



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

**ÇOCUKLUK ÇAĞINDA RUHSAL TRAVMAYA MARUZ KALAN
ERGENLERDE DUYGU DÜZENLEME, KİMLİK GELİŞİMİ VE
KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Dr. ÖZGE AKÖZ

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2023



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

**ÇOCUKLUK ÇAĞINDA RUHSAL TRAVMAYA MARUZ KALAN
ERGENLERDE DUYGU DÜZENLEME, KİMLİK GELİŞİMİ VE
KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Dr. ÖZGE AKÖZ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Neşe PERDAHLI FİŞ

İSTANBUL 2023

ÖNSÖZ

Asistanlığım süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, her daim desteğini hissettiğim, aynı zamanda tez sürecime rehberlik etmesinden mutluluk duyduğum Prof. Dr. Neşe Perdahlı Fiş'e;

Hem klinik deneyimleriyle eğitimimize rehberlik eden hem de yardımseverliği ve sevecenliğiyle tüm bölümü kapsayan, mesleki anlamda kendisinden çok şey öğrendiğim Doç. Dr. Ayşe Burcu Erdoğan Yıldırım'a;

Polikliniğe adım attığım ilk günden itibaren her zaman desteğini hissettiğim, sorularımı her daim sabırla ve nezaketle yanıtlayan Doç. Dr. Hatice Ünver'e;

Mesleki bilgi, birikim ve tecrübelerinden örnekler aldığım Dr. Öğr. Üyesi Aliye Tuğba Bahadır'a;

Farmakoloji bilgisi ile kendine hayran bırakan, tezimin istatistik aşamasında yüreklendiren ve yol gösteren Dr. Öğr. Üyesi Ümmügülsüm Gündoğdu'ya;

Eğitim sürecimin farklı aşamalarına değer katan, kıymetli klinik tecrübelerini paylaşan Prof. Dr. Yankı Yazgan'a, Prof. Dr. Ayşe Rodopman Arman'a, Doç. Dr. Funda Gümüştaş'a, Prof. Dr. Osman Talat Sabuncuoğlu'na,

Birlikte asistanlık da yaptığımız ve beraber çalışmaktan keyif aldığım Uzm. Dr. Fatma Nur Elmas'a ve Uzm. Dr. Muhsine Göksu'ya,

Asistanlığımın ilk günlerinden beri çalışma fırsatı yakaladığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Yaşamım boyunca sevgi ve desteklerini her daim hissettiğim kıymetli aileme,

Sevgisi ve desteğiyle her zaman yanımda olan eşim Mehmet'e ve hayatıma anlam katan canım oğlum Atlas'a sonsuz teşekkürler...

Dr. Özge AKÖZ

Temmuz 2023

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfalar</u>
ÖNSÖZ	iv
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Çocukluk Çağı Travmaları	3
2.1.1 Tanım ve tarihçe	3
2.1.2 Epidemiyoloji	5
2.1.3 Çocukluk çağı travma türleri ve risk faktörleri	7
2.1.3.1 Fiziksel istismar	8
2.1.3.2 Fiziksel ihmal	10
2.1.3.3 Duygusal (psikolojik) istismar	10
2.1.3.4 Duygusal (psikolojik) ihmal	11
2.1.3.5 Cinsel istismar	12
2.1.4 Çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme	14
2.1.5 Çocukluk çağı travmaları ve kimlik gelişimi	15
2.1.6 Çocukluk çağı travmaları ve kendine zarar verme davranışı	16
2.2 Duygu Düzenleme	16
2.3 Kimlik Gelişimi	19
2.4 Kendine Zarar Verme Davranışı	21
2.4.1 Tanım	21
2.4.2 Tanı	22
2.4.3 Epidemiyoloji	23
2.4.4 İşlevler	25
2.4.5 Kendine zarar verme davranışı ve duygu düzenleme	26
2.4.6 Kendine zarar verme davranışı ve kimlik gelişimi	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1 Araştırmanın Örneklemi	29
3.1.1 Olgu grubu	29
3.1.2 Kontrol grubu	30
3.1.3 Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri	30
3.2 Araştırmanın Tipi	30
3.3 Yöntem	31
3.3.1 Sosyodemografik Veri Formu (Ek-3)	31
3.3.2 Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) (Ek-4)	31
3.3.3 Ergenler için Başa Çıkma Ölçeği (EBÇÖ) (Ek-5)	32
3.3.4 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ) (Ek-6)	33
3.3.5 Kimlik Durumunu Değerlendirme Aracı (KDDA) (Ek-7)	34
3.3.6 Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) (Ek-8)	34
3.4 Verilerin İstatistiksel Analizi	35
4. BULGULAR	36
4.1 Ergenlerin Bireysel Özellikleri	36

4.1.1 Cinsiyet	36
4.1.2 Yaş	36
4.1.3 Eğitim durumu	37
4.1.4 Kardeş sayısı	37
4.1.5 Tıbbi hastalık	38
4.1.6 Psikiyatrik ilk başvuru yaşı	39
4.1.7 Alkol, Madde, Sigara Kullanımı	39
4.1.8 İntihar girişimi ve sayısı	40
4.2 Ergenlerin Ailesel Özellikleri	41
4.3 Olgu ve Kontrol Gruplarında Ölçeklerden Elde Edilen Veriler	45
4.3.1 Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları	45
4.3.2 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	47
4.3.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	50
4.3.4 Kimlik Durumunu Değerlendirme Aracı	51
4.3.5 Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri	52
4.3.6 Ergenler için başa çıkma ölçeği	60
4.4 Korelasyon Analizleri	61
4.5 Regresyon Analizleri	64
5. TARTIŞMA	66
5.1 Ergenlerin Bireysel Özelliklerinin Değerlendirilmesi	66
5.2 Ergenlerin Ailesel Özelliklerinin Değerlendirilmesi	69
5.3 Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi	71
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	88
6.1 Çalışmanın Sonuçları	88
6.2 Çalışmanın Kısıtlılıkları	90
6.3 Öneriler	90
7. EKLER	115

Error! Bookmark not defined.

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı, kötü muameleye uğrayan ergenlerde, çocukluk çağı travmalarının, duygu düzenleme becerileri, kimlik gelişimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkisini incelemek ve kendine zarar verme davranışı yordayan değişkenleri araştırmaktır.

Gereç ve yöntem: Çalışmamızın örneklemini, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nden takipli 13-18 yaş aralığındaki çalışmaya katılmaya gönüllü ergenler oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ergenlerin bireysel ve ailesel özelliklerini, çocukluk çağı travmalarını, stresle başa çıkma becerilerini, duygu düzenleme becerilerini, kimlik gelişimini ve kendine zarar verme davranışını değerlendirmek amacıyla sosyodemografik veri formu, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ), Ergenler için Başa Çıkma Ölçeği (EBÇÖ), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği- Kısa Form (DDGÖ-16), Kimlik Durumu Değerlendirme Aracı (KDDA) ve Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) doldurmaları istenmiştir. Araştırma çocukluk çağı travmaları ölçeğinin toplam puan üzerinden önerdiği kesme puanına göre olgu ve kontrol grubu oluşturulması şeklinde tasarlanmıştır. 85 katılımcının 55'i olgu grubu, 30'u kontrol grubu olarak belirlenmiştir.

Bulgular: Olgu grubunda, sigara kullanımı, intihar girişimi, parçalanmış aile yapısı ile babalarında tıbbi ve psikiyatrik rahatsızlığa sahip olma durumu daha sık ve ortalama aylık gelir daha düşük saptanmıştır. Olgu grubunda kontrol grubuna göre duygu düzenleme güçlüğü, kimlik karmaşası ve kendine zarar verme sıklığı, kaçınan ve olumsuz başa çıkma stratejilerinin kullanımı daha fazla olup cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanamamıştır. Olgu grubunda, en sık görülen kötü muamele türü duygusal istismar iken olgu grubunun %80'inde kimlik karmaşası ve %75'inde KZVD olduğu saptanmıştır. ÇÇTÖ toplam puanı ile duygu düzenleme güçlüğü, kimlik karmaşası, KZVD toplam puanları, kaçınan ve olumsuz başa çıkma stratejileri puanları arasında pozitif yönde ve aktif başa çıkma stratejileri

puanı arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Fiziksel istismar dışında diğer kötü muamele türleri ile KZVD arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Kötü muamele türlerinden duygusal istismar, cinsel istismar ile kimlik karmaşasının, aktif başa çıkma stratejilerinin eksikliğinin KZVD'yi yordadığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Klinik ergen popülasyonunda, çocukluk çağı travmalarına maruz kalanlarda duygu düzenleme güçlüğü, kimlik karmaşası, KZVD, kaçınan ve olumsuz baş etme stratejilerinin kullanımı daha sık bulunmuştur. Kötü muamele türlerinden duygusal istismar ve cinsel istismar, kimlik karmaşası ve aktif başa çıkma stratejilerinin eksikliği çocukluk çağı travmalarına maruz kalan ergenlerde KZVD gelişiminin riskini arttırmaktadır.

Anahtar kelimeler: çocukluk çağı travmaları, çocuğa kötü muamele, duygu düzenleme, kimlik gelişimi, kendine zarar verme davranışı, ergen

ABSTRACT

Aim: The aim of our study is to examine the relationship between childhood traumas, emotion regulation skills, identity development and self-harming behavior in maltreated adolescents and to investigate the variables that predict self-harming behavior.

Methodology: The sample of our study consists of adolescents between the ages of 13 and 18 who volunteered to participate in the study, followed by Marmara University Medical Faculty Pendik Training and Research Hospital Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic. Adolescents who met the inclusion criteria in the study were asked to fill out a sociodemographic data form, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), KIDCOPE, Difficulties in Emotion Regulation Scale- Brief Form (DERS-16), Identity Status Assessment Tool and Inventory of Statements About Selfinjury (ISAS) in order to evaluate their individual and familial characteristics, childhood traumas, coping with stress skills, emotion regulation skills, identity development and self-harming behavior. The research was designed to form a case and control group according to the cut-off score suggested by the childhood trauma questionnaire over the total score. Of the 85 participants, 55 were determined as the case group and 30 as the control group.

Results: In the case group, smoking, suicide attempt, broken family structure, and positive paternal medical and psychiatric history were more frequent and the average monthly income was lower. Difficulty in emotion regulation, identity confusion and frequency of self-harm, avoidant and negative coping strategies were higher in the case group compared to the control group, with no significant difference between the genders. In the case group, the most common type of maltreatment was emotional abuse. 80% of the case group had identity confusion and 75% had Non-suicidal self-injury (NSSI). There was a positive correlation between the total score of CTQ and difficulty in emotion regulation, identity confusion, NSSI total scores, avoidant and negative coping strategies scores, and a negative relationship between active coping strategies scores. A positive relationship was found between

NSSI and all types of maltreatment except physical abuse. Emotional abuse, sexual abuse, identity confusion, and lack of active coping strategies were found to predict NSSI.

Conclusion: Difficulty in emotion regulation, identity confusion, NSSI, avoidant and negative coping strategies were found to be more common in those exposed to childhood traumas in the clinical adolescent population. Emotional abuse and sexual abuse, identity confusion, and lack of active coping strategies increase the risk of developing NSSI in adolescents exposed to childhood traumas.

Key words: childhood traumas, child maltreatment, emotion regulation, identity development, self-harming behavior, adolescent

KISALTMALAR DİZİNİ

ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği
DDGÖ	: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EBÇÖ	: Ergenler için Başa Çıkma Ölçeği
KDDA	: Kimlik Durumu Değerlendirme Aracı
KZVD	: Kendine zarar verme davranışı
KZVDDE	: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri
BKB	: Borderline kişilik bozukluğu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. Olgu ve kontrol grubunda cinsiyet dağılımı	36
Tablo 2. Olgu ve kontrol grubunda yaş ortalaması.....	37
Tablo 3. Olgu ve kontrol grubunda eğitim durumu	37
Tablo 4. Olgu ve kontrol grubunda kardeş sayısı.....	38
Tablo 5. Olgu ve kontrol grubunda tıbbi hastalık.....	38
Tablo 6. Olgu ve kontrol grubunda psikiyatrik ilk başvuru yaşı	39
Tablo 7. Olgu ve kontrol grubunda alkol, madde, sigara kullanımı.....	39
Tablo 8. Olgu ve kontrol grubunda intihar girişimi ve intihar yöntemlerinin karşılaştırılması.....	40
Tablo 9. Olgu ve kontrol grubunda intihar girişimi sayısı.....	41
Tablo 10. Anne ve babaların yaş ortalamaları	41
Tablo 11. Olgu ve kontrol grubunda annelerin özelliklerinin karşılaştırılması.....	42
Tablo 12. Olgu ve kontrol grubunda babaların özelliklerinin karşılaştırılması.....	43
Tablo 13. Olgu ve kontrol grubunda akraba evliliği ve aile yapısı	44
Tablo 14. Olgu ve kontrol grubunda ortalama aylık gelir.....	44
Tablo 15. Olgu ve kontrol grubunda ana ölçek puanlarının karşılaştırılması	46
Tablo 16. Olgu grubunda ana ölçek puanlarının cinsiyetlere göre karşılaştırılması.....	46
Tablo 17. Olgu ve kontrol grubunda ÇÇTÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması	47
Tablo 18. Olgu grubunda cinsiyet ayrımı olmaksızın çocukluk çağı travmaları alt ölçeklerinin sıklığı.....	48
Tablo 19. Olgu grubunda cinsiyetlere göre çocukluk çağı travmaları alt ölçeklerinin karşılaştırılması	49
Tablo 20. Olgu ve kontrol grubunda DDGÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması	50
Tablo 21. Olgu grubunda cinsiyetlere göre duygu düzenleme gücü alt ölçeklerinin karşılaştırılması	51

Tablo 22. Olgu ve kontrol grubunda kimlik karmaşası	51
Tablo 23. Olgu grubunda cinsiyetlere göre kimlik karmaşasının karşılaştırılması.....	52
Tablo 24. Olgu ve kontrol grubunda kendine zarar verme davranışı.....	52
Tablo 25. Olgu grubunda KZVD'nin cinsiyetler açısından karşılaştırılması..	53
Tablo 26. Olgu grubunda cinsiyetlere göre KZVD yöntemleri	54
Tablo 27. Olgu grubunda cinsiyete göre KZVD ile ilgili sorulara verilen yanıtların karşılaştırılması	56
Tablo 28. Olgu grubunda cinsiyete göre kendine zarar verme davranışı ortalama başlangıç yaşlarının karşılaştırılması	57
Tablo 29. Olgu grubunda cinsiyete göre kendine zarar verme davranışı işlevlerinin karşılaştırılması	58
Tablo 30. Olgu grubunda kendine zarar verme davranışı ve maruz kalınan travma türü sayısı arasındaki ilişki	59
Tablo 31. Olgu ve kontrol grubunda başa çıkma stratejilerinin karşılaştırılması	60
Tablo 32. Olgu grubunda cinsiyetlere göre başa çıkma stratejilerinin karşılaştırılması.....	61
Tablo 33. En az bir travma türü bildiren tüm katılımcılarda ÇÇT türleri arasında ilişkisellik analizi	62
Tablo 34. En az bir travma türü bildiren tüm katılımcılarda ÇÇT türleri ve temel ölçekler arasında ilişkisellik analizi	63
Tablo 35. En az bir travma türü bildiren tüm katılımcılarda temel ölçekler arasında ilişkisellik analizi	63
Tablo 36. Kendine zarar verme davranışını etkileyen çocukluk çağı travma türlerinin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi.....	64
Tablo 37. KZVD puanına etki eden faktörlerin çoklu lineer regresyon analizi ile incelenmesi (indirgenmiş son model) ^A	65

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Olgu grubunda cinsiyet ayrımı olmaksızın çocukluk çağı travmaları alt ölçeklerinin sıklığı	48
Şekil 2. Olgu grubunda kız cinsiyette çocukluk çağı travmaları sıklığı	49
Şekil 3. Olgu grubunda erkek cinsiyette çocukluk çağı travmaları sıklığı	50
Şekil 4. Olgu grubunda kendine zarar verme davranışı yöntemlerinin dağılımı	55



1. GİRİŞ

Çocuk istismarı ve ihmali, çocuğun bakımından sorumlu bir erişkin tarafından çocuğu yöneltilen, çocuğun gelişimini, sağlığını ve güvenliğini olumsuz yönde etkileyen durumların tümüdür (1).

Duygu düzenleme, bireyin hedeflerine ulaşması doğrultusunda, duygusal tepkilerin değerlendirilmesinden ve değiştirilmesinden sorumlu bir dizi bilinçli ve bilinçsiz, içsel ve dışsal, istemli ve istemsiz süreçler olarak ifade edilebilir. Duygu düzenleme becerilerinin gelişimi, yaşamın erken döneminde bakım veren ile kurulan ilişkinin niteliğine bağlıdır (2).

Kimlik, kendilik deneyiminin sürekliliği ve aynılığını ifade etmesinin yanında bu deneyimin ötekiler için anlamının sürekliliği ve aynılığıyla hangi ölçüde örtüştüğüyle de ilgilidir. Kimlik duygusunun tutarlı bir şekilde gelişebilmesi büyük oranda erken dönemde kurulan yakın sosyal ilişkilere bağlıdır. Ebeveynlerin tutarlı bir kimliğe sahip olmaları, ergenlere kimlik gelişimi sürecinde uygun rol model olmalarını sağlayarak bu süreci destekler (3).

Kendine zarar verme davranışı, ergenler arasında sık görülen ve giderek yaygınlaşan, farklı psikiyatrik tanımlarla ilişkisi ve artan intihar girişimi riski sebebiyle oldukça önem arz eden, tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur (4). Tekrarlayan şekilde olumsuz çocukluk deneyimlerine maruz kalma ile ergenlik döneminde kendine zarar verme davranışını da içeren riskli davranışlarda artış arasında ilişki saptanmıştır (5).

Bu çalışmada, çocuk psikiyatri polikliniğinden takip edilmekte olan ve erken dönemde istismar ve/veya ihmale uğramış ergenlerde, duygu düzenleme becerileri, kimlik gelişimi ve kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmadan elde edilecek verilerin klinik ergen örnekleminde çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı, bu travmatik deneyimlerin çocukluk ve ergenliğin önemli gelişim süreçlerinden olan duygu düzenleme ve kimlik gelişimini ne yönde etkilediği ve kendine zarar verme davranışını yordayan

çocukluk çağı travma türleri ile diğer değişkenlerin anlaşılmasına katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda araştırılması amaçlanmış olan ana hipotezler aşağıda belirtilmiştir:

- Çocukluk çağı travmalarına (ÇÇT) maruz kalan ergenler daha fazla duygu düzenleme gücünü yaşar ve ÇÇT ile duygu düzenleme gücünü arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
- Çocukluk çağı travmalarına maruz kalan ergenler daha fazla kimlik karmaşası yaşar ve ÇÇT ile kimlik karmaşası arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
- Çocukluk çağı travmalarına maruz kalan ergenler daha fazla kendine zarar verme davranışında bulunur ve ÇÇT ile KZVD arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
- Çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme gücünü ve kimlik karmaşası kendine zarar verme davranışını yordayabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Çocukluk Çağı Travmaları

2.1.1 Tanım ve tarihçe

Çocukluk çağı travmaları, çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan travmatik deneyimleri kapsayan bir kavramdır. Ebeveyn kaybı, aile içi şiddet, ebeveynlerin boşanması, çocukluk çağı hastalıkları, bakım verenlerin psikiyatrik rahatsızlığa sahip olması, temel bakımdan, barınma ve gıda ihtiyacından yoksun bırakılma gibi erken dönem olumsuz deneyimler bunlardan bazılarıdır (6).

Çocukluk çağı travmaları alt başlıklarından olan çocuğun istismarı ve ihmali, 18 yaşından küçük bir çocuğun maruz kaldığı, amacı zarar vermek olmasa dahi çocuğun zarar görmesiyle ya da zarar görme tehdidiyle karşı karşıya kalmasıyla sonuçlanan her türlü durumu kapsar. Kötü muamelenin kaynağı ebeveynler olabileceği gibi çocuğun bakımından sorumlu olan veya olmayan başka bir yetişkin de olabilir (7). Bu kötü muameleler sonucunda çocuğun gelişimi kısıtlanabilir ve çocuk sosyal, ruhsal, fiziksel ya da cinsel olarak zarar görebilir (8).

Çocuk istismarı olgularında (cinsel istismar hariç) istismarcıların sıklıkla aile üyeleri (%77) veya diğer akrabalar (%11) olduğu saptanmıştır. Çocuğun bakımından sorumlu aile üyesi olmayan diğer kişilerin istismarcı olma sıklığı %2 iken, bakım ile ilgisi olmayan kişilerde ise bu oranın %5 olduğu bulunmuştur (9).

Çocuk istismarı ve ihmali, sıklıkla aile içinde görülmesi ve çocuğun suçluluk, utanç gibi duygularla ya da tehditle karşı karşıya kalması, korkması,

sevdiklerini korumak istemesi, ailesinin dağılmasını istememesi gibi nedenlerle incelenmesi zor bir konudur (10).

Çocuk istismarı ve ihmali, sıklıkla çocuğun güvendiği ve yakın bulduğu kişiler tarafından yapılması ve tekrarlama ihtimalinin yüksek olması sebebiyle tanınması ve uygun şekilde müdahale edilmesi en zor travma türleridir (11). İhmal ve istismarı birbirinden ayıran en önemli farklılık, ihmal çocuğun bakımından sorumlu bir yetişkinin sebep olduğu pasif bir süreç iken istismarın ise bir yetişkin tarafından kasıtlı olarak gerçekleştirilen aktif bir süreç olmasıdır (12). Çoklu kötü muamele, bir veya daha fazla kötü muamele türünün bir arada olmasını ifade eder (13). Çocukluk çağı örselenmelerini çocuklarda izole bir tür olarak görmek oldukça nadirken sıklıkla birden fazla tür bir arada gözlenir (14).

Çocuğa kötü muamelenin alt türlerinden fiziksel ihmal, temel bakım ihtiyaçlarının karşılanmaması; fiziksel istismar, genel olarak yaralama riski olan fiziksel saldırı; duygusal ihmal, temel duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmaması; duygusal istismar, çocuğun değer veya esenlik duygusuna yönelik sözlü saldırı veya küçük düşürücü davranışlar; cinsel istismar ise çocuğu içeren her türlü cinsel davranış olarak tanımlanabilir (15).

Çocuklukta kötü muameleyle maruz kalma, ruhsal bozukluk gelişimi için önemli bir risk faktörüdür (16). Kötü muamele gören çocukların gençlik ve yetişkinliklerinde daha fazla depresyon tanısı aldıkları, bunun yanı sıra anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu görülme sıklığının da artmış olduğu belirtilmektedir (17). Yapılan bir çalışmada, çocuklukta kötü muamele görmeyen ruhsal bozuklukların yaklaşık %30'undan sorumlu olduğu bildirilmiştir (18).

Çocuk istismarı kavramını ilk kez kullanan Ambres Tardieu olmuştur. Adli tıp profesörü, şiddete uğrayan çocukları gözlemlemiş ve şiddet sonucu hayatını kaybeden çocuklara yaptığı otopsiler neticesinde fiziksel istismar ve ihmali tanımlamıştır (19). 1946'da John Caffey uzun kemik kırıkları ve subdural hematoma ile çocuk istismarı arasındaki ilişkiyi vurgulamıştır. 1962'de Kempe'nin "hırpalanmış çocuk" terimini kullanmasının ardından 1974'te Caffey "Sallanmış Çocuk Sendromu" nu tanımlamıştır (12, 20).

1924 yılında kabul edilen Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi, uluslararası alanda çocukların her türlü istismara yönelik korunmasını kabul eden ilk sözleşmedir. Bu bildirme Türkiye tarafından da onaylanmıştır. 1989 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi ise bu alandaki en önemli gelişme olup 1995 yılından bu yana ülkemizde de yürürlüktedir (21).

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19. maddesine göre, sözleşmeyi imzalayan devletler, çocuğun bakımından sorumlu herhangi bir kişinin yanında iken çocuğun ruhsal ve/veya fiziksel bütünlüğüne zarar verebilecek her türlü kötü muameleye karşı çocuğu korumak, çocuğun istismar edilmesini önlemek, kötü muameleye maruz kalan çocukların tedavisi ve takibini sağlamak amacıyla sosyal programlar hazırlamakla yükümlüdür (22).

2.1.2 Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kötü muamelenin tanımının kültürel farklılıklar sebebiyle ülkeden ülkeye değişmesi, kullanılan araştırma yöntemlerindeki farklılıklar olması, katılımcıların sosyal açıdan damgalanma endişesi taşıması nedeniyle her zaman tam bilgi verememesi ve araştırılan kötü muamelenin türüne göre de sonuçların değişmesi sebebiyle bu alanda yapılan epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen verilerin büyük ölçüde farklılaştığını bildirmektedir. Dolayısıyla hala çocuğa kötü muamelenin yaygınlığı konusunda net bir sonuca varılamamıştır (23).

DSÖ'nün yapmış olduğu, birçok ülkenin dahil edildiği çalışmalar sonucu, yaşları 2-4 arasında değişen çocukların %75'inin yani yaklaşık olarak 300 milyon çocuğun anne babaları veya bakımlarından sorumlu başka bir yetişkin tarafından fiziksel ve/veya psikolojik şiddete maruz kaldığı ortaya konulmuştur. Ayrıca 0-17 yaş arasındaki dönemde cinsel istismara maruz kalma sıklığının, kadınlarda %20 ve erkeklerde yaklaşık %8 olduğu belirtilmiştir (24).

2021 yılında Amerika’da yapılan ulusal yaygınlık çalışmasının sonuçlarına göre, yaklaşık 600.000 çocuğun istismar ve ihmal mağduru olduğu, %76’sının ihmale, %16’sının fiziksel istismara, %10’unun cinsel istismara uğradığı tespit edilmiştir (25).

Ebeveynlerin uyguladığı kabul edilebilir düzeydeki disiplin yöntemleri ile çocuklara kötü muamele çizgisini aşan uygulamalar arasında ayırım yapmak için üzerinde anlaşmaya varılmış net standartlar olmadığı için (26) çocuk istismarının tanımı ve algılanması toplumsal ve kültürel farklılıklar göstermektedir. Örneğin; fiziksel istismar olarak değerlendirilebilecek birtakım davranışlar bazı toplumlarda bir disiplin yöntemi olarak kullanılabilir. Bu sebeple toplumdan topluma bildirim sıklıkları arasında fark olduğu için yapılan çalışmalarda çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ile ilgili net veriler bulunmamaktadır (27).

Zoroğlu ve arkadaşları tarafından 2001 yılında 839 lise öğrencisi ile yapılan çalışmada en sık bildirilen ruhsal travma ihmal (%16.5) iken bunu sırasıyla duygusal (%15.9), fiziksel (%13.5), cinsel (%10.7) istismar (ensest dahil) takip etmiştir (28).

Amerika’da 2005-2006 yılları arasında yapılan bir çalışmada yaklaşık 3 milyon çocuğun %29’unun istismara, %77’sinin ihmale uğradığı bildirilmiştir. Bu çocukların %57’si fiziksel istismara, %36’sının duygusal istismara, %22’sinin cinsel istismara maruz kaldığı; ihmale uğrayan çocukların ise, %53’ünün fiziksel, %52’sinin duygusal ve %16’sının eğitsel olarak ihmal edildiği bulunmuştur (29).

2008 yılında örneklemini İzmir’deki farklı okullardan 12-17 yaş arasındaki 1607 öğrencinin oluşturduğu bir araştırmada, öğrencilerin %60’ının duygusal istismara, %48’inin fiziksel istismara, %17’sinin ihmale ve %8’inin cinsel istismara maruz kaldığı belirtilmiştir (10).

UNICEF ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu’nun 2008 yılında ortak yürüttüğü 7-18 yaşları arasındaki 1886 çocuğu kapsayan çalışmada, son bir yıl içinde kötü muamele görme sıklığı araştırılmış ve duygusal istismar için %51, fiziksel istismar için %43, cinsel istismar için %3, ihmal için ise %25 olarak saptanmıştır (30).

Örsel ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yayımlanan, örneklemini 15-67 arasındaki psikiyatrik rahatsızlığı olan 183 katılımcının oluşturduğu araştırmada, en sık duygusal ihmal (%81,6), ardından fiziksel ihmal (%72,1), duygusal istismar (%55,9), fiziksel istismar (34,4) ve cinsel istismarın (%17,1) geldiği bildirilmiştir (31).

Ülkemizde 2012 yılında yapılan, örneklemini İzmir, Denizli ve Zonguldak'ta yaşayan 11, 13 ve 16 yaş grubundaki 7540 katılımcının oluşturduğu bir çalışmada olumsuz çocukluk çağı deneyimleri araştırılmıştır. Tüm yaşam boyu yaşanan psikolojik ve fiziksel olumsuz çocukluk çağı deneyimleri ve ihmal sıklığı sırasıyla %70,5; %58,3; %42,6, son bir yıldaki sıklıkla ise sırasıyla %62,7; %46; %37,5 olarak saptanmıştır. Fiziksel olumsuz çocukluk çağı deneyimlerinin erkeklerde, ihmalin ise kızlarda yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (32).

Tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, çocukluk döneminde duygusal, fiziksel ve cinsel istismar yaşadığını bildirenlerin yaklaşık oranı sırasıyla; %32, %15, %9 olarak bildirilmiştir (33).

Çocuklukta kötü muamele görme riskinin, yaş küçüldükçe arttığı ve 12 yaşından sonra ise bu riskin belirgin şekilde azaldığı belirtilmiştir. Cinsel istismar dışındaki istismar ve ihmal türleri değerlendirildiğinde, kötü muamele gösteren kişinin en sık aileden (%77) birisi olduğu, bunun dışında akrabalarından (%11), bakımla ilgisi olmayan kişilerden (%5) ve çocuğun bakımından sorumlu diğer kişilerden (%2) de olabileceği aktarılmıştır (12).

2.1.3 Çocukluk çağı travma türleri ve risk faktörleri

Çocuk istismarı ve ihmali, DSM-5'te "Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar" bölümünde yer almaktadır (34). Alt başlıkları ise şu şekildedir:

1. Çocuğun fiziksel istismarı
2. Çocuğun psikolojik (duygusal) istismarı
3. Çocuğun cinsel istismarı
4. Çocuğun ihmali

Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflamasında DSM-5'ten farklı olarak ihmal alt başlığı, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olarak ikiye ayrılmıştır (35).

Çocuk istismarı ve ihmali, çocuk, bakıcı ve çevresel faktörlerin karmaşık etkileşiminden kaynaklanır. Her yaştan, etnik ve sosyodemografik kökenden çocuğu etkileyebilse de bazı belirli faktörler kötü muameleye karşı çocuğun kırılganlığı artırır ve bazı durumların kötü muameleyi tetikleme riskleri daha fazladır. Çoğunlukla birden fazla risk faktörü bir arada bulunur ve birbiriyle ilişkili içindedirler. Bu da çocuğa kötü muamele riskinin artmasına sebep olur (36).

Çocuğun kötü muamele görmesiyle ilişkili olduğu düşünülen risk faktörleri üç başlıkta incelenebilir (37). Bunlar:

Çocuğa ait risk faktörleri; çocuğun prematür olarak doğması, fiziksel engelinin olması, kronik hastalığının olması, gelişimsel veya duygusal/davranışsal açıdan engelinin olması, istenmeyen/planlanmamış gebelik sonucu dünyaya gelmesi şeklinde ifade edilebilir.

Bakım verene ait risk faktörleri; anne/baba olma yaşının küçük olması, psikiyatrik rahatsızlığının olması, kendisinin de çocukken istismar edilmiş olması, alkol/madde kullanması, dürtü kontrolünün zayıf olması, düşük özgüvene sahip olması, çocuk gelişimiyle ilgili bilgisinin yeterli olmaması, çocuğa ilişkin gerçekçi olmayan beklentilerin olması, normal çocuk davranışlarının olumsuz olarak değerlendirilmesi olarak ifade edilebilir.

