeğin rahatlaması ve kendisinin yeniden güvende hissetmesi için dönebileceği güvenli bir üs işlevini görmektedir. Eğer bebek, bağlandığı kişiye yakınsa, kendisini güvenli bir ortamda algılar ve araştırmacı davranışlarda bulunabilir. Bebek çevreyi araştırdıktan sonra sığınabileceği tek güvenilir dayanağının birincil bağlanma objesi -genellikle anne- olduğunu bilmektedir. Bu dönemden itibaren bebekler yabancı kişilerle karşılaştıklarında korku, kaygı ya da kaçma davranışlarında bulunmaktadır. Genellikle sekizinci ayda yabancı kaygısı başlar. Bebek yabancılardan çekinir ve kaçır. On sekizinci ay itibarı ile ayrılık kaygısı başlar. Bebek annesinden ayrıldığında sıkıntı duyar ve ağlar. Bu dönemin ardından nesne sürekliliğini kazanmış olan 2 yaş üstündeki çocuklar yaşamlarında gerek birincil bakıcısıyla gerekse de diğer insanlarla karmaşık yapıdaki ilişkilere gireceklerdir [71].

2.3.1. Bağlanma Kuramı

Bowlby'nin bağlanma kuramı nesne ilişkileri ve psikodinamik yaklaşımları içeren bir kişilik gelişim kuramıdır. Bağlanmayı temel olarak bebeklik ve çocukluk dönemine odaklanarak ele alır [72]. Bağlanma kuramı çocukluktaki ve yetişkinlikteki yakın ilişkileri anlamayı amaçlayan kuramlardan biridir. John Bowlby bağlanma kuramının merkezine anne çocuk bağını yerleştirmiş ve çocuğun fiziksel ve psikolojik açıdan sağlıklı birey olarak yetişmesinde, anne çocuk ilişkisinin kalitesinin önemini vurgulamıştır [73]. İlk olarak Bowlby'nin 1958'de bağlanma terimini kullanması ile bağlanma kuramının temellerinin atıldığı kabul edilmektedir. Bowlby'nin bu konudaki araştırmaları ise, 1944 yılında 44 çocuk hırsızını incelediği çalışması sırasında, çocuk ve ergen hırsızların, bebeklik ve erken çocukluk döneminde annelerinden uzun süre ayrı kaldıklarını fark etmesi ile başlamıştır. John Bowlby, 1944 yılında yayınladığı “Kırk dört çocuk hırsız kişilikleri ve yaşamları” adlı makalesinde, erkek çocuklar arasında erken dönemde anneden ayrılmalarla daha sonraki suçluluk arasında güçlü bir ilişkinin varlığına işaret etmekteydi [74]. Bowlby'e göre bağlanmanın çocuk açısından yaşamsal bir değeri vardır. Hayvanlarla yaptığı gözlemlerden anneye yapışmanın veya takip etmenin bebeğin yaşama şansını arttırdığı sonucuna varan Bowlby, insanlarda bağlanmanın bunun ötesinde bir işleve sahip olduğunu vurgular. İnsan hayatı için bağlanmanın üç temel işlevi vardır; dünyayı keşfederken geri dönülebilecek güvenli bir liman olma, fiziksel gereksinimleri karşılama, hayata dair bir güvenlik duygusu geliştirebilme şansı. Bowlby, bu gereksinimler yeterli düzeyde karşılanmadığı takdirde, çocukta oluşan özbenlik algısıyla bağlantılı olarak patoloji gelişebileceğini öne sürer [75]. Bowlby'nin kuramına göre, bağlanma figürleriyle sürekli tekrarlanan ilişki şekli, bellekte sunumsal yapılar içinde organize hale gelmektedir. Başka bir deyişle insan, tekrarlanan ve belirli bir düzen içinde olan uyarıları bir arada temsilleştirme eğilimindedir. Bowlby'nin “İçsel çalışan modeller” adını verdiği bu temsiller, bağlanma figürü ve benliğe ilişkin beklentileri kapsamaktadır. İçsel çalışan modellerin içeriğini bireyin kendisi ve diğerleri hakkındaki bilişleri oluşturur. İçsel çalışan modeller kısaca kişinin kendisi ve bağlandığı nesneler arasındaki etkileşim örüntülerini ve bu etkileşimin nerelerde ve ne düzeyde olduğunu

yansıtan bir haritadır [76]. Bowlby'e göre, bağlanma sonucu gelişen içsel çalışan modeller, iki temel bileşene sahiptir: Bunlardan ilki olan "Benlik modeli" kişinin bağlanma figürleri tarafından sevmeye, desteklenmeye değer olup olmadığına yönelik kendisiyle ilgili inançlarını içermektedir. Diğerlerine ilişkin içsel çalışan modelde ise, diğerinin ya da bağlanma figürünün güvenilirliği, ulaşılabilirliği ya da kabul ediciliği ile ilgili inançlar yer almaktadır. Dolayısıyla, eğer bebek, bağlanma kişinin korku, kaygı gibi olumsuz duygularına duyarlı olduğunu ve sakinleştirici yönde cevap verdiğini hissederse, duygularıyla başa çıkmak için geliştireceği stratejiler daha çok rahatlatma ve desteklenme işlevi taşıyacaktır. Bu da güvenli bağlanmanın gelişimini güçlendirecektir. Aksi durumda ise, bebek olumsuz duyguları, olumsuz sonuçlar ile güvensiz bağlanmaya katkıda bulunan baş etme stratejileri geliştirmeyi öğrenecektir. İçsel çalışan modeller, esneklik taşımalarına rağmen zaman içinde katılaşma/değişime kapalı olma eğilimindedir [77]. İçsel çalışan modeller bebeklikten ergenliğe doğru sürekli olarak pekiştirilirler. Çocuğun bağlanma figürü ile olan ilişkileri sonucu içselleştirdiği deneyimleri, sonraki dönemlerde aile ortamı dışında geliştireceği yakın ilişkiler için bir prototip oluşturur [78]. Bağlanma stillerinin dörtlü sınıflandırması, içsel çalışan model temelinde, kişinin kendini ve diğerlerini algılarının dört olası kombinasyonundan geliştirilmiştir. Kişinin kendine (olumlu veya olumsuz) ve diğerlerine ilişkin (olumlu veya olumsuz) içsel modeli dört bağlanma örüntüsünü oluşturmuştur. Aşağıda bu model çizelge olarak verilmiştir (Çizelge 2.1).

Çizelge 2.1. Bartholomew ve Horowitz'e Göre Bağlanmanın Dörtlü Kategorisi

Kendini algılama	Diğerlerini algılama	
	Olumlu	Olumsuz
Olumlu	Güvenli bağlanma	Kayıtsız bağlanma
Olumsuz	Saplantılı bağlanma	Korkulu bağlanma

İlk olarak Bowlby tarafından tanımlanan bağlanma kuramı, daha sonra Ainsworth ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ainsworth laboratuvar ortamında uyguladığı yabancı durum testi ile annesinden ayrılan ve daha sonra annesiyle buluşturulan çocukların tepkilerine göre bağlanma biçimlerini değerlendirmiştir. Bunları güvenli, kaygılı-ikircikli ve kaçınan olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır. Güvenli bağlanma gösteren çocuklar, annelerinin her zaman

yanlarında olup, stres durumlarında yardımcı olacaklarından emin olan çocuklardır. Anne ayrıldığında tepki gösterirler ancak anne döndüğünde kolaylıkla yatışırlar. Güvenli bağlanmanın gelişmesi için çocuğun kesintisiz, tutarlı tepki veren, duyarlı ve her zaman ulaşılabilir bir bakım verene sahip olması önemlidir. Kaygılı-ikircikli bağlanma örüntüsü olan çocuklar, çağırdıklarında annenin yanıt vereceğinden ya da yardımcı olacağından emin olamayan çocuklardır. Bu nedenle ayrılığa direnirler ve anne döndüğünde yatışmazlar. Araştırmacı davranışlarda bulunmaya ilişkin kaygıları vardır. Bu anneler tepkilerinde tutarlı olmayan ve kontrol amaçlı terk etme tehdidinde bulunan annelerdir. Kaçınan bağlanma örüntüsü olan çocuklar ise annelerinin yardımcı olacağına ilişkin hiç güveni olmayan çocuklardır. Sürekli olarak çocuklarını geri çeviren ya da reddeden anneleri olan bu çocuklar ayrılığa tepkisiz kalıp anne döndüğünde yakın durmazlar. Güvenli, kaygılı-ikircikli ve kaçınan bağlanma örüntülerine daha sonra Main ve Solomon tarafından dezorganize (dağınık) bağlanma örüntüsü eklenmiştir [45]. Dezorganize bağlanmada stres ile baş etmede organize bir davranış göstermeme, yabancı durum testinde stereotipik, asimetrik ve zamansız hareketlerin varlığı, donup kalma ya da hareketlerde yavaşlama gözlenir. Bu çocukların annelerinin fiziksel taciz ya da ihmalde bulunan, psikiyatrik bozukluk oranları yüksek olan ya da kendi bağlanma nesneleri ile olan sorunlarını çözememiş anneler olduğu bildirilmektedir. Dezorganize bağlanma örüntüsünün altında yatan nedenin bakım verenden korkma olduğu belirtilmektedir [46]. Bartholomew ve Horowitz ise güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma biçimlerini ortaya koymuşlardır [79, 80].

Güvenli bağlanma örüntüsünde hem benlik, hem de başkaları modelleri olumludur. Bu örüntüye sahip kişiler kendilerini değerli olarak algılar ve diğerlerini kabul eder ve destekleyici olarak görürler [80]. Bu kişiler hem başkalarıyla kolaylıkla yakınlık kurar hem de özerk kalmayı başarabilirler. İhtiyaç duyduklarında diğerlerinden destek alma konusunda rahattırlar. Saplantılı bağlanma örüntüsü olumsuz benlik modeli ve olumlu başkaları modeliyle ilişkilidir. Bu grup Hazan ve Shaver'in kaygılı/kararsız örüntüsüyle kavramsal olarak ilişkilendirilir. Kendilerini değersiz hissetme ve sevmeye değer görmeme eğilimindedirler. Başkalarının onay ve görüşüne bağımlıdırlar. Diğerlerine yakın

olmayı isterler fakat ihtiyaç duyduklarında diğerlerinin hazır bulunması veya elde edilebilirliği konusunda güvenleri eksiktir. Bir insanın iyi olduğunu düşünüp yaklaşmak isterler fakat reddedilecekleri veya terk edilecekleri konusunda yüksek düzeyde kaygı yaşarlar [81]. Kayıtsız bağlanma örüntüsü benlik modelinin olumlu olduğu fakat başkaları modelinin olumsuz olduğu örüntüdür. [82]. Bu örüntüde başkalarına karşı reddeder bir tutum vardır. Kişi özerkliğine aşırı derecede önem verir. Negatif duyguları baskı altında tutma eğilimindedirler ve kaçınma stratejilerini temel başa çıkma stratejileri olarak kullanırlar [81]. Bağlanma figürünü elde edilemez ve sorumsuz olarak kabul ederler. Diğerlerinden uzak durarak ve bağlanma ihtiyaçlarını reddederek olası bir reddedilmeye karşı olumlu kendilik imajını korumaktadırlar. Başkalarına karşı güvensiz oldukları, başkalarını destekleyici olarak algılamadıkları, kendilerini başkalarına açma ve yakınlık kurmada isteksiz oldukları, akranları tarafından daha düşmanca algılandıkları bulunmuştur [81, 83]. Korkulu örüntü her iki modelinde olumsuz olduğu örüntüdür. Bu örüntüye sahip kişilerin hem benlik hem de başkaları modeli olumsuzdur [84]. Diğerlerine aşırı bağımlıdır [82]. Bunlar kendilerini değersiz ve sevilmez olarak algıırken başkalarını da güvenilmez ve reddedici olarak algılar. Diğerleri tarafından kabul edilmeyi istemelerine rağmen reddedilme beklentileri ya da korkuları yüzünden yakın olmaktan korkarlar [80]. Kendilerini başkalarına açma, yakınlık kurma ve stres anında başkalarından destek isteme konusunda rahatsızlık duydukları, kendilerine güvenlerinin az olduğu, sosyal ortamlarda atılganlık gösteremeyen kişiler oldukları bulunmuştur [80, 83].

2.3.2. Bağlanma ve Psikopatoloji

Yapılan birçok çalışmada güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak saptanmış, güvenli bağlanma ise sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir [85].

Güvensiz bağlanma biçimlerinden olan kaygılı/ikircikli bağlanma anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklarla ilişkilendirilirken, kaçınan bağlanma davranış bozukluğu ve diğer dışa vurum patolojileriyle ilişkilendirilmiştir. Dezorganize bağlanma ise dissosiyatif bozukluklarla

ilişkilendirilmiştir [86]. Bağlanma ile ilişkili psikiyatrik rahatsızlıklar çocukluk döneminde üç başlık altında toplanır. Bunlar: Bebeklik depresyonu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB) ve tepkisel bağlanma bozukluğudur (TBB).

Bebeklik depresyonu: Anne-bebek arasındaki ilişkinin kısa ya da uzun süreli kesilmesi sonucunda iki önemli hastalık tablosu meydana gelmektedir. Bunlar kısa süreli anne yoksunluğu (anaklitik depresyon) ve uzun süreli anne yoksunluğudur (psişik hospitalizasyon). Anneden ayrı kalınan süre uzadıkça bebeklerde hem ruhsal, hem de davranışsal alanda problemler yaşanmaktadır. Anneden ayrılık süreci uzadıkça bebekler giderek çevresindeki uyaranlara daha az tepki vermeye başlamakta, huzursuzluk, emmeme, iştahsızlık, keyifsizlik, ağlamalar onlarla ilgilenen insanları umursamama, kilo kaybı, bilişsel becerilerde gerilemeler görülebilmektedir.

A) Kısa Süreli Anne Yoksunluğu: Üç ay içinde annenin geri dönmesi ile belirtilerde iyileşmenin yaşandığı durumdur.

B) Uzun Süreli Anne Yoksunluğu (yuva hastalığı, psişik hospitalizasyon): Yaşamının ilk yıllarında aileden ayrılan ve bakım evlerine verilen çocuklarda görülen bir sendromdur. Buradaki tek neden anne yoksunluğudur. Anne ya da anne yerine geçen bir yetişkinle kurulan birebir ilişkiden yoksun olan çocuk duyuşsal ve duygusal gelişim olanağından da yoksun kalmaktadır [87].

Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu: DSM-IV'te "Bebeklik, Çocukluk veya Ergenliğin Diğer Bozuklukları" başlığı altında toplanırken DSM5'te Anksiyete Bozukluğu başlığı altında sınıflanmıştır. DSM-IV'teki 18 yaşından önce başlama ölçütü DSM-5'te kaldırılmış ve erişkinler için en az altı aydır devam etme zorunluluğu getirilmiştir [88]. 1-3 yaşları arasındaki çocuklarda sık görülen bu korkuların çoğu hastalık düzeyinde olmayıp çocuğun sosyal ilişkileri arttıkça ortadan kalkan bir yapıdadır. AAB'de ise şiddet ve süreklilik çocuğun işlevselliğini bozacak düzeylere çıkar. Bağlandıkları kişiden ayrıldıklarında kendilerinin ya da bağlandıkları kişilerin başlarına kötü bir şey geleceğine ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı yaşarlar. Bu bozukluğu olan çocuklarda kaybolmak, ebeveynlerine bir daha kavuşamamak gibi korkular görülür. Tek başına bir yere

gitmek ya da evden uzaklaşmak istemezler, zorunlu kaldıklarında ise huysuzlaşırlar. Okula gitmek, kampa katılmak gibi evden uzaklaşmasına neden olan durumlara katılmak istemezler. Ayrılık zamanı geldiğinde ya da bunun beklentisi içinde olduklarında, karın ağrısı, baş ağrısı, mide bulantısı, çarpıntı, baş dönmesi gibi bedensel yakınmalar gösterebilirler. Bir yerde gece kalamazlar, tek başına odada oturamazlar. “yapışkan” davranışlar gösterirler ve bağlandıkları kişiyi “gölge” gibi takip ederler. Uykuları çoğu zaman sorunludur, uyku zamanı zorlanır, uyuyana kadar yanında birisinin kalmasını isterler [87].

