



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN
OLGULARDA KENDİNE ZARAR VERİCİ DAVRANIŞLARI
YORDAYAN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Erengül GÜNEY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2019



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN
OLGULARDA KENDİNE ZARAR VERİCİ DAVRANIŞLARI
YORDAYAN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Erençül GÜNEY

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Murat ERKİRAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2019

I. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince desteğini hep hissettiğim, beni kendimi geliştirmeye teşvik eden, örnek aldığım değerli klinik şefim, tez danışmanım ve Sayın Başhekimim Doç. Dr. Murat ERKIRAN'a,

Tez sürecinde desteğini, bilgisini ve ilgisini hiç esirgemeyen Uzm. Dr. İzgi ALNIAK'a,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum klinik şefleri Doç. Dr. Nesrin Büket TOMRUK, Doç. Dr. Armağan ÖZDEMİR, Prof. Dr. E. Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ, Uzm. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Oya GÜÇLÜ, Doç. Dr. Aysun SOYSAL, Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'e,

Eğitimime katkısı büyük olan ve desteğini hiç eksik etmeyen Uzm. Dr. Uğraş Erman UZUN, 9. Psikiyatri kliniğinde birlikte çalışmaktan zevk duyduğum Uzm. Dr. Funda KEÇELİ, Uzm. Dr. Ünal ALTINOK, Uzm. Dr. Emine AYDIN, Uzm. Dr. Kumru ŞENYAŞAR'a,

Başta 9. Psikiyatri kliniği olmak üzere, asistanlık sürecinde çalıştığım tüm kliniklerde yardımlarını esirgemeyen tüm sağlık ekibine ve tüm asistan arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olan biricik dostum Bedia Sultan ÖNAL'a,

Yolumuzun kesiştiği, Bakırköy' de tatlı anılar bıraktığımız tüm dostlarıma,

Bana çok şey öğreten hastalarıma,

Ve hep yanımda olan, desteklerini, sabırlarını ve sevgilerini esirgemeyen aileme,

Sonsuz teşekkürler...

Dr. Erengül GÜNEY

İstanbul, 2019

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. TEŞEKKÜR	i
II. İÇİNDEKİLER.....	ii
III. ÖZET	v
IV. ABSTRACT	vi
V. KISALTMALAR	vii
VI. TABLO LİSTESİ	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Şizofreni.....	4
2.1.1.Epidemiyoloji	4
2.1.2.Etyoloji	5
2.1.2.1. Genetik.....	5
2.1.2.2. Çevresel Etkenler.....	5
2.1.2.3. Sosyal Etkenler	5
2.1.3.Şizofreni Spektrum Bozukluğu Tanısı	6
2.1.4.Şizofrenide Remisyon Kavramı	7
2.1.5.Prognoz.....	8
2.1.6.Şizofrenide Madde Kullanımı	8
2.1.7.Şizofrenide Depresyon	10
2.1.8.Şizofrenide İçgörü	10
2.1.9.Şizofrenide İntihar	11
2.1.10. Şizofrenide Dürtüsellik.....	12
2.1.11. Şizofrenide Dissosiyasyon.....	12
2.2. Kendine Zarar Verme Davranışı.....	13
2.2.1.Tarihçe	13
2.2.2.Epidemiyoloji	15
2.2.3.Etyoloji	15
2.2.3.1. Psikiyatrik Hastalıklar	15
2.2.3.2. Genetik ve Nörobiyolojik Faktörler	16

2.2.3.3. Çevresel ve Ailesel Faktörler	17
2.2.3.4. Psikodinamik Faktörler.....	17
2.2.4. Kişiler Tarafından Tanımlanan Fonksiyonlar	18
2.2.5. KZVD ve Madde Kullanımı	19
2.2.6. KZVD ve Depresyon	20
2.2.7. KZVD ve İntihar.....	20
2.2.8. KZVD ve Dürtüsellik	22
2.2.9. KZVD ve Dissosiyasyon	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Yöntem	25
3.1.1. Çalışma Evreni	25
3.1.2. Örneklem	25
3.2. Gereçler.....	26
3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	26
3.2.2. Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu	26
3.2.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)	26
3.2.4. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDÖ).....	27
3.2.5. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)	27
3.2.6. Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q).....	28
3.2.7. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BIS-11).....	28
3.2.8. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)....	28
3.2.9. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ).....	29
3.3. İşlem.....	30
3.4. İstatistiksel Analiz.....	30
4. BULGULAR	32
4.1. Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi	32
4.2. Hastalığa Ait Özelliklerin Değerlendirilmesi	33
4.3. Sosyodemografik Verilerin Gruplar Açısından Karşılaştırılması	35
4.4. Hastalığa Ait Verilerin Gruplar Açısından Karşılaştırılması	38
4.4. Grupların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	42
4.5. Ölçek Puanları ile Sosyodemografik ve Hastalığa Ait Veriler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	50
4.6. . Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Hastaların Özellikleri.....	57
4.6.1. Kendine Zarar Verme Davranışına ve Sebeplerine Dair Özellikler	57

4.6.2.KZVDDE'nin Diğer Testler ile Karşılaştırılması.....	59
4.7. Şizofreni Spektrum Hastalarında KZVD Yordanmasına Dair Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi	64
5. TARTIŞMA	66
6. KISITLILIKLAR.....	81
7. SONUÇLAR	82
8. KAYNAKLAR.....	83
9. ÖZGEÇMİŞ.....	98
10.EKLER.....	98
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI	99
EK 2 - BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU	100
EK 3 - KLİNİK VE SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	101
EK 4 - POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS).....	104
EK 5 – CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ	109
EK 6 - İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ.....	112
EK 7 - DİSSOSİASYON ÖLÇEĞİ.....	113
EK 8 - BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ.....	118
EK 9 - KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ....	119
EK 10 - İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	123

III. ÖZET

ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN OLGULARDA KENDİNE ZARAR VERİCİ DAVRANIŞLARI YORDAYAN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Erengül GÜNEY

AMAÇ: Şizofreni spektrum bozukluğu olan hastalarda kendine zarar verici davranışların (KZVD) özelliklerini incelemek, bu davranışların sosyodemografik ve klinik değişkenler ile ilişkisini ve bu davranışları yordayan faktörleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Araştırmaya, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayaktan tedavi ünitelerinde ve Bakırköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi görmekte olan, araştırma kriterlerini karşılayan ve DSM 5 tanı ölçütlerine göre şizofreni spektrum bozukluğu tanısı almış olan 165 erkek ve kadın hasta alınmıştır. Katılan tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu ile onayları alındıktan sonra Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği, Dissosiasyon Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Ölçeği ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmaya alınan olguların yaşam boyu ve şimdiki alkol-madde kullanımı ile ilgili bilgiler, hastaların kendilerinin ve yakınlarının beyanlarına ve hastane dosya kayıtlarına dayanılarak geriye dönük elde edilirken, şimdiki kullanım için ek olarak idrarda madde analizi uygulanmıştır.

BULGULAR: Şizofreni spektrum bozukluğu olgularında madde kötüye kullanımının varlığının, KZVD riskini 3 kat arttırdığı saptanmıştır. Şizofreni spektrum bozukluğu hastaları arasında yaşam boyu madde kötüye kullanım oranı %38.2 olarak bulunmuştur ve bu hasta grubunun en çok kullandıkları üç madde sırasıyla esrar, sentetik kannabinoidler ve alkoldür. Şizofreni spektrum bozukluğu hastalarının %43.6'sının KZVD gösterdiği tespit edilmiştir. "Kendini kesme" %51.3 ile en sık karşılaşılan KZVD tipidir. KZVD amaçları arasında en sık karşılaşılan sebep "affekt düzenleme" olarak bulunmuştur. Şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında daha önce intihar öyküsünün olması ve psikopatolojinin şiddeti KZVD riskini arttıran diğer faktörlerdir. Ayrıca dövme kullanımı madde kullanımı olan hastalarda ve KZVD olan hastalarda daha sık görülmektedir.

SONUÇ: Şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında KZVD'yi yordayan faktörlerden birinin alkol-madde kötüye kullanımı komorbiditesi olduğu saptanmıştır. İntiharın güçlü bir yordayıcısı olan KZVD'nin mutlaka her hastada sorgulanması ve klinik risk faktörlerinin tedavisi gerekmektedir; böylece KZVD'ye komorbid durumların neden olması beklenen olumsuz hastalık gidişinin önüne geçilebilir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni Spektrum Bozukluğu, Kendine Zarar Verici Davranış,
Alkol-Madde Kötüye Kullanımı

İletişim adresi: erenguney@outlook.com

IV. ABSTRACT

THE EVALUATION OF THE PREDICTIVE FACTORS FOR NON-SUICIDAL SELF INJURY IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDER

Dr. Erengül GÜNEY

OBJECTIVE: The aim of this study was to ascertain the characteristics of non-suicidal self injury (NSSI) in patients with schizophrenia spectrum disorder and to evaluate the relationship between these behaviors with sociodemographic and clinical variables and the factors predicting these behaviors.

METHOD: A sample of 165 male and female adults diagnosed with schizophrenia spectrum disorder according to DSM-V criteria who had been treated in general psychiatry outpatient clinic of Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Research and Training Hospital for Psychiatry and Neurology and Community Mental Health Center in Bakırköy were participated in this study. After approval of informed consent form from all participating patients; a data form for sociodemographic and clinical characteristics, Positive and Negative Symptom Scale, the Calgary Depression Scale for Schizophrenia, the Suicide Probability Scale, Dissociation Questionnaire, Barratt Impulsivity Scale-11, Inventory of Statements About Self-Injury, Schedule for Assessing the Three Components of Insight were applied to all participants. The data for the current and lifetime alcohol and/or substance use were obtained from the patients' and their relatives' declarations and previous medical records, additionally standart urine analysis for the current use.

RESULTS: It has been detected that the comorbidity of current alcohol-substance misuse amplifies the risk for NSSI behavior toward others by three times in patients with schizophrenia spectrum disorder. The prevalence of the lifetime alcohol-substance misuse was 38.2% and the most abused substances were cannabis, sentetic cannabinoids and alcohol respectively. It was determined that 43.6% of the patients with schizophrenia spectrum disorder showed NSSI. "Self-cutting" is the most common type of NSSI with 51.3%. The most common cause of NSSI was found as "affective regulation". Suicide history and severity of psychopathology are the other factors that increase the risk of NSSI in patients with schizophrenia spectrum disorder. In addition, tattoos are more common in patients with substance use and in patients with NSSI.

CONCLUSION: One of the predictive factors for NSSI behavior is found to be the comorbidity of current alcohol-substance misuse. NSSI, which is a powerful predictor of suicide, must be questioned in every patient and be treated of clinical risk factors is required; thus, it is possible to prevent the negative course of disease expected to be caused by comorbid conditions to NSSI.

Key words: Schizophrenia Spectrum Disorder, Non-Suicidal Self Injury, Alcohol-Substance Misuse

Contact address: erenguney@outlook.com

V. KISALTMALAR

BIS-11	: Barratt Impulsivity Scale-11 [Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11]
CB1R	: Kannabinoid 1 reseptörü
CSDÖ	: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
DIS-Q	: Dissociation Questionnaire [Dissosiasyon Ölçeği]
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition) [Akıl Sağlığı Sorunları için Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı – Beşinci Basım]
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ECA	: Epidemiologic Catchment Area Study [Epidemiyolojik Alan Çalışması]
ICD-10	: International Classification of Diseases, Tenth Revision [Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10. Versiyon]
ISSS	: International Society for the Study of Self-Injury [Uluslararası Kendine Zarar Verme Çalışması Topluluğu]
İÖÖ	: İntihar Olasılığı Ölçeği
İÜÖB	: İçgörünün Üç Ölçeği Bileşeni
KZVD	: Kendine Zarar Verme Davranışı
KZVDDE	: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri
PANSS	: Positive and Negative Syndrome Scale [Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği]
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
THC	: Tetrahidrokannabinol

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	32
Tablo 2: Çalışmaya Katılanların Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	34
Tablo 3: Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Özelliklerinin Kendine Zarar Verici Davranış Değişkeni Açısından Karşılaştırılması	36
Tablo 4: Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Özelliklerinin Alkol-Madde Kullanımı Değişkeni Açısından Karşılaştırılması	37
Tablo 5: Çalışmaya Katılanların Hastalığa Ait Bazı Özelliklerinin Kendine Zarar Verici Davranış (KZVD) Değişkeni Açısından Karşılaştırılması	39
Tablo 6: Çalışmaya Katılanların Hastalığa Ait Bazı Özelliklerinin Alkol-Madde Kullanımı Değişkeni Açısından Karşılaştırılması	41
Tablo 7: KZVD Olan ve Olmayanların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	42
Tablo 8: KZVD Olan ve Olmayanların Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nden ve İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	43
Tablo 9: KZVD Olan ve Olmayanların İntihar Olasılığı Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	43
Tablo 10: KZVD Olan ve Olmayanların Barratt Dürtüsellik Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	44
Tablo 11: KZVD Olan ve Olmayanların Disosiasyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	45
Tablo 12: Alkol-Madde Kullanımı Olan ve Olmayanların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	45
Tablo 13: Alkol-Madde Kullanımı Olan ve Olmayanların CSDÖ ve İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	46
Tablo 14: Alkol ve Madde Kullanımı Olan ve Olmayanların İntihar Olasılığı Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	46
Tablo 15: Alkol-Madde Kullanımı Olan ve Olmayanların Barratt Dürtüsellik Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	47

Tablo 16: Alkol-Madde Kullanımı Olan ve Olmayanların Disosiasyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	48
Tablo 17: Alkol-Madde Kullanımı Olan ve Olmayanların Kendine Zarar Verici Davranışları Değerlendirme Envanteri'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	49
Tablo 18: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ve Alt Ölçekleri ile Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa Ait Veriler Arasındaki İlişki.....	50
Tablo 19: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ve İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği ile Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa Ait Veriler Arasındaki İlişki	51
Tablo 20: İntihar Olasılığı Ölçeği ve Alt Ölçekleri ile Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa Ait Veriler Arasındaki İlişki	52
Tablo 21: Barratt Ölçeği ve Alt Ölçekleri ile Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa Ait Veriler Arasındaki İlişki.....	53
Tablo 22: Disosiasyon Ölçeği ve Alt Ölçekleri ile Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa Ait Veriler Arasındaki İlişki	54
Tablo 23: Kendine Zarar Verici Davranışı Değerlendirme Envanteri ve Alt Ölçekleri ile Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa Ait Veriler Arasındaki İlişki.....	55
Tablo 24: Kendine Zarar Vermede Tercih Edilen Metot.....	57
Tablo 25: Kendine Zarar Verme Davranışı Özellikleri	58
Tablo 26: Kendine Zarar Verme Davranışı Amaçları	59
Tablo 27: Kendine Zarar Verme Davranışında Acı Hissetmenin Bazı Sosyodemografik ve Klinik Verilerle Karşılaştırılması	60
Tablo 28: Kendine Zarar Verme Davranışında Acı Hissetmenin Diğer Testlerle Karşılaştırılması	61
Tablo 29: Kendine Zarar Verme Davranışında Yalnız Olmanın Bazı Sosyodemografik ve Klinik Verilerle Karşılaştırılması	62
Tablo 30: Kendine Zarar Verme Davranışında Yalnız Olmanın Diğer Testlerle Karşılaştırılması	63
Tablo 31: KZVD Öngören Değişkenler: Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	64
Tablo 32: Şizofreni Spektrum Hastalarında KZVD Yordanmasına Dair Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelinden Elde Edilen Sınıflama Tablosu.....	65

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kendine zarar verme davranışı (KZVD); tasarlanmış bir şekilde, tekrarlayıcı, ölüm isteği olmadan yapılan, doku hasarı ile sonuçlanan, kendi vücuduna yönelik girişim olarak tanımlanmaktadır (1). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın dördüncü baskısında (DSM-IV) özel bir başlık altında tanımlanmamış; duygudurum bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar ve sınır kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklarla ilişkilendirilmiştir (2).

DSM 5'te ayrı bir başlık olarak, "Klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar" bölümünde, 'kendine zarar verme öyküsü' şeklinde yeni bir tanı kategorisi olarak yer almaktadır (3). Buradaki tanıma göre KZVD, bir yıl içerisinde en az 5 gün bir kişinin vücudunun yüzeyine kasıtlı olarak ölümle sonuçlanmayacak hasar bırakmasıdır. Genellikle, amaçlanan olumsuz duygu durumunu azaltmak veya bir kişilerarası zorluğu çözmektir. Davranış, aciliyet ve kaygı duyguları ile bağlantılıdır ve rahatlama ile son bulur (4).

Tekrarlanan KZVD içinde en sık kendini kesme (%72) görülürken; diğer KZVD'ler kendini yakma (%35), kendine vurma (%30), yaraların iyileşmesine izin vermeme (%22), sürekli kaşımak (%22), kemik kırma (%8), vajina yırtma (%8) olarak sıralanmaktadır (5). Olguların yaklaşık %75'i ise birden fazla kendine zarar verme yöntemi kullanmaktadır (6). Bunlara ek olarak, yara kabuklarını kaldırmak, parmaklarını ısırma ve ezmek, saç çekmek, asit dökmek ve kendini ısırma davranışları da bildirilmiştir (7). En sık zarar verilen bölgeler kollar (%74), bacaklar (%44), karın (%25), kafa (%23), göğüs (%18) ve genital (%8) bölgeler olarak sıralanmaktadır (5).

Mevcut araştırma bulguları, KZVD bulunan kişilerde tanısal heterojeniteye işaret etmektedir. Bu davranışlar, sınır kişilik bozukluğunun tanımlayıcı belirtilerinden biri olarak görülürken; son dönemlerde KZVD, duygudurum ve anksiyete bozukluğu, yeme bozuklukları, madde kötüye kullanımı, davranış bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu olanlar dahil olmak üzere sınır kişilik bozukluğu olmaksızın çok sayıda klinik örnekleme tanımlanan bir özellik olarak gösterilmektedir (8).

Kanıtların çoğu tamamlanmış intihar ile ilgili çalışmalara bağlı olduğu için şizofreni ile ilişkili KZVD prevalansı hakkında kesin rakamların tespit edilmesi zordur. Genel toplumda yapılan çalışmalar, yetişkinlerin yaklaşık %4'ünün yaşamlarının bir noktasında kendine zarar verdiğini göstermektedir (9). Bu oranlar klinik örnekleme daha yüksektir (%19-25) (10). Bununla birlikte şizofreni hasta grubunda KZVD'nin sıklığı, KZVD ile ilgili tanımlama farklılıklarına, örneklem karakteristiklerine ve izlem süresine bağlı olarak %30-50 olarak bildirilmiştir (11).

Şizofreni hastalarının yaklaşık %11'i, hastalığın özellikle başlangıç safhasında kendine zarar vermektedir (12). KZVD hastalığın ilerleyen dönemlerinde tamamlanmış intihar için klinik olarak anlamlı bir risk faktörüdür (13). Şizofreni hastalarının, intihardan ölme olasılığı genel popülasyonun yaklaşık 12-16 katıdır (14). Bu sebeple kendine zarar verme, şizofreninin önemli bir yönü gibi görünmektedir.

KZVD ve intihar girişimi arasında önemli bir ilişki olmasına rağmen KZVD'nin mutlaka daha az öldürücü bir intihar girişimi olmadığını unutmamak gerekir. KZVD, ezici duyguları düzenlemek ve yaşama katlanmak için uyumsuz bir başa çıkma mekanizmasını temsil ederken; intihar girişimi ise kendi hayatını sona erdirmeye arzusunu yansıtmaktadır (15).

KZVD'nin travmatik yaşantıları kontrol etme veya dissosiyatif deneyimleri durdurma girişimi fonksiyonları olduğu da düşünülür (16). Dissosiyasyon da travmatik yaşantıların olumsuz etkilerine karşı bireyin psikolojik bütünlüğü için kullanılan bir savunma düzeneğidir (17). Ross ve arkadaşları, hastanede yatan şizofreni örnekleminde, travmaya maruz kalanların, travma yaşamayanlara göre belirgin derecede fazla pozitif belirti (fakat daha az negatif belirti) gösterdiklerini saptamışlardır (18). Bu grup hastada görülen dissosiyatif belirtiler ve bunların KZVD ile ilişkisi ise yeteri kadar anlaşılamamıştır.

Tıpkı intihar girişiminde bulunan şizofreni hastalarında amaca yönelik etkinlikte artış, planlama, dikkati sürdürme gibi yürütücü işlevlerin daha etkin olması ve bu nedenle bu grubun, bir intihar girişimi için gerekli planları formüle etme ve davranışı başlatma becerisine sahip olması gibi; kendine zarar veren şizofreni hastalarının da daha yüksek bilişsel işlevlere sahip olabileceği düşünülür (19). Ayrıca hastalıklarına yönelik içgörüsü olan şizofreni hastalarında intihar girişimi daha sık görülür (20). Mork ve arkadaşlarının KZVD için yaptığı çalışmada ise erkek hastalarda, kadın hastalardan farklı olarak hastalığa dair içgörünün yüksek oluşunun KZVD ile ilişkili olduğu saptanmıştır (21).

Literatürde şizofreni spektrum bozukluklarında KZVD ile ilişkili risk faktörlerinde cinsiyet farklılıklarına yönelik bilgi oldukça kısıtlıdır. Yapılan araştırmalarda erkek hasta yönünden potansiyel bir yanlılık söz konusudur. Fakat içgörü ile ilişkili risk açısından farkta olduğu gibi, erkek ve kadın hastalar arasında KZVD yönünden risk oluşturan faktörlerin farklılıklarının değerlendirilebilmesi için her iki cinsiyetin katılımının olduğu hasta gruplarında değerlendirmeye ihtiyaç duyulmaktadır.

Şizofreni spektrumu bozukluğu olan hastalarda dürtüsel davranışların KZVD'ye zemin hazırladığı bilinmektedir (11). Bununla birlikte, dürtüsellik puanları yüksek olan şizofreni hastalarının daha çok intihar girişiminde bulunduğu da gösterilmiştir. Bu hasta grubu daha çok madde kullanımı olan hastalardan oluşmaktadır (22). Bu durum, KZVD'yi arttıran faktörlerden birinin madde kullanımı olduğunu düşündürmektedir. Nitekim, Cantwell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada madde kullanımı varlığının, psikotik bozukluğu olan hastalarda kontrol kaybı, agresyon ve şiddet eğilimi gibi sonuçları olduğu gösterilmiştir (23). Bununla birlikte bu hasta grubunda KZVD'nin doğrudan madde kullanımı ile ilişkisine dair bulguların yetersizliği nedeniyle daha ileri araştırma gerekliliği göze çarpmaktadır.

Özetle; şizofreni hastalarında intihar davranışı kapsamlı olarak incelenmiş olsa da bu yüksek riskli grupta KZVD hakkında çok az bilgi sahibiyiz. Sınırlı araştırmalar, son derece seyrek görülen göz çıkarma gibi aşırı yaralanmalara odaklanmıştır (24). Yinelenen kesme, yakma ve kendi kendine vurma gibi KZVD'nin daha sık görülen formları sıklıkla intihar riski yüksek olan diğer tanı gruplarında bildirilir ancak şizofreni spektrumu tanısı alan hastalarda yapılan çalışmalarda dikkat çekilmemiştir (25). Bu nedenle bu araştırmada şizofreni spektrum bozukluğu olan hastalarda KZVD'nin özelliklerinin incelenmesi, bu davranışların sosyodemografik ve klinik değişkenler ile ilişkisi ve bu davranışları yordayan faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ

Şizofreni; davranışın bilişsel, emosyonel, algısal ve diğer yönlerini kapsayan, değişkenlik gösteren, fakat derinden yıkıcı bir klinik hastalıktır. Görünümü hastadan hastaya ve zaman içerisinde değişkenlik gösterir, fakat hastalığın etkisi hemen her zaman ağırdır ve genellikle uzun sürelidir (26).

Hastalığın temel bulguları; halüsinasyonlar, hezeyanlar, dezorganize konuşma ve hareketler, uygunsuz duygulanım, bilişsel kayıplar, psikososyal işlevsellikte bozulmadır (27).

2.1.1. Epidemiyoloji

Şizofreni sıklığı yapılan çalışmalarda %0.1-0.7 arasında değişkenlik göstermektedir. (28). Şizofreninin nokta prevalansı ise %0.06-1.7 arasında bulunmuştur (29).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %0.9 olarak saptanmıştır ve bu, diğer ülkelerde yapılmış araştırmaların bildirdiği sıklıktan (1000 kişide 4) daha yüksek bulunmuştur (30). Şizofreninin başlangıç yaşı cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir. Erkeklerde 20-25 ve 30-35 yaşları arasında iki kez tepe yaparken kadınlarda hastalık, erkeklerden ortalama 5 yıl daha geç olarak ortaya çıkmaktadır (31). Şizofreni tanısı alanlarda evlilik oranı toplum ortalamasının altındadır (29).

Şizofreni prevalansı sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda %2.5 olarak görülürken, yüksek olanlarda %0.5 saptanmıştır (31). Ayrıca şizofreni kentlerde kırsal alanlara göre daha fazla görülür (26). Bir meta analizde birinci kuşak göç edenler arasında şizofreni gelişimi rölatif risk oranı 2.7, ikinci kuşak göçmenlerde ise 4.5 olarak tespit edilmiştir (32). Bu durumu açıklayan yaklaşımlardan biri; ekonomik düzeyin düşük olmasının, doğumdan önceki dönemde yetersiz bakım, enfeksiyonlar, toplumsal ilişkilerin zayıf olması ve zorluklarla baş etmede destek azlığı gibi sorunlara neden olmasıdır. Diğer bir görüş ise genetik yapısı ile şizofreniye yatkınlığı olan kişilerin, şizofreninin kuşaklar boyunca yeti yitimi oluşturması ile alt sınıflara doğru bir kayma yaşadığını savunmaktadır (33).

2.1.2. Etiyoloji

Şizofreninin çok sayıda faktörün bir araya gelmesi ile oluşan bir hastalık olduğu görüşü kabul edilmektedir. Bu görüşe göre kimilerinin şizofreni için genetik bir yatkınlığı olabilir, ancak bu yatkınlığa başka faktörler eklenmedikçe hastalık ortaya çıkmamaktadır (29). Etiyolojide rol oynayan önemli faktörler şunlardır:

2.1.2.1. Genetik

Birçok hastalıkta genler etiolojide risk faktörleri olarak kabul edilmektedir ancak gerçekte çok az hastalık primer olarak genetik orijinlidir. Şizofreni etiolojisinde de genlerin rol aldığı açık olarak bulunmuş olmasına rağmen, bazı çevresel faktörlerin şizofreninin ortaya çıkması için gerekli olduğu kabul edilmektedir (34). Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarından elde edilen genetik epidemiyolojik sonuçlar, şizofreninin genetik ve çevresel etkenlere bağlı olarak gelişen multifaktöriyel bir hastalık olmasıyla beraber poligenetik kalıtımın varlığını da göstermiştir (35).

2.1.2.2. Çevresel Etkenler

Çevresel etkenler gebe kalma sırasında, gebelik boyunca, doğum ve gelişim süresince maruz kalınan biyolojik, fiziksel ve psikososyal faktörleri kapsamaktadır. Şizofreni hastalığının, güçlü bir genetik komponent ile nörogelişimsel bir hastalık olduğu hipotezi, genlerin embriyonik nörogelişimi kontrol altında tuttuğu, ancak çevrenin bunu değiştirdiği, çevresel etkenlerin genotiple etkileşip nöropatoloji ve bilişsel defektlerle sonuçlandığı şeklinde açıklanabilir (36).

2.1.2.3. Sosyal Etkenler

Düşük sosyoekonomik düzey yüksek şizofreni oranları ile ilişkili saptanmıştır. Bu ilişki sosyoekonomik düzeyin düşük oluşunun stresli yaşam tarzı, enfeksiyon, doğum öncesi yetersiz bakım ile şizofreni hastalığına yatkınlık oluşturduğu şeklindedir. Diğer bir görüş ise bir kişide şizofreni varlığının sosyal hayatı ve iş yaşamını olumsuz etkileyerek, o kişide sosyoekonomik düzeyin düşüşüne sebep olması şeklinde açıklanmaktadır (37). Şizofreniye özgü bir yaşam olayı belirtilmemekle birlikte hastalığın nükslerinden önceki dönemlerde ve akut şizofreni belirtilerinin başlamasından önce kişinin yaşadığı ağır stresli yaşam olaylarının varlığından bahsedilmektir (38).

2.1.3. Şizofreni Spektrum Bozukluğu Tanısı

Klinik uygulamada sıklıkla Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Beşinci Baskı (DSM 5) ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10. Versiyon (ICD-10) tanı sistemleri kullanılmaktadır. Klinik uygulamada en sık kullanılan tanı ölçütleri DSM 5 ölçütleridir.