Çevresel risk faktörleri; sosyal izolasyon, düşük sosyoekonomik düzey, işsizlik, düşük akademik başarı, tek ebeveynin olması, aile içi veya partner şiddeti, evde biyolojik olarak akraba olmayan bir erkeğin yaşaması olarak ifade edilebilir.

2.1.3.1 Fiziksel istismar

DSM-5'e göre fiziksel istismar, çocuğun bakımından sorumlu yetişkin tarafından çocuğa kasıtlı bir şekilde bir nesneyle veya elle vurma, yumruklama, dövme, tekmeleme, ısırma, sarsma, yakma vb. yöntemler

uygulanması ve sonucunda çocuğun vücudunda küçük çürüklerden ciddi kırıklara kadar değişen yaralanmalara, bazen de çocuğun ölümüne sebebiyet verilmesi olarak tanımlanmaktadır (34). DSÖ'ye göre ise fiziksel istismar, bilinçli olarak çocuğu hedef alan fiziksel şiddet sonucunda, çocuğun gelişiminin, sağlığının ve onurunun zarara uğramasıdır (38).

Çocuğu sarsmak, vücuduna hafifçe vurmak, parmakla vurmak, ağzına biber sürmek, saçını veya kulağını çekmek gibi yöntemler orta şiddetli, çocuğa ayakla veya elle şiddetlice vurmak, çocuğu boğmaya çalışmak, yakmak gibi yöntemler ise ağır şiddetli fiziksel istismar yöntemleridir (39).

Fiziksel istismar, görünürlüğü sebebiyle fark edilmesi diğer istismar türlerine göre daha kolay olmasına rağmen, bahsedilen cezalandırma yöntemlerinin bazı toplumlarda ya da kültürlerde çocuğun terbiye ve disipline edilmesi için olağan karşılanması, istismar olarak değerlendirilmemesi sebebiyle tanınırlığı bir miktar zorlaşabilmektedir (27). Örneğin, Türk ebeveynleri fiziksel cezalandırmayı bir disiplin yöntemi olarak sıklıkla kullanabilmektedir (40). Çocuğu terbiye etme amacıyla, çocuğa tokat atma, şaplak atma, eline vurma gibi canını yakan fakat yaralanmasına sebep olmayan fiziksel cezaların istismar olup olmadığı her ne kadar hala tartışmalı bir konu olsa da fiziksel ceza ya da istismar, fiziksel olarak ciddi yaralanmalara yol açmadığı zaman bile çocuğun duygusal ve sosyal gelişimini bozabilir, yaşam boyu süren duygusal, davranışsal sorunlara, öğrenme güçlüğüne ve erişkin yaşta görülen birçok psikopatolojiye zemin hazırlayabilir (41).

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalara göre fiziksel istismarın sıklığı, %0,45-64 gibi geniş bir aralıkta değişkenlik göstermektedir.(27) Ülkemizde 7-18 yaş arası çocuklarla yapılan bir çalışmada %43'ünün fiziksel istismara maruz kaldığı belirlenmiştir (30). Üniversite öğrencilerindeyse çocukluk çağı fiziksel istismarının sıklığı %21,1 olarak bulunmuştur (42). 2016 yılında 2-17 yaş arası çocuklarla yapılan bir çalışmaya göre, geçen yıl en az bir kez fiziksel istismara uğrama oranı Asya'da %64, Kuzey Amerika'da %56, Afrika'da %50, Latin Amerika'da %34 ve Avrupa'da %12 olarak bulunmuştur

(43). Diğer kötü muamele türlerinde olduğu gibi çocuğun fiziksel istismarı da tüm dünyayı ilgilendiren bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.1.3.2 Fiziksel ihmal

Fiziksel ihmal, bir ebeveynin veya çocuktan sorumlu başka bir kişinin, çocuğun sağlığı, güvenliği ve esenliği zarar görme tehdidi altında olacak şekilde, gerekli gıda, giyim, barınak, tıbbi bakım veya gözetim sağlamadaki başarısızlığı olarak tanımlanabilir (44).

Fiziksel ihmale maruz kalan çocuklarda okul devamsızlığı, yiyecek ya da para dilenme veya çalma, gerekli tıbbi ve diş sağlığı bakımından yoksun olma, öz bakımının azalmış olması gibi belirtiler gözlemlenebilir (45). Bunun yanı sıra fiziksel olarak ihmal edilmiş çocukların duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyal gelişiminde uzun vadede daha büyük sorunlar görülebilmektedir. Fiziksel istismarla kıyaslanınca fiziksel ihmale maruz kalan çocuklarda daha ciddi bilişsel ve akademik zorluklar, daha ağır sosyal izolasyon, daha sınırlı akran ilişkisi ve daha fazla internalizan bozukluklar görülebilmektedir (46).

2.1.3.3 Duygusal (psikolojik) istismar

Psikolojik kötü muamele, ebeveyn ile çocuk ilişkisinde meydana gelen bir dizi olaydan ziyade bir çocuğun ebeveyni tarafından sevilmediği, istenmediği veya sadece bazı amaçlara hizmet için kullanıldığı ve/veya çocuğun gelişiminin ve sosyalleşmesinin ciddi şekilde engellendiği tekrarlanan bir ebeveyn davranış modeli olarak tanımlanabilir (47). Duygusal istismar, çocukta psikolojik acı, endişe ve korku uyandırmak gibi ebeveynin aktif düşmanca tutumunu içerir (48).

Çocuğu aşağılama, küçük düşürme, reddetme, önemsememe, değer vermeme, tehdit etme, bağırma, lakap takma, alaylı konuşma küfretme,

korkutma, otorite ve baskı kurma, yalnız bırakma, duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, bağımlı kılma, kardeş ayrımı yapma karşılaşılabilen duygusal istismar türlerindendir (49). Yapılan bir çalışmada %75 oranla en sık bildirilen duygusal istismar türünün çocuğa bağırma olduğu bunu %31 ile lakap takma, %30 ile küfretme ve %27 ile çocuğu terk etmekle tehdit etmenin izlediği bulunmuştur (50).

Duygusal olarak istismar edilen çocuklarda değersizlik duyguları, aileye ait hissetmeme duyguları, bağımlı kişilik özellikleri, gerginlik, uyumsuzluk ve agresyon görülme ihtimali daha sıktır (12, 27).

Aslında duygusal istismar ve duygusal ihmal diğer kötü muamele türlerine göre daha yaygın görülebilmekle beraber, diğer türlere göre tanımlanması, belirlenmesi ve hukuki olarak açığa çıkarılmaları daha zor olmaktadır (8, 51).

2.1.3.4 Duygusal (psikolojik) ihmal

Duygusal ihmal sıklıkla duygusal istismarla beraber anılsa da aslında farklı bir kavramdır. Duygusal ihmal, çocuğun ihtiyaç duyduğu sevgi, şefkat, duygusal ilgiden mahrum bırakılması ve gelişimi için gereken desteğin gösterilmemesi olarak tanımlanır (52).

Duygusal ihmal ebeveynin çocuk için psikolojik ve genellikle fiziksel olarak erişilemezliğini ifade eder. Duygusal olarak ihmal eden ebeveynler, çocuklarının ağlamalarını ve sıkıntı sinyallerini, yardım, rahatlık, sıcaklık ve güven duyma isteklerini görmezden gelirler. Ebeveynin bu davranışları, çocuğun duygusal ihtiyaçlarına ve beslenmesine pasif veya pasif/agresif bir tepki olarak tanımlanır (48). Ayrıca çocukların aile içi şiddete tanık olmalarına izin verilmesi, çocuğun uyumsuz olan davranışlarına bilerek göz yumulması, duygusal ve davranışsal sorunları için yardım arayışında olunmaması da duygusal ihmale örnek olarak verilebilir (53).

Bir meta-analiz çalışmasında, dünya çapındaki ihmal yaygınlığının fiziksel ihmal için %16 ve duygusal ihmal için %18 olduğu ve cinsiyet

bakımından fark olmadığı şeklinde tahmin edildiği bildirilmiştir (53). Birçok ülkede ihmal, en sık bildirilen kötü muamele biçimidir. Amerika'da kötü muamele bildirimlerinin %75'ini oluşturan ihmal, yaklaşık olarak fiziksel istismardan dört kat ve cinsel istismardan dokuz kat daha yaygındır (54).

Kötü muamele türleri içerisinde en az incelenen alt türler olmasına rağmen, duygusal istismar ve duygusal ihmalin diğer türlere göre daha yaygın bir şekilde görülebileceği belirtilmiştir (55). Ülkemizde klinik örnekleme yapılan bir çalışmada, çocukluk çağında kötü muameleye maruziyet yaygınlığı araştırılmış ve en yaygın türün yaklaşık %82 ile duygusal ihmal olduğu belirtilmiştir (31).

İhmal edilen çocukların, fiziksel ve psikososyal gelişimlerinde gecikmeler yaşanabilir. Bu da muhtemelen psikopatolojiye ve yürütücü işlevler, dikkat, dil, bellek ve sosyal beceriler gibi nöropsikolojik işlevlerde bozulmaya neden olabilir (56).

İstismar ve ihmal türleri sıklıkla birlikte görülebildiği gibi fiziksel istismar ve ihmal mağdurlarının %90'ının aynı zamanda duygusal istismar ve duygusal ihmale de uğradıkları bulunmuştur. İhmale uğramış çocukların psikolojik ve fiziksel gelişimleri ciddi şekilde aksayabilir, hedef boylarına ulaşamayabilirler ve sosyal iletişim becerileri zayıf olabilir (57).

2.1.3.5 Cinsel istismar

Cinsel istismar, tüm dünyada yaygınlığı her geçen gün artmakta olan ve milyonlarca çocuk ve ergeni etkileyen bir halk sağlığı sorunudur (58).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre çocuğun cinsel istismarı, çocuğun tam olarak anlamadığı, eylemin sonuçlarını tam olarak kavrayıp onay veremeyeceği veya çocuğun gelişimsel olarak hazır olmadığı ve rıza gösteremeyeceği ya da kanunları veya toplumun sosyal tabularını ihlal eden cinsel faaliyetlere dahil edilmesidir. Çocuğun cinsel istismarı, bir çocuk ile bir yetişkin ya da yaşı veya gelişimi itibarıyla sorumluluk, güven veya güç ilişkisi içinde olduğu başka bir çocuk arasında diğer kişinin ihtiyaçlarını tatmin

etmeyi amaçlar (59). Çocuklar arasındaki cinsel eylemler, aralarında 4 veya üzeri yaş farkı bulunan çocuklardan yaşça büyük olanın yaşça küçük olan çocuğa baskı kurarak veya ikna ederek cinsel haz amacıyla çeşitli aktivitelere maruz bırakması halinde cinsel istismar olarak değerlendirilir (60).

Çocuğun cinsel istismarı farklı şekillerde olabilir. Bunlar, bir çocuğun cinsel faaliyetlere katılmasının istenmesi veya çocuğa baskı yapılması, cinsel organların uygunsuz şekilde teşhir edilmesi, pornografik içerik gösterilmesi, çocukla fiili cinsel temas, çocuğun cinsel organlarıyla fiziksel temas, çocuğun cinsel organının fiziksel temas olmadan görüntülenmesi veya çocuğun çocuk pornografisi üretmek için kullanılması şeklinde ifade edilebilir (61).

Cinsel istismar vakalarının çoğunun çeşitli nedenlerden dolayı bildirimi yapılmadığı için sıklığının net olarak belirlenmesi oldukça zordur (62). Cinsel istismar olgularının birçoğu sır olarak kalmakta, yaklaşık %15'inin bildirimi yapılmaktadır (60). Çalışmalar kız çocuklarının erkek çocuklarına göre daha fazla cinsel istismara uğradığını ve ergenlerde cinsel istismarın daha sık olduğunu göstermiştir (63). Dünyada, kız çocuklarının yaklaşık %25'i, erkek çocuklarının ise %9'unun çocukluk çağında herhangi bir cinsel istismara maruz kaldığı bildirilmektedir (17). Benzer şekilde, farklı ülkelerden cinsel istismarla ilgili çok sayıda çalışmanın dahil edildiği bir araştırmada kızlarda bu oranın %10-20, erkeklerde ise %10 olduğu bildirilmiştir (64). Ülkemizde ise cinsiyet farkı olmaksızın tüm çocuk ve ergenlerde cinsel istismara uğrama sıklığının %9-18 civarında olduğu düşünülmektedir (65). Göker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerin yaş ortalamasının 10,8 olduğu ve tüm olguların %43'ünü ergenlerin oluşturduğu saptanmıştır (66). Cinsel istismarın sosyoekonomik statüyle ilişkisi saptanamamış olup toplumun her tabakasında görülebileceği belirtilmiştir (67).

Hukuki olarak evlenmeleri yasak olan iki kişinin cinsel ilişkisi ensest ilişki olarak adlandırılır. Ensest ilişkideki istismar eden taraf çocuğun ebeveyni olabileceği gibi ebeveyn rolü üstlenmiş birisi, üvey baba yerine geçen birisi, üvey babası ya da diğer akrabalarından birisi olabilir. İstismarcı sıklıkla baba veya üvey babadır. Kız çocuklarının üvey veya biyolojik babayla

yaşamaları durumunda cinsel istismara uğrama riskini araştıran bir çalışmada, evde üvey babanın olmasının altı kat daha riskli olduğu ve yaşanabilecek istismarın boyutunun daha ağır olabileceği bulunmuştur (68).

2.1.4 Çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme

Duygu düzenleme, erken çocukluk döneminin temel gelişimsel özelliklerinden birisidir ve sağlıklı bir şekilde gelişebilmesi büyük ölçüde birincil bakım verenlerle olan etkileşim tarafından belirlenir (69). Erken yaşta istismar ve/veya ihmale uğramış çocuklar, sağlıklı başa çıkma ve duygu düzenleme rol modellerinin az olması ve/veya şiddet gibi uyumsuz stres tepkisi süreçlerine artan maruziyetleri sebebiyle psikososyal sorunların gelişimine karşı koruma sağlayan başa çıkma ve duygu düzenleme stratejilerini edinemeyebilirler (70).

Kötü muamele uygulayan ebeveyn ve/veya bakım verenler duygusal olarak daha tepkisel olup frustrasyon toleransları daha düşüktür. Öfke patlamaları veya saldırgan davranışlar gösterebilirler. Bu sebeple çocuk veya ergen için duygu düzenleme becerilerinin hatalı şekillenmesine sebep olabilirler (71). Yaşamın erken dönemlerinde kötü muameleye maruz kalan gençler, stresli yaşam olaylarına uygun şekilde nasıl tepki vereceklerine dair deneyimden yoksun kalabilirler. Aynı anda gelişimsel kapasitelerinin çok ötesinde olan fiziksel istismar, cinsel istismar gibi stresörlerle karşı karşıya kalmış olurlar. Bu tutarsızlık nedeniyle, sadece uygun duygu düzenleme stratejilerini elde etmekte başarısız olmakla kalmazlar, aynı zamanda kaçınma, inkar veya duygusal bastırma gibi hatalı stratejileri de öğrenirler (72).

Uygun duygu düzenleme stratejilerini edinememe duygu düzenlemede güçlük olması anlamına gelir. Duygu düzenleme güçlüğü, çocuklukta kötü muameleyi takiben duygu oluşturma sürecinin birçok aşamasında meydana gelebilir. Bazı durumlarda çocuğun gelişimi boyunca değişerek sürer ve

çocuğa kötü muamele ile psikopatoloji gelişimi arasında transdiagnostik bir mekanizma olarak karşımıza çıkar (73).

2.1.5 Çocukluk çağı travmaları ve kimlik gelişimi

Tutarlı bir kimlik duygusunun gelişimi, aile üyeleri ve akranlar gibi yakın ilişkiler bağlamında gerçekleşir. Kimlik, yalnızca kendiyle aynılık deneyimi ve kendiliğin sürekliliğiyle değil, aynı zamanda bu deneyimin, kişinin başkaları için anlamının aynılığı ve sürekliliğiyle ne ölçüde örtüştüğüyle de ilgilidir. Aile üyeleri ve arkadaşlar ile etkileşimler bu nedenle çok önemlidir. Bu etkileşimlerde ergenler, kimlik gelişimlerini güçlendirmelerini sağlayacak olan kendileriyle ilgili geri bildirimler alırlar (3).

Ergenlerin kimlik gelişiminde, ebeveynlik özellikleri, ergenin ebeveynle olan ilişkinin kalitesi ve aynı zamanda ebeveynin kendi kimlikleri de etkili olabilir (74). Daha tutarlı bir kimliğe sahip ebeveynler, ergenlere kendileriyle ilgili sorunları nasıl keşfedebilecekleri konusunda rol model olarak çocuklarına kimlik gelişimi konusunda daha iyi destek sağlayabilirler (3).

Kimlik ve travma arasında karşılıklı ve karmaşık bir ilişki olup travma kimlik duygusunu etkileyerek travma sonrası stres bozukluğuna veya travma sonrası büyümeye yol açabileceği gibi kimlik de travmatik olayın etkilerini azaltan veya arttıran bir mercek gibi işlev görebilir (75).

Her ne kadar travma ve kimlik arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarda incelenmiş olsa da kimlik karmaşası ile çocuklukta kötü muamele deneyimleri arasındaki ilişkiyi inceleyen yeterli sayıda çalışma yoktur (76). Fakat kimlik gelişiminde ailenin rolünün önemi göz önüne alındığında istismar ve/veya ihmal edici ebeveynlere sahip olmanın, gencin tutarlı bir kimlik sentezi geliştirmesinin önünde büyük bir engel olabileceği, kimlik karmaşası yaşama ihtimallerinin daha yüksek olduğu düşünülebilir.

2.1.6 Çocukluk çağı travmaları ve kendine zarar verme davranışı

Kendine zarar vermenin hem gelişimsel hem de işlevsel modelleri, kendine zarar verme davranışlarının, olumsuz ortamlara erken maruz kalmanın sonucu olabilecek rahatsız edici duygularla başa çıkmak ve bunları düzenlemek için telafi edici bir strateji olarak işlev görebileceğini önermektedir (77-79).

Olumsuz çocukluk deneyimlerine tekrarlayan şekilde maruz kalma ile ergenlikte kendine zarar verme riskinde ve diğer riskli davranışlarda bulunma arasında artış gösteren bir ilişki bulunmuştur (5). Ayrıca, çocuklukta daha şiddetli kötü muameleye maruz kalma ve istismarcının aile içinden birisi olması, kendine zarar verme riskinde artışı (80) ve bu davranışların yetişkinliğe kadar sürmesini öngörebilir (81).

Yapılan bazı çalışmalarda, çocuğun fiziksel istismarı ile kesme davranışı arasında hem toplumsal hem de klinik örneklemelerde ilişki bulunmuştur (82, 83). Ergenlerle yapılan boylamsal bir çalışmada, fiziksel istismarın özellikle aralıklı (tekrarlayan) kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olduğu, 15-16 yaşlarında başladığı ve 18 yaşından önce sona erdiği belirtilmiştir (84). Başka bir çalışmada ise KZVD ile fiziksel ihmal, duygusal ve cinsel istismar arasında ilişki saptanırken duygusal ihmal ve fiziksel istismarla ilişki saptanamamıştır (85). Sonuç olarak kötü muamele türleri ile KZVD arasındaki ilişkiyi açığa çıkaracak daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

2.2 Duygu Düzenleme

Duygular, bireye kendisi ve çevresi hakkında bilgi veren ve kişinin buna göre hareket etmesini sağlayan, amacı uyarlanabilir bir işlevi yerine getirmek olan insan işleyişinin önemli bir parçası olarak tanımlanabilir. Bununla birlikte, kişinin yüksek yoğunluklu duygusal tepkisini ayarlamaya ihtiyaç duyduğu durumlarda duygu düzenleme süreçlerini kullanması gerekir (86).

Duygu düzenleme, güçlü duygular üzerinde zihinsel kontrolü sürdürmek ve uyumlu işlevselliğe ulaşmak için duyguları kişisel ve sosyal olarak kabul edilebilir bir şekilde tanıma, değerlendirme, değiştirme ve yönetme yeteneğidir (87). Gross'a göre ise duygu düzenleme, bireylerin duygularının oluşumunu, zamanlamasını, doğasını, deneyimini ve ifadesini etkileme sürecidir (88).

Gross'un önermiş olduğu duygu düzenlemenin süreç modeline göre, duyguların duygu üretme sürecinde beş noktada düzenlenebileceğini varsayılır. Bunlar: (1) durum seçimi (situation selection), (2) durumu ayarlama (situation modification), (3) dikkati verme (attentional deployment), (4) bilişsel değişim (cognitive change) ve (5) tepki düzenleme (response modification) dir (88). Durum seçimi, duygusal bir tepki doğuracak bir ortama girip girmeme seçimini içerir. Durumu ayarlama, bir olay sonucunda ortaya çıkabilecek duygusal tepkiden kaçınmak için o durumu değiştirerek duyguyu düzenlemeyi sağlar. Dikkati verme, dikkatin duygusal bir tepkiye yol açması muhtemel uyaranlara doğru veya bunlardan uzağa kaydırılmasını ifade eder. Bilişsel değişim, bireyin duygu uyandıran bir durum veya uyaran hakkında düşünme biçimini farklı şekilde ele almasını içerir. Tepki düzenleme ise duygusal bir durumda tepki verme şekli doğrudan değiştirildiğinde gerçekleşir (89).

Duygu düzenleme güçlüğü, uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin kullanımıyla ya da uyumlu duygu düzenleme stratejilerini etkili bir şekilde uygulamadaki başarısızlık sonucu ortaya çıkan bir duygu düzenleme modelidir (90). Gratz ve Roemer, bu modeli kişinin kendi duygularına yönelik farkındalığının olmaması, duygularını tanıyıp, anlamlandırıp, kabullenememesi, uyumlu duygu düzenleme stratejilerini kullanamaması, olumsuz duygular karşısında hedef odaklı davranamaması ve dürtülerini kontrol edememesi şeklinde daha detaylıca açıklamışlardır (91).

Farklı çalışmalarda bireyin psikolojik sağlamlığının ve işlevselliğinin duygu düzenleme ile yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (92). Duygu düzenleme güçlüğü, kişinin daha uzun veya daha şiddetli olumsuz duygulanım (örn; öfke ve/veya kaygı), kişilerarası zorluklar, davranış ve

sağlık sorunları yaşamasına ve stresli olaylara karşı daha az dirençli olmasına yol açabilir (93). Bunun yanı sıra, duygu düzenlemede güçlük yaşamının da farklı psikopatolojilerle ilişkisine dair çok fazla çalışma yapılmıştır. Bu durum duygu düzenleme güçlüğü ile farklı psikiyatrik semptom ve bozukluklar arasındaki güçlü ilişkinin son yıllarda giderek daha fazla ilgi görmesiyle açıklanmaktadır. Yeme bozuklukları, depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve otizm spektrum bozukluğu gibi farklı birçok psikiyatrik tanıda duygu düzenleme güçlüğü görülebilmektedir (94).

Duygu düzenlemenin gelişimi yaşamın başında ağırlıklı olarak dışsal süreçlere (bakım verenin kendi duygu düzenleme süreçleri, bebeğin ihtiyaçlarıyla ilgili farkındalığı ve bunlara cevap vermedeki becerileri vb.) bağlıyken yaş ilerledikçe içsel süreçlere doğru bir evrilme yaşanır (2). Çocukların bir duyguyu düzenleme yeteneği, sosyal çevreleriyle olan önceki etkileşimlerine (çocuk-bakım veren ilişkisi, akran etkileşimleri vb.) ve ayrıca duygu sistemlerinin gelişim durumuna ve organizasyonuna bağlıdır (95). Kötü muamelenin olduğu ailelerde, çocuklarına karşı düşmanca davranan ve olumsuz duygular sergileyen ebeveynler çocukları için hatalı duygu düzenleme stratejileri geliştirmelerinde model olurlar (96). Ayrıca, kötü muameleye maruz kalan çocuklar sıklıkla kaotik ailelerde yaşadıkları için aile içinde veya dışında çok az sosyal destekleri vardır. Bu sosyal izolasyon sebebiyle sosyal iletişim becerilerini geliştirmeleri daha da zorlaşır ve daha sık duygu düzenleme güçlüğü yaşamalarına neden olabilir (97).

Duygu düzenleme ile birlikte bireylerin içsel ve dışsal deneyimlere yanıt olarak kullandıkları bilişsel ve davranışsal stratejileri ifade eden bir diğer kavram başa çıkmadır (98). Başa çıkma, bireyin strese yanıt olarak, duygu, biliş, davranış, fizyoloji ve çevre ile ilgili alanlarda düzenleme yapmak için gösterdiği bilinçli ve istemli çabası olarak tanımlanmıştır (99). Başa çıkma stratejilerinin birçok farklı kategorik tanımı vardır. En sık kullanılanlardan birisi Spirito ve arkadaşları tarafından aktif, kaçınan ve olumsuz başa çıkma stratejileri şeklinde tanımlanmıştır. Spirito ve arkadaşları bilişsel yeniden

yapılandırma, duygu düzenleme, problem çözme ve sosyal desteği aktif başa çıkma; dikkat dağıtma çekilme, sosyal uzaklaşma ve arzu giderici düşünmeyi kaçınan başa çıkma; kendini eleştirme ve başkalarını suçlamayı ise olumsuz başa çıkma stratejileri olarak kategorize etmişlerdir (100).

Aktif başa çıkma, yardım arama, sosyal destek alma gibi davranışları barındıran işlevsel ve yapıcı olan başa çıkma stratejisidir. Kaçınan başa çıkma stratejisi, stresörle yüzleşmek yerine stresörden uzaklaşarak anlık rahatlama sağlayan işlevsel olmayan davranışları içerir. Olumsuz başa çıkma stratejisinde ise, sorunların birey tarafından tehdit unsuru olarak algılanarak üstesinden gelinemeyeceğine inancı ile hem kendilerini hem de çevrelerini suçladıkları ve çevrelerine zarar verici davranışlar sergiledikleri başa çıkma stratejisidir (101).

Başa çıkma, özellikle bir stres etkenine yanıt olarak ortaya çıkan süreçlerin düzenlenmesini içerirken, duygu düzenleme ise duygu bir stres etkenine yanıt olarak ortaya çıksın ya da çıkmasın, bir duygunun varlığına yanıt olarak gerçekleşir. Her ikisinin gelişimi de doğrudan iletişim, modelleme, destek ve sıcaklık ifadeleri dahil olmak üzere bakım veren ve çocuk arasındaki kişilerarası etkileşimler yoluyla öğrenildiği düşünülmektedir (98).

2.3 Kimlik Gelişimi

Kimlik, insanların yaşamlarına bir yön ve amaç duygusu vermek için benimsedikleri rolleri, hedefleri, değerleri ve inançları tanımlamak için kullanılan bir ifadedir (102). Ergenler, ergenlik döneminin başlarından itibaren oldukları ve olmak istedikleri kişiyi, yetişkinlikte üstlenecekleri rolleri ve toplumdaki yerlerini yani kimliklerini sorgulamaya ve keşfetmeye başlarlar (103).

Kimlik gelişimi ile ilgili farklı birçok kuram vardır. Bu kuramlar içerisinde en genel ve kapsamlı kimlik kavramı Erikson tarafından önerilmiştir. Erikson kimliği, yaşam boyu sürekli gelişen temel bir düzenleyici ilke olarak

tanımlamıştır. Kimlik, kendi içinde ve başkalarıyla etkileşimde bir süreklilik duygusu (kendiyi aynılık) ve aynı zamanda, bireyin diğerlerinden özerk bir şekilde işlev görmesine izin veren benliği ve diğerleri arasında ayırım yapmak için bir çerçeve (benzersizlik) sağlar (104).

Erikson'un psikososyal gelişim kuramına göre, yaşam 8 evreye ayrılır ve bebeklikten yaşlılığa kadar yaşam döngüsündeki her evrenin kendi gelişimsel sorunları vardır. Erikson'un kimlik kavramı özellikle ergenlerin gelişimine odaklanmıştır. Kuramın beşinci evresi yani ergenlik dönemi, gencin kendisine yaşamda bir yön ve amaç duygusu sunabilecek rolleri, hedefleri ve değerleri seçmek için mücadele ettiği kimlik krizine karşı rol karmaşasını içerir. Ergenin "ben kimim?" sorusunu kendisine sık sık sorduğu ve yanıt bulmaya çalıştığı bir evredir. Erikson ergenlik dönemini, kişinin kim olduğu ve başkaları için ne anlama geldiği duygusunun oluşumunun önem kazandığı gelişimsel bir dönem olarak tanımlarken bu evrenin temel kazanımı olan kimliği ise kimlik sentezi ile kimlik karmaşası arasındaki dinamik bir etkileşim olarak tanımlamıştır (104).

Kimlik sentezi, kişinin kimliğinin çeşitli yönlerinin hangi ölçüde birbirine uyduğunu yansıtırken, kimlik karmaşası ise "karışık" hissetme duygusunu, yani yaşamda net bir amaçtan yoksun olma ve yön bulmakta zorlanma duygusunu temsil eder (105).

Bir gencin hayatı boyunca karşılaşacağı zorluklarla baş edebilmesi, üstlendiği rolleri ve kendini gerçekleştirebilmesi için tutarlı bir kimlik duygusunun yerleşmiş olması gerekmektedir. Eğer genç tüm bunlara hazır değilse gencin hayata uyumu bozulmakta ve kimlik karmaşası belirtileri ortaya çıkmaktadır. Kimlik karmaşası ise karşımıza ne istediğini ve ne yapacağını bilmeme, kendisinin kim olduğuyla ilgili tutarlı bir yanıtın olmaması, kendine yabancılaşmış gibi hissetme ve kendini bulamama şeklinde gelmektedir (106). Sentezlenmiş bir kimlik ise daha fazla benlik saygısı, öz yeterlilik, yaşamda anlam, daha iyi sosyal ilişkiler ve genel işlevsellik ile daha az içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları yaşamayla ilişkilendirilmiştir (76).

2.4 Kendine Zarar Verme Davranışı

2.4.1 Tanım

Kendine zarar verme, sosyal veya kültürel olarak onaylanmayan ve kendini öldürme niyeti olmaksızın kişi tarafından kendi vücut dokusuna doğrudan ve kasıtlı olarak zarar verilmesi ya da yok edilmesini içeren bir dizi eylemi ifade eder (107). Kasıtlı kendine zarar verme davranışı aynı zamanda kendini yaralama ya da intihar niyeti olmayan kendine zarar verme davranışı olarak da adlandırılır (108). Ergenlerde en sık görülen yöntemler tırmalamak, vurmak, yakmak, kesmek, kendine vurmak, yaranın iyileşmesini engellemek gibi davranışlardır (109, 110).

Kendine zarar veren kişiler genellikle birden fazla yöntem kullanırlar (111). Kendine zarar verme eylemlerinin şiddeti, sıklığı ve süresi kişiden kişiye değişkenlik gösterir. Sıklıkla ölümcül sonuçlara neden olmasa da kendini yaralayanların tıbbi müdahale ihtiyacı olma ihtimali de yüksektir (112). Kendine zarar verme sıklığı arttıkça ciddi yaralanma riskinin artma ihtimali olduğu söylenebilir. Bildirilen yaşam boyu sıklık, tek ile yüzlerce kendine zarar verme eylemi arasında değişmektedir (112, 113).