Bebeklik ya da Küçük Çocukluk Döneminin Tepkisel Bağlanma Bozukluğu: Çocuğun uygun bağlanmasını engelleyen, bakıcılarda çoğul değişimler sonucu uygunsuz bakıma dayanan sosyal etkileşim ve ilgilenmedeki bozulmadır. TBB olan çocuklarda aşırı derecede ketlenmiş, hipervijilan ya da aşırı derecede ambivalan ve çelişkili tepkiler görülmektedir. Bu çocuklar çoğu toplumsal etkileşimi yaş ve gelişim düzeylerine uygun bir biçimde başlatamazlar ya da toplumsal tepkilerinde sürekli bir yetersizlik vardır. Bakım vereni ile ilişkisinde direnç, karışık yaklaşım, kaçınma vardır. Bozukluğun tanısı için bebeğin dokuz aylık olması koşulu aranır. TBB belirtileri 5 yaş öncesi kendini gösterir. TBB olan çocuklar stres anında bakım verenlerinden nadiren yardım beklerler. Rahatlatılma çabalarına minimal yanıt verirler. Açıklanamayan mutsuz, korkulu ya da huzursuz dönemleri dikkati çeker. TBB ilk olarak DSM-III’te ilk kez bebeklik ve erken çocukluk döneminde tanı konulan bozukluklar içinde sınıflandırılmıştır. Tanı ölçütleri DSM III-R ve DSM IV’te yeniden gözden geçirilmiştir. DSM V ile bozukluk genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konulan bozuluklar bölümünden alınarak travma ve tetikleyici etmenlerle ilişkili bozukluklar bölümüne yerleştirilmiştir. Ayrıca DSM IV-TR’de bir alt tip olan sınırsız toplumsal katılım/ketlenmemiş tip DSM V’te ayrı bir tanı olarak sınırsız toplumsal katılım bozukluğu olarak yer alırken tepkisel bağlanma bozukluğu ismi sadece ketlenmiş tipi ifade eden ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmıştır [71].

2.4. Ergenlikte Bağlanma ve İntihar, Kendine Zarar Verme Davranışı İlişkisi

Ergenlik dönemi bedensel, bilişsel, duygusal değişimlerin ve kimlik gelişiminin olduğu bir dönemdir. Her ergen bu dönemi farklı biçimlerde yaşar [89]. Bowlby'e göre bağlanma ve keşfetme davranışı birbiriyle bağlantılıdır. Toplumsal ve fiziksel çevreyi öğrenebilmesi için ergenin araştırma yapması gerekir. Ancak keşif zor ve tehlikelidir. Keşfin gerçekleşebilmesi için bağlanma figürünün ortamda olması ya da keşif davranışı için bireye güven sağlaması gerekir. Kimlik oluşturma sürecinde de temel faaliyet bireyin yeni roller denemesi yani keşif etkinliğini ortaya koymasıdır. Bu doğrultuda ilk yıllarda güvenli bağlanan ergenler kimlik oluşturma sürecinde araştırma davranışını daha fazla ortaya koyarlar [90]. Güvenli bağlanma biçimine sahip olan ergenler için bu dönem daha rahat ve daha az krizle geçirilirken, güvenli olmayan bağlanma biçimine sahip olan ergenler için ise zor ve pek çok krizle geçirilmektedir [89]. Güvenli bağlanma stiline sahip ergenler yaşamlarının kendi kontrolleri altında olduğunu düşünürler. Bu bireyler stres durumlarına karşı dirençlidirler ve herhangi bir stres ya da kriz anında anne babaları ya da arkadaşlarından yardım almak veya onlarla iletişime geçmek için çaba harcarlar. Güvenli olmayan bağlanma stiline sahip ergenler ise stres durumlarına karşı dirençsizdirler ve herhangi bir kriz anında anne babalarından ya da arkadaşlarından yardım almayı reddederler ve KZVD veya intihar girişimi gibi riskli davranışlar sergilerler [91]. Wright ve arkadaşları intihar riski yüksek olan ergenlerin, düşük riskli olanlara ya da kontrol grubuna göre, güvenli ya da kaçınan bağlanma biçiminden çok saplantılı bağlanma biçimi gösterdiğini bulmuştur. Stepp ve arkadaşlarının çalışmasında da kaygılı bağlanma biçiminin intihar davranışlarını arttırdığı saptanmıştır [17]. Lessard ve arkadaşları bağlanma biçimlerini Bartholomew'nun iki boyutlu dört kategorili modelini kullanarak değerlendirmiş, korkulu ya da saplantılı bağlanma biçimine sahip olan ergenlerin, güvenli ya da kayıtsız olanlara göre daha fazla intihar düşüncesine sahip olduklarını bulmuştur [92].

2.5. Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇT)

İnsanlık tarihinden bu yana çocuk istismarı olmakla birlikte bu konu ile ilgili çalışmalar 100 yıl öncesine dayanmaktadır. “Çocuk istismarı” kavramı ilk olarak 1946 yılında Caffey’in yaptığı çalışmalar ile literatüre girmiştir. Türkiye’de ise bu konu ile ilgili çalışmalar oldukça yenidir [93]. Çocuk istismarı, tıbbi, hukuki, sosyal yönleri olan önemli bir halk sağlığı sorunudur [94]. DSÖ çocuk istismarını, “Çocuğun sağlığını, fiziksel ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen bir yetişkin, toplum veya ülke tarafından bilinçli veya bilinçsiz olarak yapılan önlenebilir davranışlar” şeklinde tanımlamaktadır [95]. Bir davranışın çocuk istismarı olarak sayılabilmesi için, çocuğun fiziksel, duygusal, zihinsel ya da cinsel gelişimini engelleyen bir davranış olması gerektiği ifade edilmektedir [96]. DSÖ’nün verilerine göre dünyada 1-14 yaş grubundaki 40 milyon çocuk istismar veya ihmale uğramakta, ABD’de her yıl 1200-1500 çocuğun kendi ailesi ya da bakım verenlerinin istismarı sonucu öldüğü tahmin edilmektedir [93]. Yine Amerika’da yapılan bir çalışmada acile gelen 5 yaş altı çocuk yaralanmalarının %10’unun istismara bağlı olduğu düşünülmektedir. Güney Afrika’da çocukların %26,3’ünün taciz/tecavüze uğradıkları, İsrail’de yapılan bir çalışmada öğrencilerin %22,2’sinin fiziksel, %29,1’inin duygusal istismara uğradığı gösterilmiştir [97]. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de oranlar oldukça yüksektir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda fiziksel istismar sıklığının %30-35, cinsel istismarın ise %4-18 arasında olduğu gösterilmiştir. Türkiye’de Bilir ve arkadaşlarınca 16000 çocuk ile yapılan bir çalışmada çocukların istismara uğrama oranları %33 olarak belirlenmiştir [97]. Zoroğlu ve arkadaşları ihmalin en sık bildirilen (%16,5) ruhsal travma olduğunu, bunu sıklık açısından duygusal (%15,9), fiziksel (%13,5) ve ensest dahil cinsel istismarın (%10,7) izlediğini bildirmişlerdir [98]. Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması’na göre ise Türkiye’de 7-18 yaşları arasındaki çocukların aile içinde %45’inin fiziksel istismara, %51’nin duygusal istismara ve %25’inin ihmale maruz kaldığı tespit edilmiştir [94].

2.5.1. İstismar Tipleri

İstismar; fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal olarak dörde ayrılır. İhmal de genel olarak fiziksel ve duygusal ihmal olarak iki alt gruba ayrılır [13, 99, 100]. *Fiziksel istismar*; çocuğun, kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından, kaza dışı beden bütünlüğünün bozulması sonucu fiziksel olarak zarar görmesidir [101]. En sık dövme şeklinde görülmektedir. Genellikle başvuru şekli aile tarafından nasıl meydana geldiği çok iyi açıklanamayan morarmalardır. Yanıklar, sıyrıklar, kesici travmalar, kafa travması, kırık, iç organlara ait yaralanmalar, zehirlenmeler, asfiksi, boğma şeklinde de görülebilir [102]. Ayrıca aşırı şekilde bedene yönelik cezalandırmalar ve bağlama, kapalı bir yere kilitleme de bu tanım içerisinde yer alır [101]. Fiziksel istismarın belirlenmesi en kolay olan çocuk istismarı şekli olduğu belirtilmektedir [94].

Cinsel istismar (Cİ), bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin (en az beş yaş büyük birisi) tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması olarak tanımlanmaktadır. İstismar çocuk ya da ergen ile kan bağı olan ya da ona bakmakla yükümlü birisi tarafından yapılmışsa bu durum ensest olarak adlandırılır. Cİ'den söz ederken bir çocuk ile bir erişkin arasındaki cinsel aktivite üzerinde durulmakla birlikte, iki çocuk arasındaki cinsel aktiviteler; yaş farkı 4 yaş ve üstü olduğunda, küçük çocuğun zorlama ya da ikna ile cinsel haz amacı güden aktivitelere maruz bırakılması durumunda da Cİ olarak ele alınır [103]. Cinsel istismarda fail %77 olasılıkla aile, %11 olasılıkla diğer akrabalar, %5 bakımla ilgisi olmayan kişiler, %2 ise çocuğun bakımı ile ilgilenen diğer kişilerdir [104]. Cİ; röntgencilik, genital bölgelere elleme ve mastürbasyon yaptırmadan ırza geçme ve çocuğu fuhuşa yöneltmeye kadar uzanan geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Cİ genellikle gizli bir şekilde meydana gelir ve duygusal olarak yıkımı çok yoğun olduğu için açığa çıkması gecikmektedir. Çocuk istismar tipleri arasında saptanması en zor olan, en travmatik olan, en acı veren, istatistik verilerine en az yansıyan ve çoğunlukla gizli kalanı cinsel istismardır [105]. Cİ; birçok ruhsal soruna neden olabilir. Cinsel istismara bağlı anksiyete, depresyon, dissosiasyon, cinsel işlev bozukluğu, uyku

bozuklukları, madde kötüye kullanımı, KZVD, intihar eğilimi, obsesyonlar ve somatizasyon bozuklukları ortaya çıkabilir [106].

Duygusal istismar, çocuğa bakım verenlerin çocuğun duygusal ya da ruhsal sağlığını tehlikeye sokacak biçimde aşırı sözel tehditler, alay etmeler, küçük düşürücü eleştiriler ve yorumlarda bulunması olarak tanımlanmaktadır.

İhmal, çocuğun bakımından sorumlu olan kişinin bu sorumluluğunu yerine getirememesi, çocuğu fiziksel veya duygusal olarak ihmal etmesidir. Çocuğun beslenme, eğitim, tıbbi bakım gibi gereksinimlerinin uygun biçimde veya yeterince karşılanmaması, çocuğun zararlı maddelerle karşı karşıya bırakılması, korunmaması, anne-baba tarafından kontrol edilmemesi, hijyenin yeterince sağlanamaması fiziksel ihmal kavramı içinde yer alır. Duygusal ihmal ise çocuğun, sevgi, destek, ilgi, bağlanma, bakım gibi gereksinimlerinin uygun bir biçimde veya yeterince karşılanmamasıdır. İstismarla ihmali birbirinden ayıran en önemli nokta, istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir olgu olmasıdır [13, 99, 100].

2.5.2. Risk Faktörleri

Çocuk istismarı ile ilişkili risk faktörleri 4 ana başlıkta sınıflandırılabilir.

1. Çocuk ile ilgili risk faktörleri: Çocukta fiziksel sakatlık, kronik hastalık, doğumsal anomaliler, zeka geriliğinin olması, sürekli veya aşırı ağlayan çocuk, çocukta DEHB, davranış bozuklukları, okul başarısızlığı, bazı toplumlarda kız çocuğu olmak, gebe annenin diğer çocuğu olmak, ikiz, üçüz çocuklardan biri olmak, düşük doğum ağırlıklı ve/veya prematüre çocuklar, çocuğun beklenen, istenen cinsiyette olmaması gibi etkenler sayılabilir [107].

2. Anne- baba ile ilgili faktörler: Çocukluklarında istismara uğramış olmaları, her türlü ruhsal problemler ve hastalıklar (depresyon, kişilik bozuklukları vb), alkol ve/veya madde bağımlısı olmaları, üvey anne veya üvey baba olması, anne ve/veya babada ciddi cinsel sorunlar ve anormal cinsel eğilimler, küçük yaşta (20 yaşın altında) doğum yapan anne, sık aralıklarla doğum yapan anne, anne babanın beklentilerinin çocuğun gelişimi ile uyumsuzluğu, anne-babanın ilgisiz, hoşgörüsüz ya da aşırı kaygılı olmaları, düşük eğitim

düzeyi, anne ile baba arasındaki sorunlar, sevgisizlik, iletişim problemleri, tek ebeveyn olmak (boşanma, ölüm, ayrı yaşama vb.) [108].

3. Ailenin sosyal yapısı ile ilgili risk faktörleri: Fakirlik, evsizlik, işsizlik, düşük eğitim düzeyi, zamansız ve istenmeyen gebelik veya evlilik dışı gebelik, çok çocukluluk, stresli iş ortamı veya iş yaşamında başarısızlık, stresli yaşam olayları, sosyal destek zayıflığı, sağlık, bakım ve sosyal hizmet olanaklarına yeterince ulaşamama [109].

4. Toplumla ilgili risk faktörleri: Yoksulluk, sosyal eşitsizlikler (cinsiyet ile ilgili eşitsizlikler, örn. kız çocuklarının okula gönderilmemesi, 13-14 yaşında evlendirilmeleri vb.), çocuğa verilen değerin az olması, organize şiddet (silahlanma, suç hızında artma, büyük sosyal çatışmalar, iç ve dış savaş çocuk istismarının yaşanmasını kolaylaştıran faktörlerdendir), şiddetin sosyal kabul edilebilirliğinin artması (dayak cennetten çıkmadır vb.), zayıf sosyal yardım sistemleri, istismara uğrayan çocuğun saptanarak buna müdahale edecek koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı ve yaygınlığı konusundaki yetersizlikler sayılabilir [110].