Şizofrenide A tanı kriteri, psikotik bozuklukların beş temel belirtisini listeler: 1) hezeyanlar, 2) halüsinasyonlar, 3) dağınık konuşma, 4) dağınık veya katatonik davranış ve 5) negatif belirtiler. DSM 5'te DSM 4-TR'den farklı olarak, bu beş belirtiden ikisi gereklidir ve en az bir belirti ilk üç belirtiden biri olmalıdır. Şizofreni alt tipleri ayrımı, DSM 5'te terk edilmiştir. Bunun sebebi ise; stabil alt tanımlar olmamaları, önemli klinik fayda getirmemeleri ve geçerli bilimsel güvenilirliği sağlamamalarıdır (39).

Şizofreni en sık görülen ve en iyi bilinen psikotik hastalık olsa da psikoz ile eş anlamlı değildir. Psikotik bozukluklar bir spektrum oluşturur ve bu spektrumda şizofreni, şizoaftaktif bozukluk, şizofreniform bozukluk, kısa psikotik bozukluk, hezeyanlı bozukluk, maddenin yol açtığı psikotik bozukluk, genel bir tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla ilişkili katatoni, başka bir sağlık durumuna bağlı katatoni ve başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluklar yer almaktadır (40).

Şizoaftaktif bozukluk psikotik belirtiler ile majör bir duygudurum epizodunun birlikte bulunması ile karakterizedir. Bipolar ve depresif olmak üzere iki alt tipi vardır. Bipolar alt tipin temel özelliği hastalık sırasında manik bir dönemin varlığıdır, depresif alt tip ise majör depresif atak içerir. Şizoaftaktif bozukluk şizofreni spektrumunun en yüksek ve en şiddetli ucudur (41).

Şizofreniform bozuklukta şizofreni belirtilerini karşılmasına karşın, rahatsızlık 1 ila 6 ay süren bir dönemde tamamen düzelir. Kısa psikotik bozukluk ise bu belirtilerin 1 gün-1 ay arasında sürmesiyle belirlidir. Belirtiler altı aydan uzun sürüyorsa şizofreni tanısı düşünülmelidir (41).

Hezeyanlı bozukluk en az bir ay süren hezeyanlar dışında başka psikotik belirti içermemesi ile karakterizedir. Halüsinasyonlar varsa bile belirgin değildir ve hezeyanlar ile uyumludur. Hezeyanların doğrultusunda olmadığı sürece işleyiş belirgin bir şekilde bozulmaz ve kişinin davranışı açıkça tuhaf ya da garip değildir. DSM 5'te hezeyanların

bizar olmaması gerekliliği kaldırılmıştır. Bunun yerine ‘bizar alt tip’ mevcuttur. Ayrıca paylaşılan hezeyanlı bozukluk alt tipi kaldırılmıştır (39).

Maddenin yol açtığı psikotik bozukluk tanısının konulması için maddeye yönelik öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularında, madde kullanımı, intoksikasyonu ya da yoksunluğunun kanıtları bulunmalıdır. Bu psikotik bozukluk bir madde kullanımı sırasında veya hemen sonrasında veya bir ay içerisinde ortaya çıkar (40). Psikoaktif madde metabolize edilip atılırken psikotik belirtiler azalırsa, tipik olarak maddeye bağlı psikotik bozukluk tanısı konulur ve madde kullanımı tedavisi önerilir (41). Bu hasta grubunun primer psikotik bozukluğun gelişimi için yüksek riskli bir grup oluşturabileceğinin kabul edilmesi giderek artmaktadır (42).

Katatoni, farklı olarak, DSM 5'te kendi başına bir hastalık olarak sınıflandırılmıştır. Stupor, katalepsi, balmumu esnekliği, mutizm, negativizm, manyerizm, ekolali veya ekopraksi, stereotipik hareketler, grimas ve ajitasyon olmak üzere on iki kriterden en az üçünün varlığıyla tanımlanır. Öncelikle nörolojik bozukluklar olmak üzere mutlaka organik nedenler araştırılmalıdır. Madde veya ilaç intoksikasyonu da sebep olabilir. Psikiyatrik nedenler arasında başta bipolar bozukluklar, sonra şizofreni gelir. İdiyopatik formlar da gözlenebilir (43).

2.1.4. Şizofrenide Remisyon Kavramı

Şizofreni hastalarında remisyonun değerlendirilmesi için 2005 yılında ABD’li bir çalışma grubu (The Remission in Schizophrenia Working Group) tarafından ölçütler önerilmiştir. Bu ölçülere göre remisyon, hastaların temel belirti ve bulgularında, ilk şizofreni tanısının konulmasında kullanılan eşiğin altında olmasını sağlayacak derecede bir düzelme ve bu düzelme ile bulguların, hastanın davranışını anlamlı derecede değiştirmeyecek kadar düşük yoğunlukta olması olarak belirtilmiştir. Bu remisyon tanımı için önerilen ölçütler zaman temelli ve belirti temelli olmak üzere iki bileşenden meydana gelmektedir. Belirti temelli bileşen için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği’nde aşağıda belirtilen sekiz maddenin tamamında eş zamanlı olarak 3 veya 3’ten daha düşük skorların olması eşik düzey olarak kabul edilmiştir (44).

Bu maddeler:

1. Hezeyanlar;

2. Olağandışı düşünce içeriği;
3. Varsanlı davranış;
4. Düşünce dağınıklığı;
5. Postür ve kişiye özgü hareketler;
6. Duygulanımda küntleşme;
7. Sosyal geri çekilme;
8. Spontanlıkta azalma olarak belirlenmiştir (44).

Remisyon tanımının zaman temelli bileşenini ise aynı çalışma grubu, hastaların tanımlanan semptomatik düzelmeyi sürdürmeleri gereken en az süreyi altı ay olarak bildirmişlerdir (44).

2.1.5. Prognoz

Şizofreni her zaman yıkımla sonlanmasa da genellikle hasta için belirgin ve uzun süreli olumsuz sonuçları olan ciddi bir hastalıktır. Fakat bazı hastalarda göreceli olarak daha iyi bir gidiş görülebilmektedir. İzlem çalışmaları, şizofreni hastalarının %55'inin orta derecede iyi, %45'inin ağır şekilde sonuçlanacağını saptamıştır (45). Hastalığın gidişi genel olarak alevlenmeler ve remisyonlar şeklindedir (46). Her bir relapsı, hastanın işlevselliğinde daha fazla kayıp izler (45). Ölüm oranı şizofreni hastalarında genel nüfusa göre iki kat daha fazladır. Şizofreni hastalarında en önemli ölüm nedenleri intihar, kazalar ve diğer hastalıklardır (46).

2.1.6. Şizofrenide Madde Kullanımı

Tüm psikiyatrik hastalıklar arasında madde kullanımının en sık eşlik ettiği hastalığın şizofreni olduğu bildirilmiştir. Şizofrenideki madde kötüye kullanımı eş tanısı hastalığın seyri, nüksü, yaşam kalitesi, morbidite ve tedaviye uyum süreçlerinde son derece etkilidir (47). Pek çok çalışmada, ilk psikotik atağı sırasında değerlendirilen şizofren bireylerde, madde kullanım bozukluğu en sık rastlanılan eş tanı olarak bildirilmektedir (48). Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda alkol kullanım bozukluğu için eş tanı sıklığı %33.7, madde kullanım bozukluğu için ise %27.5 olarak bulunmuştur (49).

Şizofreni hastaları daha çok sigara, alkol, esrar, kokain ve amfetamin kullanmaktadır (50). Ancak, kullanılan maddenin tipini maddenin özel farmakolojik etkisinin değil, ulaşılabilirliğinin de belirlediği düşünülmektedir (51). Şizofreni hastalarında alkol kullanım bozukluğu %20-60, esrar kullanım bozukluğu %12-42 arasındadır. Ancak bazı yazarlar, gerçekte alkol ve esrar kullanımının çok daha sık olduğunu bildirmektedirler (50). Seçilen maddeler gözden geçirilirken çoğul madde kullanım bozukluğunun özellikle üzerinde durulmaktadır. Esrar kullanıcılarının hemen hepsi sigara ve/veya alkol, alkol kullananların %95'ine yakın bir kısmı ise aynı zamanda sigara kullanmaktadır (52).

Şizofreni hastasının madde kullanımının 4 ana nedeni vardır:

- Olumlu duygu durumu arttırmak,
- Olumsuz duygularla baş etmek,
- Sosyal etkiler; insanlara daha iyi tahammül etmek, halüsinasyonu azaltmak, tedavi yan etkilerinden kurtulmak,
- Hastalık ve tedavi ile ilişkili etkiler; düşüncelerden uzaklaşmak, unutmak (53).

Son zamanlardaki gelişmeler, şizofrenideki nöropatolojinin maddelerin ödüllendirici ve pekiştirici etkileri ile ilişkili nöral devreler üzerine etki ederek, bağımlılık davranışına karşı artmış yatkınlığa neden olabileceğini öne sürmektedir. Şizofrenideki hipokampal yapı ve frontal korteks anormalliklerinin, maddelerin ödüllendirici ve pekiştirici etkilerini kolaylaştırdığı ve madde arama davranışı üzerindeki baskılayıcı denetimi azalttığı varsayılmıştır (54).

Şizofreni ve madde kullanım bozukluğu için genetik bir yatkınlığın olabileceğine ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Bu kanıtlardan biri, ikiz çalışmalarında alkolizm ve şizofreninin monozigot ikizlerde dizigotlara göre daha yüksek oranda bir arada gösterilmesidir (55).

Madde kötüye kullanımı şizofreninin erken başlangıçlı olması ve kötü klinik gidişiyle ilişkilidir. Şizofreni ve madde kullanım bozukluğu olan olgularda psikotik bozukluğun başlangıç yaşı ortalaması ve ilk hastaneye yatış yaşı ortalamasının sadece psikotik bozukluğu olan olgulara göre daha düşük olduğu bildirilmektedir (56). Cuffel ve

Chase şizofreni hastalarıyla yaptıkları izleme çalışmasında, madde kullanımına devam eden ya da yeni madde kullanım bozukluğu geliştirenlerin anlamlı derecede daha fazla depresif belirtiler gösterdiğini bildirmişlerdir (57). Ayrıca madde kötüye kullanan şizofreni hastalarında, pozitif belirtilerin daha baskın olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (58). Şizofrenide madde kullanım bozukluğu suç işleme, şiddet davranışı ve yasal sistemle sorun yaşama ile yakından ilişkilidir (55).

2.1.7. Şizofrenide Depresyon

Şizofrenide depresif belirtilerin görülmesi Bleuler'e kadar uzanmaktadır. Bleuler'e göre depresif belirtiler akut evrede durumla iç içe, akut evre sonrası duruma ikincil olarak gelişmektedir (59). Eskiden post-psikotik depresyon kavramı kullanılmaktayken, şu anda eş tanımlı depresyondan söz edilmektedir ve şizofreninin her evresinde depresif belirtilerin görülebileceğinden bahsedilmektedir (60).

Şizofreni hastalarıyla yapılan tanımlayıcı çalışmaların %81'inde depresif belirtilere rastlanmıştır (61). Zisook ve arkadaşlarının yaptıkları epidemiyolojik çalışmada, şizofreni hastalarının genel popülasyonla karşılaştırıldıklarında 29 kat fazla majör depresyon tanısı aldıkları bulunmuştur (62).

Şizofreni tanısı almış bireylerde tabloya depresyon eşlik ederse, yetersizlik duyguları, zayıf motivasyon, işlevsel düzeyde bozulma; aynı zamanda tekrar hastaneye yatış ve relaps oranlarında artışa sebep olmaktadır. Bununla birlikte intihar riskini arttırdığı, şizofreninin kötü sonlanışıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (59).

2.1.8. Şizofrenide İçgörü

İçgörü basitçe kişinin kendi iç dünyasını ve sorunlarını anlama kapasitesi olarak tanımlanabilir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda içgörünün üniter bir yapı olmadığı, hastalığın farkında olma, hastalık belirtilerini bilme ve tedaviye ihtiyacı olduğunu kabul etme gibi birkaç alt boyutun birleşiminden oluşan bir yapı olduğu fikri ağırlık kazanmıştır (63,64).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) şizofreni vakaları üzerinde yaptığı bir çalışmada hastaların büyük çoğunluğunda (%97) içgörünün olmadığı bildirilmiştir (64). Birçok çalışmada da şizofreni hastalarının %50-80'inde tam olarak ya da kısmen içgörünün

olmadığı bildirilmiştir (65). İçgörünün az olması, tedavi ve ilaç uyumunu bozmakta; daha sık relaps ve daha fazla hastane yatışına sebep olmaktadır (64,66,67). Bu durum, psikopatolojinin ciddiyetini etkilemekte ve hastalığın prognozunu kötüleştirmektedir (67).

Misdrahi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yüksek klinik içgörüye sahip hastaların, umutsuzluk ve depresyon düzeyleri, intihar girişimi öyküsü ve psikoeğitim alma sıklıkları anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. İçgörünün iyi olması tedavi uyumunu ve klinik gidişatı olumlu yönde etkilemekte ancak aynı zamanda umutsuzluk, depresyon ve intihar düşüncesini arttırmaktadır (68).

2.1.9. Şizofrenide İntihar

DSÖ verilerine göre, dünyada her yıl 800 binden fazla kişi intihar yoluyla hayatını kaybetmekte, bu sayının yaklaşık olarak 200 binini genç erişkinler ve ergenler oluşturmaktadır (69). Mental hastalığı olan kişiler arasında ise intihar girişimi oranları %90'a çıkmaktadır (70). Çalışmalarda psikiyatrik tanı aldıktan sonraki ilk bir yılın, özellikle de ilk üç ayın intihar için çok riskli olduğu bulunmuştur. Ancak madde kullanımı ve şizofreni bu tanılarının dışında tutulmuş, bu hastalıklarda intihar riskinin her zaman yüksek bulunduğu, tanı alma sonrasındaki zamanın önemli olmadığı belirtilmiştir (71).

İntihar, şizofreni hastalarında yaygın ölüm nedenlerinden biridir. Şizofreni hastalarının %20-50'sinde intihar girişimi görülmekte (72); bunların %10-15'i ölümle sonuçlanmaktadır (73). Ayrıca şizofrenide intihar genellikle genç yaşlarda, hastalığın ilk yıllarında hatta hasta daha bir sağlık kurumuna başvurmadan gerçekleşmektedir (74).

Diğer psikiyatrik hastalıklarla karşılaştırıldığında şizofreni hastalarının intihar etmek için, önemli oranda ası, kendini yakma, yüksekten atlama gibi ciddi yöntemler kullandıkları görülmüştür (75). İlaç alarak intihar girişimi en yaygın kullanılan yöntemdir.

İntihar girişimi için baskı, umutsuzluk, madde kötüye kullanımı ve intihar düşüncesi gibi bazı risk faktörleri diğer popülasyonlarla paylaşılr (76). Madsen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, şizofreni spektrum bozukluğunun intihar ile ilişkili klinik risk faktörleri arasında tedavisiz kalmış psikoz, halüsinasyonlar, hastalığın erken yaşta başlaması ve daha fazla nüks gibi özellikler gösterilmiştir (77). Ayrıca, psikotik belirtilerin kendisi, özellikle de intihar riski yüksek olan hastalarda intihar girişimini tetikleyebilmektedir (78).

2.1.10. Şizofrenide Dürtüsellik

Dürtüsellik, ortama uygun olmayan veya aşırı riskli ve çoğunlukla istenmeyen sonuçlara yol açan çeşitli davranışları kapsar. Dürtüsellik çok sayıda psikiyatrik bozukluğun çekirdek belirtilerinden biridir (79).

Biyolojik temelleri açısından bakıldığında, insanda saldırganlıkla ilgili beyin alanları amigdala, temporal lob ve limbik sistemdir. Dürtüsel eylemlerin kontrolünde ve inhibisyonunda orbitomediyal prefrontal korteks rol alır. Bu alanın lezyonları dizinhibe, saldırgan ve intihara yönelik davranışları ortaya çıkarır (80). Genetik etkenlerin dürtüsellik, agresyon gibi kişilik özelliklerinin oluşumunda rol oynayarak intihar davranışına sebep olabilecekleri düşünülmektedir (81). Dürtüsellik puanları yüksek olan şizofreni hastalarının daha çok KZVD ve intihar girişiminde bulunduğu gösterilmiştir. Bu hasta grubunda madde kullanımı daha sık görülmüştür. Bu durum, zarar verici davranışları arttıran faktörlerden birinin madde kullanımı olduğunu düşündürmektedir (22). Nitekim, Cantwell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada madde kullanımı varlığının, psikotik bozukluğu olan hastalarda kontrol kaybı, agresyon ve şiddet eğilimi gibi sonuçları olduğu gösterilmiştir (23).

2.1.11. Şizofrenide Dissosiyasyon

DSM 5'e göre, dissosiyasyon bozuklukları bilinç, bellek, kimlik, duygu, beden algısı, motor kontrol ve davranış alanlarının bütünlüğünde bölünme ve sürekliliğin bozulmasıyla karakterizedir. Çözülme belirtileri psikolojik işleyişin her alanını bozabilir (82).

Dissosiyatif yaşantılar gündelik yaşamda görülen basit dalgınlık, unutma ve hayal kurma hallerinden başlayarak dissosiyatif kimlik bozukluğuna dek uzanan bir yelpaze üzerinde ağırlıklarına göre sıralanır. Tüm dissosiyatif bozuklukların genel toplumdaki sıklığı %11.2 olarak bildirilmektedir (84). Dissosiyatif belirtilerin kadın ve erkeklerdeki yaygınlığı arasında fark bulunmamış ve genç ve orta erişkinlik döneminde eşit sıklıkta saptanmıştır (84).

Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastalarında dissosiyatif belirtilerin eşlik etme sıklığını %50 gibi yüksek oranlarda belirten çalışmalar vardır (85). Dissosiyasyon ve psikoz ayrı-farklı yapılar olabilir, eş anlamlı yapılar olabilir, üst üste gelen ortak ve farklı

özellikleri olan yapılar olabilir. Şizofrenide bulunabilen Schneiderian belirtiler (işitsel halüsinasyonlar, düşünce okunması, düşünce sokulması vb) dissosiyatif bozuklukta da yaygın olarak bulunmaktadır. Halüsinasyonlar aslında bir çeşit dissosiyasyon olarak değerlendirilebilir. İkisinde de düşünce, duygu, algı, kimlik ile ilgili bilişsel sistemlerde çözülme ya da bağlantılarda kopma olmakta ve iç ve dış gerçekliğin ayırt edilmesinde zorluk yaşanmaktadır (86). Dissosiyatif bozukluk hastalarının %86.6-90.2'sinde üç ya da daha fazla Schneiderian birinci sıra belirti bildirilmiştir (87).

Görsel halüsinasyonları tutarlı ve sistemli bir yapıya sahipse, içerik olarak uzun bir zamandan beri aynı şekilde devam ediyorsa, eşlik eden işitsel halüsinasyonu ile bütünlük oluşturuyorsa ve psikozun diğer çekirdek belirtileri bulunmuyorsa ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken tanıların başında dissosiyatif bozukluk bulunmalıdır. Ayrıca özellikle depresyon, işitsel ve görsel halüsinasyonlar, toplum karşıtı davranışlar, cinsel içerikli davranışlar, yalancı nöbet belirtileri ve travma sonrası stres bozukluğu gibi farklı gruptan belirtilerin bir araya geldiği durumlarda dissosiyatif bozukluk düşünülmelidir (88).

Şizofreni için risk taşıyan çocuklar kötü muamele sonucunda dissosiyatif bozukluk geliştirmeye yatkın olabilir. Dissosiyasyonun şiddetli biçimleri şizofreni yanlış tanısı alıyor da olabilir (88).

2.2. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI

Kendine zarar verme, DSÖ'nün yaptığı tanıma göre; kişinin dışarıdan bir müdahale olmadan kendi isteği ile alışılmışın dışında kendine zarar verecek bir davranış başlatması veya bir maddeyi kendi isteği ile reçetelenen dozdan veya genellikle kullanılan dozdan daha fazla almasıyla giden ve direkt veya beklenen fiziksel sonuçlarla kişinin hedeflediği değişiklikleri gerçekleştirmesini amaçlayan, ölümcül sonucu olmayan davranışlara denir (89). Uluslararası Kendine Zarar Verme Çalışması Topluluğu'nun (International Society for the Study of Self-Injury [ISSI]) tanımına göre de intihar amaçlı veya sosyal yaptırım sonucu olmadan, kişinin kasten kendi vücut dokularını bozmasına denir (90).

2.2.1. Tarihçe

Tıbbi literatürde intihar amaçlı olmayan KZVD nedeniyle hastane başvuruları 1844 yılına dayanmaktadır (4). Psikiyatrik literatürde ise kendine zarar verme konusundaki ilk

kapsamlı teoriler Karl Menninger tarafından 1938 yılında ‘Kendine Karşı İnsan’ kitabında anlatılmıştır. Menninger intihar amacı olmadan olan KZVD’yi ‘fokal suisid’ başlığı altında incelemiş ve teorisini daha çok kendini cezalandırma üzerinden kurmuştur (91).

Daha önceki DSM sürümlerinde tek başına kategorik bir tanı değilken, ilk kez DSM 5’te daha fazla çalışma gereken durumlar içerisinde yer almış ve tanı kriterleri tanımlanmıştır (92).

- A. Son bir yıl içerisinde, kişinin 5 veya daha fazla günde vücudunun yüzeyine kanama, ezilme veya ağrı ile sonuçlanacak şekilde (ör. Kesme, yakma, vurma, aşırı ovalama, bir şeyler batırma gibi) ve sadece düşük veya orta zarar oluşması beklentisi ile (intihar niyeti olmadan) kendi bedenine istemli olarak kendisi zarar vermiştir.
- B. Birey aşağıdaki nedenlerden bir veya daha fazlasının beklentisi ile kendine zarar verir.
 - 1. Negatif bir duygu veya bilişsel durumdan kurtulma
 - 2. Kişiler arası bir zorluğu çözme
 - 3. Pozitif bir duygusal durumu uyarma
- C. İstemli kendine zarar verme aşağıdakilerden en az biriyle ilişkilidir:
 - 1. Kendine zarar verme eyleminden hemen önceki dönemde gerçekleşen, kişiler arası zorluklar veya depresyon, anksiyete, gerginlik, öfke, yaygın huzursuzluk veya kendini eleştirme gibi negatif duygu veya düşüncelerin olması.
 - 2. Eylemde bulunmadan önce kişinin kendini kontrol etmesi zorlaşmış olan ilgili davranışla uğraşının olduğu bir dönem
 - 3. Eylemde bulunulmasa bile sıklıkla kendine zarar verme davranışı hakkında düşünme
- D. Davranış sosyal olarak onaylanan davranışlardan değildir (piercing, dövme, dini veya kültürel bir ritüelin parçası gibi) ve yara yolma veya tırnak yeme ile sınırlı değildir.
- E. Davranış kişiler arası, akademik ve diğer önemli alanlarda klinik olarak önemli sıkıntı veya karışıklık ile sonuçlanır.

F.Davranış psikotik dönemler, deliryum, madde entoksikasyonu veya çekilmesi zamanlarına kısıtlı şekilde gerçekleşmez. Nörogelişimsel bozukluklara sahip kişilerde davranış tekrarlayıcı stereotipilerin parçası değildir. Davranış başka bir ruhsal veya medikal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. (ör. Psikotik bozukluklar, otizm spektrum bozukluğu, entellektüel yetiyitimi, Lesch-Nyhan sendromu, kendine zarar verme ile giden stereotipik davranış bozukluğu, trikotillomani, deri yolma hastalığı) (92).

ICD-10'da KZVD ruhsal bir hastalık olarak yer almamakla beraber tıbbi bir durum olarak kendisine yer bulmaktadır (93).

2.2.2. Epidemiyoloji

KZVD sıklığını belirlemek için pek çok çalışma yapılmıştır fakat KZVD tanımlarına göre sonuçlar değişkenlik göstermektedir. Pek çok uluslararası çalışmayı içeren bir meta-analizde KZVD sıklığı genel popülasyonda %18 bulunmuştur (94). Şizofreni spektrum bozukluğu olan bireylerin; davranışlarının tanımına, özelliklerine ve takip süresinin uzunluğuna bağlı olarak %30-50 arasında değişen sıklıkta KZVD tespit edilmiştir (95).

Tekrarlanan KZVD içinde en sık kendini kesme (%72) görülür (5). Olguların yaklaşık %75'i ise birden fazla kendine zarar verme yöntemi kullanmaktadır (6). En sık zarar verilen bölgeler kollarıdır (%74) (5).

2.2.3. Etyoloji

KZVD etyolojisinde psikiyatrik hastalıklar, genetik ve nörobiyolojik faktörler, çevresel ve ailesel faktörler, psikodinamik faktörler gibi tanımlanmış pek çok etmen rol oynamaktadır (96).

2.2.3.1. Psikiyatrik Hastalıklar

KZVD, sınır kişilik bozukluğunun tanımlayıcı belirtilerinden biri olarak görülürken; son yıllarda sınır kişilik bozukluğu olmaksızın çok sayıda klinik örnekleme tanımlanan bir özellik olarak gösterilmektedir (8). Haw'ın bu konuda yaptığı çalışmada, KZVD olan kişilerin %92'sinde psikiyatrik hastalık saptanmıştır. Affektif bozukluklar

KZVD'ye en sık eşlik eden psikiyatrik komorbidite (%72) iken; bu sıralama madde kullanım bozukluğu (%35.4) ve anksiyete bozukluğu (%23.3) ile devam etmektedir (97).

Şizofreni de KZVD ile birlikteliği sık görülen bir psikiyatrik hastalıktır. Bu hasta grubunda KZVD'nin sıklığını araştıran çalışmalardan birinde 14-17 yıl boyunca takip edilen genç şizofreni hastalarında KZVD prevalansının %48 olduğu bildirilmiştir (98). Ayrıca KZVD gösteren şizofreni hastalarının %18'i, bu davranışları prodromal dönem ve ilk epizod arasında gerçekleştirmektedir (12).

2.2.3.2. Genetik ve Nörobiyolojik Faktörler

KZVD etyolojisinde genetik ve çevresel faktörler bulunmaktadır. Yapılan ikiz çalışmalarında özellikle kadınlarda yüksek oranda kalıtım tespit edilmiştir (96). KZVD olan kişilerin yakınları 3 kat kendine zarar verme riskine, 4 kat intihar riskine sahiptir (99).

Üzerinde durulan sistemlerden biri opiyat sistemidir. Mevcut araştırmalara dayanarak, KZVD gösteren bireylerin başlangıçtaki endojen opioid düzeylerinin daha düşük olması ve KZVD ile endojen opioidlerin salınması öne sürülebilir. KZVD gösteren, etyolojileri farklı mental retardasyon olgularında opiyat antagonistleri verildiğinde hastaların 2/3'sinde iyileşme olduğu belirtilmiştir. KZVD olan birçok hastada, ağrıya duyarsızlığın opioid aktivitede epizodik artış teorisi ile açıklanabileceği belirtilmiştir (100).

Biyolojik çalışmaların bir kısmında kendini kesme davranışı serotonin azalması ile açıklanmıştır. Düşük serotonin düzeyinin kişide irritabiliteye neden olduğu ve bunun da kendini kesmeye yol açabileceği belirtilmiştir (101). Ayrıca yapılan bir çalışmada triptofan hidroksilaz geninde allelik polimorfizm gösterilmiştir (102). Bu kişilerde frontal 5HT_{2A} reseptör bağlanma endeksi düşüktür (103). Fare deneylerinde agresyon, depresif belirtiler ve intihar eğilimi ile ilişkisi olan monoaminoksidaz enzimi ile bir ilişki insanlar için gösterilememiştir (102).

KZVD olan kişiler, depresyonu olan veya sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında kendileri hakkında sorulara cevap verirken limbik alanlarda, anterior ve posterior kortikal orta hat yapılarında daha belirgin aktivasyon göstermişlerdir (104). Ancak şizofreni hastalarında ilişkili zihinsel süreçlerin nöral temeli iyi araştırılamamıştır (105).

2.2.3.3. Çevresel ve Ailesel Faktörler

Genetik olarak hassasiyeti olan bireylerde genellikle çevresel ve ailesel durumların bir araya gelmesi KZVD gelişmesinde etkili olmaktadır (106). Bu davranışlar hemen her yaşta ortaya çıkmakla birlikte, özellikle ergenlerde ve genç yetişkinlerde yüksek oranlarda gözlenmektedir (108).