İntihar amacı olmayan kendine zarar vermenin en yaygın nedeni, acı çeken kişiyi dayanılmaz duygularından uzaklaştırabilecek şiddette bir fiziksel acı kullanarak yoğun sıkıntı veren duygulanımı (örn; üzüntü, suçluluk, geçmişe dönüşler, duyarsızlaşma) hafifletmektir. Ayrıca, ergenin hak ettiğini düşünerek kendini cezalandırması, sıkıntılarının diğer insanlar tarafından fark edilebilmesi için dikkat çekmek, diğer insanlara suçlu olduklarını hissettirerek davranışlarını değiştirmelerini sağlamak ve kendine zarar veren akranlarına uyum sağlamak diğer nedenler arasında sayılabilir (114).

Kendine zarar verme, kısa süreli rahatlama sağlayabilir fakat daha sonraki süreçte yara izine, enfeksiyona, suçluluk ve utanç duymaya ve başkalarından zorbalık görmeye neden olabilir (115). Kendine zarar verme davranışının intihardan koruma gibi bir işlevi olduğu düşünülmesine rağmen,

kendine zarar vermenin aynı zamanda daha sonraki intihar girişimi için de bir risk faktörü olduğu kabul edilir (116, 117). Vücudunun kollar veya bilekler haricinde başka bir kısmını keserek kendisini yaralayan kişilerin intihar girişiminde bulunma riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (118). İntihar girişimi ile ayırımında kişinin ölme niyetinin olup olmaması göz önüne alınarak değerlendirme yapılmalıdır (119).

Kendine zarar verme davranışı, bir ruhsal bozukluk tanısına ek olarak klinik bozulma ile ilişkilidir ve psikopatolojinin yokluğunda da ortaya çıkabilir. DSM-5'e dahil edilmesi, daha fazla araştırma gerektiren bir durum olarak, davranışın tanı ötesi doğasını ve daha iyi anlamının önemini vurgulamaktadır (120).

2.4.2 Tanı

Kendine zarar verme davranışına, bir tanı kategorisi olarak ilk defa DSM-5'te yer verilmiş olup, "Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar" başlığı altında yer almaktadır (34). Tanı kriterleri şu şekildedir:

A. Kişi, geçen sene içerisinde; 5 ya da daha fazla günde, kasıtlı olarak, yalnızca hafif ya da orta şiddette zarar verme niyeti ile vücut yüzeyinde hasar oluşturmuş ya da kanama, zedelenme veya ağrı ile sonuçlanan (kesme, yakma, vurma, sürtme vb.) bir eylemde bulunmuştur.

Not: İntihar amacının olmaması ya hastanın kendisi tarafından belirtilmiştir ya da hastanın ölümcül olmadığını bildiği metotları sıklıkla kullanması söz konusudur.

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

1. Olumsuz bir duygudan veya zihinsel süreçten kurtulma.
2. Kişiler arası ilişkiden kaynaklanan güçlükten kurtulma.
3. Pozitif bir his yaratma.

Not: Arzu edilen rahatlama veya cevap kişinin kendine zarar verme eylemi sırasında ya da hemen sonrasında hissedilir ve bu nedenle kişi bu eylemi tekrarlama gereksinimi duyar.

C. Kasıtlı zarar verme aşağıdakilerden en az biri ile ilişkilidir:

1. Kendine zarar vermenin hemen öncesinde depresyon, anksiyete, gerginlik, öfke, genel stres, kendini eleştirme gibi olumsuz his ya da düşünceler vardır.
2. Davranış öncesinde niyet edilen eylem ile uğraş ve direnme güçlüğü vardır.
3. Kendine zarar verme isteği; her zaman eyleme dönüşmese de sık sık hissedilir.

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

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

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

2.4.3 Epidemiyoloji

Kendine zarar verme, tüm dünya genelinde yüksek prevalansa sahip, ruhsal bozukluklar ve intihar riski ile ilişkili, özellikle gençler arasında sık görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur (4, 121).

Ergenlik dönemi, yüksek düzeyde dürtüsellik ve duygusal tepkisellik özelliklerine sahip olduğu için KZVD geliştirmek için savunmasız bir dönemdir. (122). Kendine zarar verme davranışlarının tipik olarak erken ergenlikle başlayıp, ergenliğin ortalarında (15-16 yaş civarı) pik yaptığı ve

geç ergenliğe doğru (18 yaş civarı) düştüğü gösterilmiştir (123). Başka bir çalışmada benzer şekilde ergenlikten genç yetişkinliğe uzanan süreçte kendine zarar verme davranışlarının önemli ölçüde azaldığı gösterilmiştir (124).

Alanda yapılan çalışmalarda gerek kendine zarar vermenin tanımındaki farklılıklar gerekse çalışmalar arasındaki örneklem, yöntem vb. farklılıklar nedeniyle kendine zarar verme davranışının gerçek yaygınlığının tespit edilmesi zordur (80). Ergenlerle yapılan yakın tarihli bir çalışmada, kendine zarar verme davranışı, toplum örnekleminde %13-23 ve klinik örnekleimde %34-61 ortalama prevalansa sahiptir (125). Yani KZVD psikiyatrik rahatsızlığa sahip olanlarda daha sık gözlemlense de aslında toplumsal bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Her beş ergenden birisinin ve genç yetişkinlerin %13'ünün kendine zarar verdiği farklı çalışmalarda ortaya konulmuştur (126, 127). Ayrıca tekrarlayan kendine zarar verme davranışı bireyin intihar riskini arttırmakta olduğu bildirilmiştir (128).

Yapılan çalışmalarda, cinsiyetler açısından kendine zarar verme davranışının yaygınlığı değerlendirildiğinde tutarlı bir sonuç ortaya konulamamıştır. Bazı çalışmalarda kendine zarar verme sıklığı kadınlar lehine sonuçlanırken (113, 129), bazılarında ise cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (130, 131). Bir meta-analiz çalışmasında, kız ergenlerin ve yetişkinlerin erkeklerden daha fazla kendine zarar verme davranışı ile uğraş içinde oldukları bildirilmiştir. Ayrıca bu farkın, klinik örnekleimde toplum örneklemine göre daha belirgin olduğu sonucuna varılmıştır (132).

Ergenler arasında yapılan bir çalışmada, kızların özellikle kesme, tırmalama gibi kan içeren yöntemleri kullanma olasılıklarının, erkeklerin ise kendilerine yumruk atma, kendilerini yakma veya kafalarına vurma olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (133). Farklı bir araştırmada da benzer şekilde, kızlar için kendini kesmenin, erkekler için ise duvara vurmanın en yaygın kendine zarar verme yöntemi olduğu bildirilmiştir (134). Cinsiyet ayrımı olmaksızın kendine zarar verme yöntemlerinin sıklığına

bakıldığında, en sık görülen yöntem kendini kesme iken, ardından sırasıyla kendini yakma, kendine vurma ve yaranın iyileşmesine engel olma gelmektedir (135).

2.4.4 İşlevler

Araştırmacılar tarafından, bireylerin kendilerine zarar verici davranışları ne tür bir motivasyonla yaptıklarını anlamak amacıyla farklı modeller sunulmuştur. Klonsky ve Glenn'in katkılarıyla geliştirilen kendine zarar verme davranışının iki faktörlü işlev modelinde, işlevler otonom ve sosyal işlevler olmak üzere iki ana başlık altında toplanır. Toplamda 13 farklı işlev tanımlanmıştır (116, 136). Bu işlevler şunlardır:

Otonom işlevler (intrapersonal):

1. Affekt regülasyonu: En sık kullanılan işlevdir. Olumsuz ve yoğun duygularla baş etmek, bu duyguları hafifletmek veya sona erdirmek amacıyla kullanılır.
2. Sıkıntıyı etiketleme: Yaşanılan stresi somutlaştırmak amacıyla kullanılır.
3. Çözümeyi önleme: Disosiyatif atak sırasında hissedilen hiçlik duygusunu sona erdirip kendi varlığını duyumsamak amacıyla kullanılır.
4. Kendini cezalandırma: Kendisiyle ilgili öfke ve olumsuz benlik algısı olanlarda rahatlamak amacıyla kullanılır.
5. İntiharı önleme: Özkıyıma engel olmak amacıyla bir baş etme stratejisi olarak kullanılır.

Sosyal işlevler (interpersonal):

1. Kişilerarası sınırlar: Benliğin sınırlarını çizerek kendini ötekilerden ayırmak amacıyla kullanılır.
2. Kişilerarası etkileşim: Farklı amaçlarla çevredeki insanları etkilemek ve kendi çıkarları doğrultusunda diğer insanları yönlendirmek amacıyla kullanılır.

3. Heyecan arama: Sıklıkla başka kişilerle beraber ve heyecan duymak amacıyla yapılır.
4. İntikam alma: Yakın ilişki içinde olunan birisinin canını acıtmak ve duyduğu öfkeyi karşısındaki kişiden çıkarmak amacıyla kullanılır.
5. Akranlarla bağ kurma: Arkadaşlar arasında bağ kurma, onlarla yakın hissetme amacıyla kullanılır.
6. Dayanıklılık: Ne kadar güçlü ve acıya dayanıklı olduğunu kendisine ve çevresindekilere kanıtlamak amacıyla kullanılır.
7. Özerklik: Kimsenin yardımına gerek duymadığını göstermek amacıyla kullanılır.
8. Kendi ile ilgilenme: Yaşanılan duygusal stresi fiziksel olarak somut bir hale getirerek kendisiyle ilgilenebileceği bir uğraş haline getirmek amacıyla kullanılır.

Kendine zarar veren bireylerde farklı işlevlerin bir arada görülmesi sıklıkla beklenen bir durumdur (116). Tekrarlayan KZVD'nin içsel düzenleme işlevlerine, aralıklı KZVD'nin ise kişilerarası düzenleyici işlevlere hizmet etme olasılığının daha yüksek olduğu düşünülmektedir (84).

2.4.5 Kendine zarar verme davranışı ve duygu düzenleme

Kendine zarar verme davranışının genç nüfusta giderek yaygınlaşmasıyla birlikte, kişinin kasıtlı olarak kendini yaralamasının altında yatan motivasyon birçok araştırmaya konu olmuştur. Bu araştırmalarda sıklıkla, bu kişilerin kendilerine sıkıntı veren olumsuz duyguları hafifletmenin hızlı ve kolay bir yolu olarak kendine zarar vermeyi bir duygu düzenleme stratejisi olarak kullandıkları sonucuna varılmıştır (136, 137).

Kendine zarar verme ile sıkıntı veren olumsuz duygulardan hızlı bir şekilde kurtulmaya alışan birey, sıkıntıya giderek daha az tahammül eder hale gelebilir ve duygularını düzenleme konusunda KZVD'ye daha fazla güvenmeye başlayabilir. Bunun sonucunda da uzun süreli sıkıntıya daha az maruz kalma ve zorlayıcı duygulara karşı duyarlılıkta artışla beraber duygu

düzenleme stratejilerinde güçlük yaşayabilir ve bu süreç yeniden KZVD'ye uzanan bir döngü halini alabilir (138).

Araştırmalara göre, kendine zarar verme davranışında bulunan bireylerin duyguları fark etme, anlamlandırmayla ilgili zorlanmalarının olabileceği, bunun yanı sıra duygu düzenleme stratejilerindeki güçlüklerin kendine zarar verme ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (139, 140).

Kendine zarar veren kişilerin, kendine zarar vermeyen akranlarına göre duygu düzenleme becerilerinin daha zayıf olduğu (89), daha zayıf duygu düzenleme becerilerine sahip olanların da daha fazla kendilerine zarar verdikleri gösterilmiştir (91). 2019 yılında yapılan boylamsal bir çalışmada, kendine zarar verme davranışı ile duygu düzenleme güçlüğü arasında birbirlerinin riskini arttıran karşılıklı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (138).

Kendine zarar verme davranışı, duygu düzenleme becerisi zayıf olan ergenlerde, olumsuz ortamlara erken maruz kalmanın sonucu olarak ortaya çıkabilen rahatsız edici duygularla başa çıkmak ve bunları düzenlemek için telafi edici bir strateji olarak işlev görebilir (78). Kendine zarar veren ergenlerin, aile ve akranları tarafından olumsuz olarak değerlendirilme, reddedilme korkusu gibi kaygılarla kişilerarası destek sistemlerinden yoksun kaldığı ve bu sebeple duygu düzenleme becerilerinin gelişimi için gerekli olan rol modellemesinde azalmanın sonucu olarak daha zayıf duygu düzenleme becerilerine sahip oldukları belirtilmiştir (138).

Yapılan bir çalışmada, KZVD'yi otonom işlevler için kullanan bireylerin duygu düzenlemede daha fazla zorlanma yaşadıkları, sosyal işlevler için kullanan bireylerin ise kişilerarası alanlarda daha fazla zorluk yaşadıkları gösterilmiştir (141).

2.4.6 Kendine zarar verme davranışı ve kimlik gelişimi

Kendine zarar verme davranışları sergileyen hastaların kalıcı bir boşluk duygusuna sahip oldukları ve kendi büyüme potansiyellerine inanmadıkları için semptomlarını kendisine zarar vermeye ilgili bir kimliğe dönüştürdüğü ve

bu hastaların genellikle sahip oldukları tek şeyin kendine zarar verme davranışı olduğu ve bunun dışında hiçbir şeyin esas olarak temel benlik algılarını tamamlamayacağına inanmaları sebebiyle, bu tür davranışları durdurmanın içsel boşluğa ve şiddetli kimlik dağılmalarına yol açabileceğı belirtilmiştir (142).

Daha yakın tarihli bir çalışmada kendine zarar vermenin, kendine zarar veren ötekilerle bağ kurmaya yaradığı ve bu sayede bir kimlik duygusu (ben kendine zarar veren biriyim) geliştirme aracı olarak kullanılabildiğı ifade edilmiştir (143). Kendine zarar verme davranışının kimlik senteziyle negatif, kimlik karmaşasıyla pozitif olarak ilişkili olduğı belirtilmiştir (144). Öte yandan, yaşamın erken dönemlerinde KZVD göstermenin, ergenlik döneminde kimlik oluşumunda potansiyel bir gecikme ile ilişkili olduğı ve KZVD olanların, olmayan akranlarına göre sentezlenmiş bir kimliğe sahip olma açısından daha az yetenekli oldukları, kimlik arayışıyla ilgili daha fazla uğraşı içinde oldukları düşünülmektedir (145).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmamız, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nden takipli olan, araştırmaya gönüllü 13-18 yaşları arasındaki ergenler ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın etik kurulu 09.2021.1332 protokol ile Marmara Üniversite Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Ek-1).

Araştırma Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) toplam puanının kesme değerine göre olgu ve kontrol grubu oluşturulması şeklinde tasarlanmış olup 35 puan üzerinde kalan katılımcılar olgu grubu, 35 puan ve altında kalan katılımcılar ise kontrol grubuna alınmıştır.

3.1 Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nden takipli 13-18 yaş aralığındaki çalışmaya katılmaya gönüllü ergenler oluşturmaktadır. Çalışma hakkında bilgilendirilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcıların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-2). Çalışmaya dahil olma kriterlerine uyan ve kendilerinin ve ailelerinin katılım için gönüllü olduğu ergenlerden, 85 katılımcının 55'i olgu grubu, 30'u kontrol grubu olarak belirlenmiştir.

3.1.1 Olgu grubu

Olgu grubu için çalışmaya dahil olma kriterleri:

1. 13-18 yaş arasında olması

2. Marmara Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvurmuş olup Çocukluk Çağı Travma Ölçeği'nde 35 puan üzeri alması
3. Araştırmaya katılmayı kabul ediyor olması

3.1.2 Kontrol grubu

Kontrol grubu için çalışmaya dahil olma kriterleri:

1. 13-18 yaş arasında olması
2. Marmara Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvurmuş olup Çocukluk Çağı Travma Ölçeği'nde 35 puan veya altında alması
3. Araştırmaya katılmayı kabul ediyor olması

3.1.3 Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri

1. Klinik görüşmede sorulan sorulara yanıt vermeyi engelleyecek derecede çocukta veya ailede mental retardasyon olması
2. Klinik olarak bipolar bozukluk, otizm, psikotik belirti ya da nörolojik bir hastalık bulunması
3. Araştırmaya katılmayı kabul etmiyor olması

3.2 Araştırmanın Tipi

Gözlemsel ve kesitsel klinik bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.3 Yöntem

İlk aşamada çalışmaya dahil edilen ergenler ve ebeveynleri sosyodemografik veri formu kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ergenlerin çocukluk çağı travmalarını, stresle başa çıkma becerilerini, duygu düzenleme becerilerini, kimlik gelişimini ve kendine zarar verme davranışını değerlendirmek amacıyla Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ), Ergenler için Başa Çıkma Ölçeği (EBÇÖ), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği- Kısa Form (DDGÖ-16), Kimlik Durumu Değerlendirme Aracı (KDDA) ve Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) doldurtulmuştur.

3.3.1 Sosyodemografik Veri Formu (Ek-3)

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda ergenlerden alınan bilgiler doğrultusunda, ergenin yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, sınıfı, hastalığı, psikiyatrik ilk başvuru yaşı, alkol, madde ve sigara kullanımı, intihar girişim sayısı ve yöntemleri, ebeveynlerin yaşı, hastalığı, eğitim durumu ve çalışma durumu, aile yapısı, gelir düzeyleri sorgulanmıştır.

3.3.2 Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) (Ek-4)

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire-CTQ); Bernstein ve arkadaşları tarafından, 20 yaş ve öncesindeki ihmal ve istismar yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak belirlemek için geliştirilmiştir (146). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (147).

ÇÇTÖ; 5 alt ölçek ve 28 maddeden oluşan, 5'li likert (1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Zaman zaman, 4=Sıklıkla, 5=Çok sık) tipte bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olarak; fiziksel ihmal,

fiziksel istismar, duygusal ihmal, duygusal istismar ve cinsel istismar olmak üzere 5 alt boyutu kapsamaktadır. 2, 5, 7, 13, 19, 26 ve 28 numaralı maddeler ters olarak puanlanmaktadır.

Fiziksel ihmal 1, 2, 4, 6, 26 numaralı maddelerle; fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddelerle; duygusal ihmal 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerle; duygusal istismar 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerle; cinsel istismar ise 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir. Travmanın inkarını ölçen 10, 16 ve 22 numaralı maddelerin her birinden alınan en yüksek puan (5 puan) dikkate alınmakta ve 1 puan olarak hesaplanmaktadır. Bu puanların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimizasyon puanı elde edilmektedir. Minimizasyon puanı toplam puanı etkilememektedir. Ölçeğin her bir alt boyutundan en düşük 5, en yüksek 25 puan, toplamda ise en düşük 25, en yüksek 125 puan alınabilmektedir. Ölçeğin kesme puanı; fiziksel ve cinsel istismar alt boyutu için 5, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7, duygusal ihmal için 12, toplamda ise 35 puan olarak önerilmektedir.

3.3.3 Ergenler için Başa Çıkma Ölçeği (EBÇÖ) (Ek-5)

Ergenler için Başa Çıkma Ölçeği (KIDCOPE), Spirito ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (148). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bedel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (149). Ölçek ergenlerin başa çıkmak için kullandıkları stratejileri sorgulamaktadır. 13-18 yaş arası ergenlerin öz bildirimine dayanan form 11 maddeden oluşmaktadır. Spirito ve arkadaşları tarafından başa çıkma stratejileri 3 ana grupta toplanmıştır. Aktif başa çıkma stratejileri; bilişsel yeniden yapılandırma, problem çözme, duygu düzenleme ve sosyal destek aramadır. Kaçınan başa çıkma stratejileri; dikkat dağıtma, çekilme, sosyal uzaklaşma ve arzu giderici düşünmedir. Olumsuz başa çıkma stratejileri ise; kendini eleştirme ve başkalarını suçlamadır.

Ölçek 4'lü likert tipidir. Ölçekten alınabilecek puanlar aktif başa çıkma ve kaçınan başa çıkma için 0-12, olumsuz başa çıkma içinse 0-9 arasında değişmektedir. Her bir alt ölçek puanı, ilgili maddeler sırasıyla toplanarak elde edilir. Puanın yüksekliği, ilgili başa çıkma yaklaşımının daha sık kullanıldığını ifade etmektedir (100, 148). Aktif başa çıkma stratejileri 3, 6, 8, 10 numaralı maddelerle, kaçınan başa çıkma stratejileri 1, 2, 9, 11 numaralı maddelerle ve olumsuz başa çıkma stratejileri 4, 5, 7 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir (149).

3.3.4 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ) (Ek-6)

Gratz ve Roemer (2004) tarafından duygu düzenleme güçlüğü düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin kısa formu olan Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16) Bjureberg ve arkadaşları (2016) tarafından alt ölçeklerde ve soru sayısında azaltmaya gidilerek geliştirilmiştir, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe uyarlama çalışması yapılmış, geçerlilik ve güvenilirliği sağlanmıştır (150).

Ölçek 5'li likert tipinde olup toplam 16 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar, duygusal netlik eksikliği (açıklık), olumsuz duygular yaşarken hedefe yönelik davranışta bulunma güçlüğü (amaçlar), olumsuz duygular yaşarken dürtü kontrol güçlüğü (dürtüsellik), düzenleme stratejilerine sınırlı erişim (stratejiler) ve duygusal tepkilerin kabul edilmemesi (kabul etmeme) şeklindedir. Açıklık alt boyutu 1, 2 numaralı maddelerle; amaçlar alt boyutu 3, 7 numaralı maddelerle; dürtü alt boyutu 4, 8, 11 numaralı maddeler; stratejiler alt boyutu 5, 6, 12, 14, 16 numaralı maddelerle; kabul etmeme alt boyutu 9, 10, 13 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir. Ters kodlanan madde olmayıp ölçek puanlarının değerlendirilmesinde herhangi bir kesme noktası belirlenmemiştir. Değerlendirme yapılırken, yüksek puan duygu düzenleme güçlüğü belirti düzeyinin yüksekliğine işaret etmektedir.

3.3.5 Kimlik Durumunu Değerlendirme Aracı (KDDA) (Ek-7)

Kimlik gelişiminin farklı alanlarını sorgulayan ve 28 maddelik bir ölçüm aracıdır. Türk ergenleri için geliştirilmiş ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (151).

Ölçek 5'li likert tipte (1=bana hiç uymuyor, 2=bana pek uymuyor, 3=bana biraz uyuyor, 4=bana oldukça uyuyor, 5=bana tümüyle uyuyor) bir öz bildirim ölçeğidir. Tüm maddelere verilen puanlar toplanarak toplam puan hesaplanır. Toplam puan arttıkça kimlik karmaşasının arttığı kabul edilmektedir. Ölçeğin kimlik karmaşası için kesim noktası 70 puandır (152).

3.3.6 Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) (Ek-8)

Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri bireyin kendine zarar verme davranışı hakkında ayrıntılı bilgi veren bir ölçme aracı olup Klonsky ve Glenn tarafından geliştirilmiştir (136). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bildik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (153).

Katılımcının öz bildirim ile kendisinin doldurduğu bu envanter davranışlar ve işlevler olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm olan davranışlar kısmında kendini kesme, kendini ısırma, cilde şekil/harf kazıma, yakma, çimdikleme, saç kopartma, tırnaklama, kendini sert bir yere çarpma/vurma, yara koparma, cildi bir yere sürme, iğne batırma ve tehlikeli madde içme/yutma olmak üzere 12 maddeden oluşan kendine zarar verme davranışı ve bu davranışların kaç kez gerçekleştirildiği değerlendirilmektedir.

İşlevler kısmı ise otonom ve sosyal işlevler olmak üzere iki alt boyut ve toplam 39 maddeyle değerlendirilmektedir. Otonom işlevler affekt regülasyonu (1, 14, 27), intiharı önleme (6, 19, 32), sıkıntıyı etiketleme (11, 24, 37), kendini cezalandırma (3, 16, 29) ve çözölmeyi önleme (5, 18, 31) şeklinde 5 alt boyuttan; sosyal işlevler ise kişilerarası sınırlar (2, 15, 28), kişilerarası etkileşim (9, 22, 35), intikam alma (12, 25, 38), heyecan arama (7,

20, 33), akranlarla bağ kurma (8, 21,34), dayanıklılık (10, 23, 36), özerklik (13, 26, 39) ve kendiyle ilgilenme (4, 17, 30) şeklinde 8 alt boyuttan oluşmaktadır.

Alt boyutlar kendi içlerinde ayrı ayrı otonom (0-30) ve sosyal işlevler (0-48) olmak üzere toplanabileceği gibi tüm maddelerin toplanması ile KZVD işlevler toplam puanı elde edilebilmektedir. Ölçekte alt boyutta bulunan işlevlerin her biri 3 soru ile 0-2 (hiç uygun değil-kısmen uygun-çok uygun) puan arasında üç dereceli olarak değerlendirilmektedir.

3.4 Verilerin İstatiksel Analizi

Veriler, Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences-SPSS for IBM, 26.0) kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değer) kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Skewness ve Kurtosis değerleri ile ($\pm 1,5$) değerlendirilmiştir (154). Dağılımları normal olan veriler için parametrik testler, dağılımları normal olmayan veriler için non-parametrik testler kullanılmıştır. Normal dağılım sağlayan sürekli değişkenlerin grupla kıyaslanmasında Bağımsız Gruplar için T testi, normal dağılmayan değişkenlerin kıyaslanmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Verilerdeki kategorik değişkenlerin kıyaslanmasında Pearson Ki-kare testi, Fisher's Exact test, Fisher Freeman Halton testi kullanılmıştır. Verilerin birbirleriyle olan ilişkisinde Pearson ve Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin kurulan modele katkısını saptamak amacıyla lojistik regresyon analizi ve çoklu lineer regresyon analizi yapılmıştır. Tüm analizler $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1 Ergenlerin Bireysel Özellikleri

Çalışmamızda, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nden takipli olan 13-18 yaş arası ergenler çocukluk çağı travma ölçeği (ÇÇTÖ) toplam puanına göre olgu ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Olgu grubunu ÇÇTÖ toplam puanı 35 üzeri olan 55 ergen oluştururken kontrol grubunu ise ÇÇTÖ toplam puanı 35 veya daha düşük olan 30 ergen oluşturmaktadır.

4.1.1 Cinsiyet

Olgu grubunun %76,4'ünü kızlar, %23,6'sını erkekler oluştururken kontrol grubunun %60'ını kızlar, %40'ını erkekler oluşturmakta idi. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,114$; $p>0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Olgu ve kontrol grubunda cinsiyet dağılımı

	Olgu		Kontrol		p
	n	%	n	%	
Kız	42	76,4	18	60	0,114
Erkek	13	23,6	12	40	

Ki-kare testi

4.1.2 Yaş

İki grubun yaş ortalamasına bakıldığında, olgu grubunun yaş ortalaması $15,59\pm1,25$ iken kontrol grubunun yaş ortalaması $15,54\pm1,26$ idi. Gruplar

arasında yaş ortalamaları dağılımları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,874$; $p>0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Olgu ve kontrol grubunda yaş ortalaması

	Olgu		Kontrol		p
	ort	ss	ort	ss	
Yaş	15,59	1,25	15,54	1,26	0,874

Bağımsız gruplar T testi

4.1.3 Eğitim durumu

Olgu ve kontrol grubu eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında, katılımcıların çoğunluğu (olgu grubunda %94,5, kontrol grubunda 93,3) lise öğrencisiydi. Her iki grup arasında eğitim durumları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=1$; $p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Olgu ve kontrol grubunda eğitim durumu

	Olgu		Kontrol		p
	n	%	n	%	
8.sinif	3	5.5	2	6.7	1
9.sinif	10	18.2	5	16.7	
10.sinif	17	30.9	10	33.3	
11.sinif	16	29.1	8	26.7	
12.sinif	9	16.4	5	16.7	

Fisher-Freeman-Halton Test

4.1.4 Kardeş sayısı

Olgu ve kontrol grubu kardeş sayısı açısından değerlendirildiğinde, olgu grubunun %10,9'u tek çocuk iken, %78,2'si 1-3 kardeşe, %10,9'u 4 ve üzeri kardeşe sahip idi. Kontrol grubunun ise %3,3'ü tek çocuk, %96,7'si 1-3 kardeşe sahip iken 4 ve üzeri kardeşe sahip olan yoktu. Gruplar arasında sahip olunan kardeş sayısı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,067$; $p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Olgu ve kontrol grubunda kardeş sayısı

Kardeş sayısı	Olgu		Kontrol		p
	n	%	n	%	
0	6	10,9	1	3,3	0,067
1-3	43	78,2	29	96,7	
≥4	6	10,9	0	0	

Fisher-Freeman-Halton Test

4.1.5 Tıbbi hastalık

Gruplar sahip oldukları tıbbi hastalıklar açısından karşılaştırıldığında, olgu grubunun %9'u, kontrol grubunun ise %16,7'si herhangi bir tıbbi hastalığa sahip idi. Gruplar arasında tıbbi hastalığının olup olmaması açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=1$; $p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Olgu ve kontrol grubunda tıbbi hastalık

Tıbbi hastalık	Olgu		Kontrol		p
	n	%	n	%	
Var	9	16,4	5	16,7	1
Yok	46	83,6	25	83,3	

Fisher's Exact Test

4.1.6 Psikiyatrik ilk başvuru yaşı

Olgu grubunun psikiyatrik ilk başvuru yaşı $13,45 \pm 3$, kontrol grubunun ise $12,36 \pm 3,47$ idi. Gruplar arasında psikiyatrik ilk başvuru yaşı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,132$; $p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Olgu ve kontrol grubunda psikiyatrik ilk başvuru yaşı

Psikiyatrik ilk başvuru yaşı	Olgu		Kontrol		p
	ort	ss	ort	ss	
	13,45	3	12,36	3,47	

Bağımsız gruplar T testi

4.1.7 Alkol, Madde, Sigara Kullanımı

Olgu grubunda %21,8 alkol, %1,8 madde, %25,5 sigara kullanımı varken, kontrol grubunda ise madde kullanımı bulunmamakla birlikte %16,7 alkol, %6,7 sigara kullanımı vardı. Her iki grup arasında alkol ve madde kullanımı açısından anlamlı bir farklılık bulunamamışken (alkol, $p=0,57$; $p>0,05$ ve madde, $p=1$; $p>0,05$) sigara kullanımı açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,034$; $p<0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Olgu ve kontrol grubunda alkol, madde, sigara kullanımı

	Olgu		Kontrol		p
	n	%	n	%	
Alkol	12	21,8	5	16,7	0,57
Madde	1	1,8	0	0	$\Delta 1$
Sigara	14	25,5	2	6,7	0,034*

Ki-kare testi, Δ Fisher's Exact Test, * $p<0,05$

4.1.8 İntihar girişimi ve sayısı

Daha önce en az bir intihar girişiminde bulunanlar olgu grubunun %43,6'sı iken, kontrol grubunun ise %13,3'sini oluşturmakta idi. Her iki grup arasında intihar girişimi olup olmaması açısından yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,005$; $p<0,01$) (Tablo 8).

İntihar yöntemleri açısından gruplar karşılaştırıldığında olgu grubunda %30,9 oranında, kontrol grubunda ise %10 oranında en çok ilaç içme yönteminin tercih edildiği görölmüştür ve gruplar arasında ilaç içme açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,03$; $p<0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Olgu ve kontrol grubunda intihar girişimi ve intihar yöntemlerinin karşılaştırılması

	Olgu		Kontrol		p
	n	%	n	%	
İntihar girişimi	24	43,6	4	13,3	0,005**
İlaç içme	17	30,9	3	10	0,03*
Bilek kesme	7	12,7	2	6,7	$\Delta 0,483$
Diğer	6	10,9	0	0	$\Delta 0,086$

Ki-kare testi, Δ Fisher's Exact Test, * $p<0,05$; ** $p<0,01$

İntihar girişimi sayısı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında olgu grubu lehine yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,004$; $p<0,01$) (Tablo 9).