2.6. Çocukluk Çağı Travmaları, İntihar ve Kendine Zarar Verme Davranışı İlişkisi

KZVD ile ilişkili en önemli faktörlerden biri erken çocukluk veya ergenlik döneminde olumsuz yaşam olaylarına (istismar ve ihmal) maruz kalınmasıdır [29]. Bu istismar; fiziksel, duygusal ya da cinsel istismar şeklinde olabilir. İstismara uğrayan ergenin yaşadığı travmatik olay ile ilgili flashbacklar yaşaması ergenin sıkıntı düzeyini artırmaktadır. Bu sıkıntı hissi ile baş edebilmek için ergenlerin kendilerini kesme şeklindeki davranışları daha fazla yaptıkları görülmektedir [30]. Fiziksel istismar sonucunda kendilik ve bedenin ayrıştığı, ağrı duyusunun daha az hissedildiği ve bedene zarar vermenin kolaylaştığı belirtilmiştir [31]. Cinsel istismarın da KZVD (özellikle kendini kesme) için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. KZVD olan ergenlerle yapılan çalışmaların hemen hemen tamamında, KZVD olmayanlara göre daha sık cinsel istismar öyküsü bildirilmiştir [32]. İstismara uğrayan kişilerin kendilerine zarar vermelerinin

nedenleri; Kendilerini cezalandırma, başa çıkmada yetersizlik, duyguları bastırmadaki yetersizlik, intikam almak, kendilik kontrollerini sağlamak, yaşadıklarını kendilerine göstermek, öfkenin farkına varmak, sembolleştirme şeklinde sıralanabilir [33]. Özkıym davranışının çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi birçok farklı çalışmayla belirgin bir şekilde ortaya konmuştur [111]. İlk kontrollü çalışmada Green, fiziksel istismara uğramış çocuk ve ergenlerin %41'inin özkıym ve kendine fiziksel zarar verme davranışı gösterdiklerini ve kontrol grubundaki sağlıklı çocuklarda bu oranın anlamlı bir şekilde düşük olduğunu göstermiştir [112]. Yirmi bir ülkede 55.299 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi ve intihar düşüncesi risklerini artırdığı, cinsel ve fiziksel tacizin intihar davranışı üzerinde en güçlü etkiye sahip olduğu saptanmıştır [113]. Türkiye'de yapılan bir çalışmada çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmali ile intihar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. İntihar edenlerde en sık bildirilen % 24,7 ile duygusal ihmaldir. Cinsel istismar %22, duygusal istismar %18,7, fiziksel ihmali %17,3, fiziksel istismar %15,3 şeklinde bulunmuştur [114]. Manisa il merkezinde intihar girişiminde bulunanlar arasında çocukluk çağı travması %8 oranında saptanmıştır [115]. Dilbaz ve Aytekin çocuklukta fiziksel istismar öyküsünün intihar girişimi olan kişilerde daha sık olduğunu bildirmiştir [116]. Bütün istismarların psikopatolojik olarak aynı etkiye sahip olmadığı, kadınlarda en kötü etkiyi cinsel tacizle birlikte diğer travmaların bir arada olduğu durumun yaptığı bildirilmiştir [117].

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde 01.09.2015–31.08.2016 tarihleri arasında kendine yönelik zarar verici davranışları ve/veya özkıym girişimi nedeniyle takipli olan, acil olarak başvurmuş veya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi tarafından konsülte edilmiş 14-18 yaş arasındaki 30 ergen hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya kız ve erkek ergenlerin alınması planlanmıştır. Ancak bu süreçte erkek ergenlerin çok az başvurmaları sebebiyle örneklem grubu sadece kız hastalardan oluşturulmuştur. Bilişsel olarak çalışmada kullanılan ölçeklerde sorulan soruları anlamada ve doldurmada zorluğu olan, zihinsel gelişim geriliği olan, gerçeği değerlendirmesine engel olacak ruhsal hastalığı olan, nörolojik veya kronik bedensel bir hastalığı olan, araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan olgular çalışma dışı bırakılmıştır. Bilinen önemli bir tıbbi rahatsızlık öyküsü ve zihinsel gelişim geriliği bulunmayan, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile eşleştirilmiş 14-18 yaş arası 30 ergen de kontrol grubunu oluşturmuştur.

Kontrol grubundaki ergenler ile ebeveynleri de çalışma hakkında bilgilendirilerek onamları alınmıştır.

3.1. Veri Toplama Araçları

İntihar ve/veya KZVD olan ve kontrol grubundaki ergenlere; sosyodemografik veri formu verilmiştir. Var olabilecek psikopatolojilerini saptamak amacıyla geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesi olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL) uygulanmıştır. Fiziksel, duygusal ve cinsel istismara uğrama ve ihmal gibi travmatik yaşantıları değerlendirmek için ergenlere Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) verilmiştir, daha sonra yarı yapılandırılmış bir görüşme olan Çocukluk Çağında Kötüye Kullanılma ve İhmal Soru Formu (ÇÇKKSL) uygulanmıştır. Ergenlerin bağlanma stillerini değerlendirmeye yönelik (güvenli, kayıtsız, saplantılı, korkulu) İlişki Ölçekleri Anketi, bağlanma puanlarının anne ve baba (güven, iletişim ve

yabancılaşma alt boyutları) için ayrı ayrı hesaplanması amacıyla ergenlere Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu (EABÖ) verilmiştir.

3.1.1. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY)

Çocuk ve ergenlerin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla 1997 yılında Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 2004 yılında Gökler ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. ÇDŞG-ŞY, anne-baba ve çocuk/ergenlerin kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Ergenlerle çalışılıyorsa, önce ergenin kendisi ile görüşülür. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanır. ÇDŞG-ŞY belirtileri şimdi ve geçmişte olmak üzere “yok”, “eşik altı” ve “var” şeklinde değerlendirilir, belirtilerin şiddetini değerlendirmez [118].

3.1.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Bernstein tarafından 1994 yılında 70 madde olarak geliştirilen, çocukluk ve ergenlik dönemindeki örselenme ve ihmal yaşantılarını taramaya yönelik olan bu ölçek, beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Daha sonra 1995’te 54 maddeye düşürülmüş ve sorular beş alt ölçeğe ayrılmıştır [119]. 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından 28 madde olarak Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin bu Türkçeye uyarlanmış şeklinde beş alt ölçek vardır. Bu alt ölçeklerde beş madde fiziksel istismarı, beş madde duygusal istismarı, beş madde cinsel istismarı, beş madde fiziksel ihmali ve beş madde duygusal ihmali ölçmektedir; ayrıca üç madde travmayı küçümsemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Çocukluk ve ergenlikteki örselenme ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak taramaya yönelik bu ölçekte seçenekler (1) hiçbir zaman, (2) nadiren (3) bazen, (4) sıklıkla ve (5) çok sık olarak verilmiştir. Elde edilecek yüksek puanlar çocukluk çağı travmalarının yaşantı sıklığına işaret eder [120].

3.1.3. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmali Soru Listesi (ÇÇKKSL)

Değerlendirme klinisyen tarafından yapılmakta, çocukluk çağında fiziksel, cinsel ve duygusal kötüye kullanım, ihmal edilme (fiziksel veya duygusal) ve ensest yaşantıları sorgulanmaktadır. Kötüye kullanım davranışının kim tarafından ve kaç yaşındayken yapıldığı, yapan kişinin o sırada kaç yaşında olduğu kişiye sorulmakta ve kötüye kullanım şiddeti ve sıklığının derecelendirilmesi istenmektedir. Ayrıca her sorunun sonunda verilen yanıtla ilgili bir açıklama istenmiştir. Yargıç ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 9 sorudan oluşan bir listedir [100].

3.1.4. İlişki Ölçekleri Anketi Ergen Formu (İÖA-E)

Bartholomew ve Horowitz tarafından geliştirilmiştir [80]. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sümer ve Güngör tarafından yapılan bu ölçek ergenlerin bağlanma stillerini ölçmek için kullanılmıştır [56]. Ölçek 17 maddeden oluşmakta ve bağlanma stillerini tanımlamayı amaçlamaktadır. Korkulu, kayıtsız, güvenli, saplantılı bağlanma olmak üzere 4 farklı derecede değerlendirme yapmaktadır. Ölçekteki her madde 1-7 arasında puanlanmaktadır. Korkulu bağlanmayı gösteren sorular 1, 4, 9, 14; kayıtsız bağlanmayı gösteren sorular 2, 5, 12, 13, 16; güvenli bağlanmayı gösteren sorular 3, 7, 8, 10, 17; saplantılı bağlanmayı gösteren sorular 5(ters yüklü), 6, 11 ve 15. sorulardır. Ölçekte yer alan bir madde (5. madde) hem kayıtsız hem de saplantılı bağlanma stili için kullanılmaktadır. Ölçekteki ters maddeler 5, 7, 17. maddelerdir. Güvenli bağlanma boyutu dışındaki etkenlerde puan artışı sağlıklı bağlanmayı göstermektedir. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte faktör puanlar değerlendirilmektedir [81].

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

Orijinali Armsden ve Greenberg tarafından geliştirilmiş olan Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeğinin Raja ve arkadaşları tarafından hazırlanan 12 maddelik kısa formudur. Ölçek Türkçeye Günaydın ve arkadaşları tarafından

uyarlanmıştır. Ölçekteki her madde 1-7 arasında puanlanmaktadır (1=asla, 7=daima). Uyarlama çalışması sonucunda güven, iletişim ve yabancılaşma alt boyutları belirlenmiştir. Güven, iletişim ve ters puanlanan yabancılaşma alt ölçeklerinin puanlanmasıyla toplam bağlanma puanı elde edilir. Toplamda ölçekten elde edilen puanın yüksekliği güvenli bağlanmaya işaret etmektedir. Bu ölçekte bağlanma puanı anne ve baba için ayrı ayrı hesaplanabilmektedir [121-123].

3.2. İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama (mean), standart sapma (SD) ve medyan (ortanca), minimum (min), maksimum (max) değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Fisher's Exact Test veya Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. İki grubun ölçüm değerleri arasındaki farkın analizinde normallik varsayımı Shapiro-Wilk testi ile kontrol edilmiş, normal dağılıma uymadığı durumda Mann-Whitney U testi, uyduğu durumda Student t testi kullanılmıştır. Analizler SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır. 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamıza 14-18 yaş aralığında toplam 60 ergen katılmıştır. KZVD/İG grubunun yaş ortalaması $15,5 \pm 1,10$ yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması $15,6 \pm 1,10$ yıldır. KZVD/İG ve kontrol gruplarında yaş ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

KZVD/İG grubundaki ergenlerin 30'u (%100) kontrol grubunun 28'i (%93,3) okula devam etmektedir. Okula devam açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

KZVD/İG grubundaki ergenlerin 17'sinin (%56,7) anne-babası birlikte, 13'ünün (%43,3) ayrı veya boşanmış olduğu, kontrol grubunun 24'ünün (%80) birlikte, 6'sının (%20) ayrı veya boşanmış olduğu gözlenmektedir. Anne-baba ilişkisi açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

KZVD/İG grubundaki ergenlerin 22'si (%73,3) anne-baba, 8'i (%26,7) akraba tarafından, kontrol grubunun 29'u (%96,7) anne-baba, 1'i (%3,3) akraba tarafından büyütüldüğü gözlenmektedir. Büyüten kişi açısından KZVD/İG grubunda akraba tarafından büyütülme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

KZVD/İG grubundaki babaların 8'i (%26,7) ilkokul, 8'i (%26,7) ortaokul, 9'u (%30,0) lise, 5'i (%16,7) üniversite mezunu, kontrol grubundaki babaların 3'ü (%10,0) ilkokul, 6'sı (%20,0) ortaokul, 5'i (%16,7) lise, 16'sının (%53,3) üniversite mezunu olduğu gözlenmektedir. KZVD/İG grubundaki babaların üniversite mezunu olma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır.

KZVD/İG grubundaki annelerin 8'i (%26,7) ilkokul, 10'u (%33,3) ortaokul, 8'i (%26,7) lise, 4'ü (%13,3) üniversite mezunu; kontrol grubundaki annelerin 1'inin (%3,3) okur-yazar değil, 3'ünün (%10,0) ilkokul, 6'sının (%20,0) ortaokul, 9'unun (%30,0) lise, 11'inin (%36,7) üniversite mezunu olduğu

gözlenmektedir. Annelerin eğitim düzeyi açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmada aylık ortalama 0-1500 arası gelire sahip aileler düşük, 1500-3000 arası gelire sahip aileler orta, 3000 ve üstü gelire sahip aileler ise yüksek gelirli olarak sınıflandırılmıştır. KZVD/İG grubundaki ailelerin 10'u (%33,3) düşük, 12'si (%40,0) orta, 8'i (%26,7) yüksek gelirli; kontrol grubunda 0'ı (%0,0) düşük, 11'i (%36,7) orta, 19'u (%63,3) yüksek gelir düzeyine sahip olduğu gözlenmektedir. Hasta grubunda düşük gelirli olma oranı, kontrol grubunda ise yüksek gelirli olma oranının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

KZVD/İG grubundaki babaların 25'inin (%83,3), kontrol grubundaki babaların 28'inin (%93,3); KZVD/İG grubundaki annelerin 12'sinin (%40,0), kontrol grubundaki annelerin 15'inin (%50,0) herhangi bir işte çalıştığı gözlenmektedir. Araştırma ve kontrol gruplarında anne ve babaların çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

KZVD/İG grubundaki ergenlerin 21'inde (%70,0), kontrol grubundaki ergenlerin 4'ünde (%13,3) sigara kullanımının olduğu gözlenmektedir. KZVD/İG grubunda sigara içme oranının, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

KZVD/İG grubundaki ergenlerin 9'unda (%30,0), kontrol grubundaki ergenlerin 7'sinde (%23,3) alkol kullanımının olduğu gözlenmektedir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

KZVD/İG grubundaki ergenlerin 4'ünde (%13,3), kontrol grubundaki ergenlerin 2'sinde (%6,7); madde kullanımının olduğu gözlenmektedir. Her iki grupta madde kullanımı açısından, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Çalışma ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler		Kontrol n=30	KZVD/İG n=30	P
Yaş		15,6± 1,10	15,5 ± 1,10	
Okula devam	Evet	30 (%100,0)	28 (%93,3)	0,492
	Hayır	0 (%0,0)	2 (%6,7)	
Anne-baba ilişkisi	Birlikteler	24 (%80,0)	17 (%56,7)	0,052
	Ayrılar veya boşandılar	6 (%20,0)	13 (%43,3)	
Büyüten kişi	Anne-baba	29 (%96,7)	22 (%73,3)	0,026
	Akraba	1 (%3,3)	8 (%26,7)	
Babanın eğitim düzeyi	ilkokul	3 (%10,0)	8 (%26,7)	0,024
	ortaokul	6(%20,0)	8 (%26,7)	
	lise	5(%16,7)	9 (%30,0)	
	üniversite	16(%53,3)	5(%16,7)	
Annenin eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	1 (%3,3)	0(%0,0)	0,107
	ilkokul	3 (%10,0)	8(%26,7)	
	ortaokul	6 (%20,0)	10(%33,3)	
	lise	9 (%30,0)	8(%26,7)	
Aylık gelir	Düşük (0-1500)	0 (%0,0)	10(%33,3)	0,001
	Orta(1500-3000)	11 (%36,7)	12(%40,0)	
	Yüksek(3000 ve üstü)	19(%63,3)	8(%26,7)	
Babanın iş durumu	çalışıyor	28 (%93,3)	25(%83,3)	0,424
	çalışmıyor	2 (%6,7)	5(%16,7)	
Annenin iş durumu	çalışıyor	15 (%50,0)	12(%40,0)	0,436
	çalışmıyor	15 (%50,0)	18(%60,0)	
Sigara Kullanımı	Yok	26 (%86,7)	9(%30,0)	0,000
	Var	4 (%13,3)	21(%70,0)	
Alkol Kullanımı	Yok	23(%76,7)	21(%70,0)	0,559
	Var	7(%23,3)	9(%30,0)	
Madde Kullanımı	Yok	28(%93,3)	26(%86,7)	0,671
	Var	2(%6,7)	4(%13,3)	

KZVD/İG grubundaki annelerin 5'inde (%16,7), kontrol grubundaki annelerin 3'ünde (%10,0); KZVD/İG grubundaki babaların 2'sinde (%6,7), kontrol grubundaki babaların 1'inde (%3,3) en az bir ruhsal hastalık olduğu gözlenmektedir. Araştırma ve kontrol gruplarındaki anne ve babalar arasında ruhsal hastalık açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

KZVD/İG grubundaki ergenlerin 10'unun (%33,3), kontrol grubundaki ergenlerin 1'inin (%33,3) ailesinde KZVD ve intihar girişimi olduğu gözlenmektedir. KZVD/İG grubunda ailede KZVD ve intihar girişimi oranı, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

KZVD/İG grubundaki ergenlerin 9'unda (%30,0), kontrol grubundaki ergenlerin 0'ında (%0,0) ailede veya yakın arkadaşlardan intihar ile ölen birinin olduğu gözlenmektedir. KZVD/İG grubunda ailede veya yakın arkadaşlardan intihar ile ölen birinin oranı, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır.