Düşük sosyoekonomik durum KZVD ile ilişkili bulunmuştur. Bu ilişki genç erkeklerde daha net görülmektedir (108). Ayrıca, genel popülasyonda işsizliğin ve bir partnere sahip olmamanın da KZVD'nin yordayıcısı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (109).

Zorlu yaşam olayları, kişi tarafından kendisini etkilediğini tariflediği olaylar KZVD ile ilişkili bulunmuştur. Bu olayların sıklığında artma veya daha zorlayıcı yaşam olayları şiddet ve intihar fikirleriyle de ilgili bulunmuştur (110).

2.2.3.4. Psikodinamik Faktörler

Psikodinamik bakış açısıyla; kendini kesen kişinin eylem sonrasında geçici bir rahatlama yaşaması ve baş edilemeyen bunaltıcı duyguların kendini kesme yolu ile hafiflemesi vurgulanmıştır. Ayrıca, kişinin kendisini bu yolla gerçek hissettiği, bedeninin kontrolünü ele geçirdiği ve başkaları ile arasında sınır çizdiği belirtilmiştir. Duygusal sıkıntı, karamsarlık ve korku 'bedene eziyet yolu' ile çözüm bulur. Kendini kesen kişi, başkalarına karşı ve bazen de kontrol edemediği kendi arzularına karşı duyduğu öfkeyi kendisine döndürür ve bedenine saldırır; sonuçta rahatlar. Bu yolla 'duygusal acı', yerini başa çıkması daha kolay olan, 'fiziksel acıya' bırakır ve birbirinden ayrılmış olan beden ve kendilik bütünleştirilir. 'Kontrol edilemeyen'in kontrolü ele geçirilmiş olur; aynı zamanda zarar vermeye bağlı bir haz duygusu da buna eşlik eder. Bu nedenle kesme, 'bağımlılık yapıcı' şekilde süregider (111).

Genellikle erken dönemde yaşanan örseleyici deneyimler ve birincil nesnelerle ilişkilerden kaynaklanan saldırganlık, kendini kesme ile sonuçlanır. Kendine zarar verme, içselleştirilmiş örseleyici acı veren deneyimlerin ve içsel çatışmaların, 'somut' şekilde kendini tekrar etmesidir, bu şekilde 'acıyı kesip çıkartır'. Ökseleyen ve ökseleyici, aynı bireyde birleşik durumdadır. Kendine zarar verme; aynı zamanda güç gösterisi, meydan

okuma, özerkliğin ve bağımsızlığın dışavurumu ve umutsuz bir kendini kontrol çabası olarak işlev görür (112).

2.2.4. Kişiler Tarafından Tanımlanan Fonksiyonlar

KZVD'nin en çok bildirilen fonksiyonlardan birisi affektif regülasyondur. Bu modele göre, KZVD'nin rolü, anksiyete, depresyon, gerilim, ağrı, öfke ve yalnızlık gibi disforik duyguları ifade etmek ve azaltmaktır (113). Kendine zarar veren kişiler, diğerlerine göre daha yüksek düzeyde olumsuz etkiler bildirmektedirler ve kanıtlar, akut olumsuz affektin KZVD'den önce geldiğini göstermektedir. KZVD'nin vekili (ör., Kesmenin görselleştirilmesi veya ağrıya neden olan ancak fiziksel yaralanmaya neden olmayan bir davranış) bile olumsuz affekti azaltmaktadır (114). Bu kişilerde bulunan emosyonel disregülasyon nedeniyle ruhsal acıları azaltmak amacıyla fiziksel acının kullanıldığı düşünülmektedir (114-116). KZVD'nin bu özelliği ödüllendirici olduğundan davranışı pekiştirmekte ve davranış uyum bozucu olmasına karşın, olumsuz duygulanımla başa çıkmada etkili bir strateji olarak sürdürülüyor olabilir (117).

Diğer sebepler dissosiyasyonu önleme, intiharın yerine koyma, kendi kişiler arası sınırlarını belirleme, diğer kişileri yardım veya manipülasyon amaçlı etkileme veya bir his arayışı olarak tariflenmektedir (10,118-121). Kasıtlı kendine zarar vermenin sosyal işlevleri, bu davranışların pekişmesini sağlayabilir. Bazı durumlarda, kendine zarar vermenin başkalarıyla olan sosyal ilişkiyi güçlendirdiği düşünülmektedir (119). Nock, kendine zarar vermenin bazı durumlarda sıkıntıya işaret eden, ancak bazı durumlarda güç ve zindeliğe işaret eden davranışlar olduğunu öne sürmektedir. Böylece KZVD, dış tehditlerden korunmaya hizmet eden bir güç gösterisi haline gelebilir (122). Ancak bu, gelecekteki tehdidi önlemek için değil, mağduriyete karşılık olarak sıkıntıyı düzenleyen bir araç olmaktan da kaynaklanabilir (123).

Kendini cezalandırma kendine zarar vermek için en yaygın ikinci sebep olarak değerlendirilmiştir (114). Aynı şekilde, Briere ve Gil'in kendine zarar veren kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmalarında da en sık bildirilen sebep kendini cezalandırmadır (10). Ross ve arkadaşları emosyonel disregülasyona ek olarak, beden odaklı bir yönelimin KZVD için gerekli bir unsur olduğunu ileri sürmektedir. Bu teoriye göre, bu bireyler bedenlerini duyguları kontrol etmenin bir aracı olarak görürler, çünkü duygusal acı fiziksel acıya aktarıldığında daha somut ve daha kolay anlaşılır hale gelir (18).

Klonsky'ye göre, farklı işlevler bir arada ortaya çıkabilir ya da kavramsal olarak binişiklik gösterebilir; ancak bazı işlevler diğerlerinden daha yaygın ya da öncelikli olabilir. Bu nedenle birincil ve diğer işlevlerin birbirinden ayrılması ve tedavide anlamlı bir zemin oluşturmak amacıyla bu davranışların etyolojisine ilişkin araştırmaların tasarlanması gereklidir (124).

2.2.5. KZVD ve Madde Kullanımı

Madde kullanımı kendine zarar vermenin bir yoludur. Birçok çalışma, klinik popülasyonda madde kullanımı ile kendine zarar verme arasında anlamlı ilişkiler olduğunu bildirmektedir (125).

KZVD'nin en sık görüldüğü yaş grubu olan adolesanlar incelendiğinde, kendine zarar verme sıklığının yaş ilerledikçe önemli ölçüde azaldığı gösterilmiştir (126). Bununla birlikte, yapılan diğer çalışmalar geç ergenlik döneminde KZVD'nin sona erdirilmesinin çoklu madde kullanımı ile yer değiştirmesi nedeni ile olabileceğini göstermiştir (127).

Bu bağlantıyı anlamak için, bireyleri hem kendine zarar vermeye hem de daha sonra madde kullanmaya iten ortak biyopsikososyal risk faktörlerinin varlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu faktörler, birey seviyesinde (örn., dürtüsel kişilik özellikleri), yakın çevre seviyesinde (örn., aile çatışması) veya topluluk seviyesinde (örn., akranlar arasında davranışsal sorunların sosyal aktarımı) çalışabilir (128). Ayrıca madde kullanımı ve kendine zarar verme sıklıkla olumsuz affekte yanıt olarak ortaya çıkar (129). Bu olumsuz affekte olan tahammülsüzlük işlevsiz kaçınmadan; kendine zarar verme, dürtüsel saldırganlık, madde kullanımı ve intihar eğilimine uzanan bir dizi sorunlu davranışa sebep olur (130). Nock, affektif disregülasyona yatkınlığın hem kendine zarar verme hem de madde kullanılması gibi diğer uyumsuz davranışlar için risk oluşturduğunu ve madde kullanımının ve kendine zarar vermenin sıklıkla birlikte ortaya çıkmasına neden olduğunu öne sürmektedir (131).

Bir olasılık da bağımlılık ile ilişkili olan endojen opioid sisteminin kendine zarar verme ile de bağlantılı olmasıdır (100). Bu nedenle, kendine zarar verme ve madde bağımlılığının altında yatan biyolojik yolu paylaşması da mümkündür.

Sıklıkla genel popülasyonda araştırılan KZVD ve madde kullanımı arasındaki ilişki şizofreni hasta grubunda daha çok araştırılmaya ihtiyaç duymaktadır.

2.2.6. KZVD ve Depresyon

Kendine zarar verme düşünceleri duygusal stresin bir göstergesidir ve özellikle majör depresyon başta olmak üzere ruhsal hastalıklar ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. DSM 5'in depresyon tanı kriterlerinin son kriteri, ölüm isteği ya da kendini bir şekilde incitmenin düşünceleridir. Bu soruya verilen olumlu cevaplar, yanıt veren kişinin pasif ölüm istekleri olduğu, KZVD'nin varlığı veya intihar davranışıyla meşgul olduğu anlamına gelebilir (132).

KZVD bulunan kişilerde yapılan bir çalışmada bu kişilerin %92'sine en az bir psikiyatrik tanı konulduğu; %46.7'sinde ise birden çok psikiyatrik eş tanının bulunduğu gösterilmiştir. En sık konulan tanı %72 ile duygudurum bozuklukları olmuştur. Bu kişiler en çok depresyon tanısı almışlardır (97).

Kendini yaralama davranışına ilişkin yapılan araştırmalar, bu davranışın genellikle ergenlik dönemi ile birlikte ortaya çıktığını, depresyonda KZVD sıklığının %46.6 olduğunu göstermektedir (134). Fonksiyonel bir bakış açısı ile kendini yaralama davranışı, depresif duygudurumun bir ifade tarzı veya bir başa çıkma tutumu olarak (sorun çözücü işlev olarak) düşünülür. Kendini yaralama davranışında bulunanların depresyon düzeylerinin bilinmesi, tedavinin uygun şekilde yapılandırılmasında kullanılabilecek önemli bilgi kaynağıdır (134).

2.2.7. KZVD ve İntihar

KZVD ve intihar girişimi arasında önemli bir ilişki olmasına rağmen veya bunun bir dizi kendine yönelik yıkıcı eylem spektrumu içinde bulunduğu hipotezine rağmen, KZVD'nin bir intihar girişimi olmadığını unutmamak gerekir. KZVD, ezici duyguları düzenlemek ve yaşama katlanmak için uyumsuz bir başa çıkma mekanizmasını temsil ederken; intihar girişimi ise kendi hayatını sona erdirmeye arzusunu yansıtmaktadır (15). KZVD ve intihar girişimi ayrı fenomenler olmasına rağmen bir arada da olabilir, hatta aralarında geçiş olabilir (94). Bununla birlikte KZVD'nin tipine/düzeyine göre intihar girişimi riskini gösterebileceği düşünülmektedir (106). Foster ve arkadaşları bireyin önceki KZVD'yi temel risk faktörü olarak tanımlamışlar, özellikle KZVD'yi takip eden ilk 12

ayda intihar girişimi riskinin normal popölasyona göre 50-100 kat daha riskli olduğunu, intihar girişimi nedeniyle ölenlerin yaklaşık yarısında KZVD öyküsünün bulunduğunu ve bu oranın genç yaş grubunda 2/3'ye çıktığını belirtmişlerdir (135). Özellikle tekrarlayan KZVD risklidir, yapılan izlem çalışmalarında kendine zarar verenlerde 5 yılda %1.7, 10 yılda %2.4 ve 15 yılda %3'e kadar artan oranlarda intihar girişimi olduğu saptanmıştır (136). Zahl'ın genel acil servisine KZVD sebebiyle başvuran 11583 hasta ile yaptığı çalışmada, hastaların %39'unda tekrarlayıcı KZVD olduğu, intihar için en riskli grubun ise tekrarlayıcı KZVD olan kadınlar olduğu gösterilmiştir (138). KZVD bulunanların intihar girişimlerinin daha manipölatif ve dikkat çekmeye yönelik olduğu düşünölür, fakat bu grubun %10'undan fazlası tamamlanmış intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (138). Ayrıca, yakın bir akrabayla yaşamamak, fiziksel sağlık problemleri, alkol kötüye kullanımı, psikiyatrik tedavi öyküsü, ümitsizlik ve ciddi biçimde kendine zarar verme gibi faktörler de KZVD'den sonra intihar girişimi riskini arttıran faktörler arasında sıralanmıştır (17).

Ancak temel nitelik ve fenomenolojik farklılıklar, intihar girişimi ile KZVD arasındaki farkı belirlemektedir. Bu nedenle, bu davranışların kesin olarak anlaşılabilmesi için KZVD'yi intihar niyeti ile ve intihar niyeti olmadan ayırmayı sürdürmek gereklidir (94).

İntihar ve KZVD arasındaki farklar (139)

Özellik	İntihar	Kendine Zarar Verme Davranışı
Niyet	Yaşamı sonlandırmak, varoluşu bitirmek	Stresten kaçınma veya kurtulma, daha iyi hissetme
Ölümüllük	Yüksek, tıbbi girişim gerektiren	Düşük, nadiren tıbbi girişim gerektirir
Kroniklik	Sık değil	Tekrarlayıcı, kronik (10-15 yıl)
Yöntemler	çoğunlukla tek yöntem seçilir	Birden fazla yöntem kullanma eğilimi
Düşünceler	Ölüm, ölmek, intihar düşünceleri	Rahatlama düşüncesi, ölüm düşüncesi yok
Reaksiyonlar	İlgi, alaka, şefkat uyandırır	Korku, iğrenme, düşmanlık uyandırır
Sonrası	Sıkıntı azalmaz	Sakinleşme, rahatlama, doyum
Demografik	Genellikle yaşlı erkekler sonlandırır	Ergenler, kadın/erkek eşit

Özetle, KZVD ve intihar arasındaki ilişkinin ele alındığı çalışmalar göstermektedir ki; KZVD ve intihar girişimlerini aynı boyut üzerinde değerlendirmek yerine, bu iki davranışı birbirinden farklı; ancak ilişkili olabilecek iki yapı olarak görmekte fayda vardır.

2.2.8. KZVD ve Dürtüsellik

Dürtüsel özelliklere sahip olan bireyler risk alma davranışına yönelirken karşılaşılabilecekleri olumsuz sonuçları göz ardı ederek, düşünmeden risk alabilirler. Dürtüsellik birçok psikiyatrik bozukluğa eşlik eder (79). Literatürde KZVD'nin nedenleri arasında dürtüsellik de yer almaktadır (140).

Çeşitli yazarlar tarafından dürtüsellik sınıflara ayrılmıştır. Bechara'ya göre 'motor dürtüsellik' potansiyel tepkilerin engellenmesi ve dürtüsel eylem ile ilişkili iken 'bilişsel dürtüsellik' dürtüsel karar verme ve dürtüsel seçimle ilişkilidir (141). Bu iki dürtüsellik alanı işlevsel ve yapısal olarak farklılık göstermektedir. Ayrıca bilişsel ve motor dürtüsellik nöral bölgelere bakıldığında farklı alanlardan kaynaklanmaktadır (142). Kendine zarar verme, çoğunlukla olumsuz affektif durumlar tarafından tetiklenebildiği için motor dürtüsellik bilişsel dürtüsellikten daha belirleyici bir faktör olabilir (143).

Dürtüsellik ile KZVD arasındaki ilişki literatürde sıkça çalışılmasına rağmen, dürtüsellik riskinin ortaya çıktığı mekanizma net değildir. Çoğu intihar davranışı teorisi, dürtüsellik ve KZVD'nin doğrudan ilişkili olduğunu göstermiştir. Diğer bir deyişle, 'anın itkisi', dürtüsel insanlar arasında daha yüksek intihar davranışı oranlarından sorumludur. Ancak, Witte'in 2008'de yaptığı çalışmada dürtüsellik daha planlı bir KZVD'ye yol açacağı da ileri sürülmüştür (144). Spesifik olarak, bireyin kendini öldürmesi için, intihar yoluyla ölme arzusuna ve gücüne sahip olması gerekir. Oysa az sayıda insan bu arzu ve güce sahiptir. İntihar yoluyla ölme gücü, bireyin intihar davranışının getireceği acı ve korkunun üstesinden gelmesine bağlıdır (145). Bu görüşe göre, dürtüsel bireylerin intihar ve KZVD için daha ciddi yolları göze alması daha olasıdır (144). Ayrıca dürtüsellik daha zorlu hayatlara ve buna bağlı olarak daha ciddi kendine zarar verme düşüncelerine sebep olabilir (146). Bu nedenle, dürtüsellik tek başına, bir kişinin stres etkeni karşısında intihar etme veya KZVD olasılığını mutlaka arttırmaz. Daha ziyade, bireyin yüksek dürtüsellik seviyesi, daha etkin intihar etme becerisi (örneğin daha ağırlı uyaranlara maruz kalma yoluyla) kazanmasına yol açabilir ki bu, ölüm arzusu ile buluştuğunda daha planlı KZVD ve daha öldürücü intihar davranışları anlamına gelebilir. Oysa daha az dürtüsel olan kişiler,

kaza sonucu yaralanma, madde kullanımı ve kültürel olarak kabul edilmiş kendine zarar verme biçimleri (örneğin, piercing) gibi deneyimleri daha çok tercih edebilir (144).

Bu tartışmalar dürtüsellik ve KZVD arasındaki ilişkinin daha çok incelenmesi gerektiğini göstermektedir.

2.2.9. KZVD ve Dissosiyasyon

Dissosiyasyon aşırı sıkıntı yaratan deneyimlere karşı bir cevaptır (147). Dissosiyasyonun etyolojisi üzerine araştırmalar genellikle kadınlarda ve çocukluk dönemindeki cinsel istismarın etkileri üzerine yoğunlaşmıştır. Bununla birlikte, fiziksel istismar, ihmal ve aileden erken ayrılmanın özellikle erkeklerdeki etkilerinin daha önemli olduğu ileri sürülmüştür (148).

KZVD'nin travmatik yaşantıları kontrol etme veya dissosiyasyon duygularını durdurma girişimi olarak ortaya çıkabildiği öne sürülmüştür (149). Suyemoto, KZVD'nin altı fonksiyonel modelini tanımlamıştır ve bunlardan birinin dissosiyasyon modeli olduğunu öne sürmüştür. KZVD affektin yoğunluğundan kaynaklanan dissosiyasyonun etkilerini sona erdirmek ya da başa çıkmak için bir yoldur (150).

Levinger'in 2015'te yaptığı çalışmada yatarak tedavi gören genç yetişkinlerden oluşan bir örnekleme, geçmiş intihar girişimlerine sahip hastaların, hiç intihar girişimi olmayan gruptan daha yüksek bir yoğunlukta mental acı ve buna daha düşük bir tolerans gösterdikleri saptanmıştır. Bu mental acı dissosiyasyona yol açar. Bu nedenle geçmiş intihar girişimleri olan hastalarda, diğer gruba kıyasla daha yüksek düzeyde dissosiyasyon ve bedensel belirtilere karşı duyarsızlık bildirilmiştir. Bu nedenle, dissosiyasyonun intihar girişimini öngörmede önemli bir rol oynadığı görülmüştür (6).

KZVD ile çocuklukta kötü muameleye maruz kalmayı ilişkilendiren birçok araştırma bulunur. İstismara uğramış çocuklar sonunda yaşadıkları dayanılmaz duyguları sonlandırmak için bedenlerini uyardırmayı keşfederler. Bunun en ciddi yolu KZVD'dir. Travma aşırı uyarılmışlık halini (tetikte olma, tedirginlik hali vb.) artırır. Kişi aşırı uyarılma halini azaltmak için kompulsif tarzda KZVD gösterir. Bu yolla endojen opiyat sistemi uyarılır. İlk yaralar acı vermez ve kendini yaralama güçlü bir rahatlama ve gevşeme duygusu hissedene kadar devam eder. Fiziksel acı emosyonel acıdan çok daha fazla tercih edilir (151).

Kendine zarar verme ve dissosiyatif yaşantılar arasındaki ilişki kabul görmesine rağmen bu konuda yeterli araştırma yoktur ve çelişkili sonuçlar mevcuttur. Çalışmalarda genellikle dissosiyasyon düzeyi ölçülmüştür ancak homojen grupların kullanıldığı çalışmalar az sayıdadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. YÖNTEM

3.1.1. Çalışma Evreni

Bu araştırma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 8 Eylül 2017 tarihinde 47 protokol no ile onay alınmıştır.

Araştırma, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayaktan tedavi ünitelerinde ve Bakırköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi görmekte olan, araştırma kriterlerini karşılayan ve DSM 5 tanı ölçütlerine göre şizofreni spektrum bozukluğu tanısı almış erkek ve kadın hastalar ile yapılmıştır.

3.1.2. Örneklem

Çalışmaya ayaktan takip edilen hastalardan içerme ölçütlerine uyanlar seçilerek alınmıştır. DSM 5 tanı ölçütlerine göre şizofreni spektrum bozukluğu tanısı alan erkek ve kadın hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Bilgilendirme metni okutulmuş, bilgilendirilmiş onayı alınan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 165 hasta araştırmaya katılmıştır. Katılımcıların yaşam boyu madde kullanımı ile ilgili bilgiler, hasta beyanlarından elde edilmiş olup; bilgilerin yetersiz olduğu durumlarda, yakınlarının beyanı ve geçmiş hastane kayıtlarına başvurulmuştur. Halen madde kullanan grubun madde kullanımları ile ilgili bilgiler için hastanın verdiği öyküye başvurulmuş ve idrarda madde analizi ile desteklenmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 18-65 yaş arası olmak,
- Mental retardasyonu veya organik mental bozukluğu olmamak
- Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluğu olmamak

- DSM 5'e göre Şizofreni Spektrum Bozukluğu tanısı almış olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmiş ve gönüllü onam formunu imzalamış olmak
- Okuma yazma biliyor olmak

3.2. GEREÇLER

3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Hastaları bilgilendirme ve onlara yapılacak işlemleri anlatma amaçlı olan, çalışmanın gönüllülük esası ile olduğunu belirten, kişi tarafından imzalanan formdur.

3.2.2. Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmanın amacına yönelik olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış, hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalığa ait verileri değerlendiren ayrıntılı görüşme formudur.

3.2.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Klinik çalışmalarda şizofreni psikopatoloji ölçekleri arasında en sık kullanılanlardan biridir. Geliştirildiği günden beri hem klinik hem araştırma alanında hastaların gözlemi ve değişimlerinin değerlendirilmesi açısından kıstas kabul edilmektedir (152).

Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilen 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirilmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (152). Otuz psikiyatrik parametreden yedisi pozitif belirtiler alt ölçeğine, yedisi negatif belirtiler alt ölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Her maddenin şiddeti “1: yok, 2: çok hafif, 3: hafif, 4: orta, 5: orta/ağır, 6: ağır, 7: çok ağır” olmak üzere derecelendirilmiştir. Psikopatoloji bilen görüşmeci tarafından uygulanır, son bir hafta içindeki belirtiler esas alınır. Görüşme tamamlandıktan sonra değerlendirme yapılır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (153).

3.2.4. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDÖ)

CDÖ 1990 yılında Addington ve arkadaşları tarafından, şizofreni hastalarında depresyonun varlığını ve şiddetini ekstrapiramidal ve psikotik belirtilerden ayrı olarak ölçmek üzere geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış görüşme formunda bir ölçektir (154). Temel uygulama grubu şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hasta gruplarıdır (155).

Ölçek maddelerinin değerlendirilmesine yönelik kendi içinde görüşme yönergesini bulundurmaktadır. Bu ölçek yarı yapılandırılmış 4'lü likert tipi değerlendirme içeren 9 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin içerdiği her madde 0 ile 3 arasında puanlandırılır ve total puan 0-27 arasında değişkenlik gösterebilmektedir. Kesme puanı 11-12 puan olarak belirlenmiştir. Bu ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (155).

3.2.5. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

İÖÖ, Cull ve Gill tarafından, 1988 yılında ergen ve yetişkinlerdeki olası intihar riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (156). Kendini değerlendirme ölçeğidir ve 36 maddeden oluşur. Umutsuzluk, intihar düşüncesi, düşmanlık ve olumsuz kendilik değerlendirmesi olmak üzere toplam 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Her alt ölçek intihara ilişkin farklı bir kuramsal yaklaşım temelindedir. Bu nedenle ölçeğin diğer araçlardan farklı olarak intihar gibi karışık bir olguyu pek çok boyut ile değerlendiren bir araç olduğu söylenebilir.

Dörtlü likert tipi ölçektir. Ölçek soruları "hiçbir zaman ya da nadiren", "bazen", "sık sık" ve "çoğu zaman ya da her zaman" şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçek toplam puanı her soru için 1 ile 4 arasında değişerek derecelendirilmiş bir puanlama ile hesaplanır. Buna göre ölçekten alınacak toplam puan 36 ile 144 arasında değişmektedir. Alt kategorilerden ise umutsuzluk puanı 12-48, intihar düşüncesi 8-32, kendini olumsuz değerlendirme 9-36 ve düşmanlık 7-28 arası değişmektedir. Ölçekte puan ortalamasının artması intihar olasılığının arttığına işaret etmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tuğcu ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (64).

3.2.6. Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q)

Dissosiyatif bozuklukları saptamada faydalı olan geçerli ve güvenilirliği gösterilmiş bir ölçme aracıdır. Belçika'da Johan Vanderlinden tarafından geliştirilmiştir (158). Altmış üç maddeden oluşmuştur. Giriş bölümünde travmatik yaşamı da gözden geçiren az sayıda sorudan oluşan kısa bir bölüm bulunmaktadır. Çok belirti taraması ve yeme bozukluğu belirtilerini içermesi Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği'ne (DES) göre farklı özellikleridir. Birlikte ortak varyansın %77'sini oluşturan dört alt ölçek bulunmuştur: (1) kimlik karışıklığı; (2) davranış, düşünce ve duygular üzerinde kontrol kaybı; (3) amnezi ve (4) absorpsiyon. Her soruya 1 (hiç) ile 5 (tam) arasında puan verilir. Kesme puanı 2.5'tur. DIS-Q, iyi iç tutarlılık ve yüksek tekrar test güvenilirliği ile birlikte iyi yapı ve uyumlu geçerliliğe sahiptir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (159).

3.2.7. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BIS-11)

BIS-11'in ilk versiyonu, anksiyete ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi araştıran Barratt tarafından 1959 yılında geliştirilmiştir (160). Dürtüsellik değerlendirilmede kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam BIS-11 puanı ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. Basitlik ve hızlı uygulanabilir olması nedeni ile depresyon, bipolar bozukluk, alkol ve madde kullanım bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi çok çeşitli hasta gruplarıyla yapılan çalışmalarda yaygın şekilde uygulanmıştır. Otuz maddeden oluşur. Dörtlü likert tipi bir ölçektir. Planlı olmayan dürtüsellik, dikkat ile ilişkili dürtüsellik ve motor dürtüsellik şeklinde güvenilirliği iyi olan birbiri ile örtüşmeyen 3 alt ölçeği bulunmaktadır. BIS-11'in Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (161).

3.2.8. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)

Kendine zarar verme davranışını (KZVD) araştırmaya yönelik geliştirilmiş 2 bölümden oluşan bir ölçektir. İlk bölümde (Bölüm I: Davranışlar) kasıtlı olarak yapılan ve intihar niyeti taşımayan 12 çeşit KZVD'nin yaşam boyu frekansı sorgulanır. Bu davranışları tanımlamak ve özelliklerini belirlemek amacıyla beş ek soru sorulur (162).

Envanterin ilk bölümünün geçerlik güvenirlik çalışması Klonsky ve Onlino (2008) tarafından, 815 kişilik üniversite öğrencilerinden oluşan örneklem içinde KZVD olan 205 kişi ile gerçekleştirilmiştir (162). Ölçeğin ilk bölümünde bir ve daha fazla sayıda KZVD belirten katılımcılar, ölçeğin ikinci bölümünü yanıtlamaya yönlendirilmektedir. Bu bölümde toplam 39 soru ile 13 ayrı KZVD işlevi sorgulanmaktadır (Bölüm II: İşlevler). Bu bölümün psikometrik özellikleri ve geçerlik güvenirliği Klonsky ve Glenn (2009) tarafından, 235 üniversitesi öğrencisinde yaptıkları çalışma ile rapor edilmiştir (114). Yapılan faktör analizinde 2 faktör açığa çıkmıştır: Birinci faktör kişiler arası/sosyal işlevleri değerlendirir. İkinci faktör otonom işlevleri değerlendirir. Otonom işlevler 5 alt boyuttan oluşmaktadır: affekt regülasyonu, intihar önleme, sıkıntıyı etiketleme, kendini cezalandırma, dissosiyasyon önleme. Sosyal işlevler de 8 alt boyuttan oluşmaktadır: kişiler arası sınırlar, kişiler arası etkileşim, intikam alma, heyecan arama, akranlarla bağ kurma, dayanıklılık, özerklik, kendiyi ilgilenmedir. Her soru 0- hiç uygun değil 1- kısmen uygun 2- çok uygun şeklinde üç şık üzerinden değerlendirilmektedir. Sosyal ve otonom işlevlere ait her bir işlev toplanarak toplam sosyal ve otonom işlev skoru elde edilir (162).