Tablo 9. Olgu ve kontrol grubunda intihar girişimi sayısı

	Olgu		Kontrol		p
	med	min-max	med	min-max	
İntihar girişimi sayısı	0	0-5	0	0-2	0,004**

Mann-Whitney U Test, **p<0,01

4.2 Ergenlerin Ailesel Özellikleri

Ebeveynlerin yaş ortalamalarına bakıldığında olgu grubunda anne yaş ortalaması 42,35; kontrol grubunda ise 42,67 olarak bulundu. Baba yaş ortalaması ise olgu grubunda 46,78; kontrol grubunda ise 45,29 olarak bulundu. Her iki grupta anne ve baba yaş ortalamaları bakımından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (anne yaş p=0,799; p>0,05, baba yaş p=0,252; p>0,05) (Tablo 10)

Tablo 10. Anne ve babaların yaş ortalamaları

	Olgu			Kontrol			p
	n	ort	ss	n	ort	ss	
Anne yaşı	52	42,35	5,22	30	42,67	5,90	0,799
Baba yaşı	50	46,78	5,77	28	45,29	4,91	0,252

Bağımsız gruplar T testi

Olgu grubunda, annelerin %3,8'i okuryazar değildi. Aynı grupta annelerin %63,5'i ilköğretim mezunu, %25'i lise mezunu, %7,7'si üniversite mezunu idi. Kontrol grubunda okuryazar olmayan anne yoktu. Aynı grupta annelerin %70'i ilköğretim mezunu, %16,7'si lise mezunu ve %13,3'ü

üniversite mezunu idi. Gruplar arasında anne eğitim düzeyleri açısından anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ($p=0,57$; $p>0,05$) (Tablo 11)

Annelerin çalışma durumuna bakıldığında, olgu grubundaki annelerin %42,3'ü ve kontrol grubundaki annelerin %40'ı çalışıyordu. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,838$; $p>0,05$) (Tablo 11)

Olgu grubundaki annelerin %42,3'ünün ve kontrol grubundaki annelerin %30'unun herhangi bir tıbbi hastalığı vardı. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,268$; $p>0,05$) (Tablo 11)

Anneler psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olup olmama açısından karşılaştırıldığında oran olgu grubunda %26,9, kontrol grubunda ise %16,7 olarak bulundu. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,289$; $p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Olgu ve kontrol grubunda annelerin özelliklerinin karşılaştırılması

		Olgu		Kontrol		p
		n(52)	%	n(30)	%	
Annenin eğitim durumu	Okuryazar değil	2	3,8	0	0	0,57
	İlköğretim mezunu	33	63,5	21	70	
	Lise mezunu	13	25	5	16,7	
	Üniversite mezunu	4	7,7	4	13,3	
Annenin çalışma durumu	Çalışmıyor	30	57,7	18	60	0,838
	Çalışıyor	22	42,3	12	40	
Annenin tıbbi hastalığı	Var	22	42,3	9	30	0,268
	Yok	30	57,7	21	70	
Annenin psikiyatrik hastalığı	Var	14	26,9	5	16,7	0,289
	Yok	38	73,1	25	83,3	

Ki-kare testi, ^fFisher-Freeman-Halton Test

Olgu grubunda, babaların %4'ü okuryazar değildi. Aynı grupta babaların %56'sı ilköğretim mezunu, %28'i lise mezunu, %12'si üniversite mezunu idi. Kontrol grubunda okuryazar olmayan baba yoktu. Olgu grubunda

babaların %46,4'ü ilköğretim, %35,7'si lise ve %17,9'u üniversite mezunu idi. Gruplar arasında baba eğitim düzeyleri açısından anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ($p=0,608$; $p>0,05$). Olgu grubundaki babaların %80'i ve kontrol grubundaki babaların %92,9'u çalışıyordu. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,194$; $p>0,05$) (Tablo 12)

Olgu grubundaki babaların %42'sinin ve kontrol grubundaki babaların %10,7'sinin herhangi bir tıbbi hastalığı vardı. Gruplar arasında yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,004$; $p<0,01$). Olgu grubunda psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip babaların oranı %13,7 iken, kontrol grubunda psikiyatrik bir rahatsızlığı olan baba yoktu. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,047$; $p<0,05$) (Tablo 12)

Tablo 12. Olgu ve kontrol grubunda babaların özelliklerinin karşılaştırılması

		Olgu		Kontrol		p
		n(51)	%	n(28)	%	
Babanın eğitim durumu	Okuryazar değil	2	4	0	0	$\text{f}0,608$
	İlköğretim mezunu	28	56	13	46,4	
	Lise mezunu	14	28	10	35,7	
	Üniversite mezunu	6	12	5	17,9	
Babanın çalışma durumu	Çalışmıyor	10	20	2	7,1	$\Delta0,194$
	Çalışıyor	40	80	26	92,9	
Babanın tıbbi hastalığı	Var	21	42	3	10,7	0,004**
	Yok	29	58	25	89,3	
Babanın psikiyatrik hastalığı	Var	7	13.7	0	0	Δ 0,047*
	Yok	44	86.3	28	100	

Ki-kare testi, f Fisher-Freeman-Halton Test, Δ Fisher's Exact Test, * $p<0,05$, ** $p<0,01$

Akraba evliliği oranı olgu grubunda %16,4 iken, kontrol grubunda %23,3 bulundu. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. ($p=0,432$; $p>0,05$) (Tablo 13).

Aile yapısı çekirdek ve geniş aile yapısı birlikte olacak şekilde, vefat eden ebeveyne sahip olma, akraba yanında kalma, kurumda kalma ve diğer seçenekler ise parçalanmış aile altında değerlendirilmiştir. Çekirdek/geniş aile oranı olgu grubunda %65,5 iken, kontrol grubunda %86,7 bulundu. Parçalanmış aile oranı ise olgu grubunda %34,5 ve kontrol grubunda %13,3 bulundu. Gruplar arasında aile yapısı bakımından anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,035$; $p<0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Olgu ve kontrol grubunda akraba evliliği ve aile yapısı

		Olgu		Kontrol		p
		n	%	n	%	
Akraba evliliği	var	9	16.4	7	23.3	0.432
	yok	46	83.6	23	76.7	
Aile yapısı	Çekirdek aile/Geniş aile	36	65.5	26	86.7	0.035*
	Parçalanmış aile	19	34.5	4	13.3	

Ki-kare testi, $*p<0,05$

Ailelerin aylık gelirleri karşılaştırıldığında olgu grubunda 1000-15000 TL arasında, kontrol grubunda ise 2000-20000 TL arasında değiştiği bulundu. Gruplar arasında ortalama aylık gelir açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,044$; $p<0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Olgu ve kontrol grubunda ortalama aylık gelir

Ortalama aylık gelir	Olgu		Kontrol		p
	med	min-max	med	min-max	
	5500	1000-15000	6500	2000-20000	0,044*

Mann-Whitney U Testi, $*p<0,05$

4.3 Olgu ve Kontrol Gruplarında Ölçeklerden Elde Edilen Veriler

4.3.1 Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) toplam puanlarına bakıldığında olgu grubunda ortalama puan $52,58 \pm 14,28$ iken, kontrol grubunda $29,40 \pm 3,52$ olarak bulundu. ÇÇTÖ toplam puanları açısından olgu ve kontrol grubu arasında çok yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,000$; $p<0,001$) (Tablo 15).

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) toplam puanlarına bakıldığında olgu grubunda ortalama puan $56,64$ iken, kontrol grubunda $42,1$ olarak bulundu. DDGÖ toplam puanları açısından olgu ve kontrol grubu arasında çok yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,000$; $p<0,001$) (Tablo 15).

Kimlik Durumunu Değerlendirme Aracı (KDDA) toplam puanlarına bakıldığında olgu grubunda ortalama puan $88,42$ iken, kontrol grubunda $66,73$ olarak bulundu. KDDA toplam puanları açısından olgu ve kontrol grubu arasında çok yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,000$; $p<0,001$) (Tablo 15).

Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri'nin (KZVDDE) ikinci bölümünün toplam puanlarına bakıldığında olgu grubunda ortalama puan $19,51$ iken, kontrol grubunda $3,37$ olarak bulundu. KZVDDE toplam puanları açısından olgu ve kontrol grubu arasında çok yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,000$; $p<0,001$) (Tablo 15).

Tablo 15. Olgu ve kontrol grubunda ana ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Olgu (n=55)		Kontrol (n=30)		P
	ort	ss	ort	ss	
ÇÇTÖ	52,58	14,28	29,40	3,52	0,000***
DDGÖ	56,64	11,16	42,1	14,01	0,000***
KDDA	88,42	21,57	66,73	24,41	0,000***
KZVDDE	19,51	14,18	3,37	10,88	0,000***

Bağımsız gruplar T testi, ***p<0,001

Olgu grubunda ÇÇTÖ toplam puanı ortalama değeri kızlarda 49, erkeklerde 47 bulundu. Cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0,293; p>0,05). DDGÖ toplam puanı ortalama değeri kızlarda 59, erkeklerde 57 bulundu. Cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0,721; p>0,05). KDDA toplam puanı ortalama değeri kızlarda 84,5, erkeklerde 89 bulundu. Cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0,898; p>0,05). KZVDDE toplam puanı ortalama değeri kızlarda 20, erkeklerde 22 bulundu. Cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0,889; p>0,05) (Tablo 16).

Tablo 16. Olgu grubunda ana ölçek puanlarının cinsiyetlere göre karşılaştırılması

	Olgu (n=55)				p
	kız (n=42)		erkek (n=13)		
	ort±ss	med (min-max)	ort±ss	med (min-max)	
ÇÇTÖ	53.29±14.03	49 (36-86)	50.31±15.40	47 (36-85)	0.293
DDGÖ	56.76±11.78	59 (35-79)	56.23±9.28	57 (39-70)	0.721
KDDA	88.64±21.95	84.5 (40-138)	87.69±21.16	89 (43-121)	0.898
KZVDDE	19.50±14.65	20 (0-49)	19.54±13.11	22 (0-38)	0.889

Mann-Whitney U Testi

4.3.2 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

ÇÇTÖ alt ölçek toplam puanlarına bakıldığında fiziksel ihmal, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve duygusal istismar açısından olgu ve kontrol grubu arasında çok yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,000$; $p<0.001$). Cinsel istismar toplam puanına bakıldığında her iki grup arasında yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmıştır (cinsel istismar, $p=0,003$; $p<0.01$) (p (Tablo 17).

Tablo 17. Olgu ve kontrol grubunda ÇÇTÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması

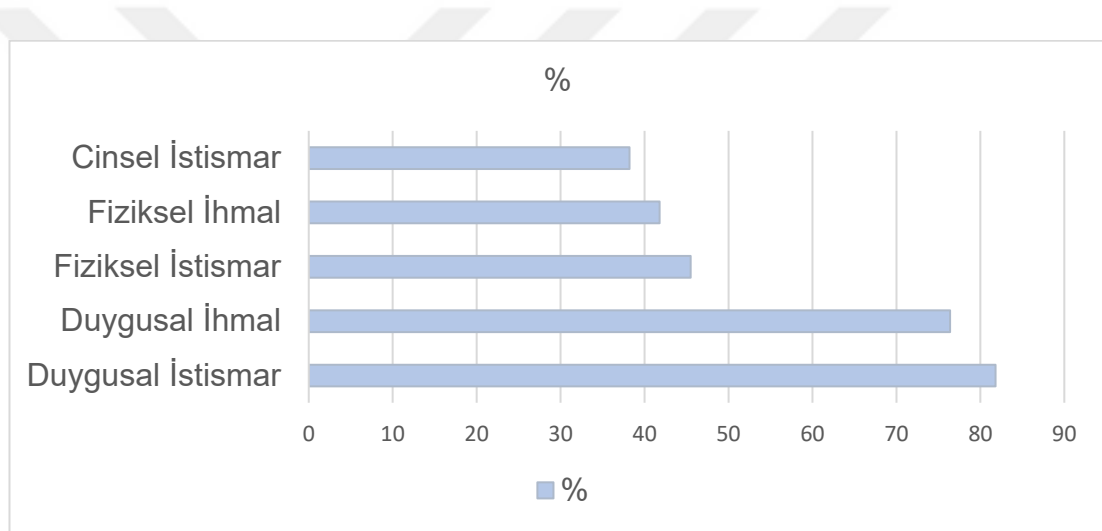
	Olgu	Kontrol	p
Fiziksel İhmal med (min-max)	7 (5-17)	5 (5-8)	^a 0,000***
Fiziksel İstismar med (min-max)	5 (5-16)	5 (5-8)	^a 0,000**
Duygusal İhmal ort+ss	16,13+4,35	7,07+2,12	^b 0,000***
Duygusal İstismar ort+ss	13,16+5,23	6,73+2,23	^b 0,000***
Cinsel İstismar med (min-max)	5 (5-25)	5 (5-8)	^a 0,003**

^aMann-Whitney U Testi, ^bBağımsız gruplar T testi, * $p<0,05$; ** $p<0,01$, *** $p<0,001$

Olgu grubunda (N=55) cinsiyet ayrımı yapılmaksızın ÇÇT alt türlerinin sıklığına bakıldığında %81,8 ile duygusal istismar en sık tür iken bunu sırasıyla %76,4 ile duygusal ihmal, %45,5 ile fiziksel istismar, %41,8 ile fiziksel ihmal ve %38,2 ile cinsel istismar izlemiştir (Tablo 18) (Şekil 1).

Tablo 18. Olgu grubunda cinsiyet ayrımı olmaksızın çocukluk çağı travmaları alt ölçeklerinin sıklığı

	n	%
Fiziksel İhmal	23	41,8
Fiziksel İstismar	25	45,5
Duygusal İhmal	42	76,4
Duygusal İstismar	45	81,8
Cinsel İstismar	21	38,2



Şekil 1. Olgu grubunda cinsiyet ayrımı olmaksızın çocukluk çağı travmaları alt ölçeklerinin sıklığı

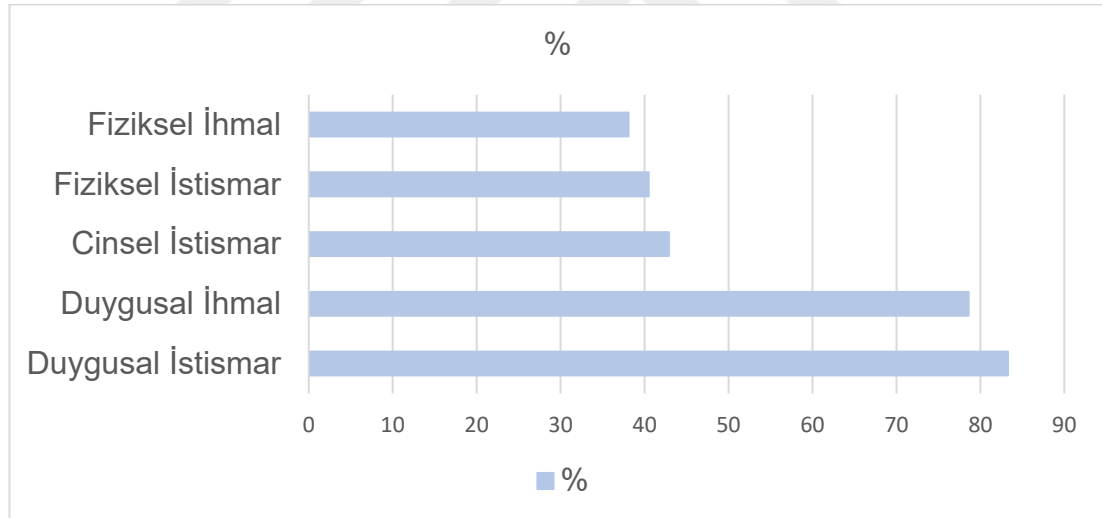
Olgu grubundaki kızlarda çocukluk çağı travmaları alt ölçekleri sıklığı sırasıyla duygusal istismar %83,3, duygusal ihmal %78,6, cinsel istismar %42,9, fiziksel istismar %38,1 ve fiziksel ihmal %35,7 bulundu. Erkeklerde ise duygusal istismar %76,9, duygusal ihmal %69,2, fiziksel istismar %61,5, fiziksel ihmal %53,8 ve cinsel istismar 23,1 bulundu. Olgu grubunda cinsiyetler arasında çocukluk çağı travmaları alt ölçekleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Olgu grubunda cinsiyetlere göre çocukluk çağı travmaları alt ölçeklerinin karşılaştırılması

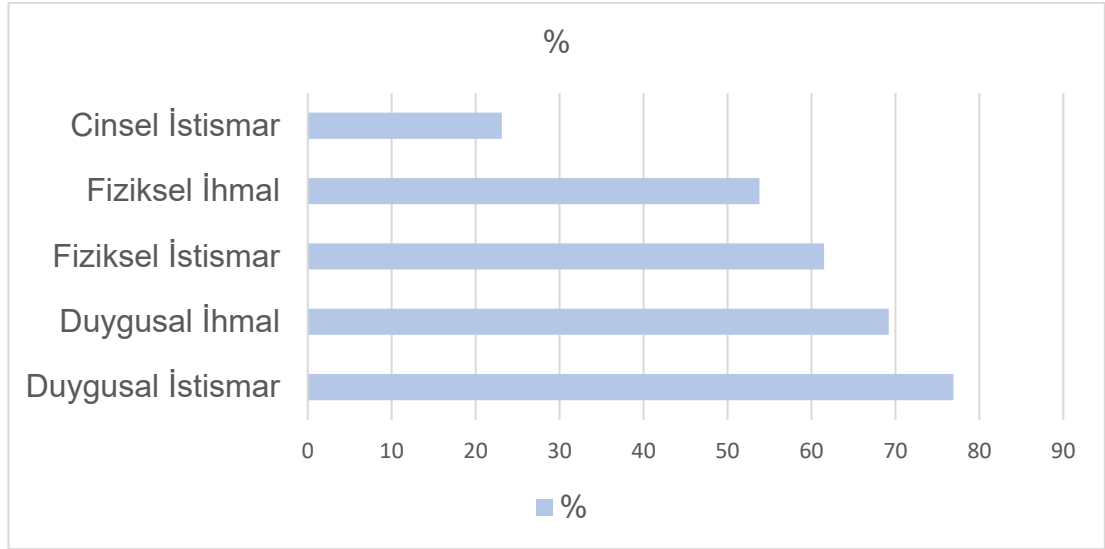
	Kız (n=42)		Erkek (n=13)		p
	n	%	n	%	
Fiziksel İhmal	16	38,1	7	53,8	0,314
Fiziksel İstismar	17	40,5	8	61,5	0,183
Duygusal İhmal	33	78,6	9	69,2	^Δ 0,480
Duygusal İstismar	35	83,3	10	76,9	^Δ 0,685
Cinsel İstismar	18	42,9	3	23,1	^Δ 0,328

Ki-kare testi, ^ΔFisher's Exact Test

Olgu grubunda kız ve erkek cinsiyette çocukluk çağı travmaları sıklığı sırasıyla Şekil 2 ve Şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 2. Olgu grubunda kız cinsiyette çocukluk çağı travmaları sıklığı



Şekil 3. Olgu grubunda erkek cinsiyette çocukluk çağı travmaları sıklığı

4.3.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

Gruplar arasında kabul etmeme alt ölçeğinde anlamlı, amaçlar alt ölçeğinde yüksek düzeyde anlamlı, açıklık, dürtü ve stratejiler alt ölçeklerinde ise çok yüksek düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır (kabul etmeme=0,011; $p<0,05$; amaçlar $p=0,003$; $p<0,01$; açıklık $p=0,000$; $p<0,001$; dürtü $p=0,000$; $p<0,001$; stratejiler $p=0,000$; $p<0,001$) (Tablo 20).

Tablo 20. Olgu ve kontrol grubunda DDGÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması

	Olgu		Kontrol		p
	med	min-max	med	min-max	
Açıklık	8	2-10	5	2-9	0,000***
Amaçlar	13	5-15	10	5-15	0,003**
Dürtü	9	4-15	6	3-15	0,000***
Stratejiler	18	7-25	12	5-23	0,000***
Kabul etmeme	9	3-15	7	3-12	0,011*

Mann-Whitney U Testi, * $p<0,05$; ** $p<0,01$, *** $p<0,001$

Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme alt ölçekleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Olgu grubunda cinsiyetlere göre duygu düzenleme güçlüğü alt ölçeklerinin karşılaştırılması

	Kız (n=42)	Erkek (n=13)	p
	med (min-max)	med (min-max)	
Açıklık	8 (2-10)	7 (3-10)	0.629
Amaçlar	13,5 (5-15)	13 (9-15)	0.763
Dürtü	9 (4-15)	11 (4-15)	0.653
Stratejiler	19 (9-25)	18 (7-24)	0.578
Kabul etmeme	8,5 (3-15)	9 (3-15)	0.889

Mann-Whitney U Testi

4.3.4 Kimlik Durumunu Değerlendirme Aracı

Olgu grubundaki ergenlerin %80'inde kimlik karmaşası bulunurken, kontrol grubundaki ergenlerin %40'ında kimlik karmaşası olduğu bulundu. Olgu ve kontrol grubu arasında kimlik karmaşası yönünden çok yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,000$; $p<0,001$) (Tablo 22).

Tablo 22. Olgu ve kontrol grubunda kimlik karmaşası

Kimlik karmaşası	Olgu		Kontrol		p
	n	%	n	%	
Yok (KDDA < 70)	11	20	18	60	0,000***
Var (KDDA ≥ 70)	44	80	12	40	

Ki-kare testi, *** $p<0,001$

Kimlik karmaşası olgu grubunda cinsiyetler arasında karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,709$; $p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23. Olgu grubunda cinsiyetlere göre kimlik karmaşasının karşılaştırılması

Kimlik karmaşası	Kız (n=42)		Erkek (n=13)		p
	n	%	n	%	
Yok (KDDA < 70)	8	19	3	23,1	0,709
Var (KDDA ≥ 70)	34	81	10	76,9	

Ki-kare testi

4.3.5 Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri

KZVDDE birinci bölümü değerlendirildiğinde, olgu ve kontrol grubu bütüncül olarak ele alındığında 85 ergenden 44'ünün kendine zarar verdiği ve oransal olarak hesaplanınca örneklemin KZVD yaygınlığı %51,8 olarak bulunmuştur. Olgu grubunun %75'inde, kontrol grubunun ise %10'unda KZVD vardı. Olgu ve kontrol grubu arasında KZVD açısından çok yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,000$; $***<0,001$) (Tablo 24).

Tablo 24. Olgu ve kontrol grubunda kendine zarar verme davranışı

KZVD	Olgu		Kontrol		Olgu+Kontrol		p
	n	%	n	%	n	%	
Var	41	75	3	10	44	51,8	0,000***
Yok	14	25	27	90	41	48,2	

Ki-kare testi, $***p<0,001$

KZVD, olgu grubunda cinsiyetler arasında karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=1$; $p>0,05$) (Tablo 25).

Tablo 25. Olgu grubunda KZVD'nin cinsiyetler açısından karşılaştırılması

KZVD	Olgu				p
	Kız (n=42)		Erkek (n=13)		
	n	%	n	%	
var	31	73,8	10	76,9	1
yok	11	26,2	3	23,1	

Fisher's Exact Test

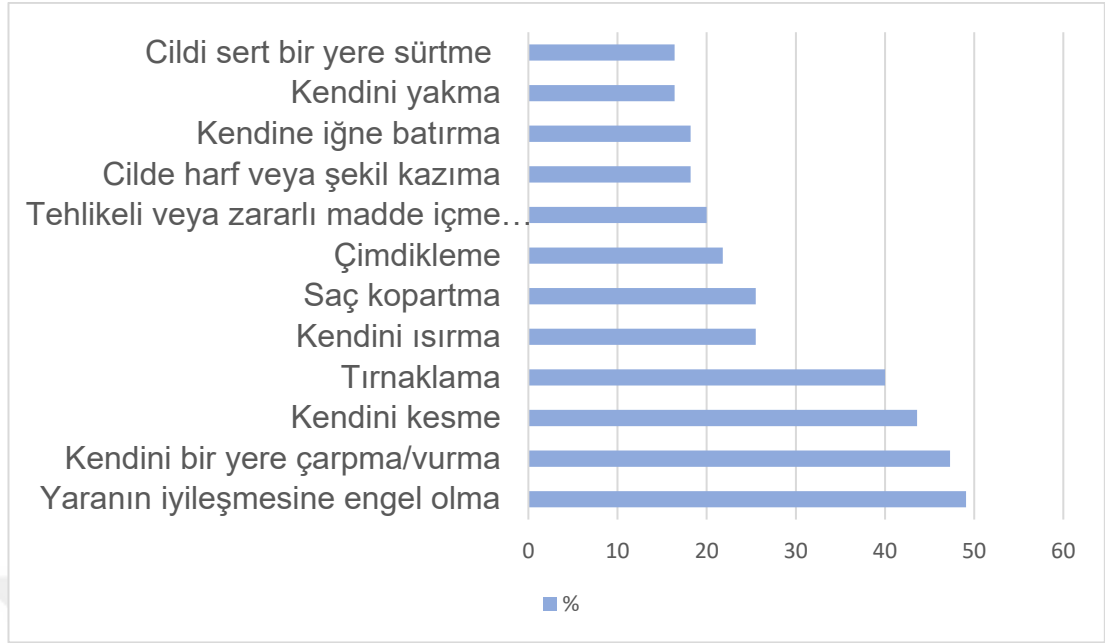
Olgu grubunda KZVD yöntemleri sıklığı cinsiyetlere göre incelendiğinde kızlarda yaranın iyileşmesine engel olma %50, tırnaklama %47,6, kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma %42,9, kesme davranışı %40,5, saç kopartma %28,6, ısırma %26,2, çimdikleme %21,4, kendine iğne batırma %19, tehlikeli veya zararlı madde içme veya yutma %19, cildi sert bir yere sürme %16,7, cilde harf veya şekil kazıma %14,3, yakma %11,9 sıklığında bulundu. Erkeklerde kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma %61,5, kesme davranışı %53,8, yaranın iyileşmesine engel olma %46,2, yakma %30,8, cilde harf veya şekil kazıma %30,8, ısırma %23,1, çimdikleme %23,1, tehlikeli veya zararlı madde içme veya yutma %23,1, saç kopartma %15,4, tırnaklama %15,4, cildi sert bir yere sürme %15,4, kendine iğne batırma %15,4 sıklığında bulundu. Cinsiyetler arasında tırnaklama davranışı açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,038$; $p<0,05$) Diğer KZVD yöntemleri açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 26).

Tablo 26. Olgu grubunda cinsiyetlere göre KZVD yöntemleri

	Kız (n=42)		Erkek (n=13)		Toplam (n=55)		p
	n	%	n	%	n	%	
Kendini kesme	17	40,5	7	53,8	24	43,6	0,396
Kendini ısırma	11	26,2	3	23,1	14	25,5	$\Delta 1$
Kendini yakma	5	11,9	4	30,8	9	16,4	$\Delta 0,192$
Cilde harf veya şekil kazıma	6	14,3	4	30,8	10	18,2	$\Delta 0,223$
Çimdikleme	9	21,4	3	23,1	12	21,8	$\Delta 1$
Saç kopartma	12	28,6	2	15,4	14	25,5	$\Delta 0,477$
Tırnaklama	20	47,6	2	15,4	22	40	0,038*
Kendini sert bir yere çarpma veya	18	42,9	8	61,5	26	47,3	0.238
Yaranın iyileşmesine engel	21	50	6	46,2	27	49,1	0,808
Cildi sert bir yere sürme	7	16,7	2	15,4	9	16,4	$\Delta 1$
Kendine iğne batırma	8	19	2	15,4	10	18,2	$\Delta 1$
Tehlikeli veya zararlı madde içme	8	19	3	23,1	11	20	$\Delta 0,709$

Ki-kare testi, Fisher's Exact Test, *p<0,05

Cinsiyet ayrımı olmaksızın tüm olgu grubu ele alındığında en sık kendine zarar verme davranışı yöntemin %49,1 oran ile yaranın iyileşmesine engel olma, ikinci en sık yöntemin %47,3 oran ile kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma, üçüncü en sık yöntemin ise %43,6 oran ile kesme davranışı olduğu görülmüştür (Şekil 1).



Şekil 4. Olgu grubunda kendine zarar verme davranışı yöntemlerinin dağılımı

Tablo 27’de olgu grubunda cinsiyete göre kendine zarar verme davranışı ile ilgi sorulara verilen yanıtların karşılaştırılması verilmiş olup herhangi bir soruda cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 27. Olgu grubunda cinsiyete göre KZVD ile ilgili sorulara verilen yanıtların karşılaştırılması

		kız		erkek		P
		n	%	n	%	
KZVD sırasında fiziksel acı hisseder misiniz?	evet	8	26,7	3	33,3	f0,569
	bazen	9	30	4	44,4	
	hayır	13	43,3	2	22,2	
KZVD sırasında yalnız mı olursunuz?	evet	21	70	5	55,6	f0,583
	bazen	7	23,3	3	33,3	
	hayır	2	6,7	1	11,1	
KZVD dürtüsü oluştuğundan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz?	<1saat	24	80	9	100	f0,471
	1-3saat	5	16,7	0	0	
	3-6saat	1	3,3	0	0	
En son kendinize ne zaman zarar verdiniz?	son 1 hafta içerisinde	12	40	5	55,6	f0,943
	son 1 ay içerisinde	7	23,3	2	22,2	
	son 6 ay içerisinde	7	23,3	1	11,1	
	6 aydan eski	4	13,3	1	11,1	
Kendinize zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister	evet	22	73,3	4	44,4	Δ0,129
	hayır	8	26,7	5	55,6	

ΔFisher's Exact Test, fFisher-Freeman-Halton Test

Tüm kendine zarar verenlerin yaş ortalaması (n=42) 12,52±1,7 olup başlangıç yaşının en erken 9 en geç 16 yaş olduğu bulunmuştur. Olgu grubunda ise kızlarda KZVD ortalama başlangıç yaşı 12,53±1,53, erkeklerde

12,89±2,09 bulundu. Cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0,257; p>0,05) (Tablo 28).

Tablo 28. Olgu grubunda cinsiyete göre kendine zarar verme davranışı ortalama başlangıç yaşlarının karşılaştırılması

KZVD başlama yaşı	Kız(n=31)		Erkek(n=10)		N=41	p
	ort±ss	med (min-max)	ort±ss	med (min-max)	ort±ss	
	12,53± 1,53	13 (9-16)	12,89±2,09	13 (9-15)	12,62±1,65	

Mann-Whitney U Testi

Kendine zarar verme davranışı işlevleri, KZVDDE-işlevler bölümü ile değerlendirilmiştir. Otonom (intrapersonal) ve sosyal (interpersonal) işlevleri değerlendiren 13 işlev sorgulanmaktadır. Yanıt olarak kısmen uygun veya uygun seçeneklerini seçen kişiler KZVD'yi bu işlev için kullanıyor olarak değerlendirilmiş olup oranlar Tablo 29'da '%' şeklinde gösterildi.

Otonom işlevlerin ortalaması kızlarda 16,03±5,56, erkeklerde 15,11±5,42 olarak, sosyal işlevlerin ortalaması kızlarda 10,7±5,89, erkeklerde 11,11±7,32 olarak bulunmuş olup otonom ve sosyal işlevler açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Kızlarda otonom işlevlerden %96,7 oran ile en sık affekt regülasyonunu kullanılırken bunu %93,3 ile kendini cezalandırma, %90 ile sıkıntıyı etiketleme, %86,7 ile çözülmeyi önleme ve %83,3 ile intiharı önleme izlemiştir. Sosyal işlevlerden ise %86,7 oran ile en sık intikam alma kullanılırken bunu %80 ile kendiyle ilgilenme, %63,3 ile dayanıklılık ve kişilerarası sınırlar, %60 ile kişilerarası etkileşim, %53,5 ile heyecan arama, %46,7 ile özerklik ve %16,7 ile akranlarla bağ kurma izlemiştir.