KZVD/İG grubundaki ergenlerin 12'sinin (%40,0), kontrol grubundaki ergenlerin 11'inin (%36,7) ailesinde alkol/madde kullanımının olduğu gözlenmektedir. Her iki grup arasında ailede alkol/madde kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

KZVD/İG grubundaki ergenlerin 11'inin (%36,7), kontrol grubundaki ergenlerin 4'ünün (%13,3) ailesinde şiddet olduğu gözlenmektedir. KZVD/İG grubunda aile içi şiddet oranı, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. (Çizelge 4.2)

Çizelge 4.2. KZVD/İG Grubunun Ailesel ve Arkadaşlarına Ait Özellikler

			Kontrol n=30	KZVD/İG n=30	P
Annede ruhsal hastalık	Yok	n(%)	27(90,0)	25(83,3)	0,706
	Var	n(%)	3(10,0)	5(16,7)	
Babada ruhsal hastalık	Yok	n(%)	29(96,7)	28(93,3)	1,000
	Var	n(%)	1(3,3)	2(6,7)	
Ailede KZVD ve intihar girişimi	Yok	n(%)	29(96,7)	20(66,7)	0,003
	Var	n(%)	1(3,3)	10(33,3)	
Ailede ve yakın arkadaşlarda intihar sonucu ölüm	Yok	n(%)	30(100,0)	21(70,0)	0,002
	Var	n(%)	0(0,0)	9(30,0)	
Ailede alkol/madde kullanımı	Yok	n(%)	19(63,3)	18(60,0)	0,791
	Var	n(%)	11(36,7)	12(40,0)	
Aile içi şiddet	Yok	n(%)	26(86,7)	19(63,3)	0,037
	Var	n(%)	4(13,3)	11(36,7)	

4.2. Ergenlerde Saptanan Psikopatolojiler

Bu çalışmaya katılan ergenlerde ÇDŞG-ŞY ile şimdiki ve geçmiş tanılar taranmıştır, ancak geçmiş tanılar dikkate alınmamıştır. ÇDŞG-ŞY ile değerlendirilen psikiyatrik tanılar ve dağılımları çizelgede sunulmuştur. Çalışma grubunun %72,3 (n=22), kontrol grubunun ise %13,3'ü (n=4) en az bir psikiyatrik tanı almış olup, çalışma grubunda kontrol grubuna göre tanı alma oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışma grubunda KZVD ve/veya İG olmasına karşın %26,7'sinde herhangi bir tanı saptanmamıştır. Bu durum ÇDŞG-ŞY ile taranan tanıların eşik altı kalmasından kaynaklanmıştır. (Çizelge 4.3-Çizelge 4.4-Çizelge 4.5)

Çizelge 4.3. Psikiyatrik Tanı Alma Açısından Grupların Karşılaştırılması

Çalışma grupları		Kontrol n(%)	KZVD/İG n(%)	P
ÇDŞG-ŞY ile Psikiyatrik tanı	var	4 (%13,3)	22 (%72,3)	0,000
	yok	26 (%86,7)	8 (%26,7)	

Çizelge 4.4. Çalışma ve Kontrol Grubunda Ruhsal Hastalıkların Karşılaştırılması

RUHSAL HASTALIK	TANI ALAN KİŞİ SAYISI	
	ÇALIŞMA GRUBU (n=30)	KONTROL (n=30)
Majör depresif Bozukluk	12 (%40,0)	1 (%3,3)
Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	12 (%40,0)	1 (%3,3)
Davranım Bozukluğu	5 (%16,6)	0
Sosyal Fobi	3 (%10)	0
Madde Kullanım Bozukluğu	3 (%10)	0
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	3 (%10)	1 (%3,3)
Özgül Fobi	1 (%3,3)	0
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	2 (%6,6)	0
Travma sonrası Stres Bozukluğu	3(%10)	0
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	1 (%3,3)	0

Not: Çizelgede bazı hastalar birden çok tanı aldığı için tanılarının toplamı hasta sayısından fazladır.

Çizelge 4.5. Çalışma ve Kontrol Grubunda Ruhsal Hastalıkların Karşılaştırılması

RUHSAL HASTALIK	TANI ALAN KİŞİ SAYISI	
	ÇALIŞMA GRUBU (n=30)	KONTROL (n=30)
Anksiyete Bozuklukları	7(%23.3)	1(%3.3)
Duygudurum Bozuklukları	11(%36.6)	1(%3.3)
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	14(%46.6)	1(%3.3)
Madde Kullanım Bozukluğu	3(%10)	0
Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar	3(%10)	0

4.3. KZVD/İG ve Kontrol Grubunun İlişki Ölçekleri Anketi Puanları

KZVD/İG ve kontrol grubundaki ergenlerin İÖA-E'den aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı oranda fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.2). KZVD/İG ve kontrol grubundaki ergenler istatistiksel olarak farklı olmamakla birlikte, en yüksek puan ortalamasını kayıtsız bağlanma alt ölçeğinden almışlardır.(Çizelge 4.6)

Çizelge 4.6. KZVD/İG ve Kontrol Grubunun İlişki Ölçekleri Anketinden Aldıkları Puanlar

Değişkenler	KZVD/İG (n=30) ort±sd	Kontrol (n=30) ort±sd	P
Güvenli Bağlanma	19,5 ± 4,6	18,6 ± 4,6	0,493
Korkulu Bağlanma	15,9 ± 5,92	15,2 ± 4,52	0,626
Saplantılı Bağlanma	14,8 ± 5,6	14,0 ± 4,7	0,571
Kayıtsız Bağlanma	22,5 ± 5,7	22,8 ± 4,5	0,844

4.4. KZVD/İG ve Kontrol Gruplarında Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği (EABÖ) Puanları

EABÖ(Anne) ve EABÖ (Baba) ölçeğinde; güven, iletişim, yabancılaşma ve toplam puanlar açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmektedir. Yani KZVD/İG olanların anneye ve babayla güven ilişkisi ve iletişimi azalmış, yabancılaşması ise artmıştır. Kontrol grubunda KZVD/İG grubuna göre bağlanmanın daha güvenli olduğu saptanmıştır.(Çizelge 4.7)

Çizelge 4.7. KZVD/İG ve Kontrol Gruplarında EABÖ Anne ve EABÖ Baba ölçek puanlarının dağılımı

	EABÖ	KZVD/İG	Kontrol	p
Anne	Güven	17,9 ± 7,4	23,1 ± 5,5	0,007
	İletişim	16,5 ± 6,2	20,5 ± 4,7	0,006
	Yabancılaşma	15,8 ± 7,0	24,1 ± 10,6	0,000
	Toplam	50,2 ± 18,1	64,6 ± 15,6	0,003
Baba	Güven	15,9 ± 9,0	20,3 ± 6,5	0,009
	İletişim	14,0 ± 7,0	18,9 ± 5,8	0,006
	Yabancılaşma	14,8 ± 6,7	21,8 ± 6,7	0,000
	Toplam	44,7 ± 20,7	63,7 ± 17,6	0,001

4.5. KZVD/İG ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇT)

KZVD/İG grubundaki ergenlerin 17'sinde (%56,7), kontrol grubundaki ergenlerin ise 4'ünde (%13,3) ÇÇT öyküsü saptanmıştır. KZVD/İG grubunda

ÇÇT öyküsü oranı, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.(Çizelge 4.8)

Çizelge 4.8. KZVD/İG ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travmaları Sıklığı

Çalışma grupları			Kontrol	KZVD/İG	<i>p</i>
Çocukluk çağı travması	var	n(%)	4(13,3)	17(56,7)	0,000
	yok	n(%)	26(86,7)	13(43,3)	

4.5.1. KZVD/İG olan Ergenlerde Çocukluk Çağı Travması Tipleri

KZVD/İG olan ergenlerde 11 kişinin (%36,6) fiziksel istismara, 10 kişinin (%33,3) duygusal istismara, 10 kişinin (%33,3) duygusal ihmale, 7 kişinin (%23,3) fiziksel ihmale, 4 kişinin (%13,3) cinsel istismara maruz kaldığı saptandı. (Çizelge 4.9)

Çizelge 4.9. KZVD/İG olan Ergenlerde Çocukluk Çağı Travması Tipleri

KZVD/İG	ÇÇT olanlar	
	n	%
Fiziksel İstismar	11	36,6
Duygusal İstismar	10	33,3
Duygusal İhmal	10	33,3
Fiziksel İhmal	7	23,3
Cinsel İstismar	4	13,3

4.5.2. KZVD/İG ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travmaları Tipleri Kıyaslanması

KZVD/İG grubundaki ergenlerin 11'inin (%36,6), kontrol grubundaki ergenlerin 3'ünün (%10,0) fiziksel istismar öyküsü, olduğu saptanmıştır. KZVD/İG grubunda fiziksel istismar istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

KZVD/İG grubundaki ergenlerin 10'unun (%33,3), kontrol grubundaki ergenlerin 1'inin (%3,3) duygusal istismara uğradığı saptanmıştır. KZVD/İG

grubunda duygusal istismar istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır.

KZVD/İG grubundaki ergenlerin 4'ünün (%13,3), kontrol grubundaki ergenlerin 0'ının (%0,0); cinsel istismar öyküsü olduğu saptanmıştır. Her iki grup arasında cinsel istismar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

KZVD/İG grubundaki ergenlerin 12'sinde (%40,0), kontrol grubundaki ergenlerin 0'ında (%0,0) fiziksel-duygusal ihmal öyküsü olduğu saptanmıştır. KZVD/İG grubunda fiziksel-duygusal ihmal istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır.(Çizelge 4.10)

Çizelge 4.10. KZVD/İG ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travmaları Tipleri Kıyaslanması

Çalışma grupları		Kontrol n(%)	KZVD/İG n(%)	p
Fiziksel istismar	var	3 (%10)	11 (%36,6)	0,015
	yok	27 (%90)	19 (%63,4)	
Duygusal istismar	var	1 (%3,3)	10 (%33,3)	0,003
	yok	29 (%96,7)	20 (%66,7)	
Cinsel istismar	var	0(0,0)	4(13,3)	0,112
	yok	30(100,0)	26(86,7)	
Fiziksel-duygusal ihmal	var	0(0,0)	12(40,0)	0,000
	yok	30(100,0)	18(60,0)	

4.6. KZVD/İG ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Puanları

ÇÇTÖ değerlendirildiğinde duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar alt ölçekleri ve toplam ölçek puanlarının KZVD/İG grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, fiziksel ihmal alt ölçeğinde ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. (Çizelge 4.11)

Çizelge 4.11. KZVD/İG ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Puanları

	Kontrol	KZVD/İG	p
Fiziksel İhmal	5,77±1,25	7,63±4,08	0,100
Duygusal İhmal	9,07±4,12	14,4±5,22	0,000
Fiziksel İstismar	5,07±0,36	7,33±4,60	0,001
Duygusal İstismar	7,00±2,43	11,87±6,41	0,002
Cinsel İstismar	5,03±0,18	7,33±5,35	0,019
Toplam Puan	31,9±6,9	47,2±21,9	0,000

4.7. KZVD/İG Grubunda Anne ve Babada Ruhsal Hastalık Varlığı ile Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu (EABÖ) Puanları İlişkisinin Değerlendirilmesi

Annesinde herhangi bir ruhsal bozukluk olan kişilerin EABÖ(Anne) güven, yabancılaşma ve toplam skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, iletişim alt ölçeğinde ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.(Çizelge 4.12) Aynı ilişki babada psikopatoloji varlığında EABÖ güven, iletişim, yabancılaşma ve toplam skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Çizelge 4.12. KZVD/İG Grubunda Annede Ruhsal Hastalık Varlığı ile Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği (EABÖ) Puanları İlişkisi

EABÖ puanları		Annede Ruhsal Hastalık		P
		Yok	Var	
Anne	Güven	21,2±6,9	15,6±6,0	0,035
	İletişim	19,0±5,8	15,1±4,9	0,078
	Yabancılaşma	20,9±9,9	13,5±7,0	0,019
	Toplam	59,4±17,8	44,2±16,7	0,034

4.8. KZVD/İG Grubunda Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) ve İlişki Ölçekleri Anketi Ergen Formu (İÖA-E) İlişkisinin Değerlendirilmesi

ÇDŞG-ŞY’de tanı varlığı ile ergenlerin İÖA-E’den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı oranda fark bulunmamıştır (p>0.05).

İstatistiksel olarak farklı olmamakla birlikte, en yüksek puan ortalamasını kayıtsız bağlanma alt ölçeğinden almışlardır.

4.9. KZVD/İG Grubunda Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) ve Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği (EABÖ) Puanları İlişkisinin Değerlendirilmesi

ÇDŞG-ŞY’de tanı alan ergenlerin EABÖ(Anne) ölçeği güven, iletişim, yabancılaşma ve toplam skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır. (Çizelge 4.13)

Çizelge 4.13. KZVD/İG Grubunda Ruhsal Hastalık ile Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği (EABÖ) Puanları İlişkisi

KZVD/İG		ÇDŞG-ŞY tanı		p
		var	yok	
Anne	Güven	17,4±7,6	22,9±5,5	0,004
	İletişim	15,7±5,5	20,6±5,2	0,001
	Yabancılaşma	15,5±7,5	23,4±10,1	0,001
	Toplam	48,6±17,5	64,1±16,0	0,002

ÇDŞG-ŞY’de tanı alan ergenlerin EABÖ(Baba) ölçeği iletişim ve toplam skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır. Güven ve yabancılaşma skorları puanları da tanı alan ergenlerde daha düşük olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. (Çizelge 4.14)

Çizelge 4.14. KZVD/İG Grubunda Ruhsal Hastalık ile Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği (EABÖ) Puanları İlişkisi

KZVD/İG		ÇDŞG-ŞY tanı		p
		var	yok	
Baba	Güven	16,8±8,8	21,2±7,9	0,104
	İletişim	13,9±6,9	18,4±6,5	0,013
	Yabancılaşma	15,9±7,9	20,1±6,8	0,051
	Toplam	46,7±21,3	59,9±19,8	0,018

4.10. KZVD/İG Grubunda Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Puanları İlişkisinin Değerlendirilmesi

ÇDŞG-ŞY’de tanı alan ergenlerin ÇÇTÖ duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar ve toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Fiziksel ihmal ve cinsel istismar skorları da tanı alan ergenlerde daha yüksek olmakla birlikte iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. (Çizelge 4.15)

Çizelge 4.15. KZVD/İG Grubunda ÇDŞG-ŞY Tanısı ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Puanları İlişkisi

KZVD/İG		ÇDŞG-ŞY tanısı		p
		Var	Yok	
ÇÇTÖ	Fiziksel İhmal	7,6±4,1	5,9±1,7	0,062
	Duygusal İhmal	14,4±5,4	9,6±4,3	0,001
	Fiziksel İstismar	7,5±4,9	5,1±0,7	0,002
	Duygusal İstismar	12,0±6,6	7,4±2,9	0,004
	Cinsel İstismar	7,0±5,0	5,5±2,7	0,052
	Toplam Puan	47,3±22,9	33,7±9,4	0,001

4.11. KZVD/İG Grubunda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İlişki Ölçekleri Anketi Ergen Formu (İÖA-E) İlişkisinin Değerlendirilmesi

ÇÇKKSL varlığı, yokluğu ile ergenlerin İÖA-E’den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı oranda fark bulunmamıştır (p>0.05). İstatistiksel olarak farklı olmamakla birlikte, en yüksek puan ortalamasını kayıtsız bağlanma alt ölçeğinden almışlardır.