KZVDDE Türkçe çevirisi ve geçerlik güvenirlik çalışması İzmir ili genelinde lise öğrencileri arasında KZVD'nin değerlendirildiği çalışma kapsamında 529 lise öğrencisi ile yapılmıştır (163).

3.2.9. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)

Klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren ölçek David tarafından 1990 yılında geliştirmiştir (164). David, içgörünün “var” ya da “yok” şeklinde değerlendirilemeyeceğini bildirerek; tedavi uyumu, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanımadan oluşan üç bileşenden yola çıkarak, klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren ölçeği geliştirmiştir. Sekiz sorudan oluşan, klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. “Tedavi kabulü” (1a), “tedavi istemi” (1b), “hastalığını bilme” (2a), “ruhsal hastalığı olduğunu bilme” (2b), “hastalığı açıklama” (2c), “hezeyanın doğruluğuna inanma” (3a), “yaşantılarını açıklama” (3b) başlıklı 7 alt ölçeğine ek olarak “inanmamaya tepki” başlıklı alt ölçeği mevcuttur. İlk 7 sorunun en yüksek puan toplamı 14’tür. Sekizinci soru hipotetik olarak sunulmuştur, bu sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır. Bu soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18’dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir.

Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2001’de Arslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (165).

3.3. İŞLEM

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayaktan tedavi ünitelerine ve Bakırköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve DSM 5 tanı ölçütlerine göre şizofreni spektrum bozukluğu tanısı almış erkek ve kadın hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra içerme kriterlerine uygun hastalar seçilmiştir. Katılımcılara, araştırmanın herhangi bir aşamasında sebep göstermeksizin araştırmadan çekilebilecekleri hatırlatılmıştır.

Görüşmeler sonucunda kadın ve erkek toplam 165 hasta alınmıştır. Katılan tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu ile onayları alındıktan sonra tüm hastalara Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği, Dissosiyasyon Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Ölçeği ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

Ölçeklerin cevaplanması için herhangi bir zaman kısıtlamasına gidilmemiştir, anlayamadıkları bölümler konusunda bilgilenmeleri sağlanmıştır.

Çalışmaya dahil etmek amacıyla 173 sayıda hasta ile görüşülmüş, ancak görüşmeler sonucunda ölçekleri yetersiz doldurma, son anda çalışmaya katılmaktan vazgeçme, şizofreni spektrum bozukluğu tanısı hariç diğer tanılara sahip olma nedenlerle bu hastalar çalışmadan çıkarılmış ve sonuç olarak çalışmaya 165 hasta alınmıştır.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistik analizler IBM SPSS versiyon 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük, en büyük, frekans, yüzde olarak verildi. Kesikli değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma

uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Sşrekli değerşkenlere ait gruplar arası karşılaştırmalar bağımsız gruplarda (Student) t testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve tek yşnlş varyans analizi (Oneway ANOVA) ile yapıldı. Değerşkenler arasındaki doğrusal ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi. Hastaların kendine zarar verme davranışını belirlemeyi şngşren bağımsız değerşkenleri saptamak için lojistik regresyon analizi kullanıldı. Tek değerşkenli lojistik regresyon analizinde p değerı <0.25 bulunan değerşkenler aday değerşkenler olarak çok değerşkenli lojistik regresyon analizine alındı. Çok değerşkenli lojistik regresyon analizinde olabilirlik oranı ile ileriye doğru yşntemi (Forward likelihood ratio method) kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değerı $p<0.05$ kabul edildi.



4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 37.04 ± 10.574 olup; 120'si erkek (%72.7), 45'i kadındır (%27.3). Eğitim düzeyleri bakımından değerlendirildiklerinde, çalışmaya katılanların okudukları yıl ortalama 9.75 ± 3.794 olarak belirlenmiştir. 34'ü evli (%20.6), 113'ü (%68.5) bekar, 18'i (%10.9) boşanmış ya da duldur. Hastaların 107'si çalışmamakta (%64.8) iken 10'u öğrenci (%6.1), 38'i yarı zamanlı olarak (%23) ve 10'u düzensiz olarak (%6.1) çalışmaktadır. Diğer sosyodemografik değişkenlerin dağılımı Tablo 1'de gösterildiği gibidir.

Tablo 1: Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

N=165		Min-max	Ort±Ss
Yaş		18-65	37.04 ± 10.574
Okuduğu yıl		5-18	9.75 ± 3.794
		N	%
Cinsiyet	Kadın	45	27.3
	Erkek	120	72.7
Çalışma durumu	Çalışmıyor	107	64.8
	Öğrenci	10	6.1
	Yarı zamanlı çalışıyor	38	23.0
	Düzensiz çalışıyor	10	6.1
Önceki çalışma öyküsü	Yok	26	15.8
	Var	139	84.2
Yaşadığı yer	İl	99	60
	Varoş	49	29.7
	Kasaba	14	8.5
	Köy	3	1.8
Medeni durum	Bekar	113	68.5
	Evli	34	20.6
	Boşanmış/dul	18	10.9
Kiminle yaşadığı	Yalnız	19	11.5
	Aile	140	84.8
	Arkadaş	6	3.6
Birinci derece akrabada psikiyatrik hastalık	Yok	107	64.8
	Var	58	35.2

4.2. HASTALIĞA AİT ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya katılan olguların 77'si şizofreni (%46.7), 59'u atipik psikoz (%35.8), 22'si şizoaffektif bozukluk (%13.3) ve 7'si maddeye bağlı psikoz (%4.2) tanılıdır. Katılımcıların hastalık başlangıç yaşı aralığı 12-44 arasında değişmekle birlikte, tedaviye başlangıç açısından yaş aralığı 12-45 arasında değişmektedir. Toplam yatış sayısı ortalama 4.73 ± 5.305 'dir, toplam yatış günü ortalaması ise 81.18 ± 94.666 'dır.

Araştırmaya katılan olguların yaşam boyu alkol ve/veya madde kullanımları değerlendirildiğinde 102'si (%61.8) alkol ve/veya madde kullanmazken, 63'ü (%38.2) en az birini kullanmaktadır. Olguların ilk madde kullanma yaşı 10-40 yaş (17.79 ± 5.081) arasında değişkenlik göstermektedir. Madde kullanım süresi ise ortalama 9.37 ± 5.818 yıldır.

Alkol ve/veya madde kullanan olguların (n=63) dağılımına bakıldığında, yalnızca alkol kullanan 10 olgu, yalnızca esrar kullanan 18 olgu, yalnızca sentetik kanabinoid kullanan 12 olgu, esrarla ile birlikte en az bir uyuşturucu madde daha kullanan 14 olgu bulunmaktadır. Çalışmamızda alkol kullanan hastaların uyuşturucu madde kullanmadıkları görülmüştür.

Araştırmaya alınan olguların kendine zarar verici davranış gösterip göstermedikleri Kendine zarar verici. Davranışları değerlendirmen envanterinin birinci bölümü dikkate alınarak değerlendirilmiştir. Buna göre, katılımcıların 93'ünde (%56.4) KZVD yokken 67'sinde (%43.6) KZVD vardır. En sık KZVD tipi "kesme"dir (%37.5), birden fazla yöntem tercih edenler ikinci sırada gelmektedir (%23.6).

Katılımcıların yaşam boyu intihar girişimi değerlendirildiğinde 67'sinde en az bir girişimin olduğu (%40.6) görülürken, 98'i hiç böyle bir girişimde bulunmamıştır (%59.4). İntihar sayısı ortalama 1.70 ± 1.732 'dir. En sık tercih edilen yöntemse ilaç içmedir (%44.8). Diğer değişkenlerin dağılımı tablo 2'de gösterildiği gibidir.

Tablo 2: Çalışmaya Katılanların Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı

N=165		Min-Max	Ort±Ss
Hastalık başlangıç yaşı		12-44	22.29±6.180
Tedavi başlangıç yaşı		12-45	23.15±6.326
İlk yatış yaşı		15-53	25.24±6.803
Toplam yatış sayısı		1-30	4.73±5.305
Toplam yatış günü		1-500	81.18±94.666
Son yatış günü		1-180	17.50±17.062
Madde kullanım süresi (Yıl)		1-23	9.37±5.818
İlk madde yaşı		10-40	17.79±5.081
KZVD başlama yaşı		10-45	18.17±7.240
KZVD sayısı (Yılda)		5-200	24.58±39.695
İntihar sayısı		1-13	1.70±1.732
		N	%
Tanı	Şizofreni	77	46.7
	Atipik psikoz	59	35.8
	Şizoaffektif bozuk	22	13.3
	Maddeye bağlı psikoz	7	4.2
Alkol-Madde	Yok	102	61.8
	Var	63	38.2
Alkol-Madde tipi	Alkol	10	15.8
	Cannabis	32	50.7
	Sentetik Cannabis	20	31.7
	Extacy	10	15.8
	Uçucu	4	6.3
	Metamfetamin	2	3.1
	Benzodiazepin	1	1.5
	Karışık	15	23.8
KZVD	Yok	93	56.4
	Var	72	43.6
KZVD tipi	Kesme	37	51.3
	Isırma	3	4.1
	Yakma	4	5.5
	Çimdikleme	3	4.1
	Saç koparma	12	16.6
	Tırnaklama	10	13.8
	Kendine vurma	13	18.0
	Yara kabuğu koparma	8	11.1
	Tehlikeli madde içme	1	1.3
	Cilde harf/yazı/şekil kazıma	4	5.5
	Cildi sert bir yüzeye sürme	3	4.1
	Kendine iğne batırma	3	4.1
	Diğer	2	2.7
	Birden fazla yöntem	17	23.6
İntihar	Yok	98	59.4
	Var	67	40.6
İntihar yöntemi	Ası	5	7.3
	Yüksekten atlama	13	29.2
	İlaç içme	30	52.2
	Kesici alet kullanma	10	24.3
	Diğer	2	7.3
	Birden fazla yöntem	7	10.5
Adli öykü	Yok	111	67.3
	Var	54	32.7
Dövme	Yok	138	83.6
	Var	27	16.4

4.3. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN GRUPLAR AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmaya katılanların *kendine zarar verici davranış değişkeni* açısından bazı sosyodemografik verileri karşılaştırılmıştır. KZVD olan grubun yaş ortalaması KZVD olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede küçük saptanmıştır ($p<0.01$). Diğer sosyodemografik veriler iki grup açısından karşılaştırıldığına istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Karşılaştırmaya ilişkin verilerin dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.



Tablo 3: Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Özelliklerinin Kendine Zarar Verici Davranış Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

N=165		KZVD Yok (n=93)		KZVD Var (n=72)			
		Min-Mak(Medyan)		Min-Mak(Medyan)		z ¹	p [*]
⁺ Yaş		20-65(40.00)		18-60(33.00)		-3.359	0.001*
⁺ Öğrenim yılı		5-18(10.00)		5-16(8.50)		-0.818	0.413
		N	%	N	%	X ²	P
⁺⁺ Cinsiyet	Kadın	29	31.2	16	22.2	1.643	0.200
	Erkek	64	68.8	56	77.8		
⁺⁺ Çalışma Durumu	Çalışmıyor	60	64.5	47	65.3	1.970	0.579
	Öğrenci	4	4.3	6	8.3		
	Yarı zamanlı çalışıyor	24	25.8	14	19.4		
	Düzensiz çalışıyor	5	5.4	5	6.9		
⁺⁺ Önceki çalışma öyküsü	Hayır	12	12.9	14	19.4	1.308	0.253
	Evet	81	87.1	58	80.6		
⁺⁺ Yaşadığı yer	Kent içi	59	63.4	40	55.6	1.806	0.614
	Varoş	26	28.0	23	31.9		
	Kasaba	6	6.5	8	11.1		
	Köy	2	2.2	1	1.4		
⁺⁺ Medeni durum	Bekar	64	68.8	49	68.1	0.011	0.994
	Evli	19	20.4	15	20.8		
	Boşanmış/dul	10	10.8	8	11.1		
⁺⁺ Kiminle yaşadığı	Yalnız	11	11.8	8	11.1	0.301	0.860
	Aile	78	83.9	62	86.1		
	Arkadaş	4	4.3	2	2.8		
⁺⁺ Birinci derece akrabada psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	61	65.6	46	63.9	0.052	0.820
	Var	32	34.4	26	36.1		

⁺Mann-Whitney U testi ⁺⁺ Pearson Ki-Kare testi *p<0.01

Çalışmaya katılanların *alkol-madde kullanımı değişkeni* açısından bazı sosyodemografik verileri karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında yaş değişkeni istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktadır ($p<0.01$). Ayrıca cinsiyet değişkeni de istatistiksel olarak erkekler yönünde anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p<0.01$).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Karşılaştırmaya ilişkin verilerin dağılımı Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4: Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Özelliklerinin Alkol-Madde Kullanımı Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

N=165		Alkol-Madde kullanımı yok (n=102)		Alkol-Madde kullanımı var (n=63)			
		Min-Mak(Medyan)		Min-Mak(Medyan)		z ¹	p
+Yaş		18-65(39.50)		20-55(31.00)		-3.395	<0.001*
+Öğrenim yılı		5-18(9.00)		5-18(9.00)		-0.266	0.790
		N	%	N	%	X ²	P
++Cinsiyet	Kadın	40	39.2	5	7.9	19.211	<0.001*
	Erkek	62	60.8	58	92.1		
++Çalışma Durumu	Çalışmıyor	68	66.7	39	61.9	1.126	0.771
	Öğrenci	7	6.9	3	4.8		
	Yarı zamanlı çalışıyor	21	20.6	17	27.0		
	Düzensiz çalışıyor	6	5.9	4	6.3		
++Önceki çalışma öyküsü	Hayır	15	14.7	11	17.5	0.223	0.637
	Evet	87	85.3	52	82.5		
++Yaşadığı yer	Kent içi	66	64.7	33	52.4	5.259	0.154
	Varoş	26	25.5	23	36.5		
	Kasaba	7	6.9	7	11.1		
	Köy	3	2.9	0	0		
++Medeni durum	Bekar	73	71.6	40	63.5	1.510	0.470
	Evli	18	17.6	16	25.4		
	Boşanmış/dul	11	10.8	7	11.1		
++Kiminle yaşadığı	Yalnız	11	10.8	8	12.7	0.543	0.762
	Aile	88	86.3	52	82.5		
	Arkadaş	3	2.9	3	4.8		
++Birinci derece akrabada psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	70	68.6	37	58.7	1.674	0.196
	Var	32	31.4	26	41.3		

*Mann-Whitney U testi ** Pearson Ki-Kare testi ¹z değeri *p<0.01

4.4 HASTALIĞA AİT VERİLERİN GRUPLAR AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmaya katılanların hastalık durumu verileri *kendine zarar verici davranış değişkeni* açısından karşılaştırılmıştır. KZVD olan grupta intihar öyküsü ve intihar sayısı, olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Diğer bir deyişle, KZVD olan grupta intihar girişimi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

KZVD olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında, alkol-madde kullanımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($p<0.01$). Kendine zarar verici davranışlar gösteren grupta yaşam boyu madde ve alkol kullanımına daha sık rastlanmaktadır. Ayrıca alkol-madde tipi arasında da anlamlı fark görülmüştür ($p<0.05$).

İki grup arasında adli öykü varlığı ($p<0.01$), dövme varlığı ($p<0.01$) istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermektedir. KZVD görülen grupta daha sık adli öykü ve dövme gözlenmiştir.

Diğer değişkenler iki grup açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Karşılaştırmaya ilişkin verilerin dağılımı Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5: Çalışmaya Katılanların Hastalığa Ait Bazı Özelliklerinin Kendine Zarar Verici Davranış (KZVD) Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

N=165		KZVD Yok (n=93)		KZVD Var (n=72)			
		Min-Mak(Medyan)		Min-Mak(Medyan)		z ^a	p
+Hastalık başlangıç yaşı		12-43(22.00)		12-45(20.00)		-1.615	0.106
+Tedavi başlangıç yaşı		12-45(24.00)		12-44(21.00)		-1.572	0.116
+İlk yatış yaşı		0-45(25.00)		0-53(22.50)		-1.503	0.133
+Toplam yatış sayısı		0-25(2.00)		0-30(3.00)		-0.984	0.325
+Toplam yatış günü		0-450(40.00)		0-500(40.00)		-0.263	0.792
+Son yatış günü		0-75(14.00)		0-180(13.00)		-0.545	0.586
+İlk madde kullanma yaşı (n=63)		10-40(18.00)		10-26(16.00)		-1.671	0.095
+Madde kullanım süresi (Yıl) (n=63)		1-23(5.00)		1-20(10.00)		-1.285	0.199
+İntihar sayısı		0-3(0)		0-13(1.00)		-3.946	<0.001 [*]
		N	%	N	%	x ²	p
+Alkol-Madde	Yok	70	75.3	32	44.4	16.336	<0.001 [*]
	Var	23	24.7	40	55.6		
+Alkol-Madde tipi	Alkol	7	7.5	3	4.2	28.434	0.002 [*]
	Cannabis	5	5.4	13	18.1		
	Sentetik Cannabis	2	2.2	10	13.9		
	Extacy	2	2.2	2	2.8		
	Uçucu	2	2.2	2	2.8		
	Karışık	5	5.4	10	13.9		
+İntihar Öyküsü	Yok	67	72	31	43.1	14.139	<0.001 ^{**}
	Var	26	28	41	56.9		
+İntihar Yöntemi	Ası	4	4.3	3	7.3	23.387	0.016 [*]
	Yüksekten atlama	4	4.3	12	29.2		
	İlaç içme	14	15.1	21	52.2		
	Kesici alet kullanma	3	3.2	10	24.3		
	Diğer	1	1.1	3	7.3		
	Birden fazla yöntem	0	0	7	9.8		
+Adli öykü	Yok	73	78.5	38	52.8	12.190	<0.001 ^{**}
	Var	20	21.5	34	47.2		
+Dövme	Yok	86	92.5	52	72.5	12.160	<0.001 [*]
	Var	7	7.5	20	27.8		

*Mann-Whitney U testi ** Pearson Ki-Kare testi ^az değeri, *p<0.05 **p<0.01

Çalışmaya katılanların hastalığa ait özellikleri *alkol-madde kullanımı değişkenine* göre karşılaştırılmıştır. Alkol ve/veya madde kullanımı olmayan grup ile, alkol madde kullanan grup arasında hastalık başlangıç yaşı, tedavi başlama yaşı, ilk yatış yaşı, toplam yatış günü, son yatış süresi değişkenleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Toplam yatış sayısı değişkeninde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Alkol ve madde kullanan grupta yatış sayısı (ort. 3.00 ± 5.943), kullanmayan gruba göre (ort 2.00 ± 4.551) daha yüksektir.

Alkol ve/veya madde kullanımı olanlarda, adli öykü bulunması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Herhangi bir madde kullanımı olmayan grupta, adli öykü bulunmama durumu, diğer gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Diğer bir deyişle, alkol ve/veya madde kullanım olan gruplarda adli öykü oranı, herhangi bir madde kullanımı olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Alkol-madde kullanımı olan ve olmayanlar arasında KZVD açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Alkol-madde kullanımı olan grupta daha sık kendine zarar verici davranışlara rastlanmaktadır. Ayrıca alkol-madde kullanımı olan ve olmayan gruplar arasında KZVD tipleri arasında da anlamlı fark bulunmakla birlikte ($p<0.05$) KZVD tiplerindeki gözlem sayısı yüksek olmadığı için hangi tipin farka neden olduğunu anlamak zordur.

Alkol ve/veya madde kullanımı olanlar ve olmayanlar arasında adli öyküsü bulunması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Alkol ve/veya madde kullanımı olan grupta adli öykü herhangi bir madde kullanımı olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Ayrıca gruplar arasında dövme varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.01$). Alkol-madde kullanan grupta daha sık dövmeye rastlanmaktadır. İntihar öyküsü ve sayısı açısından iki grup arasında istatistiksel fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Karşılaştırmaya ilişkin verilerin dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6: Çalışmaya Katılanların Hastalığa Ait Bazı Özelliklerinin Alkol-Madde Kullanımı Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

N=165		Alkol-Madde Yok (n=102)		Alkol-Madde Var (n=63)			
		Ort±Ss		Ort±Ss		z ^a	p
*Hastalık başlangıç yaşı		12-44(21.00)		14-38(22.00)		-0.595	0.552
*Tedavi başlangıç yaşı		12-45(22.00)		15-39(24.00)		-0.862	0.389
*İlk yatış yaşı		0-53(24.00)		0-39(24.00)		-0.820	0.412
Toplam yatış sayısı		0-30(2.00)		0-27(3.00)		-2.309	0.021
*Toplam yatış günü		0-500(38.00)		0-500(45.00)		-1.374	0.169
*Son yatış günü		0-75(14.00)		0-180(13.00)		-0.249	0.803
*KZVD başlama yaşı (n=72)		10-45(17.00)		10-35(15.00)		-0.694	0.487
*KZVD sayısı (Yılda)(n=72)		5-200(10.00)		5-100(10.00)		-0.326	0.744
*İntihar sayısı		0.71±1.552		0.67±1.063		-0.500	0.617
		N	%	N	%	x ²	p
KZVD	Yok	70	68.6	23	36.5	16.336	<0.001
	Var	32	31.4	40	63.5		
KZVD tipi	Kesme	5	15.6	22	55.0	17.453	0.026
	Isırma	1	3.1	0	0.0		
	Yakma	1	3.1	0	0.0		
	Çimdikleme	1	3.1	0	0.0		
	Saç koparma	5	15.6	3	7.5		
	Tırnaklama	3	9.4	5	12.5		
	Kendine vurma	3	9.4	2	5.0		
	Yara koparma	3	9.4	0	0.0		
	Karışık	10	31.3	8	20.0		
**İntihar Öyküsü	Yok	63	61.8	35	55.6	0.623	0.430
	Var	39	38.2	28	44.4		
**İntihar Yöntemi	Ası	3	2.9	2	3.2	7.406	0.765
	Yüksekten atlama	7	6.9	6	9.5		
	İlaç içme	17	16.7	13	20.6		
	Kesici alet kullanma	6	5.9	4	6.3		
	Diğer	2	2	0	0		
	Birden fazla yöntem	4	4	3	4.8		
Adli öykü	Yok	84	82.4	27	42.9	27.594	<0.001
	Var	18	17.6	36	57.1		
Dövme	Yok	98	96.1	40	63.5	30.217	<0.001
	Var	4	3.9	23	36.5		

*Mann-Whitney U testi ** Pearson Ki-Kare testi ^az değeri, *p<0.05 **p<0.01

4.4. GRUPLARIN ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Kendine zarar verici davranışı olan ve olmayan gruptaki katılımcıların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. KZVD olan grubun Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği hem toplam puanı ($p<0.05$); hem de genel belirtiler alt ölçeğinin puanı ($p<0.01$), KZVD olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ölçekten alınan diğer puanlar açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7: KZVD Olan ve Olmayanların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=165	KZVD Yok (n=93)	KZVD Var (n=72)		
	Ort±Ss	Ort±Ss	z^a	p
Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği				
Pozitif belirtiler ölçeği	8.00±3.368	9.00±3.857	-0.659	0.510
Negatif belirtiler ölçeği	21.00±5.158	19.00±6.569	-0.808	0.419
Genel belirtiler ölçeği	24.00±4.903	29.50±5.664	-5.076	<0.001*
PANSS Toplam	54.00±10.231	56.00±13.043	-2.324	0.020**

Mann-Whitney U, ^aZ değeri, * $p<0.01$ ** $p<0.05$

KZVD olan ve olmayan gruptaki katılımcıların Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ve İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği'nden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. KZVD olan gruptaki olguların CSDÖ puanları istatistiksel olarak KZVD olmayan gruptaki olgulardan anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği puanları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8: KZVD Olan ve Olmayanların Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nden ve İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=165	KZVD Yok (n=93)	KZVD Var (n=72)	z ^a	p
	Ort±Ss	Ort±Ss		
Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CSDÖ)	4.00±3.916	8.00±4.842	-3.336	0.001*
İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği	11.00±3.605	11.00±3.357	-0.527	0.598

Mann-Whitney U, ^aZ değeri, *p<0.01

KZVD olan ve olmayan gruptaki katılımcıların İntihar Olasılığı Ölçeği'nden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. KZVD olan grubun İntihar Olasılığı Ölçeği'nin hem toplam puanı (p<0.01); hem de intihar düşüncesi (p<0.01), kendini olumsuz değerlendirme (p<0.05) ve düşmanlık (p<0.01) olmak üzere 3 alt ölçeğinin puanları, KZVD olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ancak umutsuzluk alt ölçeğinin puanları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 9'de verilmiştir

Tablo 9: KZVD Olan ve Olmayanların İntihar Olasılığı Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=165	KZVD Yok (n=93)	KZVD Var (n=72)	t ^t	P
	Ort±Ss	Ort±Ss		
İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)				
Umutsuzluk alt ölçeği	25.97±5.935	27.67±5.874	-1.832	0.069
İntihar düşüncesi alt ölçeği	17.03±4.392	20.38±4.909	-4.605	<0.001*
Kendini olumsuz değerlendirme ölçeği	21.08±5.684	22.88±5.733	-2.009	0.046**
Düşmanlık alt ölçeği	11.25±3.562	14.00±4.108	-4.603	<0.001*
İÖÖ Toplam	75.37±14.304	84.92±15.043	-4.159	<0.001*

Bağımsız gruplarda t testi, ^tt değeri, *p<0.01 **p<0.05

KZVD olan ve olmayan gruptaki katılımcıların Barratt Dürtüsellik Ölçeği'nden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. KZVD olan grubun dikkat ile ilişkili dürtüsellik ($p<0.01$), motor dürtüsellik ($p<0.01$), plansızlık dürtüsellliği alt ölçekleri ($p<0.01$) ve ölçeğin toplam puanı ($p<0.01$) KZVD olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: KZVD Olan ve Olmayanların Barratt Dürtüsellik Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=165	KZVD Yok (n=93)	KZVD Var (n=72)		
Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11)	Ort±Ss	Ort±Ss	t	P
Dikkat ile ilişkili dürtüsellik	15.95±3.490	18.19 ±4.734	-3.511	0.001*
Motor dürtüsellik	19.09±3.620	22.11±5.807	-4.461	<0.001*
Plansızlık dürtüsellliği	27.01±4.295	29.44±5.373	-3.234	0.002*
BDÖ-11 Toplam	62.16±9.075	69.90±12.914	-4.518	<0.001*

Bağımsızlarda t testi * $p<0.01$

KZVD olan ve olmayan gruptaki katılımcıların Disosiasyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. KZVD gösteren grubun kimlik karmaşası ($p<0.01$), kontrol kaybı ($p<0.01$), amnezi ($p<0.05$), absorpsiyon ($p<0.05$) olmak üzere 4 alt ölçeğinin puanları ve ölçeği toplam puanları ($p<0.01$), KZVD olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11: KZVD Olan ve Olmayanların Disosiasyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=165	KZVD Yok (n=93)	KZVD Var (n=72)		
	Ort±Ss	Ort±Ss	z	p
Disosiasyon Ölçeği (DIS Q)				
Kmlık karmaşası alt ölçeği	38.00±14.040	49.00±19.520	-3.139	0.002*
Kontrol kaybı alt ölçeği	37.00±10.438	45.00±12.891	-2.704	0.007*
Amnezi alt ölçeği	23.00±7.157	27.00±8.813	-2.400	0.016**
Absorpsiyon alt ölçeği	10.00±4.418	11.00±5.089	-2.080	0.037**
DIS Q Toplam	1.73±0.511	2.06±0.67	-2.918	0.004*

Mann-Whitney U testi * $p<0.01$ ** $p<0.05$

Madde kullanım özelliklerine göre katılımcıların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Genel belirtiler alt ölçeğinin madde kullanımı olan hastalarda daha yüksek olması ($p<0.01$) dışında alınan toplam puan ve alt ölçeklerin puanları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12: Alkol-Madde Kullanımı Olan ve Olmayanların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=165	Alkol-Madde Yok (n=102)	Alkol-Madde Var (n=63)		
	Ort±Ss	Ort±Ss	Z	P
Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği				
Pozitif belirtiler ölçeği	8.50±3.543	9.00±3.668	-0.719	0.472
Negatif belirtiler ölçeği	21.00±5.156	18.00±6.729	-1.669	0.095
Genel belirtiler ölçeği	25.00±5.074	28.00±6.263	-2.787	0.005*
PANSS Toplam	55.00±10.660	56.00±13.317	-1.000	0.317

Mann-Whitney U testi, ^z Z değeri, * $p<0.01$

Madde kullanım özelliklerine göre katılımcıların Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ve İçgörünün Üç Bileşeni ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 13: Alkol-Madde Kullanımı Olan ve Olmayanların CSDÖ ve İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=165	Alkol-Madde Yok (n=102)	Alkol-Madde Var (n=63)	Z	P
	Ort±Ss	Ort±Ss		
Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CSDÖ)	5.00±4.317	6.00±4.839	-0.567	0.571
İçgörünün Üç Bileşeni	12.00±3.016	11.00±4.034	-1.776	0.077

Mann-Whitney U testi

Madde kullanım özelliklerine göre katılımcıların İntihar Olasılığı Ölçeği'nden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Düşmanlık alt ölçeği açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Alkol-madde kullanımı olan grupta düşmanlık alt ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında, diğer alt ölçekler ve toplam puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 14' te verilmiştir.