Erkeklerde otonom işlevlerden %100 oran ile en sık affekt regülasyonu kullanılırken bunu %88,9 ile çözülmeyi önleme, kendini cezalandırma ve

sıkıntıyı etiketleme, %66,7 ile intiharı önleme izlemiştir. Sosyal işlevlerden %77,8 oran ile en sık iki işlev kendiyle ilgilenme ve özerklik olarak bulunmuştur. Bunu %66,7 ile kişilerarası sınırlar, %55,6 ile dayanıklılık ve heyecan arama, %44,4 ile intikam alma, %22,2 ile kişilerarası etkileşim ve %11,1 ile akranlarla bağ kurma izlemiştir.

Otonom işlevler ve sosyal işlevler bütüncül ele alındığında cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (otonom işlevler $p=0,663$; $p>0,05$, sosyal işlevler $p=0,863$; $p>0,05$). Her iki cinsiyette en sık kullanılan işlevler %97,4 ile affekt regülasyonu ardından sırasıyla %92,3 ile kendini cezalandırma, %89,7 ile sıkıntıyı etiketleme ve %87,2 ile çözülmeyi önleme olup sadece kişilerarası etkileşim ve intikam alma işlevlerinde kız cinsiyet lehine anlamlı farklılıklar saptanmıştır (kişilerarası etkileşim, $p=0,044$; $<0,05$; intikam alma, $p=0,008$; $<0,01$) (Tablo 29).

Tablo 29. Olgu grubunda cinsiyete göre kendine zarar verme davranışı işlevlerinin karşılaştırılması

	Kız(n=31)			Erkek(n=10)			N=41	p
	med (min-	ort±ss	%	med (min-	ort±ss	%	%	
Otonom İşlevler	16,03±5,56			15,11±5,42			15,82 ±5,4	0,663
Affekt regülasyonu	5 (0-6)	4,40±1,59	96,7	5 (1-6)	4,56±1,67	100	97,4	0.620
İntiharı önleme	3 (0-6)	2,60±1,79	83,3	2 (0-6)	2,22±2,05	66,7	79,5	0.673
Sıkıntıyı etiketleme	4 (0-6)	3,37±1,83	90	3 (0-6)	3,22±1,64	88,9	89,7	0.654
Kendini cezalandırma	3 (0-6)	3,37±1,77	93,3	3 (0-5)	2,56±1,67	88,9	92,3	0.374
Çözülmeyi önleme	2 (0-6)	2,30±1,80	86,7	2 (0-4)	2,56±1,33	88,9	87,2	0.450

Tablo 30 Devam. Olgu grubunda cinsiyete göre kendine zarar verme davranışı işlevlerinin karşılaştırılması

Sosyal İşlevler	10,7±5,89			11,11±7,32			10,79 ±6,15	0,863
Kişilerarası sınırlar	1 (0-5)	1.30±1,44	63,3	2 (0-6)	1,89±1,96	66,7	64,1	0.624
Kişilerarası etkileşim	1 (0-5)	1.30±1,39	60	0 (0-2)	0,33±0,71	22,2	51,3	0.044*
İntikam alma	2 (0-5)	1.97±1,22	86,7	0 (0-2)	0,56±0,73	44,4	76,9	0.008*
Heyecan arama	1 (0-4)	0,93±1,11	53,5	1 (0-6)	2,11±2,57	55,6	53,8	0.369
Akranlarla bağ kurma	0 (0-4)	0,37±0,96	16,7	0 (0-2)	0,22±0,67	11,1	15,4	0.674
Dayanıklılık	1 (0-6)	2,10±2,17	63,3	3 (0-6)	2,67±2,69	55,6	61,5	0.930
Özerklik	0 (0-4)	0,87±1,14	46,7	1 (0-5)	1,78±1,64	77,8	53,8	0.155
Kendiyle ilgilenme	2 (0-5)	1,87±1,33	80	1 (0-4)	1,56±1,33	77,8	79,5	0.656

Mann-Whitney U Testi, *p<0,05; **p<0,01

Olgu grubunda KZVD olanlarda, KZVD olmayanlara göre maruz kalınan travma türü sayısı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,012, <0,05) (Tablo 30).

Tablo 31. Olgu grubunda kendine zarar verme davranışı ve maruz kalınan travma türü sayısı arasındaki ilişki

	KZVD +		KZVD -		p
	med	min-max	med	min-max	
Maruz kalınan travma türü sayısı	3	1-5	2	1-3	0,012*

Mann-Whitney U Test, *p<0,05

4.3.6 Ergenler için başa çıkma ölçeği

Gruplar başa çıkma stratejileri bakımından EBÇÖ ile değerlendirilmiştir. Alt ölçeklerden alınan toplam puanlar değerlendirildiğinde, olgu grubunda kaçınan başa çıkma $7,27 \pm 2,23$, aktif başa çıkma $4,89 \pm 2,14$ ve olumsuz başa çıkma $3,75 \pm 1,53$ olarak bulundu. Kontrol grubunda ise kaçınan başa çıkma $6,17 \pm 1,88$, aktif başa çıkma $6,87 \pm 2,46$ ve olumsuz başa çıkma $2,53 \pm 1,36$ olarak bulundu.

Olgu ve kontrol grubu başa çıkma stratejileri açısından karşılaştırıldığında kaçınan başa çıkma stratejisinin kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,024$; $p<0,05$). Aktif başa çıkma stratejisinin kullanımı açısından gruplar arasında çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,000$; $p<0,001$). Olumsuz başa çıkma stratejisinin kullanımı açısından yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,000$; $p<0,001$) (Tablo 31).

Tablo 32. Olgu ve kontrol grubunda başa çıkma stratejilerinin karşılaştırılması

	Olgu		Kontrol		p
	ort	ss	ort	ss	
Kaçınan başa çıkma	7.27	2.23	6.17	1.88	0.024*
Aktif başa çıkma	4.89	2.14	6.93	2.43	0.000***
Olumsuz başa çıkma	3.75	1.53	2.53	1.36	0.000***

Bağımsız Gruplar T Testi, * $p<0,05$; *** $p<0,001$

Başa çıkma stratejileri olgu grubunda cinsiyetler arasında incelendiğinde kaçınan başa çıkma, aktif başa çıkma ve olumsuz başa çıkma stratejilerinin kullanımında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 32).

Tablo 33. Olgu grubunda cinsiyetlere göre başa çıkma stratejilerinin karşılaştırılması

	Kız(n=42)	Erkek(n=13)	p
	med (min-max)	med (min-max)	
Kaçınan başa çıkma	7 (1-12)	8 (5-9)	0,912
Aktif başa çıkma	5 (1-8)	5 (1-10)	0,298
Olumsuz başa çıkma	4 (0-7)	3 (2-6)	0,492

Mann-Whitney U Testi

4.4 Korelasyon Analizleri

Kontrol grubunu ÇÇT ölçeği toplam puanı 35 puan veya daha düşük olanlar oluşturmalarına rağmen bu gruptaki 15 kişinin alt ölçeklerden en az birisinde kesme puanını aştığı yani toplam travma puanı olgu grubundaki katılımcılardan düşük olmasına rağmen fiziksel ihmal bildiren 1, fiziksel istismar bildiren 2, duygusal ihmal bildiren 1, duygusal istismar bildiren 10 ve cinsel istismar bildiren 3 katılımcı olduğu için ileri analizler bu katılımcılar olgu grubuna dahil edilerek (N=70) yapılmıştır.

Fiziksel ihmal, fiziksel istismar, duygusal ihmal, duygusal istismar arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonlar saptanmıştır ($p<0,01$; $p<0,001$). Cinsel istismar ile fiziksel ihmal arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 33).

ÇÇTÖ toplam puanı ile alt ölçekleri arasında pozitif yönde çok yüksek düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$). KDDA ile duygusal ihmal arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). DDGÖ ile duygusal ihmal arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). KZVDDE ile duygusal ihmal arasında pozitif yönde anlamlı, fiziksel ihmal, duygusal istismar ile pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı, cinsel istismar ile pozitif yönde çok yüksek düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,001$) (Tablo 34).

ÇÇTÖ ile KDDA, DDGÖ arasında pozitif yönde anlamlı ve ÇÇTÖ ile aktif başa çıkma stratejileri arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). ÇÇTÖ ile KZVDDE arasında pozitif yönde çok yüksek düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 35).

KDDA ile kaçınan başa çıkma stratejileri arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). KDDA ile aktif başa çıkma stratejileri arasında negatif yönde ve anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). KDDA ile KZVDDE arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$). KDDA ile DDGÖ arasında pozitif yönde çok yüksek düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 35).

DDGÖ ile KZVD arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon, DDGÖ ile aktif başa çıkma stratejileri arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). DDGÖ ile kaçınan ve olumsuz başa çıkma stratejileri arasında pozitif yönde çok yüksek düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 35).

KZVDDE ile olumsuz başa çıkma stratejileri arasında pozitif düzeyde anlamlı korelasyon ve aktif başa çıkma stratejileri arasında negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$; $p<0,01$) (Tablo 35).

Tablo 34. En az bir travma türü bildiren tüm katılımcılarda ÇÇT türleri arasında ilişkisellik analizi

		Fiziksel ihmal	Fiziksel istismar	Duygusal ihmal	Duygusal istismar	Cinsel istismar
Fiziksel ihmal	r	1				
	p	-				
Fiziksel istismar	r	.419	1			
	p	0.000	-			
Duygusal ihmal	r	.465	.388	1		
	p	0.000	0.001	-		
Duygusal istismar	r	.451	.398	.543	1	
	p	0.000	0.001	0.000	-	
Cinsel istismar	r	.248	0.184	0.129	0.216	1
	p	0.038	0.128	0.288	0.073	-

Spearman korelasyon testi

Tablo 35. En az bir travma türü bildiren tüm katılımcılarda ÇÇT türleri ve temel ölçekler arasında ilişkisellik analizi

		ÇÇTÖ	KDDA	DDGÖ	KZVD
Fiziksel ihmal	r	.636	0.098	-0.032	.397
	p	0.000	0.422	0.793	0.001
Fiziksel istismar	r	.522	0.126	0.015	0.211
	p	0.000	0.297	0.904	0.080
Duygusal ihmal	r	.801	.260	.292	.253
	p	0.000	0.030	0.014	0.035
Duygusal istismar	r	.777	0.205	0.193	.391
	p	0.000	0.089	0.110	0.001
Cinsel istismar	r	.474	0.181	0.129	.457
	p	0.000	0.134	0.286	0.000

Spearman korelasyon testi

Tablo 36. En az bir travma türü bildiren tüm katılımcılarda temel ölçekler arasında ilişkisellik analizi

		ÇÇTÖ	KDDA	DDGÖ	KZVD	Kaçınan başa ç.	Aktif başa ç.	Olumsuz başa ç.
ÇÇTÖ	r	1						
	p	-						
KDDA	r	.248	1					
	p	0.038	-					
DDGÖ	r	.243	.575	1				
	p	0.043	0.000	-				
KZVD	r	.496	.380	.269	1			
	p	0.000	0.001	0.024	-			
Kaçınan başa ç.	r	0.073	.301	.426	0.091	1		
	p	0.546	0.011	0.000	0.455	-		
Aktif başa ç.	r	-.252	-.280	-.237	-.380	0.145	1	
	p	0.035	0.019	0.048	0.001	0.231	-	
Olumsuz başa ç.	r	0.185	0.235	.530	.261	0.160	-.341	1
	p	0.124	0.050	0.000	0.029	0.186	0.004	-

Pearson korelasyon testi

4.5 Regresyon Analizleri

Çalışmamızda KZVD'yi yordayan olası çocukluk çağı travmalarını tespit etmek amacıyla KZVD kategorik değişkeninin bağımlı değişken, fiziksel ihmal, fiziksel istismar, duygusal ihmal, duygusal istismar ve cinsel istismar toplam puanlarının ise bağımsız değişken olduğu bir model oluşturulup enter metoduyla lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

Modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Hosmer-Lemeshow test=0,490) ve modelin kendine zarar verme davranışının %57'sini açıklayabildiği bulunmuştur ($R^2_{\text{Nagelkerke}}=0,570$, $p<0,001$) (Tablo 34).

Analiz sonucunda duygusal istismar ve cinsel istismar ile KZVD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (duygusal istismar $p=0,01$, $p<0,05$; cinsel istismar $p=0,027$, $p<0,05$). Duygusal istismara maruz kalan katılımcıların KZVD odds oranı kalmayanlara kıyasla 1,3 katı, cinsel istismara maruz kalan katılımcıların KZVD odds oranı kalmayanlara kıyasla 3,65 katıdır (Tablo 34).

Tablo 37. Kendine zarar verme davranışını etkileyen çocukluk çağı travma türlerinin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi

	B	S.E.	Exp(B)	Güven Aralığı		p
Fiziksel ihmal	0.296	0.226	1.345	0.863	2.096	0.191
Duygusal İhmal	0.046	0.071	1.047	0.911	1.204	0.519
Duygusal istismar	0.263	0.102	1.301	1.065	1.589	0.01*
Cinsel istismar	1.296	0.587	3.655	1.157	11.541	0.027*

N=70, $R^2_{\text{Nagelkerke}}=0,570$, $*p<0,05$

KZVD ile aralarında ilişkisellik saptanan ve normal dağılıma sahip olan, ÇÇTÖ, KDDA, DDGÖ, aktif başa çıkma ve olumsuz başa çıkma bağımsız değişkenleriyle bir model kurulup stepwise yöntemi ile çoklu lineer regresyon analizi uygulanmış olup ve 3. adımda uygun modele ulaşılmıştır.

Analiz sonucunda regresyon modelinin anlamlı olduğu ($p<0,001$), bağımsız değişkenlerin KZVD'deki varyansın %33,1'ini ($R^2_{\text{adjusted}}=0,331$)

açıkladığı bulunmuştur. Buna göre, ÇÇTÖ ve KDDA KZVD'yi pozitif ve anlamlı olarak, aktif başa çıkma stratejisi ise negatif ve anlamlı olarak yordamaktadır (ÇÇTÖ $\beta=0,385$ $p=0,000$, $p<0,001$; KDDA $\beta=0,223$, $p=0,036$, $p<0,05$; aktif b.ç. $\beta=-0,220$ $p=0,396$, $p<0,05$) (Tablo 35).

Katılımcıların ÇÇTÖ ve KDDA puanlarının 1'er standart sapma artması, KZVD puanlarının sırasıyla 0,385 ve 0,223 standart sapma artmasına ve aktif başa çıkma puanlarının 1 standart sapma artması KZVD puanlarının 0,220 standart sapma azalmasına neden olmaktadır.

Tablo 38. KZVD puanına etki eden faktörlerin çoklu lineer regresyon analizi ile incelenmesi (indirgenmiş son model)^Δ

	Standart Beta	t	Güven Aralığı		p
ÇÇTÖ	0.385	3.717	0.176	0.584	0.000***
KDDA	0.223	2.135	0.009	0.277	0.036*
Aktif başa çıkma	-0.220	-2.103	-2.670	-0.069	0.029*

N=70, ^Δ $p<0,001$, $R^2_{\text{adjusted}} = 0,331$; * $p<0,05$; *** $p<0,001$

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, erken dönemde kötü muameleye maruz kalan ergenlerde duygu düzenleme becerileri, kimlik gelişimi ve kendine zarar verme davranışı ilişkisi incelenmeye çalışılmıştır. Araştırmaya Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nden takipli olan 13-18 yaş arası ergenler alınmıştır. Olgu ve kontrol grubu klinik örneklemden oluşturulmuştur. Araştırma çocukluk çağı travmaları ölçeğinin toplam puan üzerinden önerdiği kesme puanına göre olgu ve kontrol grubu oluşturulması şeklinde tasarlanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular mevcut literatür eşliğinde tartışılmıştır.

5.1 Ergenlerin Bireysel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan ergenlerden olgu grubundakilerin yaş ortalaması 15,59 iken kontrol grubundakilerin yaş ortalaması 15,54 olup gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Olgu grubunun %76,4'ünü kızlar, %23,6'sını erkekler oluştururken kontrol grubunun ise %60'ını kızlar, %40'ını erkekler oluşturmaktadır. Cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Katılımcıların kardeş sayıları kıyaslandığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yapılan bir çalışmada artan kardeş sayısının her türlü kötü muamele için bir risk faktörü olduğu ve kötü muameleye uğrayan bir çocuğun tüm kardeşleri için kötü muamele açısından risk değerlendirmesi yapılması gerektiği belirtilmiştir (155). Ayrıca fazla sayıda çocuğa sahip olmak aileleri hem maddi açıdan zorlayarak hem de ebeveynlerin çocuklarına ayıracağı zamanın daha kısıtlı olmasına yol açarak kötü muamele ve özellikle de ihmal riskini arttırabilir (156). Çalışmamızda, olgu grubunun %10,9'u 4 ve üzeri kardeşe sahip iken kontrol grubunda 4 ve üzeri kardeşi olan katılımcı bulunmamaktadır. Çalışmamızda istatistiksel anlamlı farklılık bulunamamakla

birlikte literatürle tutarlı şekilde olgu grubunda kalabalık kardeş sayısı kontrol grubuyla kıyaslandığında daha fazladır.

Çocuğun kronik bir rahatsızlığa sahip olması sıklıkla yüksek düzeyde ebeveyn stresi ile beraber olup özellikle sosyal destek eksikliği gibi durumlarla bir araya gelince aile için büyük bir yük halini alarak kötü muamele için tetikleyici bir faktöre dönüşebilir. Aynı zamanda bir veya daha fazla kronik hastalığa sahip olmak çocukları daha savunmasız ve kırılgan hale getirerek kötü muamele görmeye daha açık hale getirebilir (157, 158). Çalışmamızda her iki grupta da benzer düzeyde eşlik eden tıbbi hastalık olduğu bulunmuş olup çocuklukta kötü muameleye uğrama ile çocuğun kronik bir hastalığa sahip olup olmaması açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Bu durumun örneklem sayısının görece az sayıda olması ve sağlıklı kontrol grubunun olmaması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Alkol ve madde kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmazken, sigara kullanımı olgu grubu lehine anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığı zaman çocuklukta kötü muameleye maruz kalmayla ergenlikte ve/veya erişkin yaşamda alkol, madde ve sigara kullanımı arasında risk artışı olduğunu doğrulayan birçok çalışma yapıldığı görülmüştür (159, 160). Kötü muameleye maruz kalma ile daha erken yaşta sigara kullanımına başlama ve daha fazla sigara içme davranışı arasında ilişki olduğundan ve kötü muamele deneyimlerinin sayısı ile yetişkinlikte sigara içme olasılığı arasında bir doz-yanıt ilişkisinden bahsedilmektedir (161). Çalışmamızda sadece 1 katılımcı madde kullandığını beyan etmiştir. Kontrol grubunda ise madde kullandığını bildiren olmamıştır. Keyif verici maddelerin çoğunun yasa dışı olması, toplumsal açıdan damgalanma korkusu, gizlilik ihtiyacı gibi sebeplerle madde kullanımı öz bildiriminin daha düşük olması (162) bazı katılımcıların yanlış cevap vermiş olabileceği ihtimalini akla getirmektedir. Sigara kullanımı kötü muameleye maruz kalanlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Tütün, diğer maddelere geçişte köprü görevi görebilmesiyle dikkat çekmesi nedeniyle (163), kötü muameleye maruz kalan ergenlerde yasa dışı madde kullanımı açısından

koruyucu önlemler alabilmek adına sigara kullanımının olup olmadığının değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çocuklukta kötü muameleyle maruz kalmanın, artan intihar girişimi riskiyle ilişkili olduğu farklı çalışmalarda gösterilmiştir. Çocukken cinsel, fiziksel veya duygusal istismara maruz kalan yetişkinlerde, çocukluk döneminde kötü muameleyle maruz kalmayan yetişkinlere kıyasla iki ile üç kat daha fazla intihar girişimi ve intihar düşüncesi riski olduğu gösterilmiştir (164). Kötü muamelenin tüm alt türleri ilk intihar girişiminin daha erken yaşta olmasıyla kendini gösterebilmektedir (165). Yapılan bir çalışmada, intihar girişimi riskiyle en fazla ilişkili alt türün duygusal istismar olduğu ve bunu fiziksel istismarın izlediği belirtilirken (166), başka bir çalışmada ise tam tersi olarak intihar girişimi açısından en riskli bulunan kötü muamele türünün fiziksel istismar olduğu ve bunu duygusal istismarın izlediği belirtilmiştir (167). Ayrıca cinsel istismarın intihar girişimi için bağımsız bir risk faktörü olduğundan söz edilmektedir (168). Çalışmamızda olgu grubunda intihar girişimi anlamlı şekilde yüksek olup bu bakımdan literatürle uyumlu bulunmuştur. Tekrarlayan intihar girişimi ile kötü muamele arasında ilişki bulan çalışmalar olduğu gibi (168, 169) ilişkisiz olduğunu savunanlar da mevcut olup (165) çalışmamızda ise tekrarlayan intihar girişimi olgu grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Olgu grubunda intihar girişimi yöntemlerinin kullanılma sıklığına bakıldığında en sık ilaç içme (%30,9) ve ardından bilek kesme (%12,7) yöntemi gelmekte olup bu yöntemlerin kullanım sıklığı açısından olgu grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Ülkemizde liseye giden ergenlerle yapılan bir çalışmada en az bir çeşit ihmal veya istismar bildiren ergenlerde kendine zarar vermenin 2,7 kat, intihar girişiminde bulunmanın 7,6 kat arttığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada en sık intihar girişimi yönteminin ilaç içme, ardından bilek kesme olduğu bildirilmiş olup (170) çalışmamızla tutarlı olduğu görülmüştür.

5.2 Ergenlerin Ailesel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Literatüre bakıldığında ebeveynlerin tıbbi sağlık durumu ile kötü muamelede bulunma riski arasındaki ilişkiyi inceleyen yeterli sayıda çalışma bulunmadığı görülmüştür. Ebeveynin tıbbi bir hastalığının olmasının düşük ebeveynlik kalitesi ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte (171) bunun çocuğa kötü muamele ile sonuçlanacağı kesin değildir. Yakın tarihli bir çalışmada ebeveynin sağlık durumunun iyi olmamasının ihmal riskinde artış ile ilişkili olduğu bulunmuştur (172). Çalışmamızda ise olgu grubunda hem annelerde hem de babalarda tıbbi bir hastalığa sahip olma oranı kontrol grubuna göre daha yüksek iken, anlamlı farklılık sadece babalar lehine bulunmuştur. Sonuç olarak ebeveynin tıbbi bir hastalığa sahip olmasının çocuk istismarı ve ihmali ile ilişkisinin daha çok araştırılması gerektiği düşünülmektedir.

Ebeveynlerinde psikiyatrik rahatsızlık olanların kötü muameleye maruz kalma riskinin daha yüksek olduğu farklı çalışmalarda gösterilmiştir (173, 174). Başka bir araştırmada, kötü muamele uygulayan ebeveynlerle ilgili genç yaş, düşük eğitim düzeyi, ebeveynin kendi çocukluğunda kötü muameleye maruz kalmasının yanı sıra ebeveynin psikiyatrik rahatsızlığının olmasının da temel risk faktörlerinden biri olduğu belirtilmiştir (175). Ebeveynin psikiyatrik rahatsızlığı ebeveyn ve çocuk arasındaki ilişkinin bozulmasına yol açarak çocuğa kötü muameleye sebep olabilir. Öte yandan kötü muameleye uğrayanların, ebeveynlerinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsünü olduğundan daha fazla bildirme eğiliminde olabilecekleri ve bunun da kötü muamele ile ebeveyn psikopatolojisi arasındaki ilişkinin olduğundan daha güçlüymüş gibi görünmesine sebep olabileceği de bildirilmektedir (176). Çalışmamızda ise olgu grubunda hem annelerin hem de babaların psikiyatrik rahatsızlığa sahip olma oranı kontrol grubuna göre daha yüksek olmasına rağmen anlamlı farklılık sadece babalar lehine vardı. Çalışmamızda ebeveyn psikopatolojisi ile ilgili bilgi sadece ergenlerden alınmış olup yanlış cevap ve/veya eksik bilgi verilip verilmediği kontrol edilmediği için bu sonucun

gerçeği ne kadar yansıttığından emin olunamamakla birlikte çalışmamızın bu açıdan literatürle kısmen tutarlı olduğu bulunmuştur.

Çocuğa kötü muamele ile aile yapısı arasındaki ilişki incelendiğinde, uluslararası literatürde genel olarak parçalanmış ailelerde daha fazla kötü muamele görüldüğü bununla birlikte geniş ailelerin de riskli olabileceğiyle ilgili farklı çalışmalar mevcuttur (175, 177). Çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran ergenlerden istismara uğradığını belirtenlerde sosyodemografik değişkenler incelenmiş ve geniş aileye sahip olmanın istismar için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (178). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise çocuk istismarı tanısı alanların %42'sinin parçalanmış ailelerden geldikleri belirtilmiştir (179). Çalışmamızda örneklemin görece az sayıda olması sebebiyle çekirdek aile ve geniş aile ile yaşayanlar bir grup olarak değerlendirilirken, vefat eden ebeveyne sahip olma, akraba yanında kalma, kurumda kalma ve diğer seçenekler de parçalanmış aile çatısında ayrı bir grup olarak değerlendirilmiştir. Olgu grubunun %34,5'inin ve kontrol grubunun ise %13,3'ünün parçalanmış aileye sahip olduğu bulunmuş olup parçalanmış aile yapısı olgu grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmamız bu açıdan literatürdeki bazı çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Düşük ebeveyn eğitim düzeyi ile çocuklara kötü muamele arasındaki ilişki birçok çalışmada gösterilmiştir (180-182). Çalışmamızda ise gruplar arasında ebeveyn eğitim düzeyi açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Her iki grupta da hem anne hem baba eğitim düzeyleri açısından en büyük oranı ilköğretim mezunları almış olup üniversite mezunlarının yüzdesinin ise oldukça az olduğu gözlemlenmiştir. Yapılan bir çalışmada ebeveyni üniversite mezunu olan çocukların, ebeveyni üniversite mezunu olmayan akranlarına göre pozitif psikolojik sağlığa sahip olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (183). Literatüre bakıldığı zaman, düşük sosyoekonomik düzey göstergeleri (ebeveyn eğitimi, ebeveyn mesleği, hane geliri) ile çocuk ve ergenlerde artan ruh sağlığı sorunları arasında ilişki olduğu farklı çalışmalarda gösterilmiştir (184, 185). Bu bilgiler ışığında, olgu grubundaki ebeveynlerin düşük eğitim düzeyleri literatürle uyumlu görünse de

kontrol grubumuzun da aynı örneklemden seçilmiş olması ebeveyn eğitim düzeylerinin benzer olmasına neden olmuş olabilir.

Düşük sosyoekonomik ve sosyokültürel statüdeki ailelerden gelen çocuk ve ergenlerde artmış kötü muamele riski ile ilgili literatürde çok fazla yayın mevcuttur. (180, 181, 186). Çalışmamızda olgu grubunun ortalama aylık hane geliri daha düşük bulunmuş olup çalışmamız bu açıdan literatürle uyumludur.

5.3 Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

Olgu grubunda cinsiyetler arasında ÇÇTÖ ortalama puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamış olup kızlarda ortalama puan 53,29 ve erkeklerde 50,31 olarak hesaplanmıştır. 2012 yılında Çeçen-Eroğul tarafından çocukluk çağı travmaları ölçeğinin (ÇÇTÖ), liseye devam etmekte olan ergenler arasında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Örnekleminin %54'ünü kız, %46'sını erkek cinsiyet oluşturan ve yaş ortalaması 16,33 olan bu çalışmada ÇÇTÖ toplam puanı ile alt ölçek puanlarının ortalamalarının erkeklerde kızlardan daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir. Yani bu çalışmaya göre erkekler kızlara göre daha fazla duygusal, fiziksel ve cinsel istismar bildirimini yapmıştır. Aynı çalışmada cinsiyetler arasında ÇÇTÖ ve fiziksel istismar puanlarında genel olarak anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen, duygusal ve cinsel istismar alt ölçek puanlarında cinsiyetin erkekler lehine anlamlı bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Araştırmacı tartışmada fiziksel istismarın cinsiyet farkı gözetmemesinin bazı çalışmalarla tutarlı bazılarıyla ise tutarsız olduğunu, duygusal ve cinsel istismarın erkek öğrenciler tarafından daha fazla bildirilmesini ise ülkemizde yapılmış olan bazı araştırma bulgularını desteklediğini fakat batı kültüründeki genel istismar literatürüyle uyumsuz olduğunu, özellikle batı kültürlerinde yapılan çalışmalarda cinsel istismarın kızlarda daha sık görüldüğünü ve kendi çalışmalarının erkekler lehine sonuçlanmasının toplumumuzun kolektivist bir kültüre sahip olması ve kız

çocuklarını erkek çocuklardan daha fazla koruma eğiliminde olmasıyla ilişkili olabileceğini belirtmiştir (187). Aynı ölçeğin uzun versiyonu ile yapılan bir çalışmada ise cinsel istismar puanlarının kızlarda anlamlı şekilde daha yüksek olduğu fakat diğer alt testler ve toplam puan açısından cinsiyet farkı bulunmadığı bildirilmiştir (188). Sonuç olarak ÇÇTÖ ortalama puanlarının cinsiyetler arasında nasıl farklılık gösterdiğiyle ilgili tutarlı bir veri bulunmamakla beraber kendi çalışmamızda kızlarda ortalama puan daha yüksek bulunmuş olup cinsiyetler arasında ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Çalışmamızda cinsiyet ayrımı olmadan çocukluk çağı travmaları türlerine bakıldığında %81,8 ile duygusal istismar en sık tür iken bunu sırasıyla %76,4 ile duygusal ihmal, %45,5 ile fiziksel istismar, %41,8 ile fiziksel ihmal ve %38,2 ile cinsel istismar izlemektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı konusunda hem kullanılan yöntemlerde hem de örneklemelerde farklılıklar olması nedeniyle net ve tutarlı verilere ulaşılamamıştır.

Yapılan çalışmalarda genellikle okula devam etmekte olan toplum örneklemi kullanılmıştır. Zoroğlu ve arkadaşlarının liseye devam eden bir grup ergenle yaptıkları çalışmanın sonucunda %16,5 ile en sık ihmal, ardından 15,8 ile duygusal, %13,5 ile fiziksel ve %10,7 ile cinsel istismarın bildirildiği belirtilmiştir (28). Sofuoğlu ve arkadaşlarının daha yakın bir tarihte okula devam eden çocuk ve ergenlerle yaptıkları çalışmada ise tüm yaşam boyu yaşanan duygusal istismar, fiziksel istismar ve ihmal sıklığı sırasıyla %70,5; %58,3; %42,6 olarak bildirilmiştir (32). 2006 senesinde liseye devam etmekte olan kız öğrencilerle yapılan bir çalışmada cinsel istismar yaygınlığı %13,4 olarak bulunmuştur (189). Klinik örneklem ile yapılan bir çalışmada ise en sık duygusal ihmal (%81,6), ardından fiziksel ihmal (%72,1), duygusal istismar (%55,9), fiziksel istismar (34,4) ve cinsel istismarın (%17,1) geldiği bildirilmiştir (31).