4.12. KZVD/İG Grubunda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmali Soru Listesi ve Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği (EABÖ) Puanları İlişkisi

ÇÇKKSL varlığı, yokluğu ile ergenlerin EABÖ(Anne) ölçeği güven, yabancılaşma ve toplam skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük

saptanmıştır. İletişim alt ölçeğinde ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. ÇÇKKSL varlığı, yokluğu ile ergenlerin EABÖ(Baba) ölçeği güven, iletişim, yabancılaşma ve toplam skorları daha düşük olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. (Çizelge 4.16)

Çizelge 4.16. KZVD/İG Grubunda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmali Soru Listesi (ÇÇKKSL) ve Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği (EABÖ) Puanları İlişkisi

KZVD/İG		ÇÇT		P
		var	Yok	
Anne	Güven	15,0±6,8	21,6±6,7	0,013
	İletişim	14,8±5,7	18,6±6,3	0,094
	Yabancılaşma	13,0±7,0	19,5±5,3	0,010
	Toplam	42,9±16,0	59,8±16,6	0,009
Baba	Güven	13,5±8,8	19,1±8,7	0,114
	İletişim	12,3±7,0	16,1±6,6	0,147
	Yabancılaşma	14,1±7,8	15,6±5,0	0,510
	Toplam	39,9±21,8	51,0±18,0	0,151

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda her iki grubun da çoğunluğunu anne ve babaları birlikte olan aileler oluşturmaktadır. KZVD/İG olan grupta 13 (%43,3), kontrol grubunda 6 (%20,0) ergenin ebevyininin boşanmış ya da ayrı olduğu bulunmuş ve her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu oranlar göz önüne alındığında çalışmamızda parçalanmış ailede yaşama ve ebeveynlerden uzun süre ayrı yaşamanın KZVD, intihar girişimi açısından risk faktörü teşkil etmediği düşünülmektedir. Ancak bu sonucumuz intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin büyük bölümünün parçalanmış ailelerden geldikleri ve ailelerinde boşanmaların yüksek olduğu görüşü ile örtüşmemektedir [124]. Çalışmamızda ise parçalanmış aile sayısı beklenenden az olması, aile içinde yoğun sorunlar olmasına rağmen boşanmanın toplum tarafından sıcak karşılanmamasından ötürü yaygın olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Diğer yandan literatürde bizim çalışmamızı destekler nitelikte, intihar girişiminde bulunanların ailelerinde düşük boşanma, oranları bildiren çalışmalar da bulunmaktadır [125, 126].

Çalışmamızda KZVD/İG grubunda babaların eğitim düzeyleri ve ailelerin aylık gelirleri kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu durum hastaların sosyoekonomik olarak eşleştirilmemiş olması ile açıklanabilir. Ancak sosyoekonomik ve kültürel olarak düşük seviyeden gelen çocuk ve ergenlerde KZVD/İG sıklığının çok daha fazla olması ile ilgili yazında çok sayıda yayın mevcuttur. Ekonomik ve sosyal koşulların insan ruh sağlığı üzerindeki etkilerini konu edinen yazılarda kendini öldürme olaylarının düşük sosyoekonomik düzeylerdeki toplumsal katmanlarda daha yaygın olduğu belirtilmektedir [127, 128]. Bu bulgular yazın ile uyumlu saptanmıştır.

Çalışmamızda KZVD/İG ve kontrol gruplarındaki anne ve babalarında ruhsal hastalık açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yazında ailede ruhsal bozukluk, çocuk ve ergenin kendine zarar verici davranışları arasında ilişki olduğu belirtilmiştir [129]. Gerek hazırladığı uygunsuz ev ortamı ve önemli bir psikososyal etken olarak, gerekse getirdiği genetik yüklülük açısından anne-babalardaki ve ailenin diğer üyelerindeki psikopatolojiler, ergendeki kendine zarar verme, intihar davranışı için risk etkeni

olabilir [130]. Yapılan bir çalışmada intihar girişimi görülen ergenlerin anne-babalarında ruhsal bozukluk %15-47 gibi yüksek oranlarda saptanmıştır [131]. Gould ve arkadaşları da; 20 yaş altında ölümle sonuçlanan intihar olaylarının psikolojik otopsilerinde, annede sıklıkla duygudurum bozukluğu bulgularına, babada antisosyal davranış özelliklerine rastlamışlardır. Annedeki depresyon, özellikle doğumdan sonraki ilk yıllarda anne-çocuk ilişkisini ve çocuğun anneye bağlanma biçimini olumsuz yönde etkilemekte, annenin çökkün duygudurumu ile özdeşim yapan çocukta kendisine zarar verici davranışlar görülmektedir [132]. Brent ve arkadaşlarına ait bir çalışmada, intihar eyleminde bulunmuş 67 ergen kontrol grubu ile kıyaslanmış, intihar grubunun ebeveynlerinde depresyon ve madde kötüye kullanımı, bozuk anne-çocuk ilişkisi, anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Babaların kendine güvensiz ve depresyonda, annelerin ise endişeli oldukları ve intihar düşüncesi taşıdıkları saptanmıştır [130]. Çalışmamızdaki bulguların yazındakilerden farklı olması ailede psikopatoloji varlığının tanısız görüşme yapılmadan sadece ergenlerin bu durumu sosyodemografik veri formunda bildirmesine dayanarak belirlenmiş olması ile açıklanabilir. Diğer yandan ailesinde psikopatoloji bulunan hastaların daha az başvuruda bulunmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda KZVD/İG grubundaki ergenlerin ailesinde KZVD ve intihar girişimi oranı, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Literatürde de; intihar davranışında bulunan çocuk veya ergenin ailesindeki intihar davranışı öyküsü, anlamlı olarak yüksektir [50]. Bir çalışmada intihar girişimi görülen ergenlerin ailelerinde intihar girişiminin %2 ile %30 arasında değiştiği saptanmıştır [131]. İntiharlarda görülen bu ailesel yığılmanın nedeni bilinmemektedir. Yığılma ailedeki psikopatoloji ve kaotik ortamdan çok genetik etkenlerle de ilgili olabilir. Nitekim bozuk ebeveyn-çocuk ilişkisi ve ailedeki psikopatolojilerin kontrol edilmesi sonrasında da çocukta intihar davranışının sürdüğünü gören bazı araştırmacılar, bunu sorunlu aile ortamından çok, genetik yüklülüğe bağlamışlardır [53]. Ergenlik döneminde aile üyelerinin intihar davranışını model alma gibi etkenlerin de etkili olduğu düşünülmektedir [133].

Çalışmamızda her iki grup arasında ailede alkol/madde kullanımı açısından fark saptanmamıştır. Literatürde İntihar girişimi görülen ergenlerin

ailelerinde ve madde kötüye kullanımının (%16-35) sık olduğu bildirilmektedir [131]. Bir çalışmada, intihar girişiminde bulunmuş 67 ergen kontrol grubu ile karşılaştırılmış, intihar grubunun anne-babalarında madde kullanımı ve alkol içmenin anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur [130]. Bizim çalışmamızda anne-babalarda alkol ve uyuşturucu madde kullanımı açısından gruplar arasında fark bulunmadı. Ancak toplumun ve çalışmanın yapıldığı yerin geleneksel ve kültürel yapısı ve bir otorite figürü olan hekimin gözünde damgalanma kaygısı göz önüne alındığında, ebeveynlerde alkol ve madde kullanımının bildirilenden fazla olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda KZVD/İG grubunda ailede veya yakın arkadaşlarda intihar sonucu ölüm oranı, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışma da ergenlerde bir arkadaşın ya da yakının intihara bağlı kaybını takiben 6 ay içinde duygudurum bozukluklarına ve intihara eğilimin arttığı bildirilmiştir. Bu bulgular yazın ile uyumlu saptanmıştır [53].

Çalışmamızda KZVD/İG grubunun ruhsal hastalık tanısı alma sıklığı kontrol grubuna göre çok daha fazlaydı. Yapılan ÇDŞG-Y göre en az 1 psikiyatrik tanısı olan 18 (%72,3) ergen saptandı. Çalışma grubunda KZVD ve/veya İG olmasına karşın %26,7'sinde herhangi bir tanı saptanmamıştır. Bu durum ÇDŞG-ŞY ile taranan tanılarının eşik altı kalmasından kaynaklanmıştır. KZVD/İG grubunda 9'u (%30) bir tanı, 5'i (%16,7) 2 tanı, 4'ü (%13,3) 3 tanı, 3'ü (%10) 4 tanı, 1'i (%3,3) ise 5 tanı aldı. KZVD/İG grubunda konulan tanılara bakıldığında 12 olguda Major Depresyon, 12 olguda Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu, 5 olguda Davranım Bozukluğu, 3'er olguda Madde Kullanım Bozukluğu, Sosyal Fobi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, 2 olguda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, saptandı. İki olguda ayrı ayrı Özgül Fobi, Ayrılık Anksiyetesi bozukluğu saptandı. Bugüne kadar yapılan birçok çalışmada psikiyatrik hastalığı olan kişilerde intihar riskinin arttığı gösterilmiştir. Tamamlanmış intiharların yüzde altmışında en az bir ruhsal bozukluk eşlik etmekte ve en sık olarak depresif bozukluk bulunmaktadır. Miranda ve arkadaşlarının intihar düşüncesi ya da davranışı bildiren 228 lise öğrencisini değerlendirdiği bir çalışmada %71'inde en az bir psikiyatrik bozukluk olduğunu saptamışlar, 4-6 yıl sonra da ergenlerin %69'u en az bir psikiyatrik bozukluk

tanısı almış. En sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklar majör depresif bozukluk, distimik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu, panik bozukluğu, davranış bozukluğu ve madde kullanım bozukluğudur. İntihar girişimi ile en fazla ilişkisi olan duygudurum bozukluklarıdır. Duygudurum bozukluğu (majör depresif bozukluk ve/veya distimi) tanısı konan ergenler konulmayanlara göre 17 kat daha yüksek oranda intihara eğilimlidir. Yapılan çalışmalarda majör depresif bozukluk tanısıyla izlenen çocuk ve ergenler %70 oranında intihar düşüncesinden ya da girişiminden bahsetmişlerdir. Kendine zarar veren ergenlere bakıldığında bir çalışmada 15 yaşından büyük kendine zarar veren (intihar girişimini de içeren) kişilerin %92' sinde en az bir psikiyatrik tanı bulunmuştur. Kendine zarar veren ergenlerde en sık konulan tanılar; depresyon, davranım bozukluğu, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, disosiyatif bozukluk, madde kullanım bozukluklarıdır [134]. Çalışmamızda bulunan oranlar yazındakilere uygundur. Yazındakilerle benzer oranda en sık Major Depresif Bozukluk saptanmıştır. Yazındakilerden farklı olarak sadece 3 olguda madde kullanım bozukluğunun olması örneklem sayısının az olması, seçilen örneklemin özelliğinden, ergenlerin madde kullandıklarını ifade etmemelerinden yada kullanmamalarından kaynaklanmış olabilir. Yazındakilerden farklı olarak sadece 3 olguda Travma Sonrası Stres Bozukluğu saptanmıştır. Bu durum ÇDŞG-ŞY taranan geçmiş tanıların dikkate alınmamasından kaynaklanmıştır.

Çalışmamızda ergenlerin İlişki Ölçekleri Anketinden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında tüm bağlanma örüntüleri bakımından KZVD/İG ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. KZVD/İG grubu en yüksek puanları kayıtsız, en düşük puanları saplantılı alt ölçeğinden almışlardır. Wright ve arkadaşları intihar riski yüksek olan ergenlerin, düşük riskli olanlara ya da kontrol grubuna göre, güvenli bağlanma biçiminden çok saplantılı bağlanma biçimi gösterdiğini bulmuştur. Lessard ve arkadaşları bağlanma biçimlerini Bartholomew'un iki boyutlu dört kategorili modelini kullanarak değerlendirilmiş, korkulu ya da saplantılı bağlanma biçimine sahip olan ergenlerin, güvenli ya da kayıtsız olanlara göre daha fazla intihar düşüncesine sahip olduklarını bulmuştur. Bizim ulaştığımız sonuçlar, KZVD/İG

olan ergenlerin daha çok korkulu, saplantılı bağlanma biçimine sahip olduğu şeklindeki literatür bilgisi ile uyumlu değildir [17, 92]. Ancak çalışmamızda çocukluk dönemi çalışmalarından farklı olarak ergenlerin bağlanma biçimi değerlendirilmiştir. Ergenlik dönemindeki bağlanma; diğer yaş gruplarından çok farklılık göstermektedir. Bu dönemde fizyolojik değişimlerin yanı sıra bilişsel olarak da önemli gelişmeler görülmektedir. Özerklik ve bağımsızlık ihtiyacındaki artış bu dönemde ön plana çıkmaktadır. Bu değişimler ergen ve ebeveyn arasında çatışmalara neden olurken, tartışmalar artar, otoriteye karşı isyankarlık başlar. Ayrıca ergen alkol, madde ve cinsellik gibi çok sayıda yeniliklerle karşılaşır. Ergen hem bu değişimlerle başa çıkmaya hem de karşılaştığı bu yeniliklerden kendisini korumaya çalışır. Tüm bu değişikliklerle beraber ilişkilerdeki modeller artık daha gerçekçi şekilde işler. Ergenlik döneminde anne ve baba ile kurulan bağlanma ilişkilerine bu dönemde diğer bireylerle, özellikle akranlarla kurulan bağlanma ilişkileri de eklenmektedir. Bu da ergenlerin ebeveynleri ile kurdukları bağlanma ilişkilerinin niteliğindeki değişimleri ve yeni bağlanma ilişkilerini de gündeme getirmektedir. Sonuç olarak, ergenlik gibi önemli bir geçiş ve değişim döneminde bağlanma revizyona uğramaktadır [135]. KZVD/İG ve sağlıklı ergenlerin bağlanma örüntülerinin benzer olması her iki grubunda benzer ergenlik sorunları yaşıyor olmasına bağlı olabilir. Öte yandan sonuçlarımızla literatür arasındaki uyumsuzluğun bir diğer nedeni çalışmamıza katılan bireylerin çocukluk dönemindeki bağlanma örüntülerinin geriye dönük olarak değerlendirilememesine, ergenlerdeki bağlanmayı etkileyebilecek var olan diğer psikopatolojilerin dışlanmamış olmasına bağlanabilir. Ayrıca, Türk toplumunun yapısından, örneklem sayısının az olmasından ve ölçme araçlarının farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda gruplar arası ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma envanteri kısa formu (EABÖ) anne ve baba ölçeğinde; çalışma grubunda güven, iletişim, yabancılaşma ve toplam puanlar açısından kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulundu. Yani KZVD/İG olanların anneye ve babayla güven ilişkisi ve iletişimi azalmış, yabancılaşması ise artmıştır. Yani kontrol grubunda hasta grubuna göre anne babaya olan bağlanmanın daha güvenli olduğu saptanmıştır. Bağlanma stilleri ve psikopatoloji arasındaki ilişki, normal ve klinik örneklemede