Tablo 14: Alkol ve Madde Kullanımı Olan ve Olmayanların İntihar Olasılığı Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=165	Alkol-Madde Yok (n=102)	Alkol-Madde Var (n=63)	t	P
	Ort±Ss	Ort±Ss		
İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)				
Umutsuzluk alt ölçeği	26.60±6.033	26.89±5.859	-0.304	0.761
İntihar düşüncesi alt ölçeği	18.00±4.933	19.29±4.780	-1.646	0.102
Kendini olumsuz değerlendirme ölçeği	21.42±6.073	22.57±5.177	-1.248	0.214
Düşmanlık alt ölçeği	11.89±3.997	13.35±3.968	-2.281	0.024*
İÖÖ Toplam	77.96±15.430	82.08±14.965	-1.685	0.094

*Bağımsız gruplarda t testi * $p<0.05$*

Alkol-madde kullanımı olan ve olmayan gruptaki katılımcıların Barratt Dürtüsellik Ölçeği'nden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Alkol-madde kullanımı olan grubun dikkat ile ilişkili dürtüsellik ($p<0.01$), motor dürtüsellik ($p<0.01$), plansızlık dürtüsellik alt ölçekleri ($p<0.01$) ve ölçeğin toplam puanı ($p<0.01$) alkol-madde kullanımı olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 15'de verilmiştir.

Tablo 15: Alkol-Madde Kullanımı Olan ve Olmayanların Barratt Dürtüsellik Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=165	Alkol-Madde Yok (n=102)	Alkol-Madde Var (n=63)	t	P
	Ort±Ss	Ort±Ss		
Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11)				
Dikkat ile ilişkili dürtüsellik	16.08±4.002	18.30 ±4.226	-3.393	0.001*
Motor dürtüsellik	19.48±4.207	21.90±4.748	-3.423	0.001*
Plansızlık dürtüsellik	27.02±4.743	29.78 ±4.784	-3.617	<0.001*
BDÖ-11 Toplam	62.79±10.912	69.98±11.223	-4.068	<0.001*

Bağımsız gruplarda t testi * $p<0.01$

Madde kullanım özelliklerine göre katılımcıların Disosiasyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Kimlik karmaşası ve toplam ölçek puanı alkol-madde kullanımı olan grubun lehine istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ölçekten alınan diğer puanlar açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 16'de verilmiştir.

Tablo 16: Alkol-Madde Kullanımı Olan ve Olmayanların Disosiasyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=165	Alkol-Madde	Alkol-Madde	Z	P
	Yok (n=102)	Var (n=63)		
Disosiasyon Ölçeği (DIS Q)	Ort±Ss	Ort±Ss		
Kimlik karmaşası alt ölçeği	38.00±16.767	48.00±17.581	-2.463	0.014*
Kontrol kaybı alt ölçeği	37.00±11.711	44.00±11.891	-1.720	0.085
Amnezi alt ölçeği	24.00±8.017	27.00±8.059	-1.694	0.090
Absorpsiyon alt ölçeği	10.00±4.602	11.00±4.711	-1.056	0.291
DIS Q Toplam	1.75±0.601	2.06±0.606	-2.291	0.037*

Mann-Whitney U testi *p<0.05

Madde kullanım özelliklerine göre katılımcıların Kendine Zarar Verici Davranışları Değerlendirme Envanteri'nden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Bu envanter yalnızca KZVD görülen gruba verilmiştir. Alkol-madde kullanımı ile KZVD süresi ($p<0.05$) arasında anlamlı bir fark bulunmuş ve alkol-madde kullanmayan grupta daha uzun KZVD süresi görülmüştür. Ayrıca alkol-madde kullanan grupta kendine zarar verici davranışlar sırasında yalnız olma istatistiksel olarak daha sık gözlenmiştir ($p<0.05$). Alkol-madde kullanmayan grupta antisuicidal alt ölçeği daha yüksek bulunmuşken; ($p<0.05$); alkol-madde kullanan grupta toplam sosyal işlevler alt ölçeği daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). KZVD'nin diğer özellikleri ve ölçekten alınan diğer puanlar açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17: Alkol-Madde Kullanımı Olan ve Olmayanların Kendine Zarar Verici Davranışları Değerlendirme Envanteri'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=72	Alkol-Madde	Alkol Madde	Z	P
	Yok (n=32)	Var (n=40)		
Kendine Zarar Verici Davranışları Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)	Ort±Ss	Ort±Ss		
KZVD Süresi (Yıl)	4.50±10.982	2.00±6.496	-2.328	0.020*
Acı hissetme	2.00±0.751	2.00±0.802	-0.182	0.856
Yalnız olma	1.00±0.718	2.00±0.723	-2.096	0.036*
Ne Kadar Süre Sonra	2.00±1.148	3.00±1.291	-0.903	0.367
Sona Erdirme İsteği	1.00±0.177	1.00±0.304	-1.132	0.257
Affekt Regülasyonu	3.78±2.166	3.78±2.259	-0.104	0.917
Kendini Cezalandırma	1.22±1.845	1.13±1.911	-0.179	0.858
Antidisosiasyon	0.91±1.553	0.83±1.647	-0.636	0.525
Antisuicid	0.72±1.571	0.18±0.781	-2.101	0.036*
Sıkıntıyı Etiketleme	1.28±1.054	1.13±1.042	-0.620	0.535
Otonom İşlevler Toplam	7.78±4.271	6.58±3.665	-1.200	0.230
Kişilerarası Sınır	0.50±0.671	0.53±1.109	-0.396	0.692
Kişilerarası Etkileşim	0.44±0.948	0.40±0.982	-0.437	0.662
İntikam Alma	0.84±1.526	1.35±1.916	-1.219	0.223
Akranlar Arası Bağ	0.44±1.294	0.83±1.615	-1.239	0.215
Kendiyle İlgilenme	1.00±1.344	0.93±1.289	-0.006	0.995
Heyecan Arama	0.63±1.792	0.88±1.652	-0.756	0.450
Dayanıklılık	0.91±1.201	1.73±1.826	-1.933	0.053
Özerklik	0.38±0.907	0.85±1.189	-1.868	0.062
Sosyal İşlevler Toplam	4.91±4.645	7.48±5.514	-2.326	0.020*
KZVDDE Toplam	12.81±4.060	14.13±4.926	-1.001	0.317

Mann-Whitney U testi *p<0.05

4.5. ÖLÇEK PUANLARI İLE SOSYODEMOGRAFİK VE HASTALIĞA AİT VERİLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ve alt ölçekleri ile bazı sosyodemografik veriler arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş ile genel belirtiler arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde ($r_s=-0.261$ $p<0.01$); ölçek toplam puanları ile arasında negatif yönde zayıf düzeyde ($r_s=-0.163$ $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur. Öğrenim yılı ile ölçek toplam puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r_s=-0.168$ $p<0.05$). Ayrıca ilk madde kullanım yaşı ile genel belirtiler alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r_s=0.180$ $p<0.05$). KZVD başlama yaşı ile de hem genel belirtiler ile pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ($r_s=0.408$ $p<0.01$) hem de total puanlar ile pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.221$ $p<0.01$) anlamlı korelasyon bulunmuştur. Yılda yapılan kendine zarar verici davranışlar genel belirtiler alt ölçeği ile pozitif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r_s=0.363$ $p<0.01$). Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Dağılımlara ilişkin veriler Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ve Alt Ölçekleri ile Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa Ait Veriler Arasındaki İlişki

N=165	Pozitif Belirtiler	Negatif Belirtiler	Genel Belirtiler	TOTAL
	r_s	r_s	r_s	r_s
Yaş	-0.126	-0.022	-0.261**	-0.163*
Öğrenim yılı	-0.147	-0.108	-0.098	-0.168*
Hastalık başlangıç yaşı	0.053	0.061	-0.095	-0.003
Tedavi başlangıç yaşı	0.128	0.082	-0.014	0.078
İlk yatış yaşı	-0.017	0.001	-0.077	-0.18
Toplam yatış sayısı	-0.019	-0.017	0.059	0.026
Toplam yatış günü	-0.060	0.004	-0.042	-0.035
Son yatış süresi	-0.061	0.070	-0.093	-0.012
İlk madde kullanma yaşı	0.062	-0.109	0.180*	0.075
KZVD başlama yaşı	0.084	-0.013	0.408**	0.221**
KZVD sayısı (Yılda)	-0.007	-0.073	0.363**	0.149

Spearman's rho Korelasyon analizi * $p<0.05$ ** $p<0.01$

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ve İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği ile bazı sosyodemografik veriler ile hastalığa ait veriler arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ile İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği arasında pozitif yönde zayıf orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($r_s=0.228$ $p<0.05$). KZVD başlama yaşı ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r_s=0.261$ $p<0.01$). Ayrıca kendine zarar verici davranışların sayısı ile CSDÖ arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r_s=0.227$ $p<0.01$). Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Dağılımlara ilişkin veriler Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ve İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği ile Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa Ait Veriler Arasındaki İlişki

N=165	CSDÖ	İçgörü
	r_s	r_s
Yaş	-0.016	0.228*
Okul yılı	-0.062	0.092
Hastalık başlangıç yaşı	-0.062	-0.040
Tedavi başlangıç yaşı	-0.012	-0.059
İlk yatış yaşı	-0.124	-0.034
Toplam yatış sayısı	-0.075	0.031
Toplam yatış günü	-0.111	0.057
Son yatış süresi	-0.061	0.069
İlk madde kullanma yaşı	0.089	-0.080
KZVD başlama yaşı	0.261**	0.008
KZVD sayısı (Yılda)	0.227**	0.064

Spearman's rho Korelasyon analizi * $p<0.05$ ** $p<0.01$

İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt ölçekleri ile bazı sosyodemografik veriler arasındaki ilişki incelenmiştir. Sosyodemografik verilerden, hastanın yaşı ile düşmanlık alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r_s=-0.182$ $p<0.05$). Öğrenim yılı ile umutsuzluk alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf düzeyde ($r_s=-0.185$ $p<0.05$), intihar düşüncesi alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde ($r_s=-0.262$ $p<0.01$), kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği ile negatif yönde zayıf düzeyde ($r_s=-0.154$ $p<0.05$), düşmanlık alt ölçeği ile negatif yönde zayıf düzeyde ($r_s=-0.204$ $p<0.01$) anlamlı ilişki

bulunmuştur. Ayrıca öğrenim yılı ve intihar olasılığı ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r_s = -0.282$ $p < 0.01$).

Klinik veriler incelendiğinde ilk madde kullanım yaşı ile intihar düşüncesi alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s = 0.154$ $p < 0.05$), düşmanlık alt ölçeği ile pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s = 0.180$ $p < 0.05$) anlamlı ilişki bulunmuştur. KZVD başlama yaşı ile de intihar düşüncesi alt ölçeği ile arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ($r_s = 0.349$ $p < 0.01$), kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği ile arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s = 0.193$ $p < 0.05$), düşmanlık alt ölçeği ile arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ($r_s = 0.316$ $p < 0.01$) ve total puanlar ile arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ($r_s = 0.301$ $p < 0.01$) anlamlı ilişki bulunmuştur. Yılda yapılan kendine zarar verici davranışlar ile düşmanlık alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s = 0.154$ $p < 0.05$), intihar düşüncesi alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ($r_s = 0.283$ $p < 0.01$), kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s = 0.154$ $p < 0.05$), düşmanlık alt ölçeği ile arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ($r_s = 0.340$ $p < 0.01$) ve total puanlar ile arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ($r_s = 0.278$ $p < 0.01$) anlamlı korelasyon bulunmuştur. Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$). Dağılımlara ilişkin veriler Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20: İntihar Olasılığı Ölçeği ve Alt Ölçekleri ile Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa Ait Veriler Arasındaki İlişki

N=165	Umutsuzluk	İntihar Düşüncesi	Kendini Olumsuz Değerlendirme	Düşmanlık	TOTAL
	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s
Yaş	-0.065	-0.016	0.030	-0.182*	-0.050
Öğrenim yılı	-0.185*	-0.262**	-0.154*	-0.204**	-0.282**
Hastalık başlangıç yaşı	0.006	-0.075	-0.072	-0.054	-0.048
Tedavi başlangıç yaşı	-0.014	-0.020	-0.050	-0.020	-0.028
İlk yatış yaşı	-0.048	-0.022	-0.022	-0.070	-0.046
Toplam yatış sayısı	-0.104	0.030	0.118	-0.105	-0.008
Toplam yatış günü	-0.086	0.037	0.082	-0.113	-0.006
Son yatış süresi	-0.013	0.044	0.024	-0.030	0.025
İlk madde kullanma yaşı	0.007	0.154*	0.131	0.180*	0.132
KZVD başlama yaşı	0.102	0.349**	0.193*	0.316**	0.301**
KZVD sayısı (Yılda)	0.154*	0.283**	0.154*	0.340**	0.278**

Spearman's rho Korelasyon analizi * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçekleri ile bazı sosyodemografik veriler arasındaki ilişki incelendiğinde, hastanın yaşı ile motor dürtüsellik arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde ($r_s = -0.300$ $p < 0.01$) ve ölçek toplam puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde ($r_s = -0.168$ $p < 0.05$) anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca öğrenim yılı ile plansızlık dürtüsellik arasında negatif yönde zayıf düzeyde ($r_s = -0.194$ $p < 0.05$), motor dürtüsellik ile arasında negatif yönde zayıf düzeyde ($r_s = -0.178$ $p < 0.05$) ve ölçek toplam puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde ($r_s = -0.174$ $p < 0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. İlk madde kullanım yaşı ile plan yapma alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf orta düzeyde ($r_s = 0.296$ $p < 0.01$), motor dürtüsellik alt ölçeği ile pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s = 0.196$ $p < 0.05$), dikkat dürtüsellik ile pozitif yönde zayıf orta düzeyde ($r_s = 0.254$ $p < 0.01$) ve total Baratt Dürtüsellik Ölçeği ile pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ($r_s = 0.290$ $p < 0.01$) anlamlı ilişki bulunmuştur. KZVD başlama yaşı ile korelasyona bakıldığında; plan yapma alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s = 0.244$ $p < 0.01$), motor dürtüsellik alt ölçeği ile pozitif yönde zayıf orta düzeyde ($r_s = 0.285$ $p < 0.01$), dikkat dürtüsellik ile pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s = 0.229$ $p < 0.01$) ve ölçek toplam puanları ile pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ($r_s = 0.307$ $p < 0.01$) anlamlı ilişki bulunmuştur. Yılda yapılan KZVD sayısı ile plan yapma alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s = 0.213$ $p < 0.01$), motor dürtüsellik alt ölçeği ile pozitif yönde zayıf orta düzeyde ($r_s = 0.318$ $p < 0.01$), dikkat dürtüsellik ile pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s = 0.248$ $p < 0.01$) ve ölçek toplam puanları ile pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ($r_s = 0.312$ $p < 0.01$) anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$). Dağılımlara ilişkin veriler Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21: Barratt Ölçeği ve Alt Ölçekleri ile Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa Ait Veriler Arasındaki İlişki

N=165	Plan Yapma	Motor Dürtüsellik	Dikkat Dürtüsellik	TOTAL
	r_s	r_s	r_s	r_s
Yaş	-0.061	-0.300**	-0.134	-0.168*
Öğrenim yılı	-0.194*	-0.178*	-0.062	-0.174*
Hastalık başlangıç yaşı	-0.044	-0.078	-0.033	-0.038
Tedavi başlangıç yaşı	-0.040	-0.055	-0.045	-0.038
İlk yatış yaşı	0.000	-0.045	-0.047	-0.028
Toplam yatış sayısı	-0.065	-0.096	-0.074	-0.026
Toplam yatış günü	0.04	-0.070	-0.042	-0.012
Son yatış süresi	0.04	-0.001	0.018	0.028
İlk madde kullanma yaşı	0.296**	0.196*	0.254**	0.290**
KZVD başlama yaşı	0.244**	0.285**	0.229**	0.307**
KZVD sayısı (Yılda)	0.213**	0.318**	0.248**	0.312**

Spearman's rho Korelasyon analizi * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Disosiasyon Ölçeği ve alt ölçekleri ile bazı sosyodemografik ve klinik veriler arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaş ile kimlik karmaşası arasında negatif yönde zayıf düzeyde ($r_s=-0.169$ $p<0.05$), kontrol kaybı ile arasında negatif yönde zayıf düzeyde ($r_s=-0.243$ $p<0.05$) ve ölçeğin toplam puanı ile negatif yönde zayıf düzeyde ($r_s=-0.189$ $p<0.05$) anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca öğrenim yılı ile absorpsiyon alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r_s=0.172$ $p<0.05$).

İlk madde kullanım yaşı ile kimlik karmaşası alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.175$ $p<0.05$) anlamlı ilişki bulunmuştur. KZVD başlama yaşı ile de kimlik karmaşası alt ölçeği ile arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.219$ $p<0.01$), kontrol kaybı alt ölçeği ile arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.184$ $p<0.05$), amnezi alt ölçeği ile arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.177$ $p<0.05$) ve total puanlar ile arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.209$ $p<0.01$) anlamlı ilişki bulunmuştur. Yılda yapılan kendine zarar verici davranışlar ile kimlik karmaşası alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.235$ $p<0.01$), kontrol kaybı alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.188$ $p<0.05$), amnezi alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.174$ $p<0.05$), absorpsiyon alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.164$ $p<0.05$) ve total puan arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.214$ $p<0.05$) anlamlı korelasyon bulunmuştur. Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Dağılımlara ilişkin veriler Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22: Disosiasyon Ölçeği ve Alt Ölçekleri ile Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa Ait Veriler Arasındaki İlişki

N=165	Kimlik Karmaşası	Kontrol Kaybı	Amnezi	Absorpsiyon	TOTAL
	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s
Yaş	-0.169*	-0.243*	-0.139	-0.136	-0.189*
Öğrenim yılı	-0.046	-0.060	-0.104	0.172*	-0.036
Hastalık başlangıç yaşı	-0.015	-0.134	-0.030	0.007	-0.051
Tedavi başlangıç yaşı	-0.025	-0.142	-0.048	-0.024	-0.067
İlk yatış yaşı	-0.050	-0.148	-0.095	0.015	-0.081
Toplam yatış sayısı	0.016	-0.054	0.012	0.034	0.004
Toplam yatış günü	0.045	-0.038	0.038	0.060	0.024
Son yatış süresi	-0.035	-0.067	-0.043	-0.026	-0.055
İlk madde kullanma yaşı	0.175*	0.126	0.088	0.050	0.139
KZVD başlama yaşı	0.219**	0.184*	0.177*	0.150	0.209**
KZVD sayısı (Yılda)	0.235**	0.188*	0.174*	0.164*	0.214*

Spearman's rho Korelasyon analizi * $p<0.05$ ** $p<0.01$

Kendine Zarar Verici Davranışı Değerlendirme Envanteri ve Alt Ölçekleri ile bazı sosyodemografik ve klinik veriler arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastaların yaşı ile kendini cezalandırma alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf orta düzeyde ilişki bulunmuştur ($r_s = -0.288$ $p < 0.05$). Öğrenim yılı ile toplam sosyal işlevler arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon bulunmuştur ($r_s = -0.249$ $p < 0.05$). Toplam yatış sayısı ile kendine zarar verici davranışların süresi arasında negatif yönde zayıf orta düzeyde ($r_s = -0.298$ $p < 0.05$), KZVD'yi yalnızken yapma ile arasında pozitif yönde zayıf orta düzeyde ($r_s = 0.258$ $p < 0.05$) anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca toplam yatış günü ile kendine zarar verici davranışların süresi arasında negatif yönde zayıf orta düzeyde ($r_s = -0.273$ $p < 0.05$), KZVD'yi yalnızken yapma ile arasında pozitif yönde zayıf orta düzeyde ($r_s = 0.274$ $p < 0.05$) anlamlı ilişki bulunmuştur. Son yatış süresi ile kendine zarar verici davranışları yalnızken yapma arasında pozitif yönde zayıf orta düzeyde ($r_s = 0.257$ $p < 0.05$), antidissosiasyon alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde ($r_s = 0.258$ $p < 0.05$) ve dayanıklılık alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s = 0.235$ $p < 0.05$) anlamlı korelasyon bulunmuştur. KZVD başlama yaşı ile KZVD süresi arasında negatif yönde zayıf orta düzeyde ($r_s = -0.332$ $p < 0.01$) ve özerklik alt ölçeği ile negatif yönde zayıf-orta düzeyde ($r_s = -0.263$ $p < 0.05$) ilişki bulunmuştur. Ayrıca yılda yapılan KZVD ile acı hissetme arasında negatif yönde zayıf düzeyde ($r_s = 0.241$ $p < 0.05$), heyecan arama ile negatif yönde zayıf-orta düzeyde ($r_s = -0.288$ $p < 0.05$) korelasyon bulunmuştur. İlk madde kullanım yaşı ile antisuicid alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf-orta düzeyde ($r_s = -0.274$ $p < 0.05$), intikam alt ölçeği ile pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s = 0.245$ $p < 0.05$) ve toplam sosyal işlevler alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s = 0.242$ $p < 0.05$) anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 23: Kendine Zarar Verici Davranışı Değerlendirme Envanteri ve Alt Ölçekleri ile Bazı Sosyodemografik ve Hastalığa Ait Veriler Arasındaki İlişki

N=72	Ne Kadar Süre Sonra	Sona Erdirme İsteği	Süre (Yıl)	Acı Hissetme	Yalnızlık
	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s
Yaş	-0.079	-0.134	0.215	-0.090	0.179
Öğrenim yılı	0.019	-0.044	0.031	-0.016	-0.134
Hastalık başlangıç yaşı	0.069	0.111	0.006	-0.052	-0.025
Tedavi başlangıç yaşı	0.011	0.086	0.052	-0.025	0.032
İlk yatış yaşı	-0.032	0.079	-0.027	0.009	0.095
Toplam yatış sayısı	-0.135	-0.020	-0.298*	0.016	0.258*
Toplam yatış günü	-0.140	-0.047	-0.273*	0.008	0.274*
Son yatış süresi	-0.010	-0.194	-0.199	-0.063	0.257*
İlk madde kullanma yaşı	0.049	0.092	-0.193	0.018	0.228
KZVD başlama yaşı	-0.097	-0.210	-0.332**	0.126	-0.088
KZVD sayısı (Yılda)	-0.113	-0.019	0.279*	-0.241*	0.021

Spearman's rho Korelasyon analizi * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

N=72	Affekt	Kendini Cezalandırma	Antidissosiasyon	Antisuicid	Sıkıntıyı Etiketleme	Toplam Otonom İşlevler
	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s
Yaş	-0.044	-0.288*	-0.198	-0.039	-0.024	-0.221
Öğrenim yılı	0.170	0.206	0.107	0.152	0.153	0.272*
Hastalık başlangıç yaşı	-0.050	-0.045	0.038	0.010	-0.207	-0.123
Tedavi başlangıç yaşı	-0.038	-0.051	0.051	-0.007	-0.156	-0.097
İlk yatış yaşı	-0.005	0.075	0.007	-0.002	-0.047	-0.006
Toplam yatış sayısı	0.054	0.094	-0.171	-0.022	0.079	-0.028
Toplam yatış günü	0.052	0.040	-0.185	-0.017	0.075	-0.036
Son yatış süresi	-0.033	-0.125	-0.258*	0.021	0.033	-0.106
İlk madde kullanma yaşı	0.092	-0.006	-0.085	-0.274*	0.045	-0.091
KZVD başlama yaşı	-0.065	-0.004	-0.025	0.128	0.145	0.044
KZVD sayısı (Yılda)	0.084	0.122	-0.115	-0.168	0.114	-0.006

Spearman's rho Korelasyon analizi * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

N=72	Kişiler Arası Sınır	Kişiler Arası Etkileşim	İntikam	Akranlarla Bağ Kurma	Kendine Bakım
	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s
Yaş	0.050	0.099	0.047	0.012	0.018
Öğrenim yılı	0.125	-0.142	-0.139	-0.122	0.032
Hastalık başlangıç yaşı	-0.105	0.012	-0.086	0.040	0.057
Tedavi başlangıç yaşı	-0.097	0.002	-0.089	-0.001	0.097
İlk yatış yaşı	-0.176	0.020	-0.069	-0.025	0.099
Toplam yatış sayısı	-0.104	0.160	0.162	-0.056	0.059
Toplam yatış günü	-0.078	0.111	0.179	-0.024	-0.109
Son yatış süresi	-0.060	-0.002	0.121	0.158	-0.229
İlk madde kullanma yaşı	0.008	0.011	0.245*	0.006	0.069
KZVD başlama yaşı	-0.041	0.139	0.106	-0.163	-0.107
KZVD sayısı (Yılda)	0.011	0.072	0.012	-0.179	0.084

Spearman's rho Korelasyon analizi * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

N=72	Heyecan arama	Dayanıklılık	Özerklik	Toplam Sosyal İşlevler	TOTAL
	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s
Yaş	0.169	0.098	0.007	0.103	-0.071
Öğrenim yılı	-0.194	0.197	-0.134	-0.249*	0.028
Hastalık başlangıç yaşı	0.116	0.058	-0.031	0.044	-0.043
Tedavi başlangıç yaşı	0.099	0.042	-0.024	0.032	-0.039
İlk yatış yaşı	0.064	0.051	-0.010	-0.018	0.009
Toplam yatış sayısı	0.050	0.059	-0.126	-0.023	-0.028
Toplam yatış günü	0.048	0.073	-0.062	-0.001	-0.026
Son yatış süresi	0.112	0.235*	0.228	0.114	0.068
İlk madde kullanma yaşı	-0.004	0.173	0.147	0.242*	0.113
KZVD başlama yaşı	-0.078	0.031	-0.263*	-0.175	-0.065
KZVD sayısı (Yılda)	-0.288*	-0.225	-0.070	-0.149	-0.177

Spearman's rho Korelasyon analizi * $p < 0,05$ ** $p < 0.01$

4.6. . KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN HASTALARIN ÖZELLİKLERİ

4.6.1. Kendine Zarar Verme Davranışına ve Sebeplerine Dair Özellikler

Bu ölçek sadece KZVDDE ölçeğinde kendine zarar verme davranışı olduğunu belirten vaka grubu için değerlendirilmeye alınmıştır. KZVD yapmayan hastalar, bu ölçek için dışlanmıştır.

En fazla tercih edilen kendine zarar verme şekli kendini kesme şeklindedir (%37.5 n=27). Birden fazla yöntem tercih edenler ikinci sırada gelmektedir (%23.8, n=17). Birden fazla yöntem tercih edenler sıklıkla kendini kesmeye ek olarak bir yöntem tercih etmişlerdir. Diğer tercih edilen metotlar tablo 24'te verilmiştir.