Çocukluk çağı travmalarına farklı psikiyatrik tanılarının eşlik edebileceği ve hatta bu travmaların ruhsal hastalıklar için tetikleyici olabileceği farklı araştırmalarda gösterilmiştir (6, 190). Ayrıca yapılan çalışmalarda klinik

örneklemelerde toplumsal örneklemelere göre travma puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (15, 191). Çalışmamızın örnekleminin kliniğimizden farklı tanılarla takip edilmekte olan ergenler tarafından oluşturulması sebebiyle literatürle uyumlu şekilde çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı toplum örnekleminde yapılan çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde çocuk istismarıyla ilgili yapılan çalışmalarda %78 yaygınlıkla duygusal istismarın en sık rastlanan istismar türü olduğu bildirilmektedir (192). Çalışmamızda da en sık görülen istismar türünün duygusal istismar (%81,8) olması literatürle uyumludur. Ayrıca yukarıda verileri paylaşılan diğer çalışmalarda oransal farklılıklar olsa da istismar türleri içerisinde en sık görülen türün yine duygusal istismar olması çalışmamızın sonucuyla tutarlı görünmektedir.

Çalışmamızda cinsel istismar sıklığı %38,2 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur. Cinsel istismar sebebiyle adli vaka olarak bölümümüze danışılan olguların adli raporları düzenlendikten sonra polikliniğimizden takibe alınmış olmalarının bu orana katkı sağlamış olabileceği düşünülmüştür. Buna ek olarak, cinsel istismarın çocuk ve aile için sarsıcı etkisinden dolayı bu olguların polikliniğe başvurusunun diğer türlere göre de daha sık olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çocukluk çağı travma ölçeğinin (ÇÇTÖ) cinsel istismarı sorgulayan sorularına bakıldığında beş sorudan herhangi bir soruyu nadiren (2 puan) olarak yanıtlamak ölçeğe göre cinsel istismar var olarak değerlendirilmektedir. ÇÇTÖ bir öz bildirim ölçeği olup çalışmamızda yapılandırılmış farklı bir travma ölçeği ile tutarlılığı kontrol edilmemiştir. Ancak, cinsel istismar alt ölçeğinde kesme puanını aşan katılımcılardan yaşanan olayla ilgili bilgi alınarak henüz bildiri yapılmamış istismarların adli bildiri yapılmıştır. Bazı ergenlerin sorulara o sorudan ne anladığına, yaşadığı olayı nasıl anlamlandırıdığına bağlı olarak daha duyarlı yanıt vermiş olabileceği düşünülmekle birlikte cinsel istismar tanımının genişliği ve hassasiyeti göz önüne alındığı zaman ergenin rahatsızlık duyduğu herhangi bir durumu bu şekilde değerlendirip yanıt vermiş olması anlaşılabilir ve ölçeğin amacına uygun bulunmuştur. Bu bağlamda, nitelikli istismar kadar temas içermeyen cinsel istismar çeşitlerinin de gencin ruhsal

gelişimine zarar verebileceği ve gencin cinsel istismarın bütün çeşitlerinden korunması gerektiği düşünülmektedir. Ancak ÇÇTÖ'nün cinsel istismar alt boyutunun, durumun ciddiyetinden ziyade sıklığını ölçen yapısı nedeniyle cinsel istismar şiddetini tam olarak ölçmede zayıf kalabileceği düşünülmekle beraber benzer çalışmalarda yapılandırılmış ölçeklerle desteklenmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda ihmal, duygusal ve fiziksel olarak ayrı ayrı incelenmiş olup duygusal ihmalin (%76,4) ikinci ve fiziksel ihmalin (%41,8) dördüncü sıklıkta olduğu bulunmuştur. Ülkemizde toplum örneğinde yapılan çalışmalarda ihmal sıklığı çalışmamıza göre daha düşük olarak bildirilmiştir. Fiziksel ve duygusal ihmal ayrımı olmaksızın yapılan bir çalışmada, ihmal %16,5 ile en sık tür iken (28), başka bir çalışmada ise ihmalin %42,6 ile üçüncü en sık tür olduğu bildirilmiştir (32). Örsel ve arkadaşları tarafından klinik örneklem grubunda en yaygın türün %81,6 ile duygusal ihmal olduğu belirtilmiştir (31). Çalışmamızda duygusal ihmal ikinci yaygın tür olmasına rağmen klinik örneklem grubunda yapılan bu çalışma ile yaygınlık oranı (%76,4) yaklaşık olarak benzer bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan bu çalışmaları bütüncül olarak değerlendirdiğimizde hem ihmalin hem de diğer istismar türlerinin zaman geçtikçe yaygınlığının arttığını söyleyebiliriz. Bu artışa, ihmal ve istismar konularının geçmişe göre nispeten daha fazla konuşulabiliyor olması ve artan farkındalıkla birlikte bildiriminin sıklaşması, koruma ve önleme girişimlerinin daha çok gündemde olmasıyla birlikte toplumun da bu konuda bilinçlenmesinin etki etmiş olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda çocukluk çağı travma türleri cinsiyete göre değerlendirildiğinde her iki cinsiyette de en sık duygusal istismar ardından duygusal ihmal gelmekteydi. Kızlarda bunu cinsel istismar izlerken, erkeklerde ise fiziksel istismar izlemekteydi. Literatüre bakıldığında çocukluk çağı travmaları türlerinin cinsiyetlere göre sıklığıyla ilgili tutarlı sonuçlara ulaşılamadı. Ülkemizde çok merkezli yapılmış bir araştırmada cinsel istismara uğrayan çocukların dosyaları geriye doğru incelendiğinde cinsel istismar yaygınlığının kızlarda erkeklere göre yaklaşık 4 kat daha fazla

olduğu bulunmuştur (193). Zoroğlu ve arkadaşlarının çalışmasında cinsel istismar görülme sıklığının kadın cinsiyette fazla olduğu, diğer ihmal ve istismar türlerinin her iki cinsiyette benzer sıklıkta görüldüğü bildirilmekle birlikte (170), DSÖ'nün ülkemizde yaptığı çalışmada, fiziksel istismarın erkeklerde daha yaygın olduğu, diğer türlerin yaygınlığı açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir (42). Farklı bir çalışmada ise erkeklerde fiziksel istismarın, kızlarda ise cinsel istismarın daha yaygın olduğu bulunmuştur (194). Çalışmamızda ise olgu grubunda cinsel istismar oransal olarak kızlarda, fiziksel istismar ise oransal olarak erkeklerde daha sık görülmekle birlikte, cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Daha önce de bahsedildiği gibi bu alanda genel geçer kesin verilerin olmaması, farklı araştırmalarda farklı cinsiyet lehine yaygınlığın fazla olması veya benzer sıklıklarda görülmesi aslında çocuklukta kötü muameleye uğramanın her iki cinsiyet içinde riskli bir durum olduğunu göstermektedir. Saraçlı ve arkadaşlarının da belirttiği gibi bütün çocukların istismar ve ihmalden daha iyi korunabilmesi için cinsiyet farkı gözetmeksizin yaklaşabilmenin önemli olduğu düşünülmektedir (195).

Çalışmamızda olgu grubunu oluşturan ergenler cinsiyet farkı olmaksızın duygu düzenlemede daha fazla güçlük yaşadıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca alt ölçeklerin (açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler ve kabul etmeme) her birisi olgu grubunda değişen seviyelerde anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır fakat cinsiyetler açısından yine anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yiğit ve Güzey Yiğit tarafından üniversite öğrencileriyle yapılan DDGÖ Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçek toplam puanı 38,71 olarak bulunmuş ve hem DDGÖ toplam puanının hem de alt ölçeklerden amaçlar, stratejiler ve kabul etmeme puanlarının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir (150). Ölçeğin İtalyanca geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise klinik ve klinik olmayan örneklemeler karşılaştırılmış ve klinik örneklemede ölçek toplam puanları anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Giromini ve arkadaşları bu çalışmayı üniversite öğrencileri arasında tekrarlamış ve cinsiyetler arasında ölçek

toplam puanları arasında fark bulunmadığını belirtmiştir (196). Üniversite öğrencileri arasından travmatik yaşam olayı bildirenlerde duygu düzenleme güçlükleri ile posttravmatik semptom ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada duygu düzenleme güçlükleri puanı travmatik yaşam olayı bildirmeyenlere göre oldukça yüksek bulunmuştur. Yine bu çalışmada duygu düzenleme güçlükleri ile cinsiyet arasında ilişki bulunamamıştır (197). Rugancı ve arkadaşları tarafından üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada cinsiyetler arasında duygu düzenleme güçlükleri toplam puanlarında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (198). Sonuç olarak çocukluk çağı travma öyküsü olan ve klinik örneklemden oluşan çalışmamızda genel popülasyonda yapılan çalışmalara göre daha yüksek duygu düzenleme güçlüğü puanları saptanmış olup bu grupta duygu düzenleme güçlükleri bakımından cinsiyetler arasında farklılık bulunamamıştır. Literatürde duygu düzenleme güçlükleri ve cinsiyet ilişkisi ile ilgili farklı örneklerde, farklı tasarlanmış birçok çalışma olduğu görülmüş olup net bir veri olmadığı görülmekle beraber bulgularımızın literatürle tutarlı olduğu düşünülmüştür.

Kimlik ile ilgili problemlerin klinik ergen popülasyonunda klinik olmayan örneklemelere göre daha yaygın olduğu belirtilmiştir (199, 200). Psikiyatri servisinde yatan ergenlerde çocukluk çağı travmaları ve kimlik arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, cinsel ve duygusal istismarın yanı sıra fiziksel ve duygusal ihmalin de kimlik dağılmasıyla önemli ölçüde ilişki olduğu bulunmuştur (76). Penner ve arkadaşları bu sonuçları Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisi bağlamında bir bireyin ısınma, beslenme ve fiziksel güvenlik gibi temel ihtiyaçları karşılanmadığında (fiziksel ihmal yaşayan çocuk ve ergenlerde olduğu gibi) ve temel sevgi, ait olma ve özgüven geliştirme ihtiyaçları karşılanmadığında (duygusal kötü muamele gören çocuk ve ergenlerde olduğu gibi) bireyin, kişisel gelişim ve kendini gerçekleştirme yönünde çaba gösteremeyeceği ve bu nedenle, bütünleşmiş bir kimlik oluşturmakta güçlük yaşanabileceği şeklinde yorumlamışlardır. Araştırmamızın hem olgu hem de kontrol grubu klinik ergen popülasyonundan oluşmakta olup her iki grupta da kimlik karmaşası olan ergenler olduğu gözlemlenmekle birlikte literatürle uyumlu şekilde kötü

muameleye uğrayan ergenlerden oluşan olgu grubunda kimlik karmaşasının daha yaygın olduğu bulunmuştur. Ayrıca kimlik karmaşası ile cinsiyet arasında bir ilişki bulunamamıştır. Türkbay ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kız ergenlerde daha fazla kimlik karmaşası görüldüğü bildirilmiştir (201). Ülkemizde yapılan bazı araştırmalarda ise cinsiyetler arasında kimlik karmaşası açısından bir farklılık bulunamamıştır (151, 202).

Literatüre bakıldığında KZVD başlangıç yaşının genel olarak 12-14 yaş civarında olduğu bildirilmektedir (203). Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde ilk kendine zarar verme yaş ortalaması 12,52 yıl olarak bulunmuştur. Çalışmamızda kendine zarar verenler tüm örneklemin %51,8'ini oluşturmaktadır. Ülkemizde psikiyatri polikliniğine başvuran ergenlerle yapılan bir çalışmada, KZVD yaygınlığının %50 olduğu bulunmuştur (204). Genel olarak ergen psikiyatrik örneklemelerinde KZVD yaygınlık tahminleri ise %34 ile %61 arasında değişmektedir (125). Çalışmamız bu açıdan literatürle uyumlu bulunmuştur.

Olgu grubunun %75'i, kontrol grubunun ise %10'u kendine zarar verme davranışında bulunduğunu bildirmiştir. Zoroğlu ve arkadaşları liseye devam eden ergenlerle yaptıkları çalışmada maruz kalınan travma türünün sayısı arttıkça KZVD'nin arttığını, üç veya daha çok çeşit travmaya maruz kalanlarda %65,7 oranında KZVD görüldüğünü bildirmişlerdir (170). Çalışmamızın olgu grubunda KZVD olanlarda, KZVD olmayanlara göre maruz kalınan travma türü sayısı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Olgu grubunda kızların %73,8'i ve erkeklerin %76,9'u kendine zarar verdiğini bildirmiş olup cinsiyetler arasında farklılık saptanamamıştır. Literatürde KZVD yaygınlığının cinsiyet dağılımı ile ilgili net veri bulunmamaktadır. Çalışmaların toplum ya da klinik örnekleme yapılması, yaş grubu, tanımlamalardaki farklılıklar, araştırma yöntemlerindeki farklılıklar gibi birçok etmen bu durumu etkileyebilmektedir. Yaygın kanı kızlarda daha fazla KZVD görülmesiyle (205, 206) farklı çalışmalarda cinsiyet farkı olmadığından da söz edilmektedir (114, 170).

Ergenler arasında KZVD yaygınlığını ve özelliklerini incelemek amacıyla 1990 ile 2015 tarihleri arasında alanda yapılan toplum çalışmalarını

inceleyen bir meta-analizde en sık kullanılan KZVD yöntemlerinin kendini kesme (%45), yaranın iyileşmesine engel olma (%33) ve kafasını sert bir yüzeye vurma (%31) olduğu belirtilmiştir (207). Ülkemizde alanda yapılan toplum çalışmalarına bakıldığında en sık görülen KZVD yöntemi genellikle kendini kesme davranışı iken (208) bazı çalışmalarda ise kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma davranışının daha yaygın olduğu bildirilmektedir (28, 209). Ülkemizde yapılan klinik araştırmalar incelendiğinde ise bir çalışmada en sık kullanılan yöntemler sırasıyla kesme/kazıma/cildi delme, yara kabuklarını koparma ve elini/kafasını sert bir yere vurma olarak belirtilirken (208) başka bir çalışmada ise sırasıyla kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma, yara iyileşmesine engel olma ve kendini kesme davranışının kullanıldığı belirtilmiştir (210).

Çalışmamızda olgu grubunda en sık kullanılan KZVD yöntemleri sırasıyla yaranın iyileşmesine engel olma (%49,1), kendini sert bir yere çarpma (%47,3) veya kendine vurma ve kendini kesme davranışı (%43,6) olup benzer çalışmalarla tutarlı olduğu düşünülmüştür. Yapılan araştırmalara göre erkekler arasında çarpma, vurma gibi şiddet içeren davranışlar (113), kızlar arasında ise kendini kesme gibi kan içeren davranışlar daha yaygın olarak görülmektedir (211). Ülkemizde liseye devam eden ergenlerle yapılan bir çalışmada tırnaklama, saç kopartma, yaranın iyileşmesine engel olma, tehlikeli/zararlı madde içme/yutma kızlarda daha sık iken, kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma erkekler arasında daha yaygın olarak bulunmuştur (209). Çalışmamızda ise her iki cinsiyette de en sık kullanılan üç yöntem tüm örneklem ile aynı olup farklı olarak yalnızca tırnaklama yöntemi kızlarda anlamlı şekilde daha yaygın olarak bulunmuştur.

Olgu grubunda KZVD özellikleri incelendiğinde, ergenlerin çoğunluğu farklı çalışmalarla tutarlı olacak şekilde eylem sırasında yalnız olduklarını belirtmişlerdir (110, 212). Alanda yapılan çalışmalarda, kendine zarar verenlerin %27 ile %74'ünün zarar verme eylemi sırasında herhangi bir fiziksel ağrı hissetmedikleri belirtilmiştir (213). Çalışmamızda ise olgu grubundaki ergenlerin %40,5'i (kızların %43,3'ü erkeklerin ise %22,2'si) eylem sırasında hiçbir zaman ağrı hissetmediklerini belirtmişlerdir. Ağrı hissi

ile endojen opioidler arasında köklü bir ilişki vardır. Çocukluk döneminde istismar, ihmal veya kayıp gibi süregelen ve şiddetli yaşantıların opioid eksikliğine yol açması ya da tekrarlayan fiziksel ve/veya cinsel istismar sonucunda yüksek düzeylerde endojen opioidlere alışılması sebebiyle KZVD sırasında ağrı duyarlılığının azalmış olabileceği düşünülmektedir (214). Olgu grubunda KZVD olan ergenlerden kızların %80'i erkeklerin ise tamamı zarar verme dürtüsünden sonraki ilk saat içerisinde kendilerine zarar verdiklerini ifade etmiş olup bu durum aslında KZVD'nin dürtüsel özelliğini vurgulamakta olup literatürle uyumlu bulunmuştur (215, 216).

Olgu grubunda kendine zarar verenler arasında otonom işlevler puanı (15,82) sosyal işlevler puanına (10,79) göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada hafif düzeyde kendine zarar verenler tarafından hem otonom hem sosyal işlevleri sıklıkla kullanıldığı fakat zarar verme eylemi ağırlaştıkça sosyal işlevlerin (interpersonal) azalarak otonom işlevlerin (intrapersonal) ön plana geçtiği belirtilmektedir (110). Yani daha ağır olgularda kişinin zarar verme motivasyonu, kişilerarası etkileşimden ziyade daha çok kendine yönelmektedir. Çalışmamızın olgu grubunu kötü muameleye maruz kalan ergenlerin oluşturuyor olması ile bu grupta otonom işlevlerin daha sık kullanılması tutarlı bulunmuştur.

Çalışmamızda ergenlerin kendilerine zarar verme eylemi sırasında birden çok işlevi bir arada kullandıkları, otonom işlevlerden en sık affekt regülasyonunu sağlamak (%97,4), sosyal işlevlerden ise en sık kendileri ile ilgilenmek (%79,5) amacıyla bu davranışları sergiledikleri sonucuna varılmıştır. Literatürle uyumlu şekilde tüm işlevler içerisinde hem kızların hem de erkeklerin en sık affekt regülasyonunu sağlamak için kendilerine zarar verdikleri bulunmuştur (116, 141). Klonsky'nin bir çalışmasında, kendine zarar verenlerin sıklıkla öfke ve bastırılmış diğer duygulardan kurtulma, olumsuz duygularla mücadele etme, gerilimden kurtulma, kendini rahatlatma gibi motivasyonlarla bu eylemi gerçekleştirdikleri belirtilmiştir (116).

İstismar ve/veya ihmal sıklıkla çocuğun duygu düzenleme becerisinin gelişiminde adeta ayna görevi görmesi beklenen anne, baba gibi çocuğun en yakınları tarafından uygulanır. Kötü muamele gösteren anne, babalar sıklıkla

kendi duygu düzenleme süreçleriyle ilgili zorluk yaşamaları sebebiyle çocuklarının duygu düzenleme becerilerinin gelişiminde uygun rol model olamamaktadırlar (217). Sonuç olarak kötü muameleye uğrayan çocuklar duygu düzenlemede güçlükler yaşayabilmekte ve kendine zarar vermeyi bir duygu düzenleme stratejisi olarak sıklıkla kullanabilmektedirler. Çalışmamızda tüm örnekleme sırasıyla diğer sık kullanılan işlevler kendini cezalandırma (%92,3), sıkıntıyı etiketleme (%89,7), çözülmeyi önleme (%87,2) olup en az kullanılan işlev ise akranlarla bağ kurma (%15,4) işlevi olduğu bulunmuştur.

İzmir’de liseye giden ergenlerde KZVD özelliklerinin incelendiği bir çalışmada, ergenler arasında en sık kullanılan kendine zarar verme işlevlerinin sırasıyla affekt regülasyonu, sıkıntıyı etiketleme ve kendini cezalandırma olduğu bildirilmiştir (212). Genel olarak sık kullanılan işlevler çalışmamızla tutarlı olup, çalışmamızda kendini cezalandırma işlevinin sıkıntıyı etiketleme işlevinden daha sık kullanıldığı bulunmuştur. Kendini cezalandırma işlevinin, kişinin kendisine yönelik öfke veya aşağılama duygusunun bir ifadesi olabileceğinden bahsedilmektedir (116). Çocuklukta kötü muameleye maruz kalma ile çocukluk ve yetişkinlik döneminde düşük benlik saygısı arasında ilişki olduğunu bildiren farklı çalışmalar mevcuttur (88, 218, 219). Olgu grubundaki ergenlerin en az bir tür kötü muameleye uğradıklarını bildirdikleri göz önüne alınınca dolaylı olarak benlik saygısının daha düşük olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca yaşamış oldukları veya hala sürmekte olan kötü muamele sebebiyle kendilerini suçlama, cezayı hak etme gibi olumsuz kendilik algılarına sahip olabilecekleri ve beraberinde sıklıkla eşlik eden kendinden nefret etme ve çaresizlik duyguları (125) sebebiyle kendilerini cezalandırma amacıyla kendilerini yaralayabilecekleri düşünülmüştür.

Kişilerarası etkileşim, kişinin kendine zarar vererek yardım aramasını veya çevresindeki insanları manipüle ederek kazanç elde etmesini sağlayan KZVD işlevidir (116). Kendine zarar veren ergenlerle yapılan bir çalışmada, kişilerarası etkileşim, intikam alma ve çözülmeyi önleme işlevleri kızlarda anlamlı olarak daha yaygın bulunmuştur (220). Ülkemizde üniversite

öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise sadece intikam alma işlevinin kızlarda anlamlı olarak daha yaygın olduğu bulunmuştur (221). Çalışmamızda ise kişilerarası etkileşim ve intikam alma işlevlerinin kızlar tarafından anlamlı şekilde daha yaygın olarak kullanıldığı bulunmuş olup literatürle uyumlu bulunmuştur.

İstismar ve ihmale uğrayanların bir kısmında kötü muamelenin olumsuz etkilerinin gözlemlenmemesi psikolojik dayanıklılık (*resilience*) kavramıyla açıklanmaktadır. Bireyler, kendilerini tehdit altında hissettiklerinde veya stresli durumlarla karşı karşıya kaldıklarında çeşitli baş etme stratejileri kullanırlar ve aktif başa çıkma stratejilerinin kullanımı dayanıklılıkla ilişkilendirilmektedir (218, 222). Çalışmamızda olgu grubunun olumsuz ve kaçınan başa çıkma stratejilerini kontrol grubundan daha fazla kullandığı, kontrol grubunun ise aktif başa çıkma stratejilerini daha yaygın kullandığı bulunmuştur. Bir grup öğrenciyle yapılan bir çalışmada aktif başa çıkma stratejilerini daha fazla kullananların, olumsuz ve kaçınan başa çıkma stratejilerini daha fazla kullananlara göre daha az ruh sağlığı sorunu yaşadıkları bulunmuştur (223). Başka bir çalışmada cinsel istismara uğramış ergenlerin farklı bir stresli yaşam olayı yaşamış akranlarına göre kaçınan başa çıkma stratejisini, herhangi bir stresli yaşam olayı tariflemeyen ergenlerin ise aktif başa çıkma stratejilerini daha yaygın kullandıkları belirtilmiştir (224). Ülkemizde yapılan ve kötü muameleye uğramış çocukların kullandıkları başa çıkma stratejilerinin ruhsal bozukluk gelişimine aracılık etkisini inceleyen boylamsal bir çalışmada, psikolojik kötü muameleye uğrayan çocukların daha fazla kaçınan başa çıkma stratejilerini kullandıkları ve bunun da internalizan ve eksternalizan bozukluk gelişimini yordadığı ve kaçınan başa çıkma stratejisinin bu ilişkiye tam aracılık ettiği bulunmuştur (222). Kötü muamele gösteren ebeveynler genellikle duygusal katılımları düşük, düşmanca ve saldırganca bir tutum içinde olup çocuklarıyla etkileşim kurarken öfkeli konuşabilir, bağırabilir ve fiziksel tehdit veya saldırganlık sergileme gibi cezalandırıcı tutumlar içinde olabilirler. Aynı zamanda kötü muamele gösteren ebeveynler stresli durumlar karşısında uygun başa çıkma stratejilerini sergilemede yetersiz kalmaları ve çocuklarıyla kurdukları

etkileşimin tutarsızlık seviyesinin yüksek olması sebebiyle çocuk için doğru rol model olmakta zorlanabilirler. Tüm bunların sonucunda başına gelenleri değiştirme gücünün olmaması gibi öğrenilmiş çaresizlik duygularına yol açarak çocuğun adaptif baş etme becerilerinin gelişimini engellenebilir (225). Çalışmamızda ebeveyni tarafından kötü muameleye maruz kalan çocukların işlevsel olan aktif başa çıkma stratejisi yerine daha sık olarak işlevsel olmayan kaçınan ve olumsuz başa çıkma stratejilerini kullandıkları bulunmuş olup çalışmamızın bu açıdan literatürle tutarlı olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızın korelasyon analizlerinde literatürle uyumlu olarak fiziksel kötü muamele ile duygusal kötü muamele türleri arasında ilişki saptanmıştır (57, 226). Cinsel istismarın ise fiziksel ihmal dışında diğer travma alt türleriyle ilişkiselliği saptanamamış olup literatürde herhangi bir kötü muamele türünün izole olarak görülmesinin nadirliğinden ve atipik oluşundan bahsedilmektedir (13). Çalışmamızda cinsel istismar alt ölçeğinin kesme puanının üzerinde kalan katılımcılardan bazılarının süreğen ya da aileden veya akrabalarından birisi tarafından maruz kaldığı bir eylem yerine sürekli temasının olmadığı veya tanımadığı birisi tarafından ve tekrarlamayan şekilde yaşadıkları durumları bildirdikleri göz önüne alındığında cinsel istismarın diğer türlerden izole bir şekilde var olmasının bu durumla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı ve alt türlerden fiziksel ihmal, duygusal ihmal, duygusal istismar ve cinsel istismar ile KZVD arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişkili bulunmuştur. Yani çalışmamızın sonuçlarına göre çocukken maruz kalınan travmatik deneyimlerin şiddeti arttıkça KZVD'nin arttığı ve KZVD'nin fiziksel istismar dışındaki çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olduğu söylenebilir. Literatürde, kötü muamele türleri ve KZVD arasındaki ilişkiyle ilgili farklı veriler olmakla birlikte yapılan bir derleme çalışmasında ise duygusal ihmal dışında diğer türlerin KZVD ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (166). Başka bir çalışmada fiziksel ihmal, duygusal istismar ve cinsel istismarın KZVD ile ilişkili olduğu fakat fiziksel istismarın ilişkili bulunmadığı belirtilmiştir (85). Bunun yanı sıra KZVD ile fiziksel istismar arasında ilişki olduğunu bildiren bazı çalışmalar da bulunmaktadır (82, 84).

Çalışmamızda ÇÇTÖ toplam puanı ile DDGÖ arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Travma türlerinden ise sadece duygusal ihmalin KDDA ve DDGÖ ile pozitif yönde anlamlı ilişki içinde olduğu bulunmuştur. Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde maruz kalınan kötü muamelenin duygu düzenleme süreci üzerine etkisinin incelendiği 35 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analiz sonucunda, kötü muamelenin duygu düzenleme becerilerinde azalma ve duygu düzenlemede güçlükle ilişkili olduğu bildirilmiştir (98). Çocukluk istismarı türleri ve duygu düzenleme arasındaki ilişkinin araştırıldığı, yaş ortalaması 19 olan 912 kadın üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada, herhangi bir istismar türü bildiren katılımcıların duygu düzenlemede daha fazla güçlük yaşadıkları ve duygu düzenleme güçlüğü en fazla yordayan istismar türünün duygusal istismar olduğu belirtilmiştir (227). 6-12 yaş aralığındaki çocuklarla yapılan boylamsal bir çalışmada ise ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili bulunurken duygusal kötü muamelenin izole şekilde bulunduğu durumlarda duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisi gösterilememekle birlikte diğer türlerle bir arada olduğu durumlarda duygu düzenleme güçlüğü riskini arttırdığı belirtilmiştir (70).

Çalışmamızda ÇÇTÖ toplam puanı ile KDDA arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. ABD’de psikiyatri servisinde yatan ergenlerle yapılan bir çalışmada kimlik karmaşası ile fiziksel istismar haricinde diğer travma türleri arasında ve kimlik karmaşası ile toplam ÇÇTÖ puanı arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Ayrıca ilişki güçleri kıyaslandığında, kimlik karmaşası ile en az cinsel istismarın, en fazla ise ÇÇTÖ toplam puanının ilişkili olduğu belirtilmiştir (76). Ülkemizde üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada hem ÇÇTÖ puanının hem de ayrıca duygusal ihmal ve istismarın kimlik bocalamasını yordadığı bildirilmiştir (228). Literatürde çocukluk çağı travmalarıyla ergenlik döneminde kimlik karmaşası ilişkisini inceleyen yeterli çalışma bulunmamaktadır. Psikiyatrik rahatsızlığı olan ergenlerin, toplum örneklemelerine göre travmatik deneyime sahip olma ve kimlikle ilgili sorun yaşama olasılıkları daha yüksektir (76). Bu sebeple

çocukluk çağı travmaları ve kimlik gelişimi ilişkisiyle ilgili özellikle geniş klinik ergen örneklemelerinde daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda KDDA puanları arttıkça KZVD puanlarının arttığı gözlemlenmiştir. Kimlik oluşumu ve kimlikle ilgili problemler ile KZVD arasındaki ilişkiyi araştıran ve lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmanın sonucunda, KZVD ile kimlik sentezi arasında negatif ilişki ve KZVD ile kimlik karmaşası arasında pozitif ilişki olduğu belirtilmiştir (144).

Çalışmamızda DDGÖ ile KKDA arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Hem duygu düzenleme güçlüğü hem de kimlik karmaşası kavramları ilk kez borderline kişilik bozukluğunda (BKB) tanımlanmıştır. Bu kavramların BKB tanısı olmayan bireylerde de ilişkili olup olmadığını anlamaya yönelik yapılan bir çalışmada, katılımcılar BKB'si olanlar, BKB'si olmayan fakat herhangi bir psikiyatrik tanıyı karşılayanlar ve sağlıklılar olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Sonuç olarak tüm örneklemde ve her grup içinde duygu düzenleme güçlüğü ve kimlik karmaşası arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca duygu düzenleme güçlüğünün, kimlik karmaşasının önemli bir yordayıcısı olduğu ve bu değişkenler arasındaki ilişkinin tanıya özgü olmadığı belirtilmiştir (229). Ergenlik ve yetişkinlik dönemimde kimlik durumu ile duygu düzenleme arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, başarılı bir şekilde kimlik sentezi geliştiren grup en yüksek duygu farkındalığına sahip iken, en düşük duygu farkındalığı düzeyi ise kimlik karmaşası yaşayan grupta bulunmuştur (230).

Çalışmamızda kötü muameleye maruz kalan ergenlerde KZVD ve duygu düzenleme arasında ilişki bulunmuştur. Psikiyatri servisinde yatan ergenlerle yapılan bir çalışmada kötü muamelenin şiddeti, duygu düzenleme güçlüğü ve KZVD sıklığı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (125). Psikiyatri servisinde yatan ergenlerle yapılan başka bir çalışmada duygusal ve fiziksel kötü muamele ile KZVD arasındaki ilişkiye duygu düzenleme güçlüğünün aracılık ettiği gösterilmiştir (231). Lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise tüm istismar türleri ile KZVD arasındaki ilişkiye duygu düzenleme güçlüğünün aracılık ettiği gösterilmiştir (232).

Çalışmamızda, aktif başa çıkma stratejilerinin kullanımı ile ÇÇTÖ, KDDA, DDGÖ, KZVD arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır. Yani, sosyal destek alma, yardım isteme gibi çözüm odaklı baş etme yöntemlerini barındıran aktif başa çıkma becerilerinin az kullanılması daha fazla travmatik yaşantı, kimlik karmaşası, duygu düzenleme güçlüğü ve KZVD ile ilişkili olarak görünmektedir. Ayrıca KDDA ile kaçınan başa çıkma stratejileri, DDGÖ ile kaçınan ve olumsuz başa çıkma stratejileri arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Başa çıkma becerilerinin kimlik gelişimini olumlu ya da olumsuz etkilemesinin yanı sıra, kimliğin de belirli başa çıkma stratejilerini harekete geçirmek için bir iç kaynak olduğu, yani birbirlerini karşılıklı olarak etkiledikleri varsayılmaktadır (233). Uyumlu başa çıkma stratejileri ve kimlik oluşumunun birbirlerinin gelişimi teşvik ettiği, kaçınmacı baş çıkma stratejilerinin ise bireylerin kimlik alternatifleri hakkında endişelenmelerine ve düşünmelerine yol açtığı, bunun da kaçınan başa çıkma stratejilerine dönüştüğü bir kısır döngünün varlığından bahsedilmektedir (234).