sınırlı sayıda araştırmanın konusu olmuştur. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada güvensiz bağlananların depresyon ve anksiyete puanları, güvenli bağlananlara göre daha yüksek bulunmuştur [136]. Boylamsal bir araştırmada ise, daha önce psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören ergenler, hastaneye yatmamış ergenlerle, bağlanma stilleri ve psikopatoloji ilişkisi açısından karşılaştırılmıştır. Klinik gruptaki güvensiz bağlanmış ergenlerin madde kötüye kullanma, KZVD, intihar girişimi, suç eyleminde bulunma ve çözülmemiş travma geçmişine sahip olma oranları, kontrol grubuna göre daha fazla bulunmuştur [137]. Güvenli bağlanma stiline sahip ergenler yaşamlarının kendi kontrolleri altında olduğunu düşünürler. Bu bireyler stres durumlarına karşı dirençlidirler ve herhangi bir stres ya da kriz anında anne babaları ya da arkadaşlarından yardım almak veya onlarla iletişime geçmek için çaba harcarlar. Güvenli olmayan bağlanma stiline sahip ergenler ise stres durumlarına karşı dirençsizdirler ve herhangi bir kriz anında anne babalarından ya da arkadaşlarından yardım almayı reddederler ve KZVD veya intihar girişimi gibi riskli davranışlar sergilerler [91] . Çalışmamızdaki sonuçlar yazındakilerle benzer bulunmuştur.

Çalışmamızda çocukluk çağı travmaları iki farklı araçla değerlendirilmiştir. Bunlardan biri ÇÇKKSL, diğeri ise ÇÇTÖ'dür. ÇÇKKSL'de KZVD/İG grubundaki ergenlerin 17'sinde (%56,7), kontrol grubundaki ergenlerin 4'ünde (%13,3); ÇÇT öyküsü saptanmıştır. KZVD/İG grubunda ÇÇT öyküsü oranı, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. ÇÇT tiplerinden duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal-fiziksel ihmal öyküsü KZVD/İG grubunda anlamlı oranda yüksek saptanmıştır, cinsel istismar öyküsü de KZVD/İG grubunda oran olarak daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel açıdan her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bizim çalışmamızın öncesinde de, kendine fiziksel olarak zarar verme ve özkıyım davranışının çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi birçok farklı çalışmayla belirgin bir şekilde ortaya konmuştur [111]. Ülkemizde yapılan çalışmalarda fiziksel istismar sıklığının %30-35, cinsel istismarın ise %4-18 arasında olduğu gösterilmiştir [97]. Türkiye'de Bilir ve arkadaşlarınca 16000 çocuk ile yapılan bir çalışmada çocukların istismara uğrama oranları %33 olarak belirlenmiştir [97]. Zoroğlu ve arkadaşları ihmalin en sık bildirilen (%16,5) ruhsal travma olduğunu, bunu sıklık açısından duygusal

(%15,9), fiziksel (%13,5) ve ensest dahil cinsel istismarın (%10,7) izlediğini bildirmişlerdir [98]. Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması'na göre ise Türkiye'de 7-18 yaşları arasındaki çocukların aile içinde %45'inin fiziksel istismara, %51'nin duygusal istismara ve %25'inin ihmale maruz kaldığı tespit edilmiştir [94]. Bu açıdan bizim çalışmamızdaki sonuçlar da yazındakilerle benzerdir. ÇÇTÖ puanları dikkate alındığında ise, KZVD/İG olan ergenlerde sağlıklı kontrol grubundaki ergenler ile karşılaştırıldığında, cinsel istismar, duygusal ihmal ve duygusal istismar, fiziksel istismar puanlarının anlamlı oranda yüksek olduğu, fiziksel ihmal puanlarının da yüksek olduğu ancak her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. ÇÇKSL kategorik olarak istismarların var olup olmadığını araştırmakta, ÇÇTÖ'de ise tanısal bir amaç gütmeksizin istismar yaşantısını derecelendirmektedir. Bu nedenle sonuçları bire bir karşılaştırmak olası değildir. Çocukluk çağı istismarıyla ilişkili çalışmaları birbiriyle karşılaştırmak güç olduğu gibi bu çalışmada olduğu gibi aynı örnekleme farklı yöntemler uygulandığında da farklı sonuçlar alınabilir.

Çalışmamızda KZVD/İG grubunda ebeveynlerde psikopatoloji bulunmasının ergenlerin bağlanmaları üzerine olan etkisi de incelenmiştir. Annesinde herhangi bir ruhsal bozukluk olan kişilerin EABÖ(Anne) ölçeği güven, yabancılaşma ve toplam skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür, iletişim alt ölçeğinde ise ruhsal hastalığın olmadığı grupta daha yüksek puanlar bulunmasına rağmen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Yani annelerinde ruhsal patoloji olmayanların ruhsal patoloji olanlara göre anneyle olan bağlanmalarının daha güvenli olduğu saptanmıştır. Babada herhangi bir ruhsal bozukluk varlığı ile kişilerin EABÖ güven, iletişim, yabancılaşma ve toplam skorları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Anne babadaki ruhsal bozukluğun bebeklik dönemindeki güvenli bağlanmayı ve daha sonraki ana baba çocuk ilişkisini olumsuz biçimde etkilediğine ilişkin pek çok araştırma sonucu vardır [86]. Annedeki ruhsal hastalıkların ebeveynlik duyarlılığı üzerine olumsuz etkilerinin olduğunu bildirilmektedir. Duyarlı bakım vermenin güvenli bağlanmanın oluşmasını sağlayarak çocuğun optimum gelişimini desteklediği, güvensiz bağlanmanın ise düşük ebeveyn duyarlılığından kaynaklandığı saptanmıştır [138].

Yedi çalışmanın incelendiği bir metaanaliz çalışmasında annelerinde depresyon olan 3 yaş altı çocukların (n=373) bağlanma biçimleri gözden geçirilmiş; anneleri depresyonda olan çocuklarda güvensiz bağlanma çeşitlerinden kayıtsız ve dezorganize bağlanma oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur [139]. Bir diğer çalışmada Bipolar duygudurum bozukluğu olan ebeveynlerin 16 yaş üzerinde olan 44 çocuğunun bağlanma örüntüsünü değerlendirilmiş ve güvensiz bağlanma olan kayıtsız bağlanma örüntüsü puanları sağlıklı kontrollerden yüksek bulunmuştur [140]. Yazındakilerle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da annede ruhsal hastalık varlığının ergenlerin güvenli bağlanma örüntüsünü olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Ancak yazındakilerden farklı olarak babadaki ruhsal hastalık ile güvenli bağlanma arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu durum babadaki ruhsal patolojilerin tanı görüşmesiyle belirlenmemiş olup sadece ergen bildirimlerine dayanıyor olması ile ilişkili olabileceği gibi, Türk toplumundaki babaların ruh sağlığı polikliniklerine daha az başvuruyor olup daha az tanı almalarından veya örneklem sayısının azlığından kaynaklanıyor olabilir.

Diğer taraftan çalışmamızda KZVD/İG olan ergenlerin ÇÇT ile EABÖ alt boyutları karşılaştırıldığında, ÇÇT olan grupta ölçeğin anneye güven, anneye yabancılaşma ve toplam istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Yani ÇÇT olanların anneye güven ilişkisi azalmış, yabancılaşması ise artmıştır. ÇÇT olanların babayla ilişki alt boyutları ve toplam puanları da düşük olmakla birlikte fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Bu veriler dikkate alındığında cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmal gibi tüm ÇÇT'nin ergenin anne ve babasıyla kurduğu ilişkilerde güven, iletişim-üzerinde olumsuz etkileri olduğu, yabancılaşmayı arttırdığı ve sonuç olarak ergenlerin aileleri ve akranlarıyla olan ilişkilerindeki tutum ve davranışlarını negatif yönde etkilediği ve KZVD/İG de dahil olmak üzere psikiyatrik hastalıklara zemin hazırlayabileceği öngörülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma KZVD/İG olan ergenler ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ergenlerin yarı yapılandırılmış klinik görüşmeler ve öz bildirim ölçekleri aracılığıyla sosyodemografik özellikler, aile özellikleri (anne-baba özellikleri, ailede alkol/madde kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık, ailede intihar girişimi, tamamlanmış intihar), çocukluk çağı travmaları, bağlanma güvenliği açısından karşılaştırıldığı kesitsel bir çalışmadır.

Çalışmamızda KZVD/İG grubunda babaların üniversite mezunu olma oranı daha düşük saptandı. KZVD/İG grubunda düşük gelirli olma oranı, akraba tarafından büyütülme oranı ailede KZVD ve intihar girişimi oranı, ailede veya yakın arkadaşlardan intihar ile ölen birinin oranı, aile içi şiddet oranı, sigara içme oranını, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptandı.

Çalışma grubunun %72,3 (n=22), kontrol grubunun ise %13,3'ü (n=4) en az bir psikiyatrik tanı almış olup, çalışma grubunda kontrol grubuna göre tanı alma oranı daha yüksek bulundu. Bu bulgu yazın ile uyumlu olarak KZVD ve intihar girişimlerine yüksek oranda psikiyatrik hastalıkların eşlik ettiğini göstermektedir.

Çalışmamızda ergenlerin bağlanma örüntüleri incelendi. KZVD/İG olan ergenler ile sağlıklı ergenlerin bağlanma örüntülerinin benzer olduğu belirlendi ve bu sonucunda ergenlikte bağlanmanın revizyona uğraması veya bağlanmayı etkileyebilecek var olan diğer psikopatolojilerin dışlanmamış olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda gruplar arası ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma envanteri kısa formu (EABÖ) anne ve baba ölçeğinde; çalışma grubunda güven, iletişim, yabancılaşma ve toplam puanlar açısından kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Yani kontrol grubunda hasta grubuna göre anne babaya olan bağlanmanın daha güvenli olduğu saptandı.

KZVD/İG grubunda ÇÇT öyküsü oranı, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. Bu sonuç bize yazın ile uyumlu olarak psikososyal stres etmenlerinin KZVD ve İG için risk faktörü olduğunu ve KZVD/İG olan

hastalar değerlendirilirken bu durumun göz önüne alınması gerektiğini göstermektedir. Risk faktörlerinin belirlenmesinin tedavi sürecinin sağlıklı yürütülmesi açısından çok değerli olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmanın sonucunda gelecekte yapılacak çalışmalar için bazı öneriler belirlenmiştir:

1. Ülkemizde çocuk ve ergenlerde sık görülen KZVD/İG'nin risk etkenlerini anlamaya yönelik çalışmaların yapılması toplumun ruh sağlığı açısından oldukça önemlidir.

2. Çocuk ve ergenlerde KZVD/İG gelişiminde önemli olabilecek etkenlerin özellikle travmatik çocukluk yaşantılarının ve bağlanmanın araştırılması için daha geniş örneklem grubu ile yapılacak izlem çalışmalarına gereksinim duyulmaktadır.

3. Bağlanmayı etkileyen diğer faktörler; çocuğun mizaç özellikleri, ebeveynlerin bağlanma örüntüleri, ebeveynlerin tutumu, kalıtımla ilgili özelliklerdir. Bu faktörlerin de göz önüne alındığı geniş serili çalışmalara ihtiyaç vardır.

4. Gelecekteki çalışmalarda kontrol grubu olarak farklı psikiyatrik hastalıkları olan ergenlerin alınması bulguların KZVD/İG için özgüllüğünü arttıracaktır.

7. ÖZET

Bu çalışmada kendine zarar verme davranışı (KZVD) ve/veya intihar girişimi (İG) olan 14-18 yaş grubu ergenlerde psikopatolojiyi, çocukluk çağı travmalarını, bağlanma stillerini ve bunların birbiriyle olan ilişkilerini araştırmak amaçlanmıştır.

Çalışmamız Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde 01.09.2015–31.08.2016 tarihleri arasında kendine yönelik zarar verici davranışları ve/veya özkıyım girişimi nedeniyle takipli olan, acil olarak başvurmuş veya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi tarafından konsülte edilmiş 14-18 yaş arasındaki 30 ergen hasta dahil edildi. Çalışmaya kız ve erkek ergenlerin alınması planlandı. Ancak bu süreçte erkek ergenlerin çok az başvurmaları sebebiyle örneklem grubu sadece kız hastalardan oluşturuldu.

İntihar ve/veya KZVD olan ve kontrol grubundaki ergenlere; sosyodemografik veri formu verilmiş, var olabilecek psikopatolojilerini saptamak amacıyla geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesi olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL) uygulandı. Fiziksel, duygusal ve cinsel istismara uğrama ve ihmal gibi travmatik yaşantıları değerlendirmek için ergenlere Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) verildi, daha sonra yarı yapılandırılmış bir görüşme olan Çocukluk Çağında Kötüye Kullanılma ve İhmal Soru Formu (ÇÇKKSL) uygulandı. Ergenlerin bağlanma stillerini değerlendirmeye yönelik (güvenli, kayıtsız, saplantılı, korkulu) İlişki Ölçekleri Anketi, bağlanma puanlarının anne ve baba (güven, iletişim ve yabancılaşma alt boyutları) için ayrı ayrı hesaplanması amacıyla Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu (EABÖ) verildi.

Çalışma grubunda kontrol grubuna göre ruhsal hastalık tanısı alma oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu (EABÖ) sonuçlarına göre kontrol grubunda, KZVD/İG grubuna göre anne babayla olan bağlanmanın daha güvenli olduğu saptandı. Grupların İÖA-E'den aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında tüm bağlanma stilleri

bakımından çalışma ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Her iki grupta da en yüksek ortalama kayıtsız bağlanma alt tipinde görüldü. KZVD/İG grubunda ÇÇT öyküsü oranı, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı. ÇÇKKSL’de ÇÇT tiplerinden duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal-fiziksel ihmal öyküsünün KZVD/İG grubunda anlamlı oranda yüksek olduğu görüldü, cinsel istismar açısından ise fark saptanmadı. ÇÇTÖ’ye göre ise KZVD/İG olan ergenler sağlıklı kontrol grubundaki ergenler ile karşılaştırıldığında, cinsel istismar, duygusal ihmal ve duygusal istismar, fiziksel istismar puanlarının anlamlı oranda yüksek olduğu izlendi, fiziksel ihmal açısından herhangi bir fark saptanmadı.