Tablo 24: Kendine Zarar Vermede Tercih Edilen Metot

N=72	Sıklık	Yüzde
Kendini Kesme	27	37.5
Kendini Isırma	1	1.4
Kendini Yakma	1	1.4
Kendini Çimdikleme	1	1.4
Saçını Kopartma	8	11.1
Kendini Tırnaklama	8	11.1
Kendine Vurma	5	6.9
Yara Koparma	3	4.2
Yabancı Madde İçme	1	1.4
Birden Fazla Yöntem	17	23.8
Total	72	100

Bu hasta grubunda, kendine zarar verme davranışları açısından birtakım özelliklere baktığımızda KZVD gösterme süresi minimum 1 yıl, maksimum 45 yıl olarak gözlenmiştir. %37.5'i (n=27) kendine zarar verme davranışı esnasında herhangi bir acı hissetmediklerini belirtmiştir. %38.9'u (n=28) bazen acı hissettiklerini, diğer %23.6'ü (n=17) ise daima acı hissettiklerini söylemişlerdir. Olguların %50 (n=36)si eylem esnasında yalnız olmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Kendine zarar verme isteğinin başlamasından eylemin gerçekleşmesine kadar geçen süre en sık olarak üç saatten daha

kısadır (%44.4, n=32). Kendine zarar verme davranışında bulunan olgu grubunun neredeyse tamamı %93.1 (n=67) bu davranışlarına son vermek istediklerini belirtmiştir. Bu özellikler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 25: Kendine Zarar Verme Davranışı Özellikleri

		Ort+Ss	Ortanca (Min-Mak)
KZVD süresi (yıl olarak)		7.86±9.081	3(1-45)
		Sıklık	Yüzde
Acı Hissetme	Evet	17	23.6
	Bazen	28	38.9
	Hayır	27	37.5
Kendine Zarar Verme Esnasında Yalnız Olma	Evet	36	50
	Bazen	25	34.7
	Hayır	11	15.3
İstek Gelmesi ile Kendine Zarar Verme Arası Geçen Süre	1 gün	5	6.9
	1-3 saat	32	44.4
	3-6 saat	15	20.8
	6-12 saat	11	15.3
	12-24 saat	7	9.7
	>1 gün	2	2.8
Kendine Zarar Vermeyi Bitirme İsteği	Evet	67	93.1
	Hayır	5	6.9

KZVDDE ölçeğinin 2. kısmında puanlama yoluyla 13 alt başlık altında kendine zarar verme davranışlarının sebepleri belirlenmektedir. Olgular en yüksek 26 en düşük 6 puan almışlardır. Ortalama puan 13.54±4.578 şeklinde gelmiştir.

Otonom işlevlerin ortalama puanı 7.11±3.963 olarak bulunmuşken, sosyal işlevler ortalama puanı 6.33±5.720 olarak bulunmuştur. Olgu grubunun doldurduğu envantere en yüksek puan ortalama 3.78 ±2.203 ile affekt düzenleme amacındadır. Bunu dayanıklılık ve sıkıntıyı etiketleme amaçları takip etmektedir. Tabloda alınan ortalama puanlar verilmiştir.

Tablo 26: Kendine Zarar Verme Davranışı Amaçları

N=72		Ort±SS	Min-Mak
Otonom İşlevler	Affekt Düzenleme	3.78 ±2.203	0-9
	Kendini Cezalandırma	1.17±1.869	0-9
	Antidisosiasyon	0.86±1.595	0-6
	Antisuicid	0.42±1.219	0-6
	Sıkıntıyı Etiketleme	1.19±1.043	0-4
	Toplam	7.11±3.963	0-15
Sosyal İşlevler	Kişilerarası Sınır	0.51±1.113	0-5
	Kişilerarası Etkileşim	0.42±0.960	0-4
	İntikam	1.13±1.760	0-6
	Akranlar Arası Bağ	0.65±1.484	0-6
	Kendine Bakım	0.96±1.305	0-6
	Heyecan Arama	0.76±1.707	0-9
	Dayanıklılık	1.36±1.621	0-6
	Özerklik	0.64±1.092	0-4
	Toplam	6.33±5.720	0-22
Total		13.54±4.578	6-26

4.6.2. KZVDDE'nin Diğer Testler ile Karşılaştırılması

Olgu grubu kendine zarar verme davranışının daima acı hissetme, bazen acı hissetme ve acı hissetmeme durumunu göre üç gruba ayrılmıştır. Bu üç grup arasında sosyodemografik veriler, klinik veriler ve diğer testler karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır. Sonuçlar Tablo 27 ve Tablo 28'de görülmektedir.

Tablo 27: Kendine Zarar Verme Davranışında Acı Hissetmenin Bazı Sosyodemografik ve Klinik Verilerle Karşılaştırılması

N=72	Her Zaman Acı Hissetme	Bazen Acı Hissetme	Acı Hissetmeme		
	Ort± Ss	Ort± Ss	Ort± Ss	X²	p
Yaş	32,94±10,574	36,89±10,482	31,52±9,120	4,172	0,124
Öğrenim Yılı	9,24±2,948	8,50±4,002	9,26±3,206	0,057	0,972
Hastalık Başlangıç Yaşı	21,88±4,910	21,50±6,557	21,22±5,931	0,352	0,172
İlk Tedavi Yaşı	22,47±4,926	22,21±6,579	22,30±6,250	0,332	0,839
İlk Yatış Yaşı	20,53±9,274	21,25±10,831	21,11±11,758	0,089	0,847
Toplam Yatış Sayısı	5,47±7,142	3,71±3,660	5,96±7,940	0,030	0,985
Toplam Yatış Günü	92,65±134,96	61,21±70,941	90,37±121,78	0,011	0,995
Son Yatış Süresi	23,00±41,62	13,14±8,049	12,11±7,718	0,331	0,848
İntihar Sayısı	0,59±0,618	0,86±1,177	1,74±2,712	2,708	0,258
KZVD Başlama Yaşı	17,76±8,714	18,04±6,368	18,56±7,350	1,215	0,545
KZVD Sayısı (Yılda)	29,35±48,896	32,71±46,358	13,15±19,440	5,192	0,075
İlk Madde Yaşı	16,30±3,368	17,50±3,875	16,06±3,255	2,825	0,244
Madde kullanım süresi	13,00±4,667	8,50±5,530	9,33±5,136	4,205	0,122

Kruskal-Wallis Testi

Tablo 28:: Kendine Zarar Verme Davranışında Acı Hissetmenin Diğer Testlerle Karşılaştırılması

N=72		Her Zaman Acı Hissetme	Bazen Acı Hissetme	Acı Hissetmeme		
		Ort± Ss	Ort± Ss	Ort± Ss	X ²	p
*PANSS	Pozitif	9,00±3,976	7,50±2,807	9,00±4,360	5,440	0,066
	Negatif	18,00±6,941	19,00±6,135	21,00±6,924	1,036	0,596
	Genel	31,00±4,499	27,54±4,534	30,00±7,048	3,160	0,206
	Total	57,00±12,191	54,00±10,891	59,00±15,223	2,164	0,339
*CSDÖ		5,00±5,154	8,00±4,840	8,00±4,811	0,195	0,907
*İçgörünün Üç Bileşeni		11,00±3,743	12,00±2,923	11,00±3,436	3,516	0,172
***İÖÖ	Umutsuzluk	27,53±5,980	26,93±5,551	28,5±6,235	0,502 ^a	0,607
	İntihar Düşüncesi	20,94±5,460	20,11±4,932	20,30±4,681	0,154 ^a	0,857
	Kendini Olumsuz Değerlendirme					
	Düşmanlık	22,47±5,569	22,96±5,647	23,04±6,117	1,852 ^a	0,165
	Toplam	13,18±4,172	13,36±3,704	15,19±4,333	1,852 ^a	0,165
**Barratt		84,12±15,386	83,36±14,307	87,04±15,876	0,436 ^a	0,649
	Plan Yapma	28,94±5,584	29,25±4,727	29,96±5,997	0,214 ^a	0,808
	Motor Dürtüsellik	21,35±4,756	21,82±5,107	22,89±5,345	0,543 ^a	0,584
	Dikkat Dürtüselligi	18,00±4,458	18,00±4,579	18,52±5,199	0,099 ^a	0,906
	Toplam	68,29±12,484	69,46±12,903	71,73±13,508	0,316 ^a	0,730
*DIS Q	Kimlik Karmaşası	46,00±22,364	46,00±17,702	50,00±19,524	2,131	0,345
	Kontrol Kaybı	43,00±17,530	40,50±11,368	46,00±10,453	2,634	0,268
	Amnezi	27,00±10,493	23,00±8,194	28,00±7,928	3,556	0,169
	Absorpsiyon	11,00±6,224	10,50±4,122	12,00±5,080	2,736	0,255
	Toplam	2,00±0,844	1,98±0,607	2,17±0,622	2,950	0,229

*Kruskal-Wallis Testi **Oneway ANOVA Testi ^aF değeri

Ayrı bir değerlendirme olarak kendine zarar verme davranışını yalnız yapma, bazen yalnız yapma ve hiçbir zaman yalnız yapmama olarak üç grup belirlenmiştir. Bu iki grup sosyodemografik veriler ve diğer testler açısından karşılaştırma yapıldığında toplam yatış sayısı ve toplam yatış gününde yalnız olmamayı tercih edenler diğer 2 gruptan istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek ($p<0.01$), son yatış süresinde yalnız olmamayı tercih edenler daima yalnız olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek ($p<0.05$) bulunmuştur. KZVD sayısı yalnız olmama yanıtı verenlerde, bazen yalnız olma yanıtı verenlerden istatistiksel olarak anlamlı derece düşük saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 29: Kendine Zarar Verme Davranışında Yalnız Olmanın Bazı Sosyodemografik ve Klinik Verilerle Karşılaştırılması

N=72	Her Zaman Yalnız Olma	Bazen Yalnız Olma	Yalnız Olmama		
	Ort± Ss	Ort± Ss	Ort± Ss	X ²	p
Yaş	33.08±11.234	32.72±8.203	39.55±9.470	4.355	0.113
Öğrenim Yılı	9.56±3.367	10.08±3.763	7.36±2.157	4.410	0.110
Hastalık Başlangıç Yaşı	21.61±6.380	21.40±6.007	21.27±4.174	0.131	0.937
İlk Tedavi Yaşı	22.08±6.438	22.80±6.218	21.91±4.300	0.091	0.956
İlk Yatış Yaşı	20.33±11.796	21.24±11.148	22.82±4.875	0.708	0.702
Toplam Yatış Sayısı	4.06±5.487	3.00±2.723	12.45±9.575	10.66 8	0.005**
Toplam Yatış Günü	61.22±93.915	52.96±64.700	200.09±151.5 4	9.766	0.008**
Son Yatış Süresi	15.61±29.300	12.68±7.690	18.82±8.060	5.996	0.049*
İntihar Sayısı	1.31±1.489	0.56±0.712	1.82±3.842	4.419	0.126
KZVD Başlama Yaşı	19.72±8.588	15.20±3.440	19.82±7.209	5.677	0.059
KZVD Sayısı (Yılda)	21.00±48.896	37.24±55.478	7.55±2.505	9.729	0.008**
İlk Madde Yaşı	17.07±3.240	16.50±3.276	17.71±5.219	0.547	0.761
Madde kullanım süresi	10.07±6.604	8.72±4.496	13.00±3.830	3.472	0.176

Kruskal-Wallis Testi * $p<0.05$. ** $p<0.01$

Kendine zarar verme davranışında yalnız olmanın diğer ölçeklerle yapılan karşılaştırılmasında sadece PANNS negatif alt ölçeği skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın nedeni evet yanıtı verenlerin puanı bazen yanıtını verenlerden istatistiksel anlamlı yüksek olmasıdır. Her zaman yalnız KZVD yapan kişilerin negatif PANSS puanları daha yüksek görülmüştür.

Tablo 30: Kendine Zarar Verme Davranışında Yalnız Olmanın Diğer Testlerle Karşılaştırılması

N=72	Her Zaman Yalnız Olma	Bazen Yalnız Olma	Yalnız Olmama		
	Ort± Ss	Ort± Ss	Ort± Ss	X ²	p
*PANSS					
Pozitif	9.00±4.186	9.00±3.087	11.00±3.842	4.809	0.090
Negatif	20.50±6.570	16.00±5.815	19.00±6.940	7.654	0.022 ¹
Genel	29.00±4.319	28.00±6.219	34.00±7.993	1.952	0.377
Total	57.00±12.675	54.00±11.658	62.00±15.858	3.719	0.156
*CSDÖ	8.00±4.512	6.00±4.896	9.00±5.005	5.436	0.066
*İçgörünün Üç Bileşeni	12.00±3.147	11.00±3.553	11.00±3.802	0.571	0.752
**İÖÖ					
Umutsuzluk	29.00±5.880	25.84±5.618	27.45±5.786	2.217 ^a	0.117
İntihar Düşüncesi	20.25±4.917	19.20±4.856	23.45±3.751	3.060 ^a	0.053
Kendini Olumsuz Değerlendirme	22.89±5.825	21.84±5.977	25.18±4.513	1.309 ^a	0.277
Düşmanlık	14.36±4.058	13.28±4.026	14.45±4.612	0.584 ^a	0.561
Toplam	86.50±15.002	80.16±15.892	90.55±10.605	2.300 ^a	0.108
Barratt					
Plan Yapma	29.14±5.194	28.68±5.949	32.18±3.945	1.777 ^a	0.177
Motor Dürtüsellik	20.83±4.158	24.00±6.055	22.00±4.517	3.025 ^a	0.055
Dikkat Dürtüsellliği	17.97±4.551	18.20±4.992	18.91±5.108	0.161 ^a	0.852
Toplam	67.94±11.442	70.88±14.729	74.09±13.027	1.066 ^a	0.350
*DIS Q					
Kimlik Karmaşası	50.00±19.059	46.00±21.944	48.00±16.162	0.496	0.780
Kontrol Kaybı	45.00±14.393	42.00±12.373	46.00±8.666	0.266	0.875
Amnezi	26.50±9.241	29.00±9.285	27.00±6.754	0.197	0.906
Absorpsiyon	11.50±5.454	11.00±4.994	12.00±4.020	1.087	0.581
Toplam	2.06±0.692	2.09±0.739	2.01±0.510	0.255	0.880

*Kruskal-Wallis Testi **Oneway ANOVA Testi ^aF değeri ¹p<0.05

4.7. ŞİZOFRENİ SPEKTRUM HASTALARINDA KZVD YORDANMASINA DAİR ÇOK DEĞİŞKENLİ LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ

Tablo 31: KZVD Öngören Değişkenler: Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi			Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi		
	Düzeltilmemiş OR	%95 Güven Aralığı	P değeri	Düzeltilmiş OR	%95 Güven Aralığı	P değeri
Yaş	0.949	0.919-0.979	0.001			
Cinsiyet						
Erkek	Referans					
Kadın	1.586	0.781-3.219	0.202			
Madde Kullanımı						
Yok	Referans					
Var	3.804	1.963-7.374	<0.001	3.089	1.464-6.519	0.003
Hastalık başlangıç yaşı	0.962	0.913-1.013	0.143			
İntihar						
Yok	Referans					
Var	3.408	1.779-6.530	<0.001	3.803	1.808-7.998	<0.001
Adli Öykü						
Yok	Referans					
Var	3.266	1.659-6.429	0.001			
Dövme						
Yok	Referans					
Var	4.725	1.870-11.941	0.001			
CSDÖ toplam	1.142	1.061-1.230	<0.001			
İÖÖ toplam	1.045	1.022-1.069	<0.001			
Barratt toplam	1.066	1.034-1.100	<0.001			
DISQ toplam	2.374	1.370-4.113	0.002			
PANSS pozitif	1.044	0.958-1.137	0.330			
PANSS negatif	0.997	0.946-1.052	0.923			
PANSS genel	1.183	1.105-1.268	<0.001	1.173	1.089-1.263	<0.001

Tek değişkenli lojistik regresyon modelinde bağımlı değişkenle ilişkisi incelendiğinde p değeri 0.25 ve altında bulunan tüm değişkenler çok değişkenli modele aday değişkenler olarak dahil edilmiştir. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde model bu aday değişkenlerden “olabilirlik oranı ile ileri doğru yöntemi (forward likelihood

ratio)” kullanılarak elde edilmiştir. Çok değişkenli lojistik regresyon analizine göre ilk adımda PANSS genel, ikinci adımda intihar ve son adımda madde kullanımı nihai modele alınmıştır.

Diğer değişkenler sabit kaldığında; PANSS genel puanının 1 birim artması ile KZVD olasılığı 1.173 kat, intihar öyküsünün varlığı durumunda 3.803 kat ve madde kullanım öyküsünün varlığı ile 3.089 kat artmaktadır.

Tablo 32: Şizofreni Spektrum Hastalarında KZVD Yordanmasına Dair Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelinden Elde Edilen Sınıflama Tablosu

Adım 3		KZVD (Tahmin edilen)		Doğru Sınıflandırma %
KZVD (Gözlenen)	Yok	Yok	Var	
	Yok	73	20	78.5
	Var	24	48	66.7
Sınıflandırma Yüzdesi				73.3

Olabilirlik oranı ile ileri doğru yöntemi kullanılarak elde edilen sınıflama tablosuna göre sınıflandırma başarısı %73.3 olarak bulunmuştur. Çok değişkenli model KZVD olan olguların %66.7’sini doğru saptarken (duyarlılık), olmayan olguların da %78.5’ini (seçicilik) doğru saptamaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada şizofreni spektrum bozukluğu tanılı hastalarda kendine zarar verici davranışların (KZVD) özelliklerinin, hastalığın klinik özellikleri ile ilişkisinin ve yordayıcılarının incelenmesi ve alkol-madde kullanımının kendine zarar verici davranışların üzerindeki olası etkilerinin değerlendirilmesinin amaçlanmıştır. Çalışmaya, poliklinikte tedavi görmekte olan şizofreni spektrum bozukluğu tanılı 165 erkek ve kadın hasta alınmıştır. Hastaların %72.7'si (n=120) erkek, %27.3'ü (n=45) kadındır. Olguların %46.7'si (n=77) şizofreni, %35.8'i (n=59) atipik psikoz, %13.3'ü (n=22) şizoaffektif bozukluk ve %4.2'si (n=7) maddeye bağlı psikoz tanısı almıştır.

Çalışmaya alınan olguların %38.2'sinin (n=63) madde kullanımı olduğu belirlenmiştir. Madde kullanımı olan grubu, yaşamlarının herhangi bir döneminde bir veya birden fazla maddeyi kötüye kullandığı belirlenen hastalar oluşturmaktadır. Madde kullanımı ilgili bilgiler hasta beyanlarından elde edilmiş; bilgilerin yetersiz olduğu durumlarda, yakınlarının beyanı ve geçmiş hastane kayıtlarına başvurulmuştur. Halen madde kullanan grubun madde kullanımları ile ilgili bilgiler için hastanın verdiği öyküye başvurulmuş ve idrarda madde analizi ile desteklenmiştir.

Bipolar bozukluktan sonra I. eksen tanıları arasında madde kullanımının en sık eşlik ettiği hastalık şizofrenidir. Şizofreni hastalarında madde kullanım yaygınlığının %10-70 arasında değiştiği belirtilmektedir (58). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da madde kullanım bozukluğu hastalarının ek tanılarına bakıldığında duygudurum bozuklukları ve psikotik bozukluklar ilk sıralarda yer almaktadır (166-168). Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda (Epidemiologic Catchment Area Study; ECA), genel popülasyonda yaşam boyu madde kullanım sıklığı %16 olarak bulunmuşken; bu oran şizofreni spektrum bozukluğu olan bireylerde %47 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada, şizofreni hasta grubunda genel toplumla kıyaslandığında 4.6 kat daha fazla madde kullanım bozukluğu tanısı konma olasılığı bildirilmektedir (49).

Hunt ve arkadaşlarının yaptığı derlemede, son 27 yıldır yapılan çalışmalar gözden geçirilmiş ve şizofreni hastalarında madde kötüye kullanımı komorbiditesinin yaygınlığı %41.7 olarak saptanmıştır (169). Genel literatür bilgileri değerlendirildiğinde çalışmamızda da şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında madde kullanım sıklığı açısından benzer oranların elde edildiği görülmüştür.

Çalışmamızda madde kullanan olguların en çok kullandıkları maddelerin sırasıyla esrar (%50.7), sentetik kannabinoid (%31.7), alkol (%15.8), ecstasy (%15.8), uçucu madde (%6.3), metamfetamin (%3.1) ve benzodiazepin (%1.5) olduğu bulunmuştur. Birden fazla madde kullananların oranı ise %23.8 saptanmıştır.

Çalışmamızda en sık kullanılan maddelerin dağılımına bakıldığında, literatüre benzer bir sıralama görülmektedir. Esrar ve alkol halen bu hasta grubunda en sık kullanılan maddelerin başında gelmektedir. 2018’de yapılan bir meta-analizde şizofreni hastalarında madde kötüye kullanımı özellikleri incelendiğinde esrar kullanımının %16-52 arasında, alkol kullanımının %24-57 arasında olduğu bildirilmiştir (169). Şizofreni spektrum bozukluğu hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada ise en sık tercih edilen maddelerin sırasıyla, %43 alkol, %26 esrar, %12 kokain olduğu saptanmıştır (170).

Çalışmamızda şizofreni spektrum bozukluğu olguları arasında 2. en sık kötüye kullanılan maddenin sentetik kannabinoid olduğu dikkati çekmektedir. 2015 yılında Amerika’da sentetik kannabinoid kullanımı kaynaklı gelişen olumsuz durumlar için yapılan arama sayısı, bir önceki yıla göre %229 artış göstermiştir (121,171). Türkiye’de ise 2016 yılında sentetik kannabinoidlerin olay sayısında, bir önceki yıla göre %32.8 oranında artış gerçekleşmiştir (172). Türkiye’de 2014’te yapılan bir çalışmada; hastaların %12.1’i ilk kullanmaya başladıkları maddenin sentetik kannabinoid olduğu bildirilmiştir. Bu oranlar ile ecstazi ve sedatif hipnotiklerin yerini aldığını saptanmıştır (173). Esrardan daha kolay ulaşılabilir olması ve standart madde testlerinden kurtulma vaadi, daha ucuz olması sentetik kannabinoidlerin artan kullanımına katkıda bulunuyor gibi görünmektedir. Sentetik kannabinoidlere, esrardan daha hızlı tolerans geliştirildiği ve bu maddelerin daha yüksek bağımlılık potansiyeli oluşturduğu düşünülmektedir. Genel popülasyonda sentetik kannabinoid kullanım prevalansının %0.9-11.4 arasında olduğu belirtilmektedir ancak, her türünün idrarda saptanamaması, terminoloji farklılıkları, örneklem farklılığı gibi nedenler

sentetik kannabinoidlerin kullanım sıklığındaki geniş farklılığa neden oluyor gibi görünmektedir. Bu nedenle bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (174).

Şizofreni ve şizofreni spektrum bozukluğu olan hastalarda sentetik kannabinoid kullanım yaygınlığı ile ilgili epidemiyolojik bir çalışma olmamakla birlikte, bu gruptaki hastalarla ilgili vaka çalışmaları veya olgu sunumları gün geçtikçe artmaktadır. Sentetik kannabinoidlerin psikotik semptomlar ve bozukluklar ile yakından ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar son yıllarda artış göstermiştir. Örneğin, 2013'te yapılan bir derlemede sentetik kanabinoidlerin yol açtığı psikotik bozukluk oranını %18.75–41 arasında saptamıştır (175).

Sentetik kannabinoidlerin esrar benzeri bileşikler olarak pazarlandığı göz önünde bulundurulursa, bu iki maddenin etkilerinin ne derece örtüştüğü önemli bir sorudur. Ancak, bilgimize göre, sentetik kannabinoid ve esrar arasında doğrudan ilişki yoktur. Sentetik kannabinoidlerin esrarın psikoaktif metaboliti tetrahidrokannabinolden (THC) daha güçlü fizyolojik ve psikoaktif etkilere yol açması, kannabinoid 1 reseptörüne (CB1R) THC'den daha yüksek bir affinite göstermesi, CB1R'e güçlü ve tam agonistik etkisi, esrarda bulunan ve antipsikotik özellik gösteren kannabidiol, kannabigerol ve kannabivarin gibi maddelerin sentetik kannabinoidlerde bulunmaması gibi nedenler sentetik kannabinoidlerin psikotik semptomlarla yakın ilişkisini kanıtlayan nedenlerdendir (176-80).

Özet olarak, çalışmamızın sonuçları şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında sentetik kannabinoidlerin kötüye kullanım sıklığının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürde de son yıllarda sentetik kannabinoidlerin kullanım yaygınlığının hem genel popülasyonda hem de psikiyatrik popülasyonda arttığı bilinmektedir. (173,175). Sentetik kannabinoidlerin sürekli olarak yeni analoglarının sentezlenmesi ve satışa sunulması da bu maddelerin daha uzun yıllar uyuşturucu pazarında olacağını göstermektedir (177). Bu bileşiklerin psikotik belirtilerle yakından ilişkisi, esrar kullanımına benzemeyen ciddi yan etkileri, sürekli değişen yapısı göz önünde bulundurulduğunda; bu alanın, özellikle şizofreni spektrum bozukluğu olan hasta grubunda dikkatle araştırılması büyük önem taşımaktadır.

Madde kullanım bozuklukları ciddi ekonomik, toplumsal ve kişisel maliyetlere yol açan ciddi bir klinik sorundur ve kendine zarar vermek de dahil olmak üzere yüksek düzeyde yıkıcı davranışlarla yakın ilişkilidir. Ross ve McKay, madde kullanımının KZVD'nin bir çeşidi olduğunu ve bozulmuş muhakemeye, azalmış ağrı algısına ve fantezi uyarımına yol açarak KZVD'yi tetikleyebileceğinden söz etmiştir (181). Madde kullanım bozukluğu hastaları arasında KZVD yaygınlığının %29-52 arasında değiştiği gösterilmiştir (16,108,126,182).

Madde kullanımı ile ilişkisinden bağımsız olarak, KZVD kendi başına çeşitli olumsuz kişilerarası ve kişisel sorunlara yol açabilecek bir fenomen olması nedeni ile çok sayıda psikiyatrik popülasyonda araştırılmıştır. Genel popülasyonda %4-%18 arasında, klinik popülasyonda ise %5.8-%77 arasında değişen oranlarda KZVD görülmektedir (6,10,94,183). Bu çalışmalarda geniş aralıklardan KZVD tanımındaki farklılıklar ve örneklemelerin tanı farklılıklarının sorumlu olabileceği düşünülmektedir. Mevcut araştırma bulguları da KZVD olan kişilerde tanınan heterojeniteye dikkat çekmektedir. Bu davranışlar, sınır kişilik bozukluğunun tanımlayıcı belirtilerinden biri olarak görülürken; son dönemlerde sınır kişilik bozukluğu olmaksızın, çok sayıda klinik örnekte tanımlanan bir özellik olarak gösterilmektedir. Bu klinik örneklerden biri olan şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında ise KZVD sıklığı %30-50 arasında değişmektedir (21,184).

Şizofrenide görülen KZVD'de birden fazla rol oynayan etken tanımlanmış (21,185) olmakla birlikte, çalışmaların sıklıkla göz çıkarma gibi aşırı yaralanmalara odaklandığı dikkati çekmektedir. Literatürde dikkat çekilen en önemli zorluk çalışmalar arasında değişen KZVD tanımındaki farklılıklar olmuştur (76). Kasıtlı kendine zarar verme, birçok davranış biçimini içeren geniş bir kavramdır ve muhtemelen kültürel faktörlerden etkilenerek farklılık gösterir (186). Bazı çalışmalarda ölümle sonuçlanabilecek eylemler de KZVD kapsamı içinde değerlendirilirken (187), bazılarında intihar amacı taşımayan zarar verici eylemler KZVD olarak ele alınmıştır (188). Bu nedenle çalışmamızda, diğer çalışmalardan farklı olarak şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında minör yaralanmalar da dahil olmak üzere KZVD'nin farklı tiplerine odaklanılmış, bu KZVD tiplerinin belirsizliğinden kaçınmak için 2013'de Türkçeye uyarlanan "Kendine Zarar Verici Davranışları Değerlendirme Envanteri" kullanılmıştır. Böylece psikiyatrik popülasyonda KZVD ile ilişkisine dair kanıtların ışığında madde kullanımının bu hasta

grubunda KZVD'yi yordayan etkenlerden biri olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızda Kendine Zarar Verici Davranışları Değerlendirme Envanteri ile KZVD sorgulanan örneklem KZVD olan ve olmayan olarak ikiye ayrılmıştır. KZVD olan grup örneklemin %43.6'sını (n=72), KZVD olmayan grup %56.4'ünü (n=93) oluşturmuştur. Kadınların %22.2'sinde (n=16), erkeklerin %77.8'sinde (n=56) KZVD bildirilmiştir.

Mork ve arkadaşlarının, çalışmamıza göre daha geniş katılımlı yatarak ve ayaktan tedavi gören şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında KZVD sıklığını ve özelliklerini değerlendirdikleri araştırmada, 388 hasta örnekleme dahil edilmiş ve %48.5'inde KZVD öyküsü, bu grubun %58'inde birden fazla defa KZVD epizodu tanımlanmıştır (21).