İşlevsel başa çıkma becerilerinin edinimi tıpkı duygu düzenleme becerileri ve kimlik oluşumu gibi gelişimsel bir sürecin parçasıdır. Bu gelişimsel süreç erken yaşam dönemlerinde travmatik deneyimlerle sekteye uğradığında ve bu kötü deneyimlerin kaynağı özellikle çocuğun temel güven duygusunu beslemesi gereken, fiziksel ve ruhsal gelişimi için uygun ortamı sağlaması gereken bakım verenler olduğu zaman, çocuğun ruhsal gelişiminde aksamalar, gecikmeler olabilir. Yani çocukluk döneminde kötü muameleye maruz kalmak, kaotik aile ortamı, uygunsuz ebeveyn çocuk etkileşimi, yeterli sosyal desteğin olmaması gibi sebepler işlevsel olmayan baş etme stratejilerinin gelişimine neden olabilir. Aynı zamanda, aktif baş etme stratejilerini yeterince kullanamayan çocuklar kötü muamele açısından daha riskli olabilirler.

2000-2010 arasında yayımlanan, ergenlerde KZVD ve baş etme becerileriyle ilişkili çalışmaların alındığı meta-analiz çalışmasında, problem odaklı başa çıkma, destek arama gibi işlevsel baş etme stratejilerinin KZVD ile negatif ilişkili olduğu, duygu odaklı ve kaçınan başa çıkma gibi işlevsel olmayan baş etme stratejilerinin ise KZVD ile pozitif ilişkili olduğu sonucuna

varılmıştır (235). Başka bir çalışmada ise aktif baş etme stratejilerinin kullanılmasının psikolojik dayanıklılığı arttırdığı ve aynı zamanda psikolojik dayanıklılık arttıkça aktif baş etme stratejilerinin kullanımının arttığı belirtilmiştir (236). Çalışmamızda aktif baş etme stratejilerinin daha fazla kullanımının KZVD'den koruyucu olduğu, aktif baş etme stratejilerinin kullanımının azalması ve işlevsel olmayan baş etme stratejilerinin daha ön planda kullanılmasının ise KZVD ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızda, en az bir travma türüne maruz kalan ergenlerde KZVD'yi yordayan travma türlerini tespit etmek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizinde duygusal istismar toplam puanının bir birim artmasının KZVD riskini 1,3 kat, cinsel istismar toplam puanının bir birim artmasının ise KZVD riskini 3,65 kat arttırdığı bulunmuştur. Yakın tarihli bir meta-analiz çalışmasına dahil edilen 71 yayına ait verilerin analizi sonucunda, genel olarak çocuklukta kötü muamelenin KZVD ile ilişkili olduğu, kötü muamele alt türleri için etki büyüklüklerinin artan sırayla duygusal ihmal (1,84), fiziksel ihmal (2,22), fiziksel istismar (2,31), cinsel istismar (2,65), duygusal istismar (3,03) şeklinde olduğu bildirilmiştir (237). Çocuk ve ergen psikiyatri servisinde yatan 95 ergenle yapılan bir çalışmada çocuklukta cinsel ve duygusal istismar yaşamış olmak ile KZVD arasında ilişki saptanırken, fiziksel istismar ile KZVD arasında ilişki saptanamamıştır. Ayrıca tüm istismar alt türleri aynı anda incelendiğinde, sadece duygusal istismarın doğrudan KZVD ile ilişkili olduğu bulunmuştur (238). Ülkemizde liseye giden ergenlerle yapılan bir çalışmada tüm kötü muamele türlerinin KZVD gelişiminde etkili bulunduğu ve içlerinden en az katkıyı cinsel istismarın yaptığı belirtilmiştir (170). KZVD gelişiminde cinsel istismarın önemli bir risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar olmakla birlikte (239, 240) bir meta-analiz çalışması sonucunda cinsel istismarın KZVD gelişiminde etki boyutunun minimal olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada, her iki kavramın da psikiyatrik risk faktörlerinin benzer olmasına bağlı olarak bu risk faktörlerinin bazı çalışmalarda istatistiksel olarak kontrol edilmemesi sebebiyle cinsel istismarın KZVD gelişiminde daha büyük bir etkiye sahip gibi görünmesine yol açtığı belirtilmiştir (241). Çalışmamızda bu açıdan kontrolün sağlanmamış olması ve ayrıca farklı

boyutlarda cinsel istismara uğramasına rağmen psikolojik dayanıklılığı, sosyal desteği, uyum yeteneği gibi özellikleri daha iyi olduğu için psikiyatri başvurusu olmayan katılımcıların çalışmadan dışında kalmış olabileceği göz önüne alındığında cinsel istismarın diğer türlerden daha riskli olup olmadığı konusunda net bir çıkarım sağlanamamıştır. Duygusal istismarın ise en sık görülen ve en zor tanılanan istismar türü olması sebebiyle KZVD ile ilişkisinin anlaşılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

En az bir travma türüne maruz kalan ergenlerde KZVD'yi yordayan olası diğer faktörleri tespit etmek amacıyla yapılan çoklu lineer regresyon analizinde ise ÇÇTÖ ve kimlik karmaşasının KZVD riskini arttırdığı, aktif başa çıkma stratejilerinin kullanımının ise KZVD riskini azalttığı gösterilmiştir. Kötü muamele ve KZVD arasındaki ilişkiyi araştıran ve ilişkili 26 çalışmanın dahil edildiği bir derlemede, kötü muamele ile KZVD arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (242). Çevrimiçi yapılan ve KZVD ile ilgili web sitelerinden elde edilen verilerin incelendiği bir çalışmanın sonucunda, KZVD'nin kimlik karmaşasının bir belirtisi olabileceği, ergenlerin kimlik karmaşası içinde bocalarken, benlik kaybına karşı koyabilmek adına adeta sahte bir kimlik (ben kendime zarar veren biriyim) gibi KZVD'yi kullanabildikleri öne sürülmüştür (143). Lise öğrencileriyle yapılan boylamsal bir çalışmada, katılımcılara bir yıl ara (T1-T2) ile KZVD ve kimlik gelişimi ile ilgili ölçek doldurtulmuştur. Verilerin analizi sonucunda T1'deki kimlik sentezinin T2'deki KZVD'yi negatif olarak, T1'deki KZVD'nin ise T2'deki kimlik sentezini negatif olarak yordadığı bulunurken T1'deki kimlik karmaşasının, T2'deki KZVD'yi pozitif olarak ve T1'deki KZVD'nin, T2'deki kimlik karmaşasını pozitif olarak yordadığı bulunmuştur (243). Dolayısıyla kimlik gelişimi ve KZVD arasında karşılıklı bir ilişki var gibi görünmektedir.

Erikson'un psikososyal gelişim kuramına göre, kimlik oluşumunda çocuk ve ebeveyn arasındaki etkileşim, ebeveynlik tarzı gibi aile ortamıyla ilgili faktörlerin önemli bir rolü vardır. Duygusal istismar, birtakım durumlardan ziyade süreğen şekilde devam eden, çocuk ve ebeveyn arasındaki etkileşimin olumsuz özellikte olduğu bir ebeveyn davranış modelidir. Bu sebeple gelişimsel bir kavram olan kimlik oluşumunu olumsuz

etkileyebileceği düşünülebilir. Çalışmamızda duygusal istismar ile kimlik karmaşası arasındaki ilişki gösterilememiştir. Örneklemimizin psikiyatrik tanıları olan ergenlerden oluşması ve kimlik karmaşasının psikiyatrik rahatsızlıklarla sık birliktelik göstermesinin buna yol açmış olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda her ne kadar duygusal istismar ve kimlik karmaşası arasındaki ilişki gösterilememiş olsa da kendine zarar vermeye giden süreçte her iki kavramın da etkisi olduğu bulunmuştur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1 Çalışmanın Sonuçları

Olgu grubunda, sigara kullanımı, intihar girişimi, parçalanmış aile yapısı ile babalarında tıbbi ve psikiyatrik rahatsızlığa sahip olma durumu daha sık ve ortalama aylık gelir daha düşük saptanmıştır.

Olgu grubunda kontrol grubuna göre duygu düzenleme güçlüğü, kimlik karmaşası ve kendine zarar verme sıklığı daha fazla olup cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanamamıştır.

Olgu grubunda en sık görülen kötü muamele türü duygusal istismar iken bunu azalan sırayla duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar izlemektedir.

Olgu grubunun %80'inin, kontrol grubunun ise %40'ının değişen düzeylerde kimlik karmaşası yaşadığı tespit edilmiştir.

Olgu grubunda KZVD sıklığı %75 iken olgu ve kontrol grubu birlikte ele alındığı klinik ergen örneklemimizde KZVD sıklığı %51,8 olarak bulunmuştur. Olgu grubunda en sık kullanılan yöntemler sırasıyla yaranın iyileşmesine engel olma, kendini bir yere çarpma/vurma, kendini kesmedir. Tırnaklama yöntemi kızlarda anlamlı olarak daha sık görülürken diğer türler açısından cinsiyetler arasında fark saptanamamıştır. Olgu grubunda en sık kullanılan KZVD işlevleri sırasıyla affekt regülasyonu, kendini cezalandırma ve sıkıntıyı

etiketlemedir. Kişilerarası etkileşim ve intikam alma işlevlerinin kullanımı kızlarda anlamlı olarak daha sıktır.

Kaçınan ve olumsuz başa çıkma stratejileri puanları olgu grubunda daha yüksek iken aktif başa çıkma puanları kontrol grubunda daha yüksek olarak saptanmıştır.

Fiziksel kötü muamele ve duygusal kötü muamele türleri arasında ve cinsel istismar ile fiziksel ihmal arasında ilişki saptanmıştır. Kimlik karmaşası ile sadece duygusal ihmal arasında ilişki saptanmıştır. Duygu düzenleme güçlüğü ile sadece duygusal ihmal arasında ilişki saptanmıştır. KZVD ile fiziksel istismar hariç diğer kötü muamele türleri arasında ilişki saptanmıştır.

ÇÇTÖ toplam puanı ile duygu düzenleme güçlüğü, kimlik karmaşası, KZVD toplam puanları, kaçınan ve olumsuz başa çıkma stratejileri puanları arasında pozitif yönde ve aktif başa çıkma stratejileri puanı arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır.

KZVD toplam puanları ile ÇÇTÖ, duygu düzenleme güçlüğü, kimlik karmaşası, olumsuz başa çıkma stratejileri puanları arasında pozitif yönde ve aktif başa çıkma stratejileri puanı arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır.

Kimlik karmaşası ile duygu düzenleme güçlüğü arasında karşılıklı ilişki saptanmıştır.

KZVD'yi yordayan çocukluk çağı travmalarını tespit edebilmek amacıyla kurulan modelde, duygusal istismar ve cinsel istismar ile KZVD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca KZVD ile ilişkili olduğu saptanan ve normal dağılan değişkenlerle kurulan diğer modele göre duygusal istismarın ve kimlik karmaşasının KZVD riskini arttırdığı ve aktif başa çıkma stratejilerinin ise KZVD riskini azalttığı tespit edilmiştir.

6.2 Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızda sağlıklı kontrol grubunun olmaması, kullanılan ölçeklerin öz bildirim dayalı olması, örneklemin görece küçük olması verilerin yorumlanmasında kısıtlılık oluşturmuştur. Örneklemin klinik popülasyondan oluşması sonuçların genellenmesini engellemektedir

ÇÇTÖ öz bildirim dayalı bir tarama ölçeğidir ve çocukluk travmasını değerlendirmede tek başına kullanımı altın standart olmayıp olgunun klinisyen tarafından bütüncül şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Yapılandırılmış başka bir yöntemle daha detaylı bir değerlendirilme yapılmamış olması çalışmamızın bir diğer kısıtlılığıdır.

6.3 Öneriler

Literatüre bakıldığında çocukluk çağı travmaları konusunda ergen yaş grubunda klinik örneklem ile yapılmış çalışmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Çocukluk çağı travmalarının gerek ruhsal bozukluklar için yatkınlaştırıcı ve tetikleyici özelliklerinin olması, gerekse hali hazırda devam etmekte olan istismar ve/veya ihmalin psikiyatrik rahatsızlıklar için sürdürücü olabilmesi nedeniyle polikliniğe başvuran her ergen için özellikle bireysel, ailesel ve çevresel risk faktörleri belirginse mutlaka akla gelmesinin ve olguların bu açıdan da ele alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda özellikle duygusal istismar ve ihmalin klinik popülasyonda yaygınlığı dikkat çekicidir. Duygusal istismar ve ihmal genellikle beraber görülmekle birlikte kesitsel görüşmelerde fark edilme ihtimallerinin düşük olması nedeniyle klinisyenlerin bu açıdan daha dikkatli olması önerilir.

Ergenlik döneminin kimlik gelişimi açısından dinamik bir dönem olduğu akılda tutulmalı, kimlik karmaşasının psikiyatrik rahatsızlığı olan ergenlerde daha yaygın olmakla birlikte daha şiddetli kimlik karmaşası yaşayan ergenlerde mutlaka geçmişte yaşadığı veya hala sürmekte olan istismar ve/veya ihmal açısından ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir.

Klinik örneklemede KZVD sıklığının göz ardı edilemeyecek kadar yüksek olduğu göz önüne alınarak psikiyatrik takibi olan ergenlerde mutlaka sorgulanmalı ve kendine zarar verenler başta duygusal ve cinsel istismar olmak üzere kötü muamele açısından da değerlendirilmelidir. Aynı zamanda tekrarlayan intihar girişimleri olan ergenlerde de kötü muameleye maruziyetin olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Son olarak çocuk ve ergenlerin psikolojik dayanıklılığını arttırmak için uygun duygu düzenleme becerileri ve işlevsel başa çıkma becerilerinin gelişiminin aile ve okul ortamında desteklenmesi ve ihtiyaç duyan ebeveynlere bu alanda rehberlik edilmesi gerektiği düşünülmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Tıraşçı, Y. and S. Gören, *Çocuk istismarı ve ihmali*. Dicle Tıp Dergisi, 2007. **34**(1): p. 70-74.
2. Sabatier, C., et al., *Emotion Regulation in Children and Adolescents: concepts, processes and influences*. Psicología desde el Caribe, 2017. **34**(1): p. 101-110.
3. Branje, S., et al., *Dynamics of identity development in adolescence: A decade in review*. Journal of Research on Adolescence, 2021. **31**(4): p. 908-927.
4. Hawton, K., K.E. Saunders, and R.C. O'Connor, *Self-harm and suicide in adolescents*. The Lancet, 2012. **379**(9834): p. 2373-2382.
5. Layne, C.M., et al., *Cumulative trauma exposure and high risk behavior in adolescence: Findings from the National Child Traumatic Stress Network Core Data Set*. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2014. **6**(S1): p. S40.
6. Carr, C.P., et al., *The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes*. The Journal of nervous and mental disease, 2013. **201**(12): p. 1007-1020.
7. Arias, I., et al., *Child maltreatment surveillance; uniform definitions for public health and recommended data elements*. 2008.
8. Taner, Y. and B. Gökler, *Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri*. Acta Medica, 2004. **35**(2): p. 82-86.
9. Jain, A.M., *Emergency department evaluation of child abuse*. Emerg Med Clin North Am, 1999. **17**(3): p. 575-93, v.
10. Irmak, T.Y., *Çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ve dayanıklılıkla ilişkili faktörler*. Ege Üniversitesi, 2008.

11. Yılmaz, G., et al., *Bir çocuk istismarı vakası*. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2003. **46**(4): p. 295-298.
12. Kara, B., Ü. Biçer, and A.S. Gökalp, *Çocuk istismarı*. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2004. **47**(2): p. 140-51.
13. Higgins, D.J. and M.P. McCabe, *Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults*. Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect, 2000. **9**(1): p. 6-18.
14. Chartier, M.J., J.R. Walker, and B. Naimark, *Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization*. Child abuse & neglect, 2010. **34**(6): p. 454-464.
15. Bernstein, D.P., et al., *Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire*. Child abuse & neglect, 2003. **27**(2): p. 169-190.
16. Taillieu, T.L., et al., *Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States*. Child abuse & neglect, 2016. **59**: p. 1-12.
17. Gilbert, R., et al., *Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries*. The lancet, 2009. **373**(9657): p. 68-81.
18. Kessler, R.C., et al., *Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys*. The British journal of psychiatry, 2010. **197**(5): p. 378-385.
19. Roche, A.J., et al., *The work of Ambroise Tardieu: the first definitive description of child abuse*. Child Abuse & Neglect, 2005. **29**(4): p. 325-334.
20. Dykes, L.J., *The whiplash shaken infant syndrome: what has been learned?* Child abuse & neglect, 1986. **10**(2): p. 211-221.
21. Aral, N., *Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı*. Milli Eğitim Dergisi, 2001: p. 1-5.
22. UNİCEF, *Çocuk haklarına dair sözleşme*. 2020.
23. Organization, W.H., *Child Maltreatment*. 2020.

24. Organization, W.H., *Child Maltreatment*. 2022.
25. World Health Organization, W., *Child Maltreatment 2021*. 2023, U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau.
26. Cicchetti, D. and M. Lynch, *Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment*. 1995.
27. Topbaş, M., *İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı*. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2004. **3**(4): p. 76-80.
28. Zoroglu, S.S., et al., *Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları1/Probable results of childhood abuse and neglect*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001. **2**(2): p. 69.
29. Sedlak, A.J., et al., *Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4)*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2010. **9**: p. 6-7.
30. UNİCEF, *Türkiye'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması özet rapor*. Ankara: Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yayınları, 2010.
31. Örsel, S., et al., *Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi*. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2011. **12**(2).
32. Sofuoğlu, Z., et al., *Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması*. Türk Pediatri Arşivi, 2014. **49**(1): p. 47-56.
33. Koc, E.M., et al., *Exploring prevalence of child abuse: use of ICAST-retrospective instrument with the first year medical students in a university*. Konuralp Medical Journal, 2018. **10**(1): p. 7-12.
34. American Psychiatric Association, *Ruhsal Bozuldukların Tanı-sal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*. 2013.

35. World Health Organization, *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. 2006: World Health Organization.
36. Flaherty, E.G., et al., *The pediatrician's role in child maltreatment prevention*. Pediatrics, 2010. **126**(4): p. 833-841.
37. Christian, C.W., et al., *The evaluation of suspected child physical abuse*. Pediatrics, 2015. **135**(5): p. e1337-e1354.
38. Yurdakök, K. and O. İnce, *Duygusal istismar ve ihmal*. Katkı Pediatri Dergisi, 2010. **32**(4): p. 423-433.
39. Pro, P., *Child abuse and neglect by parents and other caregivers*. 2002.
40. Sofuoğlu, Z., G. Sarıyer, and M.G. Ataman, *Child maltreatment in Turkey: comparison of parent and child reports*. Central European journal of public health, 2016. **24**(3): p. 217-222.
41. Dağll, F.Ş., *Fiziksel ceza ve çocuk üzerine etkileri*. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2017. **11**(2).
42. Ulukol, B., et al., *Adverse childhood experiences survey among university students in Turkey: study report 2013*. 2014.
43. Hillis, S., et al., *Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates*. Pediatrics, 2016. **137**(3).
44. Theoklitou, D., N. Kabitsis, and A. Kabitsi, *Physical and emotional abuse of primary school children by teachers*. Child abuse & neglect, 2012. **36**(1): p. 64-70.
45. Sebre, S., et al., *Cross-cultural comparisons of child-reported emotional and physical abuse: Rates, risk factors and psychosocial symptoms*. Child Abuse & Neglect, 2004. **28**(1): p. 113-127.
46. Bifulco, A., et al., *Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression*. Bull Menninger Clin, 2002. **66**(3): p. 241-58.

47. Glaser, D., *Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework*. Child Abuse Negl, 2002. **26**(6-7): p. 697-714.
48. Iwaniec, D., *Identifying and dealing with emotional abuse and neglect*. Child Care in Practice, 2003. **9**(1): p. 49-61.
49. Lynch, M., et al., *National study on violence against children in Georgia*. 2007, Tbilisi: Unicef Georgia.
50. Deb, S. and S. Modak, *Prevalence of violence against children in families in Tripura and its relationship with socio-economic factors*. J Inj Violence Res, 2010. **2**(1): p. 5-18.
51. Egeland, B., *Taking stock: childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology*. Child abuse & neglect, 2009. **33**(1): p. 22-26.
52. Sar, V., *Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar [Problems regarding abuse and neglect]*, in *Psiyatri Temel Kitabı [The handbook psychiatry]*. 1998, Hekimler Yayın Birliği Press Ankara. p. 823-833.
53. Stoltenborgh, M., M.J. Bakermans-Kranenburg, and M.H. Van Ijzendoorn, *The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 2013. **48**: p. 345-355.
54. Kobulsky, J.M., H. Dubowitz, and Y. Xu, *The global challenge of the neglect of children*. Child Abuse & Neglect, 2020. **110**: p. 104296.
55. Wright, M.O., E. Crawford, and D. Del Castillo, *Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas*. Child Abuse Negl, 2009. **33**(1): p. 59-68.
56. Loughan, A. and R. Perna, *Neurocognitive impacts for children of poverty and neglect*. American Psychological Association, 2012.
57. Sadock, B., *Problems related to abuse and neglect*. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Cancro R (ed), Baltimore. Lippincott Williams & Wilkins, 2004: p. 370-376.

58. Erdoğan, A., *Pedofili: klinik özellikleri, nedenleri ve tedavisi*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2010. **2**(2): p. 132-160.
59. World Health Organization, *Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva*. 1999, World Health Organization.
60. İşeri, E., S. Acar, and A. Bodur Şahin, *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. 2008.
61. Abbasi, M.A., et al., *Child maltreatment in the worldwide: A review article*. International Journal of Pediatrics, 2015. **3**(1): p. 353-365.
62. Çuhadaroglu, F., et al. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. 2008, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
63. Putnam, F.W., *Ten-year research update review: Child sexual abuse*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2003. **42**(3): p. 269-278.
64. Pereda, N., et al., *The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994)*. Child Abuse Negl, 2009. **33**(6): p. 331-42.
65. Öztop, D.B. and Ö.Ö. Özcan, *Cinsel İstismar Vak'alarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi*. 2008.
66. Göker, Z., et al., *Cinsel istismar mağduru olan çocukların başvuru şekilleri, klinik ve sosyodemografik özellikleri*. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2010. **17**(4): p. 15-21.
67. Zara-Page, A., *Çocuk cinsel istismarı: Cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri*. Türk Psikoloji Yazıları, 2004. **7**(13): p. 103-113.
68. Aktepe, E., *Çocukluk çağı cinsel istismarı*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2009. **1**(2): p. 95-119.
69. Cicchetti, D. and S.L. Toth, *A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1995. **34**(5): p. 541-65.
70. Kim, J. and D. Cicchetti, *Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and*

- psychopathology*. Journal of child psychology and psychiatry, 2010. **51**(6): p. 706-716.
71. Lang, C.M. and K. Sharma-Patel, *The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention*. Trauma, Violence, & Abuse, 2011. **12**(1): p. 23-37.
 72. Compas, B.E., et al., *Coping, Emotion Regulation and Psychopathology in Childhood and Adolescence: A Meta-Analysis and Narrative Review*. Psychological bulletin, 2017. **143**(9): p. 939.
 73. Weissman, D.G., et al., *Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology*. Dev Psychopathol, 2019. **31**(3): p. 899-915.
 74. Schachter, E.P., *Intergenerational, unconscious, and embodied: Three underdeveloped aspects of Erikson's theory of identity*. Identity, 2018. **18**(4): p. 315-324.
 75. Berman, S.L., *Identity and trauma*. Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment, 2016. **5**(2): p. 1-3.
 76. Penner, F., M. Gambin, and C. Sharp, *Childhood maltreatment and identity diffusion among inpatient adolescents: The role of reflective function*. J Adolesc, 2019. **76**: p. 65-74.
 77. Bentley, K.H., M.K. Nock, and D.H. Barlow, *The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research*. Clinical Psychological Science, 2014. **2**(5): p. 638-656.
 78. Ford, J.D. and J.M. Gómez, *The relationship of psychological trauma and dissociative and posttraumatic stress disorders to nonsuicidal self-injury and suicidality: A review*. Journal of trauma & dissociation, 2015. **16**(3): p. 232-271.
 79. Gratz, K.L., *Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review*. Clinical Psychology: Science and Practice, 2003. **10**(2): p. 192.

80. Yates, T.M., *The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation*. Clinical psychology review, 2004. **24**(1): p. 35-74.
81. Deiter, P.J., S.S. Nicholls, and L.A. Pearlman, *Self-injury and self capacities: Assisting an individual in crisis*. Journal of Clinical Psychology, 2000. **56**(9): p. 1173-1191.
82. Van der Kolk, B.A., J.C. Perry, and J.L. Herman, *Childhood origins of self-destructive behavior*. American journal of Psychiatry, 1991. **148**(12): p. 1665-1671.
83. Wiederman, M.W., R.A. Sansone, and L.A. Sansone, *Bodily self-harm and its relationship to childhood abuse among women in a primary care setting*. Violence Against Women, 1999. **5**(2): p. 155-163.
84. Yates, T.M., E.A. Carlson, and B. Egeland, *A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample*. Development and psychopathology, 2008. **20**(2): p. 651-671.
85. Glassman, L.H., et al., *Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism*. Behaviour research and therapy, 2007. **45**(10): p. 2483-2490.
86. Sanchis-Sanchis, A., et al., *Effects of age and gender in emotion regulation of children and adolescents*. Frontiers in psychology, 2020. **11**: p. 946.
87. Paulus, F.W., et al., *Emotional dysregulation in children and adolescents with psychiatric disorders. A narrative review*. Frontiers in psychiatry, 2021. **12**: p. 628252.
88. Gross, J.J., *The emerging field of emotion regulation: An integrative review*. Review of general psychology, 1998. **2**(3): p. 271-299.
89. McKenzie, K.C. and J.J. Gross, *Nonsuicidal self-injury: An emotion regulation perspective*. Psychopathology, 2014. **47**(4): p. 207-219.
90. Beauchaine, T.P., *Future directions in emotion dysregulation and youth psychopathology*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2015. **44**(5): p. 875-896.

91. Gratz, K.L. and L. Roemer, *Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale*. Journal of psychopathology and behavioral assessment, 2004. **26**: p. 41-54.
92. Cicchetti, D., B.P. Ackerman, and C.E. Izard, *Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology*. Development and psychopathology, 1995. **7**(1): p. 1-10.
93. Verzeletti, C., et al., *Emotion regulation strategies and psychosocial well-being in adolescence*. Cogent Psychology, 2016. **3**(1): p. 1199294.
94. D'Agostino, A., et al., *Reconsidering emotion dysregulation*. Psychiatric Quarterly, 2017. **88**: p. 807-825.
95. Zeman, J., et al., *Emotion regulation in children and adolescents*. J Dev Behav Pediatr, 2006. **27**(2): p. 155-68.
96. Eisenberg, N., et al., *Mothers' Emotional Expressivity and Children's Behavior Problems and Social Competence: Mediation Through Children's Regulation*. Developmental Psychology, 2001. **37**(4): p. 475-490.
97. Cicchetti, D., *Child maltreatment: Implications for developmental theory and research*. Human Development, 1996. **39**(1): p. 18-39.
98. Gruhn, M.A. and B.E. Compas, *Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review*. Child Abuse Negl, 2020. **103**: p. 104446.
99. Compas, B.E., et al., *Coping With Stress During Childhood and Adolescence: Problems, Progress, and Potential in Theory and Research*. Psychological Bulletin, 2001. **127**(1): p. 87-127.
100. Spirito, A., L.J. Stark, and V.L. Tyc, *Stressors and coping strategies described during hospitalization by chronically ill children*. Journal of Clinical Child Psychology, 1994. **23**(3): p. 314-322.
101. Bedel, A. and E. Ulubey, *ERGENLERDE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİNİ AÇIKLAMADA BİLİŞSEL ESNEKLİĞİN ROLÜ*. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 2015. **14**(55): p. 291-300.

102. Berman, S.L., M.J. Montgomery, and K. Ratner, *Trauma and identity: A reciprocal relationship?* 2020, Elsevier. p. 275-278.
103. Meeus, W., et al., *On the progression and stability of adolescent identity formation: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescence.* Child development, 2010. **81**(5): p. 1565-1581.
104. Erikson, E.H., *Identity Youth and Crisis.* 1968: W. W. Norton.
105. Schwartz, S.J., et al., *Measuring identity from an Eriksonian perspective: Two sides of the same coin?* Journal of personality assessment, 2009. **91**(2): p. 143-154.
106. Dereboy, İ.F. and Ç. Dereboy, *Batılılaşma ve Kimlik Direnci: Psikososyal Bir Yaklaşım.* Cumhuriyet, demokrasi, kimlik, 1997: p. 409-429.
107. Nock, M.K. and A.R. Favazza, *Nonsuicidal self-injury: Definition and classification.* 2009.
108. Favazza, A.R., *The coming of age of self-mutilation.* The Journal of nervous and mental disease, 1998. **186**(5): p. 259-268.
109. 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.
110. Klonsky, E.D. and T.M. Olino, *Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis.* Journal of consulting and clinical psychology, 2008. **76**(1): p. 22.
111. Favazza, A.R. and K. Conterio, *The plight of chronic self-mutilators.* Community Mental Health Journal, 1988. **24**: p. 22-30.
112. Whitlock, J., J. Eckenrode, and D. Silverman, *Self-injurious behaviors in a college population.* Pediatrics, 2006. **117**(6): p. 1939-1948.
113. 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**: p. 447-457.

114. Briere, J. and E. Gil, *Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions*. Am J Orthopsychiatry, 1998. **68**(4): p. 609-20.
115. Wilkinson, P. and I. Goodyer, *Non-suicidal self-injury*. European child & adolescent psychiatry, 2011. **20**: p. 103-108.
116. Klonsky, E.D., *The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence*. Clin Psychol Rev, 2007. **27**(2): p. 226-39.
117. Ribeiro, J.D., et al., *Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies*. Psychological medicine, 2016. **46**(2): p. 225-236.
118. Carroll, R., et al., *Self-cutting and risk of subsequent suicide*. Journal of affective disorders, 2016. **192**: p. 8-10.
119. Hargus, E., K. Hawton, and K. Rodham, *Distinguishing between subgroups of adolescents who self-harm*. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2009. **39**(5): p. 518-537.
120. Hasking, P., et al., *A cognitive-emotional model of NSSI: Using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure*. Cognition and Emotion, 2017. **31**(8): p. 1543-1556.
121. Wilkinson, P.O., et al., *Age and gender effects on non-suicidal self-injury, and their interplay with psychological distress*. Journal of affective disorders, 2022. **306**: p. 240-245.
122. Casey, B.J., S. Getz, and A. Galvan, *The adolescent brain*. Developmental review, 2008. **28**(1): p. 62-77.
123. Plener, P.L., et al., *The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature*. Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 2015. **2**: p. 1-11.
124. Moran, P., et al., *The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study*. The Lancet, 2012. **379**(9812): p. 236-243.