Anahtar kelimeler: Ergen, kendine zarar verme, intihar girişimi, bağlanma, çocukluk çağı travmaları

8. ABSTRACT

In this study we aimed to investigate the correlation between psychopathology, childhood trauma, attachment styles in adolescents between the age of 14-18 who has self harm behavior (SHB) and/or attempted suicide (AS).

Our study was conducted in University of Akdeniz, Department of Child and Adolescent Psychiatry outpatient clinic. We included 30 adolescents between the age of 14-18 who had self harm behavior and/or attempted suicide and referred to the emergency room as well as follow-up patients. Initially the aim was to include male and female patients however fewer male patients referred to the emergency room therefore we only included female patients in our study.

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, developed for detecting additional psychopathologies, was applied to both the patient and the control groups. Physical, emotional, sexual abuse and neglect was evaluated via Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28) following semi-structured Childhood Abuse and Neglect Questionnaire (CANQ). To determine attachment styles of adolescents (secure, indifferent, obsessed, fearful) Relationship Scales Questionnaire (ARSQ), was applied also parents attachment (secure, communication and alienation sub-traits) was separately calculated via Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA).

The rate of having a mental disorder diagnosis was significantly higher in the patient group compared to the control group. Inventory of Parent and Peer Attachment revealed that the attachment with their parents was more secure in healthy controls. According to the mean scores of Relationship Scales Questionnaire there were no significant statistical correlation in any of the attachment styles between two groups. In both groups indifferent attachment style had the highest mean score. Childhood trauma was significantly higher in SHB/SA group. Emotional and physical abuse and emotional-physical neglect was significantly higher in SHB/AS group providing there were no differences between the groups for sexual abuse. According to CTQ-28 adolescents with SHB/AS had significant higher scores on sexual, physical, emotional abuse and

emotional neglect compared to healthy controls, there were no differences in physical neglect.

Keywords: Adolescent, self harm behavior, attempted suicide, attachment childhood trauma,



9. KAYNAKLAR

1. Lülecı, S., *Kendini yaralama davranışı olan ergenlerin psikiyatrik ve sosyokültürel özellikleri*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2007.
2. Aksoy, A. and K. Ögel, *Kendine zarar verme davranışı*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003. 4(4): p. 226-236.
3. Hill, R.M., D. Castellanos, and J.W. Pettit, *Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: a review*. Clinical psychology review, 2011. 31(7): p. 1133-1144.
4. Posner, K., et al., *The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults*. American Journal of Psychiatry, 2011. 168(12): p. 1266-1277.
5. Sakarya, D., C. Güneş, and A. Sakarya, *İnternette İntihar Aramak: İnternet Sitelerinin İntihar ile İlişkili İçeriklerine Göre Değerlendirilmesi*. Türk Psikiyatri Dergisi, 2013. 24(1): p. 44-48.
6. Hawton, K., K.E. Saunders, and R.C. O'Connor, *Self-harm and suicide in adolescents*. The Lancet, 2012. 379(9834): p. 2373-2382.
7. Muehlenkamp, J.J. and P.M. Gutierrez, *An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents*. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2004. 34(1): p. 12-23.
8. Ross, S. and N. Heath, *A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents*. Journal of Youth and Adolescence, 2002. 31(1): p. 67-77.
9. Suyemoto, K.L., *The functions of self-mutilation*. Clinical psychology review, 1998. 18(5): p. 531-554.
10. Zoroglu, S.S., et al., *Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation*. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2003. 57(1): p. 119-126.
11. Yilligi, T.I., *TC Basbakanlik Devlet Istatistik Enstitusu*. Turkiye Istatistik Kurumu yayinlari, Ankara, 2004.
12. Özsoy, S.D. and E. EşEL, *İntihar (Özkıym)*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003. 4: p. 175-185.
13. Polat, O., *Çocuk ve şiddet*. 2001: Der Yayınları.
14. Bowlby, J., *D uring*. Am J Psychiatry, 1988. 145(1): p. 1-10.
15. Bowlby, J., *Attachment and loss: Retrospect and prospect*. American journal of Orthopsychiatry, 1982. 52(4): p. 664.
16. Bowlby, J., *Separation: anxiety and anger (Vol. 2)*. Attachment and loss, 1973.
17. Stepp, S.D., et al., *The Role of Attachment Styles and Interpersonal Problems in Suicide-Related Behaviors*. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2008. 38(5): p. 592-607.
18. Feldman, M.D., *The challenge of self-mutilation: a review*. Comprehensive psychiatry, 1988. 29(3): p. 252-269.

19. Lloyd-Richardson, E.E., et al., *Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents*. Psychological medicine, 2007. 37(8): p. 1183-1192.
20. Sieman, D. and E. Hollander, *Self-Injury behavior: Assessment and treatment*. 2001, Washington, American Psychiatric Publishing.
21. Favazza, A.R. and R.J. Rosenthal, *Diagnostic issues in self-mutilation*. Psychiatric Services, 1993. 44(2): p. 134-140.
22. Langbehn, D.R. and B. Pfohl, *Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients*. Annals of Clinical Psychiatry, 1993. 5(1): p. 45-51.
23. Laye-Gindhu, A. and K.A. Schonert-Reichl, *Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the "whats" and "whys" of self-harm*. Journal of youth and Adolescence, 2005. 34(5): p. 447-457.
24. Briere, J. and E. Gil, *Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions*. American journal of Orthopsychiatry, 1998. 68(4): p. 609-620.
25. Favazza, A.R., *Self-injurious behavior in college students*. Pediatrics, 2006. 117(6): p. 2283-2284.
26. Tarlacı, N., et al., *kümesi kişilik bozukluklarında kendini yaralamanın özellikleri*. Turk Psikiyatri Derg, 1997. 8: p. 29-35.
27. Association, D.-A.P., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.
28. Evans, E., K. Hawton, and K. Rodham, *Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies*. Clinical psychology review, 2004. 24(8): p. 957-979.
29. O'Connor, R.C., et al., *Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland*. The British Journal of Psychiatry, 2009. 194(1): p. 68-72.
30. Gladstone, G.L., et al., *Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization*. American Journal of Psychiatry, 2004. 161(8): p. 1417-1425.
31. Yates, P.M., *Treatment of adult sexual offenders: A therapeutic cognitive-behavioural model of intervention*. Journal of Child Sexual Abuse, 2004. 12(3-4): p. 195-232.
32. Fliege, H., et al., *Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review*. Journal of psychosomatic research, 2009. 66(6): p. 477-493.
33. Aksoy, A. and K. Ögel, *Sokakta yaşayan çocuklarda kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımı*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005. 6: p. 163-169.
34. Van der Kolk, B.A., J.C. Perry, and J.L. Herman, *Childhood origins of self-destructive behavior*. The American journal of psychiatry, 1991. 148(12): p. 1665.
35. Odağ, C., *Nevrozlar 3*. Vol. 2 ed. 2012, İzmir: Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri Org. Ltd. Şti Yayınları. 85-6
36. Haw, C., et al., *Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients*. The British Journal of Psychiatry, 2001. 178(1): p. 48-54.

37. Jacobson, C.M. and M. Gould, *The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature*. Archives of Suicide Research, 2007. 11(2): p. 129-147.
38. Olfson, M., et al., *Emergency treatment of young people following deliberate self-harm*. Archives of General Psychiatry, 2005. 62(10): p. 1122-1128.
39. Posner, K., et al., *Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants*. American Journal of Psychiatry, 2007. 164(7): p. 1035-1043.
40. Köroğlu E, G.E., *Psikiyatri Temel Kitabı*. . Vol. 2. Baskı ed. 2007: Ankara Hekimler Yayın Birliği. 556-61 p.
41. Çuhadaroğlu F, et al., *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Öncü B. İntihar davranışı. İçinde*. 2008: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları. 503-12.
42. Eskin, M., *İntihar -Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 1: Tanım ve Anlama*. 2003. 3-28.
43. Heron, M., *Deaths: leading causes for 2008*. National Vital Statistics Reports: From the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, 2012. 60(6): p. 1-94.
44. Organization, W.H., *Preventing suicide: A resource for media professionals*. 2008. URL: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf [accessed 2012-05-22][WebCite Cache].
45. Atay, İ. and E. Kerimoğlu, *Ergenlerde intihar davranışı*. Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2003. 10(3): p. 128.
46. Kokkevi, A., et al., *Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries*. European child & adolescent psychiatry, 2012. 21(8): p. 443-450.
47. Akay A, et al., *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Bilgiç A. İntihar ve Kasıtlı Olarak Kendine Zarar verme Davranışı İçinde*. Vol. 9 2016, Ankara: HYB Basım Yayın. 580-91.
48. Devrimci-Ozguven, H. and I. Sayıl, *Suicide Attempts in Turkey: Results of the WHO—EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. The Canadian Journal of Psychiatry, 2003. 48(5): p. 324-329.
49. Shaffer, D., et al., *Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide*. Archives of general psychiatry, 1996. 53(4): p. 339-348.
50. Gould, M.S., et al., *Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1998. 37(9): p. 915-923.
51. Çelik, G., et al., *Özkıym girişimi olan ergenlerde ruhsal bozukluklar, benlik ve aile işlevselliği*. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2011. 12(4).
52. Bridge, J.A., T.R. Goldstein, and D.A. Brent, *Adolescent suicide and suicidal behavior*. Journal of child psychology and psychiatry, 2006. 47(3-4): p. 372-394.

53. Brent, D.A., et al., *Suicidal behavior runs in families: a controlled family study of adolescent suicide victims*. Archives of general psychiatry, 1996. 53(12): p. 1145-1152.
54. Roy, A., et al., *Suicide in twins*. Archives of general psychiatry, 1991. 48(1): p. 29-32.
55. Roy, A., G. Rylander, and M. Sarchiapone, *Genetic studies of suicidal behavior*. Psychiatric Clinics of North America, 1997. 20(3): p. 595-611.
56. Brent, D., et al., *Association of FKBP5 polymorphisms with suicidal events in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA) study*. American Journal of Psychiatry, 2009. 167(2): p. 190-197.
57. Zalsman, G., et al., *Association of polymorphisms of the serotonergic pathways with clinical traits of impulsive-aggression and suicidality in adolescents: a multi-center study*. The World Journal of Biological Psychiatry, 2011. 12(1): p. 33-41.
58. Lewitzka, U., et al., *Biological indicators of suicide risk in youth with mood disorders: what do we know so far?* Current psychiatry reports, 2012. 14(6): p. 705-712.
59. Fergusson, D.M., L.J. Woodward, and L.J. Horwood, *Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood*. Psychological medicine, 2000. 30(1): p. 23-39.
60. Johnson, J.G., et al., *Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood*. Archives of general psychiatry, 2002. 59(8): p. 741-749.
61. Action, A.O., *Summary of the practice parameters for the assesment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2001. 40: p. 495-9.
62. Pfeffer, C., *Suicidal behaviors in children and adolescents: Causes and management*. Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook, 2002: p. 796-805.
63. Öncü, B. and A. Sakarya, *Role of cognitive factors and distortions in adolescent suicides*. Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry, 2013. 5(2): p. 232-245.
64. Ak, M., M. Gülsün, and K.N. Özmenler, *Özkıyım ve kişilik*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2009. 1(1).
65. Jekkel, É. and L. Tringer, *Suicide and cognitive distortions*. 2004.
66. Mann, J.J., et al., *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients*. American Journal of Psychiatry, 1999. 156(2): p. 181-189.
67. Mendonca, J. and R.R. Holden, *Interaction of affective and cognitive impairments in the suicidal state: a brief elaboration*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1998. 97(2): p. 149-152.
68. Budak, S., *Psikoloji Sözlüğü*. Vol. 3 2005, Ankara.
69. Bilgin, N., *İnsan İlişkileri ve Kimlik*. Vol. 2 2001, İstanbul: Sistem Yayıncılık.
70. Karabekiroğlu, K., *21. Ulusal Çocuk ve Ergen Kongresi Özet Kitabı, Anne bebek etkileşimi ve bağlanmanın biyolojisi*. . 2011.

71. Akay A, et al., *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İşeri E, Bodur Ş. Bağlanma Bozuklukları İçinde* 2016, Ankara: HYB Basım Yayın. 441.
72. Bretherton, I., *The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth*. Developmental psychology, 1992. 28(5): p. 759.
73. Weber, D.A., *A Comparison of Individual Psychology and Attachment Theory*. Journal of Individual Psychology, 2003. 59(3).
74. Öztürk, M. and A. Uluşahin, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (1. Cilt, 11. Baskı)*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2008.
75. Eder, R.A. and S.C. Mangelsdorf, *The emotional basis of early personality development: Implications for the emergent self-concept*. 1997.
76. Balkaya, F., *Bilgi işleme süreçleri açısından bağlanma kuramının yeniden ele alınması*. Türk Psikoloji Yazıları, 8 (Özel Ek Sayı), 2005: p. 17-39.
77. Holmes, J., *Attachment theory: a biological basis for psychotherapy?* The British Journal of Psychiatry, 1993. 163(4): p. 430-438.
78. Soygüt, G., *Bir düzeltici bağlanma ilişkisi olarak psikoterapi: Psikoterapi süreçlerinde bağlanma ve terapötik ittifak*. Türk Psikoloji Yazıları, 2004. 7(13): p. 63-77.
79. Ainsworth, M.D.S., et al., *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. 2015: Psychology Press.
80. Bartholomew, K. and L.M. Horowitz, *Attachment styles among young adults: a test of a four-category model*. Journal of personality and social psychology, 1991. 61(2): p. 226.
81. Sümer, N. and D. Güngör, *Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma*. Türk Psikoloji Dergisi, 1999. 14(43): p. 71-106.
82. Stefanović-Stanojević, T.Z., *Adult attachment and prediction of close relationships*. Facta universitatis-series: Philosophy, Sociology and Psychology, 2004. 3(1): p. 67-81.
83. Mikulincer, M. and I. Erev, *Attachment style and the structure of romantic love*. British Journal of Social Psychology, 1991. 30(4): p. 273-291.
84. Rholes, W.S., et al., *Adult attachment and the transition to parenthood*. Journal of personality and social psychology, 2001. 81(3): p. 421.
85. Nakash-Eisikovits, O., L. Dutra, and D. Westen, *Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2002. 41(9): p. 1111-1123.
86. Bloom, K.C., *The development of attachment behaviors in pregnant adolescents*. Nursing Research, 1995. 44(5): p. 284-289.
87. Tüzün, O. and K. Sayar, *Bağlanma kuramı ve psikopatoloji*. Düşünen Adam, 2006. 19(1): p. 24-39.
88. Akay A, et al., *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Gürkan K. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu ve Okul Reddi İçinde* 2016, Ankara: HYB Basım Yayın.
89. Allen, J.P. and D. Land, *Attachment in adolescence*. 1999.
90. Bowlby, J., *Attachment and loss: Separation (vol. 2)*. 1973, New York: Basic Books.
91. France, A., *Towards a sociological understanding of youth and their risk-taking*. Journal of youth studies, 2000. 3(3): p. 317-331.