Uzun yıllar sürmesi ve yıkıcı gidişi ile bilinen şizofreni hastalığının ilk yıllarının incelendiği çalışmalarda ise KZVD sıklığı farklılık göstermektedir. İlk atak psikoz hastalarında yapılan çalışmalarda KZVD sıklığı %9.8-33 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (189,190) İlk atak psikoz hastalarında KZVD sıklığının görece düşük tespit edilmesi, kendine zarar verici davranışların hastalığın şiddeti ile, hastalığa bağlı yıkımın daha fazla oluşuyla, zaman içinde depresyon gibi KZVD risk faktörlerinin eklenmesi ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Hem çalışmamızdan elde edilen sonuçlara hem de literatürdeki bilgilere dayanarak; şizofreni hasta grubunda KZVD'nin oldukça yaygın olduğunu görmek, tedavi edilebilir risk faktörlerinin önemini altını bir kez daha çizmektedir. Çalışmamızda da madde kullanımının bu klinik risk faktörlerinden biri olduğu varsayımından yola çıkılarak KZVD'yi yordayan etkenler araştırılmıştır. Çalışmamızda bu etkenlerin lojistik regresyon analizine göre değerlendirilmesinde; diğer değişkenler sabit kaldığında, madde kullanımının şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında KZVD riskini 3.089 kat arttırdığı tespit edilmiştir.

Challis ve arkadaşlarının 2013'te şizofreni spektrum bozukluğu hastalarının üzerinde yaptığı derlemede alkol kötüye kullanımının KZVD riskini 1.68 kat; madde kullanımının 1.46 kat artırdığı saptanmıştır (190). Bu çalışmanın şizofreninin erken dönemindeki hastalarda yapıldığı dikkati çekmektedir. Bilindiği gibi madde kullanımı olan

şizofreni hastalarında zaman içinde pozitif ve negatif belirtilerde ve genel olarak hastalığın şiddetinde artışla karşılaşmaktadır. İzlem çalışmaları madde kullanımı olan hastalarda hastalığın prognozunu belirgin şekilde kötüleştiğini gösterirken, madde kullanımı olmayanların hastalıklarının daha iyi prognoza sahip olduğunu işaret etmektedir (191-193).

Çalışmamıza dahil edilen hastaların hastalık sürelerinin 15.79 ± 9.37 yıl olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak, madde kullanımının KZVD üzerinde daha fazla etkiye sebep olmasını açıklayan sebeplerden birinin hastalık sürelerindeki farklılıktan kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir. Nitekim, çalışmamızda şizofreni hasta grubunu daha uzun süreli hastalık geçmişi olan olgular oluşturmaktadır.

Çalışmamızda KZVD olan ve olmayan gruplar madde kullanımı açısından karşılaştırıldığında KZVD olan grupta madde kullanımının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu görülmüştür ($p < 0.01$). KZVD olan grubun %55.6'sında ($n=40$) madde kullanımı saptanmıştır. Bu hasta grubunun en çok kullandıkları maddelerin sırasıyla esrar (%55), sentetik kannabinoid (%40), ecstasy (%12.5), alkol (%7.5) uçuşu madde (%5), metamfetamin (%5) ve benzodiazepin (%2.5) olduğu bulunmuştur. Birden fazla madde kullananların oranı ise %13.9 saptanmıştır.

Klonsky, 2011'de yaptığı çalışmada KZVD olan kişilerin olmayanlara göre %15.4 daha fazla madde kötüye kullanımı öyküsü olduğunu, %20'sinin de madde etkisi altında iken KZVD gösterdiğini saptamıştır (194). Uludağ ve arkadaşlarının 2016'da şizofreni hastalarında yaptıkları bir çalışmada madde kullanan grupta, kullanmayan gruba göre, daha sık KZVD'ye rastlanmıştır (%23'e %4) (195).

Literatürde kullanılan maddenin türü ile KZVD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu bildirilmektedir. Buna göre en yüksek riskli grubu esrarı kötüye kullanan kişiler oluşturmaktadır (196). Çalışmamızda da KZVD olan grubun en sık kullandığı maddenin esrar (%43.1) olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda madde kullanımına başlama yaşı (17.79 ± 5.08) ile KZVD başlangıç yaşı (18.17 ± 7.24) arasındaki ilişki göze çarpmaktadır. Her ikisinin başlama yaşlarının, bu davranışların affekt düzenleme olarak işlev gösteren farklı davranış biçimlerini temsil etmesi nedeni ile yakın olması beklenebilir. Çalışmalarda bireylerde kendine zarar verme

düşünceleri ortaya çıktığında eş zamanlı olarak madde kullanma düşüncelerinin de eşlik ettiği bildirilmiştir (197).

Madde kötüye kullanımı ve KZVD komorbiditesinin sıklığının yüksek oranlarda oluşunun nedenlerini açıklayan birtakım görüşler söz konusudur. Bunlardan en çok kabul görenlerinden biri, hem KZVD hem de madde kullanımının bir affektif düzenleme işlevine hizmet etmesi ve benzer işlevlere hizmet eden davranışların beraber olma eğiliminde olmasıdır (198,199). Diğer yandan, ortak biyolojik yolak paylaşma teorisi de bu komorbidite ile ilgili üzerinde sıkça durulan bir görüştür. Bu görüşe göre hem madde kullanımı hem KZVD endorfin ve enkefalin salınımına yol açan ortak bir yolu kullanır ve bu endojen opioidler ödül yolaklarını uyarır, ağrı duyumunu azaltır ve affektif düzenlemeye yardımcı olur. Bu durum da KZVD ve madde kullanımının beraber görülmesine sebep olur (100). Bu çalışmada da hem madde kullanımının hem de KZVD'nin sık görüldüğü bilinen şizofreni spektrumu hastalarında KZVD'nin özelliklerinin ve KZVD'yi yordayan faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Şizofreni spektrum bozukluğu olan hastaların uyguladığı KZVD yöntemlerini incelemek için Kendine Zarar Verici Davranışları Değerlendirme Envanteri kullanılmıştır. Bu envanter KZVD tipleri olarak “kesme, ısırma, yakma, cilde bir harf/yazı şekil kazıma, çimdikleme, saç kopartma (kökünden), tırnaklama (deriyi kanatacak kadar), kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma, yaranın iyileşmesine engel olma (ör: kabuklarını koparma), cildi sert bir yüzeye sürtme, kendine iğne batırma, tehlikeli/zararlı madde içme/ yutma ve diğer” davranışlarını kapsar.

Çalışmamızda en sık karşılaşılan KZVD tipi “kendini kesme” (%51.3) iken; ikinci sırada “kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma” (%18.0) gelmektedir. Diğerleri ise saç kopartma (%16.6), tırnaklama (%13.8), yaranın iyileşmesine engel olma (%11.1), yakma (%5.5), cilde bir harf/yazı şekil kazıma (%5.5), ısırma (%4.1), cildi sert bir yüzeye sürtme (%4.1), kendine iğne batırma (%4.1), çimdikleme (%4.1), diğer davranışlar (sigara söndürme, aşırı ovalama) (%2.7), tehlikeli/zararlı madde içme/ yutma (%1.3) olarak sıralanır. Birden fazla yöntem tercih edenler %23.8'dir ve bunların %64.7'si “kendini kesme”yi ek olarak bir yöntem tercih etmiştir. Literatürde kendini kesme genel popülasyonda da en sık karşılaşılan yöntem olarak görülmektedir (10,200,201).

Çalışmaya dahil edilen hastaların %37.5'i KZVD esnasında herhangi bir acı hissetmediklerini, %38.9'u bazen acı hissettiklerini belirtmiştir. Literatürde genel popülasyonla yapılan çalışmalarla uyumlu olan bu oranlar KZVD görülen bireylerde ağrı eşiğinin yüksek olması veya dissosiasyon ile sık karşılaşılması gibi nedenlerle açıklanmaktadır (202). Kendine zarar verici davranış gösteren olguların %50'si eylem esnasında daima yalnız olmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Klonsky ve Olinio 2008'de yaptığı çalışmada örneklem grubunu kendine zarar verme davranışının özelliklerine göre dört alt sınıfa ayırmışlardır. Genel popülasyonda yapılmış bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, en geniş grubun belirgin psikiyatrik semptomatolojiye dair çok az kanıt gösterdiği yönündedir. Bununla birlikte, örneklemin %10'unu oluşturan alt grubun neredeyse tamamen otonomik işlevlerin hizmetinde yalnız olarak kendilerine zarar veren kişileri kapsamakta olduğu bildirilmiştir. Bu grupta KZVD'nin daha az dürtüsel olduğu görülmüştür, çünkü bu grubun %60'ı kendine zarar verme isteğinin başlamasından eylemin gerçekleşmesine kadar geçen sürenin bir saatten uzun sürdüğünü bildirmiştir. Bu gecikme süresi ve (büyük ölçüde affekt düzenlemesine karşılık) (119,129) otonomik işlevleri yerine getirmesi ışığında, bu grubun üyelerinin KZVD'yi daha planlı bir şekilde yaptıkları ve olumsuz duyguları düzenlemek için bir yöntem olarak kullandıkları saptanmıştır. Beklendiği gibi, bu gruptaki bireyler daha çok depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik belirtileri sergilemiştir (162). Bu bilgiler, çalışmamızın sonuçlarıyla örtüşen özellikler göstermektedir. Çalışmamızda KZVD olan grubun eylem esnasında daha sık yalnız olmayı tercih etmeleri, kendine zarar verme isteğinin başlamasından eylemin gerçekleşmesine kadar geçen sürenin sıklıkla uzun olması (en sık olarak bir-üç saat arasında (%44.4) dikkati çekmektedir. Çalışmamızda KZVD amaçları sorgulandığında en sık karşılaşılan sebep "affekt düzenleme" olarak bulunmuştur ve KZVD'nin otonom işlevleri (ort: 7.11±3.96), sosyal işlevlerinden (6.33±5.72) daha yüksek puan almıştır. Bu bulgular da hem Klonsky'nin 2008'de yaptığı çalışmayla hem de literatürle uyumlu görünmektedir (10,118,162). Bu sonuçlara göre şizofreni hastalarının KZVD'yi daha planlı bir şekilde uyguladıkları ve olumsuz duygular ile başa çıkmanın bir yolu olarak kullandıkları söylenebilir.

KZVD'nin birçok fonksiyonundan biri de yoğun affektif uyarılara yanıt olarak ortaya çıkan dissosiasyonun etkileriyle başa çıkmak veya sona erdirmektir. Bu

fenomenolojik birliktelikten bekleneceği gibi, araştırmalar KZVD ve dissosiasyon arasındaki ilişkiyi desteklemiştir (25,125,149,203,204). Ancak şizofreni popülasyonunda bu ilişkiyi araştıran yeterli çalışma yoktur. Bunun sebebi dissosiyatif semptomların birçok durumda psikotik semptomlarla benzerlik göstermesi hatta şiddetli formları şizofreni yanlış teşhisini alabilmesi olabilir. Çalışmamızda, örneklem Dissosiasyon Ölçeği (DIS-Q) ile değerlendirilmiş; şizofreni spektrum bozukluğu hastaları arasında KZVD olan grubun dissosiyatif belirtileri KZVD olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). Buna rağmen dissosiyatif belirtilerin KZVD üzerinde yordayıcı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

Literatürde KZVD ile ilişkilendirilen bir diğer özellik de dürtüselliştir. Favazza, özellikle tekrarlayan KZVD'nin, dürtü bozuklukları ile sık sık komorbiditesi olduğunu ve bu nedenle bir dürtü bozukluğu olduğunu ileri sürmüştür (5). Her ne kadar bugün literatürde KZVD bir dürtü bozukluğu olarak kabul edilmese de dürtüsellik ile ilişkisi iyi bilinmektedir. Şizofreni spektrum bozukluğunda KZVD ve dürtüsellik yeteri kadar çalışılmamış da olsa genel şiddet davranışları arasında değerlendirildiği çalışmalarda dürtüsellik ile ilişkisi gösterilmiştir (205-207). Bu araştırmalar ile uyumlu olarak çalışmamızda KZVD olan grubun Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11) puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). Bununla birlikte, dissosiyatif belirtilerde olduğu gibi dürtüselliğin KZVD üzerinde yordayıcı bir etkiye sahip olmadığı gösterilmiştir.

KZVD, literatürde kendiliğe yönelmiş agresyon olarak şiddet davranışının bir alt türü kabul edilmiş ve çalışmalarda sıklıkla diğer şiddet davranışları ile birlikte araştırılmıştır. Şizofreni hastalarında klinik belirtiler ile çeşitli şiddet davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen önceki çalışmalar pozitif semptomlar ve bu semptomlarla ilgili sıkıntı duygularının şiddeti öngörebileceğini göstermiştir (208,209). Bu bulgular KZVD'yi tam olarak anlamak için hastalık bulgularının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Buradan yola çıkarak şizofreniye özgü bulgular ile KZVD ilişkisini incelemek için katılımcıların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. KZVD olan grubun PANSS toplam puanı, KZVD olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur

($p<0.05$). Bu bulgu, KZVD olan şizofreni hastalarının hastalık şiddetinin daha ağır olduğunu gösteren literatürdeki çalışmalar ile uyumludur (210-212).

Haddock ve arkadaşları pozitif belirtilerin şiddet ve KZVD üzerine etkilerini araştırmış ve şizofreni tanılı 327 hasta 24 ay boyunca izlenmiştir. Bu araştırma psikotik belirtilerin, özellikle kendine zarar verme gibi şiddet olaylarında önemli rol oynadığını göstermiş ve hezeyanların şiddeti ile KZVD arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Bu sonuç, varsanılar ve sanrılarının olumsuz affekt ve strese neden olduğu ve şizofreni hasta grubunun bu durumla başa çıkma yöntemi olarak KZVD kullandığını gösterdiği şeklinde yorumlanmıştır (213).

Çalışmamızda KZVD'yi yordayan etkenlerin lojistik regresyon analizine göre değerlendirilmesinde; diğer değişkenler sabit kaldığında, PANSS genel psikopatoloji alt ölçeğinin bir puan artması şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında KZVD riskini 1.173 kat arttırmaktadır. Fakat PANSS pozitif ve negatif alt ölçekler ile anlamlı ilişki bulunamamıştır. Literatürde özellikle tekrarlayıcı KZVD görülen genel popülasyonun daha sık klinik belirtiler gösterdiği, daha çok depresyon ve anksiyete belirtileri olduğu, umutsuz hissettikleri gösterilmiştir (118,162). Çalışmamızda şizofreni hasta grubunda bedensel kaygı, anksiyete, depresyon, dürtü kontrolsüzlüğü gibi genel psikopatoloji belirtileri KZVD riskini artıran faktörler olarak bulunmuştur. KZVD olan grupta pozitif ve negatif semptomlar daha şiddetli saptanmakla birlikte, genel psikopatoloji şiddeti KZVD'yi yordayan faktörler arasında öne çıkmıştır.

Araştırmamızda KZVD olan grupta, KZVD olmayan gruba göre daha sık intihar girişimine rastlanmıştır ($p<0.01$). Literatürde intiharın KZVD ile ilişkisi ayrıntılı olarak araştırılmıştır (214-216). KZVD'nin kendisi ölüm niyeti taşımamakla birlikte, intihar girişimi ile birliktelikleri sıktır. Joiner bu birlikteliği 2005'te yaptığı çalışmada, intihar kesin bir eylem olmasından ötürü çoğu insanın başlangıçta intihar girişiminde bulunmak yerine tekrarlayan KZVD'ler ile bu süreçte cesaret kazanma çabası olarak açıklamıştır (145). Diğer bir açıklama ise KZVD hastaları ile yapılan ağrı-analjezi araştırmalarına dayanmaktadır. Bazı kişiler, doku hasarına rağmen, tekrarlayan KZVD'ler sırasında çok az ağrı duyduğunu bildirdikleri gösterilmiştir (217). Bu nedenle KZVD sırasında daha az ağrı bildiren kişilerin girişiminden çekinme olasılıklarının daha az olması ve bu nedenle daha sık KZVD öyküsü ile karşılaşılması beklenir. Bu varsayımları doğrular şekilde, literatürde

tamamlanmış intihar vakalarının yaklaşık %50'sinde KZVD öyküsü bulunmuştur (218). Haw'ın 2005'de yaptığı derlemede mevcut veya geçmiş intihar girişimlerinin KZVD riskini 4 kat arttırmakta olduğunu gösterilmiştir (76).

Araştırmamızda KZVD olan grupta, KZVD olmayan gruba göre daha sık intihar girişimine rastlanmıştır ($p<0.01$). Bununla birlikte, lojistik regresyon analizine göre intihar, şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında KZVD'yi yordayan faktörlerden biri olarak bulunmuştur. Diğer değişkenler sabit kaldığında daha önce intihar öyküsünün bulunması, bu hasta grubunda KZVD riskini 3.803 kat arttırmaktadır.

DSM 5'te ölüm niyeti taşımadığı vurgulanarak intihar girişimlerinden kesin olarak ayrılan KZVD, bu ayırmadan önce yapılan çalışmalarda intihar girişimi ile beraber sorgulanmıştır. Bu iki ayrı fenomen doku hasarına yol açan davranışlar olarak beraber gruplandırılmıştır, ancak bu çalışmaların literatüre katkıları ön planda intihar girişimleri üzerinden olmuştur. Örneğin, Mork ve arkadaşlarının daha önce sözü edilen çalışmasında KZVD yarı yapılandırılmış görüşme formu ile değerlendirilmiş; en sık görülen KZVD'nin aşırı doz ilaç alımı (%39.4), kesi (%37.2), ası (%9.4), diğer yöntemler (%13.9) olduğu tespit edilmiştir. KZVD olan grupta en sık karşılaşılan intihar yöntemi ilaç içme (%52.2) olarak tespit edilmiştir. Diğerleri ise sırasıyla yüksekten atlama (%29.2), kesi (%24.3), ası (%7.3), diğer (%7.3) yöntemlerdir. Şizofreni hastalarında genel olarak en sık kullanılan yöntem ilaç içmedir (219). Kendine zarar verici davranışlar görülmesi seçilen intihar yöntemini değiştirmemiştir.

Çalışmamızda madde kullanan hastaların %44.4'ünün en az bir intihar girişimi bulunmaktadır. Bu yüksek sıklığa rağmen, madde kullanan ve kullanmayan gruplar arasında intihar girişimi öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Mc Girr ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada madde kullanımı ile intihar arasındaki ilişkinin daha çok davranışsal inhibisyon ile ilişkili olabileceği, bu nedenle bireylerin intihar düşünceleri üzerinde daha fazla harekete geçme olasılıkları olacağı belirtilmiş; oysa şizofreni hastalarının maddenin disinhibisyon etkisine daha az ihtiyaç duyacağı ve bu nedenle madde kullanmayan hastalarda da intihar oranlarının yüksek olduğu ifade edilmiştir. Aynı çalışmada, şizofreni hastalarında intihar girişimlerini; saldırganlık

davranışlarının bir alt türü olan ve engellenme eşiği ve karar verme süreçleri ile ilgili varyasyonlarla karakterize olan dürtüsel saldırganlıkla ilişkilendirmişlerdir (220). Çalışmamızda KZVD olan grubun daha dürtüsel saptandığı göz önünde bulundurulduğunda, bu grupta intihar girişimin anlamlı düzeyde daha sık görülmesinin madde kullanımından çok KZVD ve ilişkili diğer sebeplerle bağlantılı olduğu düşünülebilir.

İntiharın KZVD riskini artırdığı gibi, KZVD'nin de intiharı öngördüğü kabul edilmektedir (221,222,223,172). Kendine zarar verenlerin yaklaşık %55-85'inde daha önce en az bir intihar girişimi bulunduğu gösterilmiştir (138). Cooper ve arkadaşlarının 2005'de yaptığı bir çalışmada, self mutilatif davranışlarla acil servise başvurmuş hastalar intihar açısından 4 yıl izlenmiş ve intihar riskinde genel popülasyona göre 30 kat artmış risk gözlenmiştir (17). Benzer bir biçimde şizofreni hasta grubunda KZVD görülen hastalarda intihar öyküsüne daha çok rastlanmaktadır (21). Çalışmamızda da İntihar Olasılığı Ölçeğinin toplam puanı, KZVD olan grupta KZVD olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). Bu bulgular, KZVD olan şizofreni spektrum bozukluğu olan hastalarının intihar olasılıklarının yüksek olduğunu düşündürmektedir.

İntihar, şizofreninin sebep olduğu mortalite artışında en önemli pay sahibidir (224) ve KZVD'nin tanınması intihar önleme stratejilerinde kilit unsurdur. Çalışmamızdaki bulgular şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında sık görülen her iki durumun da dikkatle araştırılmasının önemini vurgular niteliktedir.

Literatürde KZVD'nin intihar kadar, depresyon ile de büyük ölçüde ilişkili olduğu gösterilmiştir (21,76,185,225,226). Çalışmamızda da KZVD olan grupta KZVD olmayan gruba göre Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). Depresif belirtilerin KZVD üzerinde yordayıcı bir etkisinin olmadığı tespit edilmişse de bu ilişki göz önünde bulundurularak şizofreni hasta grubunda KZVD'nin önlenmesi için yalnızca hastalığın temel semptomlarının tedavi edilmesinin yetmeyeceği; depresyonun tedavisinin de aynı derecede önemli olduğu söylenebilir.

Şizofreni popülasyonunda daha yüksek bir içgörü düzeyine sahip olanların KZVD olasılıklarının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (12,21,227,228). Fakat

Restifo ve arkadaşlarının 2009'da ve Bourgeois ve arkadaşlarının 2004'te yaptığı çalışmalarda yüksek içgörü düzeyi ile KZVD arasında ilişki gösterilmemiştir. Restifo, içgörünün değil, içgörünün yol açtığı depresyonun KZVD ile bağlantılı olduğunu ifade etmiştir. Hastalığın etkilerine yönelik içgörünün, umutsuzluk, depresyon ve sonuçta intihar ile ilişkisi bilinmektedir (185,229). Çalışmalar arasında gözlemlenen farklılıklar için olası bir açıklama; yüksek içgörünün KZVD üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmaların hastalığın erken döneminde yapılması olabilir. Bu dönemde hastalar hala içgörülerini korumakta ve bunun hastalığın diğer klinik belirtileri üzerindeki etkisi sürmektedir. Çalışmamızda ise KZVD olan ve olmayan hastaların İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu sonucun, çalışmamıza dahil edilen olguların büyük çoğunluğunun uzun süreli hastalık geçmişi olan olgulardan oluşması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızın dikkat çeken sonuçlarından biri KZVD olan grupta KZVD olmayan gruba göre dövmeyle anlamlı düzeyde daha sık rastlanmasıdır ($p<0.01$). Literatürde dövme ile KZVD arasında direkt ilişki kuran bir çalışma bulunmamakla birlikte; dövmeler üzerine yapılan araştırmaların gösterdiği birçok işlevler KZVD'nin hizmet ettiği işlevler ile ortak olabilmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-5'in en yeni sınıflandırmasında, KZVD'yi psikolojik rahatsızlığı azaltmak için kanama, morarma veya ağrı yaratma şeklinde sosyal açıdan kabul edilemez, kasıtlı olarak doku hasarı oluşturmak olarak tanımlamaktadır. Patolojik kendini yaralama davranışı doğrudan ve genel olarak alt kültürlerde dahi sosyal olarak kabul görmeyen davranışları içerir; dolaylı olarak kendine fiziksel zarar verme davranışından (örneğin: içkili araba kullanma) ve sosyal olarak daha kabul edilebilir bedensel hasarlardan (örneğin: piercing ve dövme yaptıрма) farklılık gösterir.

Kendi kendine zarar vermenin ayrı bir nozoloji olarak tanınmasını teşvik eden yaklaşımın öncülerinden Kahan ve Pattison bu davranışları şu şekilde tanımlamıştır; (a) davranış öncesi dürtüye karşı koyamama (b) kendine zarar verme eyleminden önce gerginliği yaşama (c) sonrasında gelen rahatlama hissi (230). Dövmeler ve piercingler ise önceden planlanır, geçici bir versiyonu ile bir süre zaman geçirilir, çevreye danışılır. Yine de dövme ve KZVD'nin tamamen bağımsız olduğunu söylemek hata olur. 2008'de 432 dövme ve piercing sahibi kişiler üzerinde yapılan araştırmada %27'sinde KZVD

saptanmıştır. Bu çalışmada KZVD ve dövme arasındaki ilişki dövme ve piercingin KZVD'nin vekili olması ile; bu varsayım da dövme uygulamalarından sonra KZVD'lerin azalması ve dövme ile KZVD'nin 'ağrı deneyimini yaşamak', 'kişisel deneyimlerin üstesinden gelmek' ve 'yapma zorunluluğu hissetmek' gibi ortak motivasyonlar paylaşması ile açıklanmaktadır (231).

Çalışmamızda dövmesi olan 27 hastanın 20'sinde (%74.07) KZVD tespit edilmiştir. Bu 27 hastanın 23'ünün (%85.1) madde kullanımı öyküsü olduğu dikkati çekmektedir. Dövme ve madde kullanımı ilişkisi literatürde de gösterilmiştir (232). Brooks ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada dövmesi olan grupta 3 kat daha fazla madde kullanımı bildirilmiştir (233). Madde kullanan hasta grubunda daha sık KZVD'ye rastlandığı göz önünde bulundurulduğunda; KZVD ve dövmenin bu sık birlikteliğinin, madde kullanımı ile ilişkisi olabileceği akla gelmektedir.

Çalışmamızda KZVD olan grupta adli öykünün varlığı, KZVD olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Literatürde KZVD olan kişiler arasında adli öykü yeterli düzeyde araştırılmamış olsa da tutuklu hükümlü grupta KZVD sıkça araştırılmıştır. Bu çalışmalar, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan suçluların %18-23'ünün KZVD veya KZVD tehdidi nedeniyle hastaneye başvurduğunu (234,235) ve bunların %48-67'sinin KZVD geçmişi olduğunu göstermiştir (235,236). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde KZVD gösteren grubun %47.2'sinde adli öyküye rastlanmıştır. Wallace'ın 2861 şizofreni hastasını değerlendirdiği geniş derlemede bilinen madde kötüye kullanım problemi olan şizofreni hastalarının, bir suçtan mahkûm edilme olasılığını 16 kat yüksek bulmuştur (237). Çalışmamızda da madde kullanımı olan grupta madde kullanımı olmayan gruba göre adli öykü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan olguların KZVD değişkeni açısından sosyodemografik verileri incelendiğinde; KZVD olan grubun KZVD olmayan gruba göre daha küçük yaş ortalamasına sahip olduğu görülmüştür ($p<0.01$). Genel popülasyonda yapılan çalışmalar, KZVD olan kişilerin KZVD olmayan kişilerden daha genç olduklarını (10), genç kadınların ve düşük sosyoekonomik statüye sahip kişilerin kendilerine zarar verme riskinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (198). Çalışmamızda KZVD açısından iki cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Literatürde de şizofreni spektrum bozukluğu

hastalarında genel popölasyondan farklı olarak KZVD açısından cinsiyetler arası ayırım görölmemektedir (76).

Olgular madde kullanımı değışkeni açısından değeriendirildiğinde; madde kullanımı olan grubun yaş ortalamasının madde kullanımı olmayan gruba göre daha düşük olduğu, madde kullanımı olan grubun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok erkek hastalardan oluştuğu görölmektedir. Yapılan meta-analizlerde de benzer sonuçlar mevcuttur. Erkek şizofreni hastalarında yaklaşık iki kat daha fazla madde kullanımı bildirilmiştir (169). Kadınların stres, depresyon ve travma ile ilişkili semptomları azaltmak için kendi kendine ilaç başlaması daha sık görölse de; genç erkeklerin madde kullanma da dahil, riskli davranışlarda bulunma olasılığı daha yüksektir (238). Ayrıca madde kullanan hastalarda şizofreninin ortalama 2.1 yıl erken başladığı görölmüştür. Bazı çalışmalar bu durumu madde kullanımı ile hastalık başlangıcının hızlanması şeklinde açıklarken (239) başka çalışmalar hastalık ile baş etmenin bir yöntemi olarak self medikasyonu işaret etmektedir (240). Nedeni konusunda tam bir görüş birliğine varılmamış olsa da madde kullanımının daha erken yaşta başlayan şizofreni ile yakından ilişkili olduğu konusunda fikir birliği vardır.