125. Peh, C.X., et al., *Emotion dysregulation as a mechanism linking child maltreatment exposure and self-harm behaviors in adolescents*. Child abuse & neglect, 2017. **67**: p. 383-390.
126. Muehlenkamp, J.J., et al., *International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2012. **6**(1): p. 10.
127. Swannell, S.V., et al., *Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression*. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2014. **44**(3): p. 273-303.
128. Whitlock, J., et al., *Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults*. Journal of adolescent health, 2013. **52**(4): p. 486-492.
129. Rodham, K., K. Hawton, and E. Evans, *Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2004. **43**(1): p. 80-87.
130. Gratz, K.L., S.D. Conrad, and L. Roemer, *Risk factors for deliberate self-harm among college students*. Am J Orthopsychiatry, 2002. **72**(1): p. 128-40.
131. Klonsky, E.D., T.F. Oltmanns, and E. Turkheimer, *Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates*. Am J Psychiatry, 2003. **160**(8): p. 1501-8.
132. Bresin, K. and M. Schoenleber, *Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis*. Clin Psychol Rev, 2015. **38**: p. 55-64.
133. Sornberger, M.J., et al., *Nonsuicidal self-injury and gender: patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents*. Suicide Life Threat Behav, 2012. **42**(3): p. 266-78.
134. Barrocas, A.L., et al., *Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample*. Pediatrics, 2012. **130**(1): p. 39-45.

135. Favazza, A.R. and R.J. Rosenthal, *Diagnostic issues in self-mutilation*. Hosp Community Psychiatry, 1993. **44**(2): p. 134-40.
136. Klonsky, E.D. and C.R. Glenn, *Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS)*. J Psychopathol Behav Assess, 2009. **31**(3): p. 215-219.
137. Nock, M.K. and M.J. Prinstein, *A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior*. Journal of consulting and clinical psychology, 2004. **72**(5): p. 885.
138. Robinson, K., et al., *Reciprocal risk: The longitudinal relationship between emotion regulation and non-suicidal self-injury in adolescents*. Journal of abnormal child psychology, 2019. **47**: p. 325-332.
139. Wolff, J.C., et al., *Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis*. European Psychiatry, 2019. **59**: p. 25-36.
140. Yurkowski, K., et al., *Emotion dysregulation mediates the influence of relationship difficulties on non-suicidal self-injury behavior in young adults*. Psychiatry research, 2015. **228**(3): p. 871-878.
141. Turner, B.J., A.L. Chapman, and B.K. Layden, *Intrapersonal and interpersonal functions of non suicidal self-injury: Associations with emotional and social functioning*. Suicide and life-threatening behavior, 2012. **42**(1): p. 36-55.
142. Podvoll, E.M., *Self-mutilation within a hospital setting: a study of identity and social compliance*. Br J Med Psychol, 1969. **42**(3): p. 213-21.
143. Breen, A.V., S.P. Lewis, and O. Sutherland, *Brief report: Non-suicidal self-injury in the context of self and identity development*. Journal of Adult Development, 2013. **20**: p. 57-62.
144. Claes, L., K. Luyckx, and P. Bijttebier, *Non-suicidal self-injury in adolescents: Prevalence and associations with identity formation*

- above and beyond depression*. Personality and individual differences, 2014. **61**: p. 101-104.
145. Luyckx, K., et al., *Non-suicidal self-injury in high school students: Associations with identity processes and statuses*. Journal of Adolescence, 2015. **41**: p. 76-85.
146. Bernstein, D.P., et al., *Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1997. **36**(3): p. 340-348.
147. Sar, V., E. Öztürk, and E. İkikardes, *Cocukluk Cagi Ruhsal Travma Ölceginin Türkce Uyarlamasinin Gecerlilik ve Güvenilirliigi/Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire*. Türkiye Klinikleri. Tip Bilimleri Dergisi, 2012. **32**(4): p. 1054.
148. Spirito, A., L.J. Stark, and C. Williams, *Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations*. J Pediatr Psychol, 1988. **13**(4): p. 555-74.
149. Bedel, A., E. Işık, and E. Hamarta, *Psychometric Properties of the KIDCOPE in Turkish Adolescents*. Education & Science/Egitim ve Bilim, 2014. **39**(176).
150. Yiğit, İ. and M. Guzey Yiğit, *Psychometric properties of Turkish version of difficulties in emotion regulation scale-brief form (DERS-16)*. Current Psychology, 2019. **38**: p. 1503-1511.
151. Demir, H.K., F. Dereboy, and Ç. Dereboy, *GenÇlerde Kimlik Bocalaması ve Psikopatoloji*. Turk Psikiyatri Dergisi, 2009. **20**(3).
152. Doğru, B.K.D.D.A., et al., *OZDEGER DUYGUSU, OZ İMGESİ VE KİMLİK DUYGUSU-II*.
153. Bildik, T., et al., *Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanterinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Türk Psikiyatri Dergisi, 2013. **24**(1): p. 49-57.
154. Tabachnick, B.G., L.S. Fidell, and J.B. Ullman, *Using multivariate statistics*. Vol. 6. 2013: pearson Boston, MA.

155. Witte, S., J.M. Fegert, and S. Walper, *Risk of maltreatment for siblings: Factors associated with similar and different childhood experiences in a dyadic sample of adult siblings*. Child abuse & neglect, 2018. **76**: p. 321-333.
156. Mersky, J.P., et al., *Risk factors for child and adolescent maltreatment: a longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth*. Child Maltreat, 2009. **14**(1): p. 73-88.
157. Jaudes, P.K. and L. Mackey-Bilaver, *Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated?* Child Abuse Negl, 2008. **32**(7): p. 671-81.
158. Svensson, B., C.G. Bornehag, and S. Janson, *Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse—but vary with socio-economic circumstances*. Acta Paediatrica, 2011. **100**(3): p. 407-412.
159. Cicchetti, D. and E.D. Handley, *Child maltreatment and the development of substance use and disorder*. Neurobiology of stress, 2019. **10**: p. 100144.
160. Tonmyr, L., et al., *A review of childhood maltreatment and adolescent substance use relationship*. Current Psychiatry Reviews, 2010. **6**(3): p. 223-234.
161. Anda, R.F., et al., *Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood*. Jama, 1999. **282**(17): p. 1652-1658.
162. Schaeffer, N.C., *Asking questions about threatening topics: A selective overview*. The science of self-report: Implications for research and practice, 2000: p. 105-121.
163. Moran, P.B., S. Vuchinich, and N.K. Hall, *Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence*. Child abuse & neglect, 2004. **28**(5): p. 565-574.
164. Angelakis, I., E.L. Gillespie, and M. Panagioti, *Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis*. Psychological medicine, 2019. **49**(7): p. 1057-1078.

165. Hoertel, N., et al., *Childhood maltreatment and risk of suicide attempt: a nationally representative study*. The Journal of clinical psychiatry, 2015. **76**(7): p. 2571.
166. Liu, J., et al., *Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: A meta-analysis*. Journal of Affective Disorders, 2017. **220**: p. 147-155.
167. Gong, M., et al., *Association between Childhood Maltreatment and Suicidal Ideation and Suicide Attempts among Chinese Adolescents: The Moderating Role of Depressive Symptoms*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020. **17**(17): p. 6025.
168. Ystgaard, M., et al., *Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior?* Child Abuse Negl, 2004. **28**(8): p. 863-75.
169. Vajda, J. and K. Steinbeck, *Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2000. **34**(3): p. 437-445.
170. Zoroglu, S.S., et al., *Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation*. Psychiatry Clin Neurosci, 2003. **57**(1): p. 119-26.
171. Armistead, L., K. Klein, and R. Forehand, *Parental physical illness and child functioning*. Clinical Psychology Review, 1995. **15**(5): p. 409-422.
172. Chiang, C.-J., M. Jonson-Reid, and B. Drake, *Caregiver physical health and child maltreatment reports and rereports*. Children and Youth Services Review, 2020. **108**: p. 104671.
173. Chaffin, M., K. Kelleher, and J. Hollenberg, *Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data*. Child Abuse & Neglect, 1996. **20**(3): p. 191-203.
174. De Bellis, M.D., et al., *Psychiatric co-morbidity in caregivers and children involved in maltreatment: a pilot research study with policy implications*. Child Abuse Negl, 2001. **25**(7): p. 923-44.

175. Sidebotham, P. and J. Heron, *Child maltreatment in the "children of the nineties": A cohort study of risk factors*. Child Abuse & Neglect, 2006. **30**(5): p. 497-522.
176. Walsh, C., H. MacMillan, and E. Jamieson, *The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: Findings from the Ontario Health Supplement*. Child abuse & neglect, 2002. **26**(1): p. 11-22.
177. Brown, J., et al., *A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect*. Child Abuse Negl, 1998. **22**(11): p. 1065-78.
178. Özcan, Ç., R.Ü. Saç, and M.A. Taşar, *İstismara uğradığını belirten ergenlerin sosyodemografik özellikleri*. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2017. **12**(1): p. 18-25.
179. Oral, R., et al., *Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases*. Child abuse & neglect, 2001. **25**(2): p. 279-290.
180. Kotch, J.B., et al., *Risk of child abuse or neglect in a cohort of low-income children*. Child abuse & neglect, 1995. **19**(9): p. 1115-1130.
181. Maguire-Jack, K. and S.A. Font, *Community and individual risk factors for physical child abuse and child neglect: Variations by poverty status*. Child maltreatment, 2017. **22**(3): p. 215-226.
182. Weissman, A.M., G.J. Jogerst, and J.D. Dawson, *Community characteristics associated with child abuse in Iowa*. Child Abuse & Neglect, 2003. **27**(10): p. 1145-1159.
183. Padilla-Moledo, C., J. Ruiz, and J. Castro-Piñero, *Parental educational level and psychological positive health and health complaints in Spanish children and adolescents*. Child: care, health and development, 2016. **42**(4): p. 534-543.
184. Najman, J.M., et al., *Timing and chronicity of family poverty and development of unhealthy behaviors in children: a longitudinal study*. Journal of Adolescent Health, 2010. **46**(6): p. 538-544.

185. Reiss, F., *Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review*. Social science & medicine, 2013. **90**: p. 24-31.
186. Kim, H. and B. Drake, *Child maltreatment risk as a function of poverty and race/ethnicity in the USA*. International journal of epidemiology, 2018. **47**(3): p. 780-787.
187. Cecen-Erogul, A.R., *Psychometric properties of Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire among adolescents with gender differences*. Psychology, 2012. **3**(10): p. 916-922.
188. Paivio, S.C. and K.M. Cramer, *Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample*. Child abuse & neglect, 2004. **28**(8): p. 889-904.
189. Alikasifoglu, M., et al., *Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey*. Child Abuse & Neglect, 2006. **30**(3): p. 247-255.
190. Mills, R., et al., *Child maltreatment and adolescent mental health problems in a large birth cohort*. Child Abuse Negl, 2013. **37**(5): p. 292-302.
191. Hagborg, J.M., T. Kalin, and A. Gerdner, *The Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF) used with adolescents - methodological report from clinical and community samples*. J Child Adolesc Trauma, 2022. **15**(4): p. 1199-1213.
192. Turhan, E., O. Sangun, and T. Inandi, *Birinci basamakta çocuk istismari ve önlenmesi*. Sted, 2006. **15**: p. 153-157.
193. Soylu, N., et al., *Gender differences in sexually abused children and adolescents: a multicenter study in Turkey*. Journal of child sexual abuse, 2016. **25**(4): p. 415-427.
194. Sobsey, D., W. Randall, and R.K. Parrila, *Gender differences in abused children with and without disabilities*. Child Abuse Negl, 1997. **21**(8): p. 707-20.

195. Saraçlı, Ö., et al., *Childhood trauma and suicide risk in the population living in Zonguldak Province*. Asia-Pacific Psychiatry, 2016. **8**(2): p. 136-144.
196. Giromini, L., et al., *Cultural adaptation of the difficulties in emotion regulation scale: reliability and validity of an Italian version*. J Clin Psychol, 2012. **68**(9): p. 989-1007.
197. Tull, M.T., et al., *A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms*. Behavior therapy, 2007. **38**(3): p. 303-313.
198. Rugancı, R.N. and T. Gençöz, *Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale*. J Clin Psychol, 2010. **66**(4): p. 442-55.
199. Berman, S.L., C.F. Weems, and V.F. Petkus, *The prevalence and incremental validity of identity problem symptoms in a high school sample*. Child Psychiatry Hum Dev, 2009. **40**(2): p. 183-95.
200. Wiley, R.E. and S.L. Berman, *Adolescent identity development and distress in a clinical sample*. Journal of clinical psychology, 2013. **69**(12): p. 1299-1304.
201. Türkbay, T., et al., *Ergenlerdeki kimlik bocalaması üzerine cinsiyetin etkisi*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2005. **12**(2): p. 69-74.
202. Köker, S., *Kimlik Duygularının Kazanılması Açısından Ergenlerin, Genç Yetişkinlerin ve Yetişkinlerin Karşılaştırılması*. 1997, Doktora Tezi, AÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
203. 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.
204. Saçarçelik, G., et al., *Evaluation of the relation between deliberate self-harm behavior and childhood trauma experiences in patients admitted to a secondary-care psychiatric outpatient clinic for adolescents and young adults*. Nöro Psikiyatri Arşivi, 2013. **50**(3): p. 222.

205. Brunner, R., et al., *Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents*. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 2007. **161**(7): p. 641-649.
206. Portzky, G. and K. van Heeringen, *Deliberate self-harm in adolescents*. Current Opinion in Psychiatry, 2007. **20**(4): p. 337-342.
207. Gillies, D., et al., *Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2018. **57**(10): p. 733-741.
208. Akdemir, D., et al., *Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde psikiyatrik belirtiler, kimlik karmaşası ve benlik saygısı*. Anatolian Journal Of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14 (1), 2013: p. 69-76.
209. Başay, B.K., et al., *Türk Örnekleminde Lise Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışının Doğası, İşlevleri ve İlişkili Risk Faktörleri*. Nöro Psikiyatri Arşivi, 2017.
210. Güngördü, E., *Kendine Zarar Verme Davranışı Bulunan Ergenlerde Akran Zorbalığı ve Ruhsal Tanıların Değerlendirilmesi*, in *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*. 2021, Harran Üniversitesi.
211. Lundh, L.G., J. Karim, and E. Quilisch, *Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory*. Scandinavian journal of psychology, 2007. **48**(1): p. 33-41.
212. Kabukçu Başay, B., *Lise öğrencilerinde kendine zarar verme davranışı*. 2011.
213. Favazza, A.R. and K. Conterio, *Female habitual self-mutilators*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1989. **79**(3): p. 283-289.
214. Sher, L. and B.H. Stanley, *The role of endogenous opioids in the pathophysiology of self-injurious and suicidal behavior*. Archives of Suicide Research, 2008. **12**(4): p. 299-308.

215. Çimen, İ.D., A. Coşkun, and N. Etiler, *Non-suicidal self-injury behaviors' features and relationship with adolescents' daily life activities and mental status*. Turkish journal of pediatrics, 2017. **59**(2).
216. Klonsky, E.D. and J.J. Muehlenkamp, *Self-injury: A research review for the practitioner*. Journal of clinical psychology, 2007. **63**(11): p. 1045-1056.
217. Lavi, I., et al., *The role of parental emotion reactivity and regulation in child maltreatment and maltreatment risk: A meta-analytic review*. Clinical Psychology Review, 2021. **90**: p. 102099.
218. Irmak, T.Y., *Çocuk İstismarı ve İhmalinin Ardından Dayanıklılık: Başa Çıkma Stratejilerinin Aracılık Etkisi*. Turk Psikoloji Dergisi, 2021. **37**(88).
219. Stern, A.E., et al., *Self esteem, depression, behaviour and family functioning in sexually abused children*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1995. **36**(6): p. 1077-1089.
220. Kostić, J., et al., *Nonsuicidal self-injury among adolescents in south-east Serbia*. International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine, 2019. **6**(4): p. 131-134.
221. Idig-Camuroglu, M. and Z.B. Gölge, *Non-suicidal self-injury among university students in Turkey: the effect of gender and childhood abuse*. Psychiatria Danubina, 2018. **30**(4): p. 410-420.
222. Arslan, G., *Psychological maltreatment, coping strategies, and mental health problems: A brief and effective measure of psychological maltreatment in adolescents*. Child Abuse & Neglect, 2017. **68**: p. 96-106.
223. Holen, S., et al., *Exploring the associations between coping patterns for everyday stressors and mental health in young schoolchildren*. Journal of School Psychology, 2012. **50**(2): p. 167-193.
224. Bal, S., et al., *Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents*. Child abuse & neglect, 2003. **27**(8): p. 883-897.

225. Milojevich, H.M., et al., *The role of maltreatment in the development of coping strategies*. Journal of Applied Developmental Psychology, 2018. **54**: p. 23-32.
226. Briere, J. and M. Runtz, *Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories*. Child Abuse Negl, 1990. **14**(3): p. 357-64.
227. Burns, E.E., J.L. Jackson, and H.G. Harding, *Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse*. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 2010. **19**(8): p. 801-819.
228. Demirkapı, E.Ş., *Çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme ve kimlik gelişimine etkisi ve bunların psikopatolojiler ile ilişkisi*. 2014, Adnan Menderes Üniversitesi.
229. Neacsiu, A.D., et al., *Identity disturbance and problems with emotion regulation are related constructs across diagnoses*. Journal of clinical psychology, 2015. **71**(4): p. 346-361.
230. Jankowski, P., *Identity status and emotion regulation in adolescence and early adulthood*. Polish Psychological Bulletin, 2013. **3**(44): p. 288-298.
231. Titelius, E.N., et al., *Emotion Dysregulation Mediates the Relationship Between Child Maltreatment and Non-Suicidal Self-Injury*. Journal of aggression, maltreatment & trauma, 2018. **27**(3): p. 323.
232. Andersson, H., et al., *Emotional dysregulation and trauma symptoms mediate the relationship between childhood abuse and nonsuicidal self-injury in adolescents*. Frontiers in psychiatry, 2022. **13**.
233. Berzonsky, M.D., *Identity style and coping strategies*. Journal of personality, 1992. **60**(4): p. 771-788.
234. Luyckx, K., et al., *Identity processes and coping strategies in college students: Short-term longitudinal dynamics and the role of personality*. Journal of youth and adolescence, 2012. **41**: p. 1226-1239.

235. Guerreiro, D.F., et al., *Association between deliberate self-harm and coping in adolescents: a critical review of the last 10 years' literature*. Archives of suicide research, 2013. **17**(2): p. 91-105.
236. Li, M.H. and T. Nishikawa, *The relationship between active coping and trait resilience across US and Taiwanese college student samples*. Journal of College Counseling, 2012. **15**(2): p. 157-171.
237. Liu, R.T., et al., *Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis*. The Lancet Psychiatry, 2018. **5**(1): p. 51-64.
238. Thomassin, K., et al., *Specificity of childhood maltreatment and emotion deficit in nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of youth*. Psychiatry research, 2016. **244**: p. 103-108.
239. Romans, S.E., et al., *Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm*. Am J Psychiatry, 1995. **152**(9): p. 1336-42.
240. Weierich, M.R. and M.K. Nock, *Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury*. Journal of consulting and clinical psychology, 2008. **76**(1): p. 39.
241. Klonsky, E.D. and A. Moyer, *Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis*. Br J Psychiatry, 2008. **192**(3): p. 166-70.
242. Serafini, G., et al., *The Relationship between Childhood Maltreatment and Non-Suicidal Self-Injury: A Systematic Review*. Frontiers in Psychiatry, 2017. **8**.
243. Gandhi, A., et al., *Directionality of effects between non-suicidal self-injury and identity formation: A prospective study in adolescents*. Personality and Individual Differences, 2017. **109**: p. 124-129.

8. EKLER

Ek-1: Araştırma Etik Kurulu Onayı



Ek-2: Hasta Bilgilendirme ve Onay Formu

ARAŞTIRMANIN ADI:

Çocukluk Çağında Ruhsal Travmaya Maruz Kalan Ergenlerde, Duygu Düzenleme, Kimlik Gelişimi ve Kendine Zarar Verme Davranışı Arasındaki İlişki

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Çocukluk çağı travmaları dünyada ve ülkemizde önemli bir ruh sağlığı sorunudur. Çocukluk çağında travmaya maruz kalmak çocuğun duygu düzenleme becerilerinin düzgün gelişmemesine yol açabilir. Duygu düzenleme güçlüğü çeken çocuklar öfkelerini dışa yansıtır, kontrolsüz davranışlar sergileyebilirler ya da bazıları öfkelerini bastırarak içlerinde yaşayabilirler. Bu da depresyon, suçluluk, utanç gibi duygularla kendini gösterebilir. Çocukluk çağında travmaya maruz kalan çocuklarda ergenlik döneminde kimlik karmaşası daha sık yaşanabilir ve beraberinde ciddi bir ruh sağlığı sorunu olan kasıtlı olarak kendine zarar verme davranışları da daha

sık görülebilir. Ergenlik döneminin daha zor ve karmaşık geçmesine sebep olabilir. Çalışmamızın amacı çocukluk çağı travmalarının ergenlerde ne gibi zorluklara sebep olabileceğini ve çocukluk çağı ruhsal travmalarını ve etkilerini azaltmak için ne gibi önlemler alınabileceği araştırmaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmada sizden bazı formlar doldurmanız istenecektir. Bu formlar ile ilgili detaylı bilgi, araştırmacılar tarafından verilecektir.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Çalışma doktorunuzun talimatlarına uymaya, yukarıda anlatılan çalışmayla ilgili tüm işlemlere uymaya istekli olmalısınız. İsteğe bağlı olarak değerlendirme sonrasında size bilgi verilebilir. Böyle bir arzunuz varsa iletişim bilgilerinizi verebilirsiniz. Ek olarak çalışmadan önce veya çalışma sırasında aldığınız herhangi bir tıbbi tedaviyi de çalışma doktoruna bildirmanız önemlidir.

ÇOCUĞUMUN ÇALIŞMAYA KATILMASININ NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Çocuğunuzun çalışmaya katılmasının hiçbir yan etki, risk veya rahatsızlıkları yoktur.

ÇOCUĞUMUN ÇALIŞMAYA KATILMASININ OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çocuğunuzun, duygu düzenleme ile ilgili bir güçlük yaşıyıp yaşamadığı, ergenlik döneminde kimlik duygularının gelişimiyle ilgili bir bocalama olup olmadığı, kendine zarar verme davranışlarının olup olmadığının sizin ve çocuğunuzun farkına varması ve altta yatan psikiyatrik problem olup olmadığının tespit edilmesine yardımcı olmaktadır.

ÇOCUĞUMUN ÇALIŞMAYA KATILMASININ MALİYETİ NEDİR?

Herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

YENİ BİLGİLER ÇOCUĞUMUN ÇALIŞMADAKİ ROLÜNÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR?

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

KATILIMCININ BEYANI:

Sayın Dr. Özge AKÖZ tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi A.B.D.'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya ben ve çocuğum "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken çocuğuma ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında çocuğumun bilgilerinin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çocuğum araştırmadan çekilebilir. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için çocuğumun araştırmadan çekileceğini önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca çocuğumun tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle çocuğumda meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında çocuğumda bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Özge AKÖZ'e, Fevzi Çakmak Mah, Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No:10 Üst Kaynarca-Pendik / İstanbul adresindeki, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nden veya (0216) 657 06 06-81 05 telefon numarasından ulaşabileceğimi biliyorum. Ben ve çocuğum bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun çocuğumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkisine herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının Adı Soyadı:

İmzası:

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı-soyadı:

Adresi: (varsa telefon no.)

İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-soyadı:

İmza:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-soyadı:

Görevi:

İmzası:

Ek-3: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı Soyadı: Telefon:
Doğum Tarihi: Yaşı: Cinsiyeti:
Kardeş sayısı: Kaçınca çocuk:
Sınıf/Okul:
Tıbbi hastalık:
Psikiyatrik hastalık:
İlk psikiyatri başvurunuz kaç yaşıınızda oldu/başvuru sebebiniz neydi?
.....
Daha önceden psikiyatrik ilaç kullandıysanız ya da hala kullanmaktaysanız adını
yazınız.....
Alkol kullanımı var mı ? 1-yok 2-var
Var ise, Süresi: Miktarı:
Madde Kullanımı var mı ? 1-yok 2-var
Var ise, Süresi: Miktarı: Cinsi:
Hiç intihar girişiminiz oldu mu? 1) evet 2) hayır
Evet ise, kaç defa: hangi şekilde: hangi tarihlerde:

ANNE: Yaşı:

Eğitim durumu: 1-Okula gitmemiş 2-İlköğretim 3- Lise 4- üniversite
5- Yüksek lisans/Doktora

Meslek: 1- Çalışmıyor 2- İşçi 3- Memur 4- Serbest

Tıbbi hastalık:

Psikiyatrik hastalık:

BABA: Yaşı:

Eğitim durumu: 1-Okula gitmemiş 2-İlköğretim 3- Lise 4- üniversite
5- Yüksek lisans/Doktora

Meslek: 1- Çalışmıyor 2- İşçi 3- Memur 4- Serbest

Tıbbi hastalık:

Psikiyatrik hastalık:

Anne baba arasında akraba evliliği 1- Var 2- Yok

Anne-babanın evlilik durumu: 1) devam ediyor 2) boşandılar
3) boşanmadılar ama ayrı yaşıyorlar 4) anne- babadan biri ya da ikisi de vefat etti

Evde kimlerle yaşıyor.....

Ailenizin toplam aylık geliri ortalama kaç TL:.....

Ek-4: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği(ÇÇTÖ)

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 yanı veriniz.

Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Çocukluğumda(12 yaşından önce)...	Hiç bir zam an	Nad iren	Zam an zam an	Sıkl kla	Çok sık
1	Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2	Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3	Ailemdekiler bana"salak","beceriksiz"veya"tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4	Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur veya uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5	Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	1	2	3	4	5
6	Yırtık, sökkük veya kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7	Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8	Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora veya hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10	Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11	Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı veya sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12	Kayış,sopa,kordon veya başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13	Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14	Ailemdekiler bana kırıcı veya saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15	Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16	Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17	Bana o kadar kötü vuruluyor veya dövülüyordum ki öğretmen,komşu veya bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.	1	2	3	4	5

18	Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19	Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20	Birisi bana cinsel amaçla dokundu veya kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21	Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla veya benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22	Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23	Birisi beni cinsel şeyler yapmaya veya cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24	Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25	Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma(hakaret,aşağılamavb.)inanıyorum.	1	2	3	4	5
26	İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27	Cinselbakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

Ek-5: Ergenler için Başa Çıkma Ölçeği

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

Ek-6: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form

	Hemen hemen hiç (% 0- % 10	Bazen (% 11- % 35)	Yaklaşık Yarı yarıya (% 36- % 65)	Çoğu zaman (% 66- % 90)	Hemen hemen her zaman (% 91- % 100)
1. Duygularına bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.					
6. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
7. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
8. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşarım.					
9. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
10. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

Ek-7: Kimlik Durumunu Değerlendirme Aracı

KİMLİK DURUMUNU DEĞERLENDİRME ARACI

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

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

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

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

Ek-8: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

BÖLÜM I:

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

1.Lütfen aşağıdaki maddeleri kasıtlı olarak yaşamınız boyunca kaç kez yaptığınızı belirtiniz (0, 5, 10, 100 vb.):

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

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

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

3.Hangi yaşta;

İlk kez kendinize zarar verdiniz?

En son ne zaman kendinize zarar verdiniz?.....

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

Lütfen daire içine alınız.

EVET

BAZEN

HAYIR

5.Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?

Lütfen daire içine alınız

EVET

BAZEN

HAYIR

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

Lütfen daire içine alınız

<1 saat

1-3 saat

3-6 saat

6-12 saat

12-24 saat

>1 gün

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

Lütfen daire içine alınız

EVET

HAYIR

BÖLÜM II: İŞLEVLER

Yönerge:

Bu anket intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı deneyimini daha iyi anlamamızı sağlamaya yönelik oluşturulmuştur. Aşağıda sizin kendinize zarar verme deneyiminizle ilişkili olabilecek ya da olmayabilecek durumlar bir liste olarak verilmiştir.

Lütfen sizin için en uygun olan durumları belirleyiniz.

- Belirtilen durum size **hiç uygun değilse** “0” işaretleyiniz.
- Belirtilen durum size **kısmen uygunsa** “1” işaretleyiniz.
- Belirtilen durum size **çok uygunsa** “2” işaretleyiniz.

Kendime zarar verdiğimde, ...	Bana hiç uygun değil	Bana kısmen uygun	Bana çok uygun
1. Kendimi sakinleşmiş hissedirim.	0	1	2
2. Kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum.	0	1	2
3. Kendimi cezalandırmış olurum.	0	1	2
4. Kendime özen göstermek için bir yol bulmuş olurum (yaramla ilgilenerek).	0	1	2
5. Uyuşukluk hissinden kurtulmak için acı oluşturmuş olurum.	0	1	2
6. İntihar girişimi dürtümden kaçınmış olurum.	0	1	2
7. Heyecan ve coşku yaşatan bir şey yapmış olurum.	0	1	2
8. Akranımla aramda bir bağ kurulmuş olur.	0	1	2
9. Başkalarının hissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarını sağlamış olurum.	0	1	2
10. Acıya dayanıklılığımı görmüş olurum.	0	1	2
11. Kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum.	0	1	2
12. Birisinden hincimi çıkartmış olurum.	0	1	2
13. Kendi kendime yeterliliğimi kanıtlamış olurum.	0	1	2

14. İçimde biriken duygusal baskıdan kurtulmuş olurum.	0	1	2
15. Başkalarından ayrı olduğumu göstermiş olurum.	0	1	2
16. Değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum.	0	1	2
17. Duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum.	0	1	2
18. Fiziksel acı bile olsa bir şeyler hissetmiş olurum (hiçbir şey hissetmemektense).	0	1	2
19. İntihar düşüncelenme gerçekten intihar girişiminde bulunmak yerine başka şekilde yanıt vermiş olurum.	0	1	2
20. Uç bir şey yaparak kendimi veya başkalarını eğlendirmiş olurum.	0	1	2
21. Başkalarına uyum sağlamış olurum.	0	1	2
22. Başkalarından ilgi ya da yardım istemiş olurum.	0	1	2
23. Güçlü veya dayanıklı olduğumu göstermiş olurum.	0	1	2
24. Duygusal acının gerçekliğini kendime göstermiş olurum.	0	1	2

25. Başkalarından intikam almış olurum.	0	1	2
26. Başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum.	0	1	2
Kendime zarar verdiğimde, ...	Bana hiç uygun değil	Bana kısmen uygun	Bana çok uygun
27. Kaygı, hüsrân öfke ve diğer bunalıcı hislerim hafiflemiş olur.	0	1	2
28. Kendim ve başkaları arasında bariyer inşa etmiş olurum.	0	1	2
29. Kendimden hoşnut olmamam ya da kendimden öğrenmeme bir yanıt vermiş olurum.	0	1	2
30. Kendimi yaramın iyileşmesine odaklarım. Bu, benim için sevindirici ya da tatmin edici olabilir.	0	1	2
31. Kendimi gerçek hissetmediğimde hala hayatta olduğumdan emin olmuş olurum.	0	1	2
32. İntihar düşüncelerimi sonlandırmış olurum.	0	1	2
33. Sınırlarımı zorlamış olurum (paraşütle atlamak ya da uçta bir şey yapmak gibi).	0	1	2
34. Arkadaşlarım ve sevdiklerimle aramda bir dostluk ya da akrabalık bağı simgesi oluşturmuş olurum.	0	1	2
35. Sevdığım birinin benden ayrılmasına ya da beni terk etmesine engel olmuş olurum.	0	1	2
36. Fiziksel acıya katlanabileceğimi kanıtlamış olurum.	0	1	2
37. Yaşadığım duygusal stresini anlamlandırmış olurum.	0	1	2
38. Bana yakın birini incitmeye çalışmış olurum.	0	1	2
39. Özerkliğimi, bağımsızlığımı ortaya koymuş olurum.	0	1	2