92. Lessard, J.C. and M.M. Moretti, *Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: Attachment patterns and clinical implications*. Journal of Adolescence, 1998. 21(4): p. 383-395.
93. Kelly, J.B., *Parents with Enduring Child Disputes: Multiple Pathways to Enduring Disputes*. Journal of Family Studies, 2003. 9(1): p. 37-50.
94. Beyazıt, U., *Çocuk İstismarı Konusunda Türkiye’de Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi*. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal, 2015. 2.
95. Örgütü, D.S., *Child maltreatment (“child abuse”)*. Erişim:[<http://search.who.int/search>, 2014.
96. Dokgöz, H., et al., *Ölümlerle sonuçlanan ihmale uğramış çocuk olgusu*. Yıllık Adli Tıp Toplantıları Kitabı, 2002(6): p. 118-121.
97. Yağmur, F., *Çocuk İstismarı ve İhmali*. Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi (SBArD): p. 71.
98. Zoroğlu, S.S., et al., *Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001. 2(2): p. 69-78.
99. Aslan, S. and Z.N. Alparslan, *Çocukluk örselenme yaşantıları ölçeğinin bir üniversite öğrencisi örnekleminde geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı*. Türk Psikiyatri Dergisi, 1999. 10(4): p. 275-285.
100. Yargıç, L., H. Tutkun, and V. Şar, *Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkinde disosiyatif belirtiler*. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, 1994. 2: p. 338-48.
101. Brown, G.R. and B. Anderson, *Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse*. The American journal of psychiatry, 1991. 148(1): p. 55.
102. Pressel, D.M., *Evaluation of physical abuse in children*. American family physician, 2000. 61(10): p. 3057-3064.
103. Çetin, F., et al., *Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı*. İşeri E. Cinsel istismar. 1inci Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008: p. 470-7.
104. Jain, A.M., *Emergency department evaluation of child abuse*. Emergency medicine clinics of North America, 1999. 17(3): p. 575-593.
105. Bornstein, B.H., D.L. Kaplan, and A.R. Perry, *Child abuse in the eyes of the beholder: Lay perceptions of child sexual and physical abuse*. Child abuse & neglect, 2007. 31(4): p. 375-391.
106. Davis, J.L. and P.A. Petretic-Jackson, *The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature*. Aggression and violent behavior, 2000. 5(3): p. 291-328.
107. Şimşek, F., B. Ulukol, and B. Bingöler, *Çocuk istismarına disiplin penceresinden bakış*. Adli Bilimler Dergisi, 2004. 3(1): p. 47-52.
108. Kara, B., Ü. Biçer, and A.S. Gökalp, *Çocuk istismarı*. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2004. 47(2): p. 140-51.
109. Zeytinoğlu, S., *‘Sağlık, sosyal Hizmet. Hukuk ve Eğitim Alanlarında Çalışanların Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmali İle İlgili Görüşleri’*Çocuk İstismarı ve İhmali. Çocuk istismarı ve ihmali, Ankara, 1991.
110. Yalçın, N., *Türkiye’de çocuk istismarı ve çözüm önerileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi, İstanbul, 2011.

111. Green, A.H., *Self-mutilation in schizophrenic children*. Archives of General Psychiatry, 1967. 17(2): p. 234-244.
112. Green, A.H., *Self-destructive behavior in battered children*. The American journal of psychiatry, 1978.
113. Bruffaerts, R., et al., *Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour*. The British Journal of Psychiatry, 2010. 197(1): p. 20-27.
114. Yanık, M., Özmen M. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihtimal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Derg, 2002. 3: p. 140-146.
115. Deveci, A., et al., *Manisa İli Kent Merkezinde İntihar Düşüncesi ve Girişimi Yaygınlığı*. Turk Psikiyatri Derg, 2005. 16(3): p. 170-8.
116. Dilbaz, N. and Y. Aytekin, *Alkol bağımlılarında intihar düşüncesi, davranışı ve niyeti*. Journal of Dependence, 2003. 4: p. 1-9.
117. Hahm, H.C., et al., *The impact of multiple types of child maltreatment on subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescence to young adulthood*. Journal of youth and adolescence, 2010. 39(5): p. 528-540.
118. Gökler, B., et al., *Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2004.
119. Bernstein, D.P., et al., *Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect*. The American journal of psychiatry, 1994. 151(8): p. 1132.
120. ŞAR, V., P.E. Öztürk, and E. İkikardeş, *Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği*. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2012. 32(4): p. 1054-1063.
121. Armsden, G.C. and M.T. Greenberg, *The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence*. Journal of youth and adolescence, 1987. 16(5): p. 427-454.
122. Raja, S.N., R. McGee, and W.R. Stanton, *Perceived attachments to parents and peers and psychological well-being in adolescence*. Journal of youth and adolescence, 1992. 21(4): p. 471-485.
123. Günaydın, G., et al., *Ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma envanteri kısa formu'nun psikometrik açıdan değerlendirilmesi*. Türk Psikoloji Yazıları, 2005. 8(16): p. 13-23.
124. Yayıncılık, Ç., *Dr. Atilla Turgay. Suicide*, 1992. 3(3).
125. Aktepe, E., et al., *İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006. 5(6).
126. Ateşçi, F.Ç., et al., *İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları*. Klinik Psikiyatri, 2002. 5(1): p. 22-7.
127. Seidman, E. and B. Rapkin, *Economics and psychosocial dysfunction: Toward a conceptual framework and prevention strategies*, in *Preventive psychology: Theory, research and practice*. 1983, Pergamon Press.

128. Pritchard, C., [book review] *Suicide--the ultimate rejection?, a psycho-social study*. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1997. 27(3): p. 319-320.
129. Turgay, A., *An integrative treatment approach to child and adolescent suicidal behavior*. Psychiatric Clinics of North America, 1989.
130. Brent, D.A., et al., *Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients*. Archives of General Psychiatry, 1988. 45(6): p. 581-588.
131. Pelkonen, M. and M. Marttunen, *Child and adolescent suicide*. Pediatric Drugs, 2003. 5(4): p. 243-265.
132. Pfeffer, C.R., et al., *Suicidal behavior in latency-age children: an empirical study*. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1979. 18(4): p. 679-692.
133. Atay, İ.M. and D. Gündoğar, *İntihar davranışında risk faktörleri: bir gözden geçirme*. Kriz Dergisi. 12(3): p. 39-52.
134. Myers, K., et al., *The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1991. 30(5): p. 804-810.
135. Keskin, G. and O. Çam, *Ergenlerin ruhsal durumları ve anne baba tutumları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2008. 9(3): p. 139-147.
136. Bekiroğlu, C.B., *Attachment style, family environment depression and anxiety*. 1996, Bogazici University. Institute of Social Sciences.
137. Allen, J.P., S.T. Hauser, and E. Borman-Spurrell, *Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: an 11-year follow-up study*. Journal of consulting and clinical psychology, 1996. 64(2): p. 254.
138. Goodman, S.H. and I.H. Gotlib, *Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission*. Psychological review, 1999. 106(3): p. 458.
139. Martins, C. and E.A. Gaffan, *Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation*. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 2000. 41(6): p. 737-746.
140. Kökçü, F., *Kesebir S. İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi: kontrollü bir çalışma*. Türk Psikiyatri Derg, 2010. 21: p. 309-318.

10. EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:

Aşağıdaki soruları okuyunuz ve sizin için doğru olan seçenekleri daire içine alarak; açıklama istenen sorularda ise yazarak yanıt veriniz.

- 1) Adınız soyadınız: 2) Başvuru tarihiniz:
- 3) Doğum tarihiniz:/...../..... 4) Cinsiyetiniz: 1. Erkek 2. Kadın
- 5) Kaçıcı sınıfa gidiyorsunuz:
- 6) Okul başarınız size göre nasıl?
 - a. Çok iyi b. İyi c. Orta
 - d. Kötü e. Çok kötü
- 7) Anne ve Babanız;
 - a. Birlikteler b. Boşandılar
 - c. Boşanmadılar ancak ayrı yaşıyorlar
- 8) Kaç kardeşiniz var, varsa kaç tane?
 - a. Tek çocuğum b.tane kardeşim var.
- 9) Evlat edinilme durumunuz var mı?:
 - a. Evet b. Hayır
- 10) Sizi büyüten kişi için doğru ifadeyi işaretleyiniz
 - a. Anne-Baba b. Büyükanne-büyükbaba
 - c. Akraba d. Yetiştirme yurdu e. Diğer
- 11) Babanızın eğitim düzeyine ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
 - a. Okula gitmemiş b. İlkokul c. Ortaokul
 - d. Lise e. Üniversite
- 12) Annenizin eğitim düzeyine ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
 - a. Okula gitmemiş b. İlkokul c. Ortaokul
 - d. Lise e. Üniversite
- 13) Ailenizin ortalama aylık geliri:
 - a. (0-1500 YTL) b. (1500-3000 YTL) c. (3000ytl-üstü)
- 14) Babanızın mesleği:
 - a. İşçi b. Esnaf/Tüccar c. Memur
 - d. Çiftçi e. Serbest meslek (doktor, avukat vb)
 - f) çalışmıyor

- 15) Annenizin mesleği:
a. İşçi b. Esnaf/Tüccar c. Memur d. Çiftçi
e. Serbest meslek (doktor, avukat vb.) f. Çalışmıyor
- 16) Sizde önemli bir tıbbi rahatsızlık var mı?
a. Hayır b. Evet
Varsa (Açıklayınız).....
- 17) Şimdiye dek hiç psikiyatrist ya da psikoloğa gittiniz mi?
a. Hayır b. Evet
- 18) Halen size uygulanmaya devam edilen psikiyatrik tedaviye ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Yok b. İlaç c. Psikoterapi
d. ilaç+psikoterapi e. Diğer yöntemler
- 19) Ailenizde ruhsal/psikolojik rahatsızlığı olan var mı?
a. Hayır b. Evet
Evetse kimin/kimlerin ne rahatsızlığı var?
(Açıklayınız).....
- 20) Ailenizde önemli tıbbi rahatsızlığı olan var mı?
a. Hayır b. Evet
Evetse kimin/kimlerin ne rahatsızlığı var?
(Açıklayınız).....
- 21) Sigara kullanımınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Hiç kullanmam b. Bir iki kez c. Ayda birkaç kez
d. Haftada birkaç kez e. Her gün
- 22) Alkol kullanımınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Hiç b. Çok seyrek c. Ara sıra
d. Sık sık e. Sürekli
- 23) Uyuşturucu kullanımınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Hiç b. Çok seyrek c. Ara sıra
d. Sık sık e. Sürekli
- 24) Ailenizde siz hariç, kendini yaralama davranışı, intihar girişimiin varlığına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Yok b. Anne c. Baba
d. Kardeş e. Yakın akraba
- 25) Yakınlarınız arasında intihar ile ölenlerin varlığına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Yok b. Anne c. Baba
d. Kardeş e. Yakın akraba f. arkadaş

26) Yakın bir zamanda önemli bir yaşam olayı (bir yakının kaybı, deprem, ciddi bir kazayaşamak vb.) yaşadınız mı?

- a. Hayır b. Evet

27) Ailenizde suça karışmış olan var mı?

- a. Hayır b. Evet

Evetse kim/kimler ne şekilde?

(Açıklayınız).....

28) Ailenizde alkol ve/veya uyuşturucu madde kullanan var mı?

- a. Hayır b. Evet

Evetse kim/kimler ne kullanıyor?

(Açıklayınız).....

29) Aileniz içinde şiddet var mı?

- a. Hayır b. Evet

30) Annenizle babanız arasında şiddetli evlilik sorunları var mı?

- a. Hayır b. Evet

Ek 2. İlişki Ölçekleri Anketi-Ergen

İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ

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

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

Beni hiç
tanımlamıyor

Beni kısmen
tanımlıyor

Tamamıyla
beni tanımlıyor

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

Ek 3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

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

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
3. Ailemdelikiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
7. Sevildiğimi hissediyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

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

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

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

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

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

13. Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

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

14. Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

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

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

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

16. Çocukluğum mükemmeldi.

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

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

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

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.

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

19. Ailemdelikiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

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

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

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

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

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

22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

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

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

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

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

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

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

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

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

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

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

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

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

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



Ek 4. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmali Soru Listesi

ÇOCUKLUK ÇAĞI KÖTÜYE KULLANIM SORU LİSTESİ

Bu soru listesi İlhan Yargıç, Hamdi Tutkun, Vedat Şar (1993) tarafından Klinik Psikoterapi Birimi'nin çalışmalarında kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Her hakkı mahfuzdur. Basılamaz, satılamaz. Kaynak gösterilerek bilimsel araştırmalarda kullanılabilir.

SORU 1: Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde her hangi bir kişi tarafından aşırı olduğunu düşündüğünüz bir şekilde dövüldünüz mü? Bir yere, örneğin bir oda ya datuvaletle kapatıldınız mı?

CEVAP: 1)Evet 2)Hayır
Cevabınız evet ise;

SORU 2: Kim tarafından? Cevap:
Kaç yaşındaydınız? Cevap:
Bunu yapan kişi kaç yaşındaydı? Cevap:
Kaç kez oldu?

1) 1 ya da birkaç kez 2) en az 5 kez 3) birçok kez 4) çok sık ve şiddetli olarak

AÇIKLAMA:

SORU 3: Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde sizi sürekli olarak aşağılayan, tehdit edici sözler söyleyen ya da küçük düşürücü yorumlar yapan her hangi bir kişi var mıydı?

CEVAP: 1)Evet 2)Hayır
Cevabınız evet ise;

SORU 4: Bu kişi kimdi? Cevap:

Kaç yaşındaydınız Cevap:

AÇIKLAMA:

SORU 5: Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde fiziksel ya da duygusal olarak ihmal edildiğinizi düşünüyor musunuz? Örneğin beslenme, güvenlik, eğitim ya da tıbbi bakımınızın sağlanmaması veya sevgi, destek, ilgi görememe gibi bir durum oldu mu?

(Evden kovulmayı, eve kabul edilmemeyi de içerir)

CEVAP: 1) Evet 2) Hayır

AÇIKLAMA

SORU 6: Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde size izniniz olmadan cinsel olarak yaklaşan ya da dokunan bir yabancı oldu mu?

CEVAP: 1)Evet 2)Hayır

Cevabınız evet ise;

SORU 7: Kim yaptı?

Cevap:

Kaç yaşındaydınız?

Cevap:

Karşıınızdaki kaç yaşındaydı? Cevap:

Kaç kez oldu? 1) 1kez 2) birkaç kez 3) birçok kez 4) çok sık olarak

AÇIKLAMA:

SORU 8: Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde aile bireylerinden ya da diğer akrabalarından size cinsel yaklaşımda bulunan oldu mu? Örneğin okşama, cinsel organlarını gösterme, sizin cinsel organlarınızı görmeye çalışma, cinsel organlarınızı uyarma, cinsel ilişki gibi.

CEVAP: 1)Evet 2)Hayır

Cevabınız evet ise;

SORU 9: Kim yaptı?

Cevap:

Kaç yaşındaydınız?

Cevap:

Karşıınızdaki kaç yaşındaydı? Cevap:

Kaç kez oldu? 1) 1kez 2) birkaç kez 3) birçok kez 4) çok sık olarak

AÇIKLAMA:

Ek 5. Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeği Kısa Formu

EBEVEYN VE ARKADAŞLARA BAĞLANMA ÖLÇEĞİ KISA FORMU

Ölçek anne-baba ve arkadaşlara bağlanmayı ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin orjinal formunda 3 alt boyut (güven, iletişim ve yabancılaşma) olmasına karşın, Türk ergen örnekleminde farklı bir faktör yapısı bulunmuştur (Bkz., Günaydın ve ark., 2005). Dolayısıyla toplam bağlanma skoru hesaplanırken 2., 4., 5., 6., 9. ve 10. maddelerin ters kodlanıp diğer maddeler ile toplanması tavsiye edilir.

7'li derecelendirme yöntemine göre:

1 = Asla 7 = Daima Ölçek maddeleri

ANNE FORMU

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

BABA FORMU

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