Sonuç olarak, çalışmamızın sonuçları şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında madde kullanımının klinik gidişi etkileyen çok önemli bir faktör olduğunu bir kez daha vurgulamaktadır. Madde kullanımı bu hasta grubunda KZVD'yi yordayan en önemli etkenlerden biri olarak bulunmuştur. Madde kullanımının varlığı şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında KZVD riskini 3 kat arttırmaktadır. Psikopatoloji şiddetinin artışı ve intihar öyküsünün varlığı da KZVD'yi yordayan diğer faktörler arasında tespit edilmiştir.

6. KISITLILIKLAR

1. Çalışmaya alınan olguların tamamının şu anki madde kullanımı laboratuvar testleriyle değerlendirilememiştir. Hastaların bir kısmından idrar örneği alınamamış; madde kullanımı ile ilgili bilgiler hastanın kendisinin ve yakınlarının sözel beyanlarına ve hastane dosya kayıtlarına göre değerlendirilmiştir. Burada, hastaların madde kullanımları hakkında doğru bilgi vermemesi ve aile üyelerinin de hastaların madde kullanımı ile ilgili yetersiz bilgiye sahip olabilme olasılığı, sağlıklı bilgi edinilmesini kısıtlayan bir durum olarak değerlendirilebilir.
2. Çalışmaya alınan olguların tamamının kendine zarar verici davranışları hakkındaki bilgiler kendileriyle ve yakınlarıyla yapılan görüşmelerden elde edilmiştir. Hastaların kendini iyi gösterme çabası, damgalanma endişesi nedeni ile yanlış veya eksik bilgi vermesi ve aile üyelerinin yetersiz bilgiye sahip olma olasılığı araştırmayı kısıtlayan bir durum olarak değerlendirilebilir.
3. Çalışmaya alınan hastalar üçüncü basamak sağlık hizmeti sunulan bir hastaneden çalışmaya dahil edildiğinden görece daha ağır seyirli hastalık özellikleri ve uzun dönem psikiyatrik geçmiş olabileceği, bunların bulguları etkilemiş olabileceği düşünülebilir.

7. SONUÇLAR

1) Şizofreni spektrum bozukluğu hastaları arasında yaşam boyu madde kötüye kullanım oranı %38.2 olarak bulunmuştur.

2) Şizofreni spektrum bozukluğu hastalarının en çok kullandıkları üç madde sırasıyla esrar, sentetik kannabinoidler ve alkoldür. Birden fazla madde kullananların oranı %23.8'dir.

3) Şizofreni spektrum bozukluğu hastalarının %43.6'sının KZVD gösterdiği tespit edilmiştir. "Kendini kesme" %51.3 ile en sık karşılaşılan KZVD tipidir. KZVD amaçları arasında en sık karşılaşılan sebep "affekt düzenleme" olarak bulunmuştur.

4) Şizofreni spektrum bozukluğu olgularında madde kötüye kullanımının varlığı, KZVD riskini 3 kat arttırmaktadır.

5) Şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında daha önce intihar öyküsünün olması ve psikopatolojinin şiddeti KZVD riskini arttıran diğer faktörlerdir.

6) Madde kullanımı olan şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında, madde kullanımı olmayanlara göre ve KZVD olanlarda olmayanlara göre daha yüksek oranda adli öykü bulunmaktadır.

7) Dövme kullanımı madde kullanımı olan hastalarda (%36.5) ve KZVD olan hastalarda (%27.8) olmayanlara göre daha sık görülmektedir.

Özet olarak; şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında KZVD'ye yol açan çok sayıda neden vardır. Bu hasta grubunda madde kullanımının, intihar girişimlerinin ve psikopatolojinin şiddetinin KZVD'yi yordayan faktörler olduğu görülmüştür.

Şizofreni hastalarında oldukça yaygın olan KZVD, bir sonraki intihar davranışının güçlü bir yordayıcısıdır. Bununla birlikte şiddetli sıkıntının işaretidir ve depresyonla yakından ilişkilidir. Bu nedenle KZVD'nin mutlaka her hastada sorgulanması ve klinik risk faktörlerinin tedavisi gerekmektedir; böylece KZVD'ye komorbid durumların neden olması beklenen olumsuz hastalık gidişinin önüne geçilebilir.

8. KAYNAKLAR

1. Feldman MD. The challenge of self-mutilation: a review. *Compr Psychiatry* 1988; 29: 252-269.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2000.
3. American Psychiatric Association. Desk Reference To The Diagnostic Criteria From DSM-V. Washington, DC London, England: American Psychiatric Publishing, 2013; 372.
4. Angelotta C. Defining and Refining Self-Harm, A Historical Perspective on Nonsuicidal Self-Injury, *J Nerv Ment Dis* 2015;203:75-80.
5. Favazza AR. Repetitive self-mutilation. *Psychiatr Ann* 1992; 22: 60-63.
6. Langbehn D, Pfohl B. Clinical correlates of psychiatric inpatients. *Ann Clin Psychiatry* 1993; 5: 45-51.
7. Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M. Mood disorder in group of self-cutting adolescents. *Acta Pedopsychiatry* 1992; 55:103-105.
8. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008; 37: 363-75.
9. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am. J. Psychiatry* 2003;160:1501-8.
10. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry* [Internet] 1998[cited 2017 Jan 30];68:609-20. basım yeri bilinmiyor : <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0080369>.
11. Mork E, Walby FA, Harkavy-Friedman JM, Barrett EA, Steen NE, Lorentzen S. Clinical characteristics in schizophrenia patients with or without suicide attempts and nonsuicidal self-harm—a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 255.
12. Harvey SB, Dean K, Morgan C, Walsh E, Demjaha A, Dazzan P et al. Self-harm in first-episode psychosis. *Brit J Psychiatry*. 2008;192:178-84.
13. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:1058-64.
14. Dutta R, Murray RM, Hotopf M, Allardyce J, Jones PB, Boydell J. Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:1230-7.
15. American Psychiatric Association. Non-suicidal self injury In American Psychiatric Association DSM-5 Development. APA, 2012.
16. Evren C, Evren B. Self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. *Drug Alcohol Depend* 2005; 80: 15-22.
17. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Kway-Jones K et al. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 297-303.

18. Ross CA, Anderson G, Clark P. Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45: 489-91.
19. Nangle JM, Clarke S, Morris DW, Schwaiger S, McGhee KA, Kenny N et al. Neurocognition and suicidal behaviour in an Irish population with major psychotic disorders. *Schizophr Res.* 2006;85:196-200.
20. Schwartz RC. Insight and suicidality in schizophrenia: a replication study. *J Nerv Ment Dis.* 2000;188:235-7.
21. Mork E, Mehlum L, Barrett EA, Agartz I, Harkavy-Friedman JM, Lorentzen S et al. Self-harm in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Arch Suicide Res.* 2012;16(2):111-23.
22. Uzun Ö, Tamam L, Özcüler T, Doruk A, Ünal M. Specific characteristics of suicide attempts in patients with schizophrenia in Turkey. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2009; 46: 189-194.
23. Cantwell R. Substance use and schizophrenia: Effects on symptoms, social functioning and service use. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 324-329.
24. Large M, Babidge N, Andrews D, Storey P, Nielssen O. Major self-mutilation in the first episode of psychosis. *Schizophr Bull* 2009; 35: 1012-1021.
25. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Weinberg I, Gunderson JG. The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 117: 177-184.
26. Buchanan RW, Carpenter WT. Sizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Sadock BJ, Sadock VA (editors). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volum II. H Aydın, A Bozkurt (Çeviri Ed). 8. baskı. Ankara: Gunes Kitabevi, 2007;1329-1512.
27. Conley RR, Kelly DL. Pharmacologic treatment of schizophrenia. Third ed. New York: Professional Communications Inc, 2007, 13-14.
28. Eaton WW et al. Epidemiology of Schizophrenia, Textbook of Psychiatric Epidemiology. In Tsuang MT, Tohe M, Jones PB (editors). Wiley-Blackwell. 2011, 263-287.
29. Koroglu E, Gulec C. Psikiyatri Temel Kitabı (2. baskı), Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2007; 184-204.
30. Binnay T, Ulas H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Basvuru Oranları Uzerine Sistematik Bir Gozden Gecirme. *Turk Psikiyatri Dergisi.* 2011; 22(1):40-52.
31. Erdal I. Guncel Sizofreni. 1. baskı. Ankara: Format Matbaacılık. 2006; 18-60.
32. Kruger S, Braunig P, Hoffler J, Shugar G, Borner I, Langkrar J. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia and significance of motor symptoms. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2000;12(1):16-24.
33. Jablensky A. Psychiatric classifications: Validity and utility. *World Psychiatry.* 2016;15(1):26-31.
34. Fuller Torrey E, Yolken RH. Familial and genetic mechanisms in schizophrenia. *Brain Res Brain Res Rev.* 2000; 31(2-3):113-117.
35. Ran MS, Chen PY, Liao ZG et al. Criminal behavior among persons with schizophrenia in rural China. *Schizophr Res.* 2010;122(1-3):213-8.

36. Ran MS, Chen PY, Liao ZG et al. Criminal behavior among persons with schizophrenia in rural China. *Schizophr Res*. 2010;122(1-3):213-8.20.
37. Aygun E. Sizofreni Etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri*. 2005; 1 (12):6-14. 330.
38. Bebbington P, Wilkins S, Jones P, Foerster A, Murray R, Toone B et al. Life events and psychosis. Initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *Br J Psychiatry*. 1993; 162:72-79.307.
39. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri Yayınevi, Ankara, 2015, 202-204.
40. Özkök E. Klinik Psikiyatri. 2. Baskı. HBS Basım Yayın. Ankara, 2015, 106-112.
41. Crebbin K, Mitford E, Paxton R et al. First-episode drug-induced psychosis: a medium term follow up study reveals a high-risk group. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44: 710–715.
42. Sara GE, Burgess PM, Malhi GS et al. The impact of cannabis and stimulant disorders on diagnostic stability in psychosis. *J Clin Psychiatry* 2014; 75:349–356.
43. Pot AL, Lejoyeux M. Catatonia. *Encephale*. 2015;41(3):274-9. doi: 10.1016/j.encep.2015.03.001.
44. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(3):441-449.
45. Işık E, U Işık. Şizofreni. Işık E, Taner E, Işık U (editörler). *Güncel Klinik Psikiyatri kitabı* (2. Baskı). Ankara, Asimetrik Paralel, 2008:81-115.
46. Herrman HE, Baldwin JA, Christie D. A record-linkage study of mortality and general hospital discharge in patients diagnosed as schizophrenic. *Psychol Med*. 1983;13(3):581-593.
47. Lee MA, Meltzer HY. Substance abuse in schizophrenia. Biological factors mediating comorbidity and the potential role of atypical antipsychotic drugs. In Hubbard JR, Martin PR (editors.), *Substance abuse in the mentally and physically disabled*. basım yeri bilinmiyor : New York: Marcel Dekker, 2001, 77–101. .
48. Ziedonis DM, Fisher W. Assessment and treatment of comorbid substance abuse in individuals with schizophrenia. *Psychiatric Annals*. 1994; 24:477-483.
49. Regier DA, Farmer ME, Rae DS. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area Study. *JAMA*, 1990; 264:2511-2518.
50. Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF, Singh H, Bellack AS, Kee K et al. Prevalence of substance abuse inschizophrenia: demographic and clinicalcorrelates. *Schizophr.Bull*. 1990; 16: 31-56.
51. Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF, Singh H, Bellack AS, Kee K, Morrison RL, Yadalam KG. Prevalence of substance abuse inschizophrenia: demographic and clinicalcorrelates. *Schizophr.Bull*. 1990; 16: 31-56.
52. Margolese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier R, Gill K. Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophrenia Research*. 2004; 67:157-166.
53. Cakmak D, Saatcioglu O, Bağımlılık Ve Komorbidite, İstanbul, 2005,11-24.

54. Winklbaur B, Ebner N, Sachs G, Thau K, Fischer G. Substance abuse in patients with schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2006;8:1.
55. Ceylan E, Cetin M, Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik 1. cilt. 4. baskı. İstanbul: İncekara Yayın. 2009, 1371-1383. .
56. Rabinowitz J, Bromet EJ, Lavelle J. Prevalance and severity of substance use disorders and onset of psychosis in first admission psychotic patients. *Psychol Med* 1998;28:1411-1419.
57. Cuffel BJ, Chase P. Remission and relapse of substance use disorder in schizophrenia : Results from a one year prospective study. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:342-348.
58. Evren C, Evren B. Şizofreni ve Alkol Madde Kullanım Bozuklukları Ek Tanısı: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri dergisi* 2003;14(3):213-224.
59. Scholes B, Martin CR. Measuring depression in schizophrenia with questionnaires. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013;20:17-22.
60. Köroğlu E. DSM-5 Tanı Odaklı Klinik Psikiyatri. 2. Baskı. Ankara: HBY Basım Yayın 2015.
61. Siris SG, Addington D, Azorin JM, Fallon IRH, Gerlach J, Hirsch SR. Depression in schizophrenia: Recognition and management in the USA. *Schizophrenia Research* 2001;47:185-197.
62. Zisook S, Nyer M, Kasckow J, Golshan S, Lehman D, Montross L. Depressive symptom patterns in with chronic schizophrenia and subsyndromal depression. *Schizophrenia Research* 2006;86:226-233.
63. Tan Kartal N. Şizofreni hastalarında içgörünün yaşam niteliği, depresyon ve belirti örüntüsü ile ilişkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 2013.*
64. Tuğcu H. Normal ve depresif kisilerde çeşitli faktörlere göre intihar olasılığı. *Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1996.*
65. Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. Correlates and longterm consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull.* 2007; 33(6): 1324-42.
66. Aslan S, Altınöz AE. İçgörü Kavramı ve Şizofreni. *RCHP*. 2010;4(1-2): 23-32.
67. Meier SM, Petersen K, Pedersen MG, Arendt MCB, Neilsen PR, Mattheisen M et al. Obsessive-compulsive disorder as a risk factor for schizophrenia. A nationwide study. *JAMA Psychiatry* 2014; 71(11):1215-1221. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.
68. Palmer EC, Gilleen J, David AS. (2015). The realationship between cognitive insight and depression in psychosis and schizophrenia: A review and meta-analysis. *Scizophrenia Research* 2015;166(1-3):261-8. basım yeri bilinmiyor : <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2015.05.032>.
69. Misdrahi D, Denard S, Swendsen J, Jaussent I, Courtet P. Depression in schizophrenia: The influence of the different dimensions of insight. *Psychiatry Research* 2014; 216:12-16.
70. Mann JJ, Apter A, Bertolote J. et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294: 2064-2074.
71. Karamustafalıoğlu O, Özçelik B, Bakım B, Cengiz Ceylan Y, Yavuz BG, Güven T ve ark. İntiharı öngörebilecek bir araç: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010; 23:151-157.

72. Randall JR, Walld R, Finlayson G, Sareen J, Martens PJ, Bolton JM. Acute risk of suicide and suicide attempts associated with recent diagnosis of mental disorders: A population- based, propensity score- matched analysis. *Can J Psychiatry* 2014;59(10):53.
73. Stahl SM. Stahl'ın temel psikofarmakolojisi: Sinirbilimsel temeli ve pratik uygulaması. 4. Baskı. İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi 2015;412-5.
74. Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı. İstanbul Tıp Kitabevi Yayınları, İstanbul. 2014, 312-15.
75. Tükel R, Çakır S. Psikiyatri İstanbul Tıp Fakültesi 185. Yıl Ders Kitapları Serisi. 1. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri. 2013.
76. Ishii T, Hashimoto E, Ukai W, Kakutani Y, Sasaki R, Saito T. Characteristics of attempted suicide by patients with schizophrenia compared with those with mood disorders: A case-controlled study in Northern Japan. *Plos One* 2014;9(5):8.
77. Haw C, Hawton K, Sutton L, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and deliberate self-harm: a systematic review of risk factors. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35: 50-62.
78. Madsen T, Nordentoft M: Suicidal changes in patients with first episode psychosis: clinical predictors of increasing suicidal tendency in the early treatment phase. *Early Interv Psychiatry* 2012; 6: 292-299.
79. Harkavy-Friedman JM, Kimhy D, Nelson EA, Venarde DF, Malaspina D, Mann JJ. Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 874.
80. Hollender E, Evers M. New developments in impulsivity. *The Lancet* 2001;358:949-950.
81. Bear D. Neurological Perspectives on Aggressive Behaviour. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1991; 3:53-58.
82. Özalp E. İntihar Davranışının Genetiği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20(1):85-93.
83. Aker T. Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım. *Türkiye Psikiyatri Der.*, Ankara. 2012.
84. Şar V. Dissosiyatif Bozukluklar. In Güleç C, Köroğlu E (editors). *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt 2. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998; 569-590.
85. Simeon D, Loewenstein RJ. Dissociative Disorders. In Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (editors). *Kaplan And Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry*, 9. Baskı, Volume 1. Philadelphia: Lippincott Williams And Wilkins, 2009: 1966-2027.
86. Holowka DW, King S, Saheb D, Pukall M, Brunet A. Childhood Abuse And Dissociative Symptoms In Adult Schizophrenia. *Schizophr Res* 2003; 60: 87-90.
87. Schöfer I, Roos CA, Read J. Childhood Trauma In Psychotic And Dissociative Disorders. In Moskowitz A, Schöfer I, Dorahy MJ (editors). *Psychosis, Trauma And Dissociation*. UK: John Wiley And Sons 2008: 137-151.
88. Sar V, Ozturk E. Psychotic Symptoms In Complex Dissociative Disorders. In Moskowitz A, Schöfer I, Dorahy MJ (editors). *Psychosis, Trauma And Dissociation*. UK: John Wiley And Sons, 2008: 165-176.

89. Zoroglu SS, Tüzün Ü, Öztürk M, Şar V. Çocuk Ve Ergenlerde Dissosiyatif Bozukluk: 36 Olgunun Gözden Geçirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000; 1(4): 197-206.
90. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre st I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand* [Internet], 1992 [cited 2017 Dec 17]; 85:97–104. basım yeri bilinmiyor : <http://doi.wiley.com/10.1111/j>.
91. ISSS Website. International Society for the Study of Self Injury, 2018. Available from: <https://itriples.org/category/about-self-injury/>.
92. Menninger KA. Man against himself. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich, 1985.
93. American Psychiatric Association. Conditions for further study In The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association, 2013, 783–6. Available from: p. 783-6.
94. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders?: ICD-10; clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 2005.
95. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet] BioMed Central, 2012 [cited 2017 Feb 20]; 6:10. basım yeri bilinmiyor : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22462815>.
96. Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann CA, Anadmo XF, Yale SA et al. Suicidal behavior in schizo- phrenia: Characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. . basım yeri bilinmiyor : *American Journal of Psychiatry* 1999;156(8):1276–1278.
97. Althoff RR, Hudziak JJ, Willemsen G, Hudziak V, Bartels M, Boomsma DI. Genetic and environmental contributions to self-reported thoughts of self-harm and suicide. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet* [Internet] 2012[cited 2018 Feb 13];159B:120–7. basım yeri bilinmiyor: Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22162437>.
98. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E, Ton KHAW. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry* [Internet] 2012 [cited 2017 May 24]; 178:48–54. basım yeri bilinmiyor : Available from: <http://bjp.rcpsych.org/content/178/1/48.full>.
99. Nyman AK, Jonsson H. Patterns of self-destructive behaviour in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 1986;73:252-62.
100. Baldessarini RJ, Hennen J. Genetics of suicide: an overview. *Harv Rev Psychiatry* [Internet], 2004[cited 2018 Mar 15]; 12:1–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14965851>.
101. Bresin K, Gordon KH. Endogenous opioids and nonsuicidal self-injury: a mechanism of affect regulation. *Neurosci Biobehav Rev* 2013;37:374–383.
102. Hawton K, Kingsbury S, Steinhardt K, James A, Fagg J. Repetition of deliberate selfharm by adolescents: the role of psychological factors. *J Adolesc* 1999;22: 369-78.
103. Pooley EC, Houston K, Hawton K, Harrison PJ. Deliberate self-harm is associated with allelic variation in the tryptophan hydroxylase gene (TPH A779C), but not with polymorphisms in five other serotonergic genes. *Psychol Med* [Internet] 2003. basım yeri bilinmiyor : [cited 2018 Jan 30]; 33:775–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12877392>.

104. Audenaert K, Van Laere K, Dumont F, Slegers G, Mertens J, van Heeringen C et al. Decreased frontal serotonin 5-HT 2a receptor binding index in deliberate self-harm patients. *Eur J Nucl Med* [Internet]. basım yeri bilinmiyor: 2001[cited 2018 Feb 17]; 28:175–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11303887>.
105. Quevedo K, Martin J, Scott H, Smyda G, Pfeifer JH. The neurobiology of self-knowledge in depressed and self-injurious youth. *Psychiatry Res* [Internet] NIH Public Access. basım yeri bilinmiyor: 2016 [cited 2018 Mar 25]; 254:145–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27442923>.
106. Oquendo MA, Placidi GP, Malone KM, Campbell C, Keilp J, Brodsky B et al. Positron emission tomography of regional brain metabolic responses to a serotonergic challenge and lethality of suicide attempts in major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:14.
107. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* [Internet] Elsevier, 2012 [cited 2018 Apr 2]; 379:2373–82. basım yeri bilinmiyor: Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612603225?showall%3Dtrue%26via%3Dihub>.
108. Zlotnick C, Mattia JI, Zimmerman M. Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1999;187:296-301.
109. Hawton K, Harriss L, Hodder K, Simkin S, Gunnell D. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: An ecological and person-based study. *Psychol Med* [Internet] Cambridge University Press, 2001 [cited 2018 Apr 2];. basım yeri bilinmiyor: 31(5): 827-836. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291701003993.
110. Johnston A, Cooper J, Webb R, Kapur N. Individual- and area-level predictors of self-harm repetition. *British Journal of Psychiatry* 2006;189: 416-421.
111. Zetterqvist M, Lundh LG, Svedin CG. A Comparison of Adolescents Engaging in Self- Injurious Behaviors With and Without Suicidal Intent: Self-Reported Experiences of Adverse Life Events and Trauma Symptoms. *J Youth Adolesc* [Internet] Springer US, 2013. basım yeri bilinmiyor : [cited 2018 Apr 2]; 42:1257–72. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10964-012- 9872-6>.
112. Gardner F. *Self-Harm: A Psychotherapeutic Approach*. First ed. UK: Better World Books Inc. 2001, 77-8.
113. Odağ C. *Nevrozlar-3. Odağ Psikianaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri Ltd, İzmir*, 2009, 81-2.
114. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the “Whats” and “Whys” of self-harm. *J Youth Adolesc*. 2005;34:447–457.
115. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). basım yeri bilinmiyor: *J Psychopathol Behav Assess* (2009) 31:215–219. Available from: <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/isas-1.pdf>.
116. Halstead RO, Pavkov TW, Hecker LL, Seliner MM. Family Dynamics and Self-Injury Behaviors: A Correlation Analysis. *J Marital Fam Ther* [Internet] 2014 [cited 2018 Feb 24]; 40:246–59. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1752-0606.2012.00336.x>.
117. Somer O, Bildik T, Kabukçu-Başay B, Güngör D, Başay Ö, Farmer RF. Prevalence of non- suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 2015; 50(7): 1163-1171.

- 118.Haines J, Williams CL, Brain KL, Wilson GV. The psychophysiology of selfmutilation. *Journal of Abnormal Psychology* 1995;104: 471-489.
- 119.Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol* [Internet] 2005 [cited 2017 Jan 30]; 114:140–6. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0021-843X.114.1.140>.
- 120.Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin* [Internet] 2004 [cited 2017 May 25]; 72(5), 885-890. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>.
- 121.Paul E, Tsypes A, Eidlitz L, Ernhout C, Whitlock J. Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry Res* [Internet] 2015 [cited 2017 Jan 5]; 225:276–82.
- 122.Madge N, Hawton K, McMahon EM, Corcoran P, De Leo D et al. Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: Findings from the child & adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. . basım yeri bilinmiyor: 2011;20(10):499-508.
- 123.Nock MK. Actions speak louder than words: an elaborated theoret- ical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Appl Prevent Psychol*. 2008;12:159–168.
- 124.Heilbron N, Prinstein MJ. Adolescent peer victimization, peer status, suicidal ideation, and nonsuicidal self-injury examining concurrent and longitudinal associations. *Merrill Palmer Q J Dev Psychol*. 2010;56:388–419.
- 125.Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research* 2009;166: 260-268.
- 126.Evren C, Sar V, Evren B, Dalbudak E. Self-mutilation among male patients with alcohol dependency: The role of dissociation. *Comprehensive Psychiatry*. 2008;49:489–495.
- 127.Moran P, Coffey C, Romaniuk H et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet* 2012; 379:236–243.
- 128.Crone EA, Dahl RE. Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nat Rev Neurosci* 2012;13:636–650.
- 129.Boys A, Marsden J, Strang J. Understanding reasons for drug use amongst young people: a functional perspective. *Health Educ Res* 2001;16:457–469.
- 130.Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 2007;27:226–239. basım yeri bilinmiyor : [cited 2017 May 25]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735806000961>.
- 131.Briere J, Hodges M, Godbout N. Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: a structural equation model. *J Trauma Stress* 2010;23:767–774.
- 132.Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:339–363.
- 133.Pfaff JJ, Almeida OP. Identifying suicidal ideation among older adults in a general practice setting. *J Affect Disord*. 2004; 83:73–7.

134. Zubrick SR, Hafekost J, Johnson SE, Lawrence D, Saw S, Sawyer M et al. Self-harm: Prevalence estimates from the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. Aust New Zeal J Psychiatry [Internet]. basım yeri bilinmiyor: 2016 [cited 2018 Feb 12]; 50:911–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26619895>.
135. Demirel S, Canat, S. Ankara'daki beş eğitim kurumunda kendini yaralama davranışı üzerine bir çalışma. Kriz Dergisi, 2004; 12: 1-9.
136. Foster T, Gillespie K, Mc Clelland R. Mental Disorders and suicide in Northern Ireland. Br.J.Psychiatry 1997; 170:447-452.
137. Hawton K, Zahl D, Weatherall R: Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. Brit J Psychiat 2003; 182: 537-542.
138. Zahl DL, Hawton K. Repetition of self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11, 583 patients. Brit J Psychia 2004; 185: 70-75.
139. Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V. Are suicide attempters who self mutilate a unique population? Am J Psychiatry 2001;158:427-432.
140. Muehlenkamp JJ. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. American Journal of Orthopsychiatry 2005; 75, 324-333.
141. Aktepe E. Ergenlerde kendine zarar verme davranışı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2011;10(2):201-210.
142. Broos N, Schmaal L, Wiskerke J et al. The Relationship between Impulsive Choice and Impulsive Action: A Cross-Species Translational Study. PLoS One 2012;7(5):e36781.
143. Bechara A, Damasio H, Damasio AR. Emotion, decision and the orbitofrontal cortex. Cereb Cortex, 2000;10,295–307.
144. Cyders MA, Smith GT. Emotion-based dispositions to rash action: positive and negative urgency. Psychol. Bull. 2008; 134(6): 807–828. [http://dx.doi.org/ 10.1037/a001334](http://dx.doi.org/10.1037/a001334).
145. Witte TK, Merrill KA, Stellrecht NE, Bernert RA, Hollar DL, Schatschneider C et al. “Impulsive” youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive. J. Affect. Disord. 2008;107(1–3);107–116. basım yeri bilinmiyor: [http://dx.doi.org/ 10.1016/j.jad.2007.08.010](http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2007.08.010).
146. Joiner TE. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005,188-9.
147. Turecki G. Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive–aggressive behaviours. J. Psychiatry Neurosci. 2005;30(6):398–408.
148. Semiz ÜB. Disosiyatif Kimlik Bozukluğu Üzerine Çok Yönlü Kesitsel Bir Çalışma, Uzmanlık Tezi, GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2000.
149. Semiz ÜB, Başoğlu C, Ebrinç S, Çetin M. Childhood trauma history and dissociative experiences among turkish man diagnosed with antisocial personality disorder, Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007;42:865-873.
150. Joel P. Understanding self-mutilation in borderline personality disorder. Harv Rev Psychiatry. 2005;13:179–185.
151. Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. Clin Psychol Rev 1998;18(5):531–554.
152. Gölge ZB. Cinsel travma sonrası oluşan ruhsal sorunlar, Nöropsikiyatrs Ars 2005;42(1-4):19-28.

- 153.Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13: 261-275.
- 154.Kostakoğlu AE, Batur S, Tiriyaki A ve ark. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14: 23-32.
- 155.Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1994;11: 239-244.
- 156.Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A. Calgary şizofrenide depresyon ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2000;37:82-86.
- 157.Cull JG, Gill WS. Suicide Probability Scale (SPS) Manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services 1988.
- 158.Vanderlinen J, Van Dyck R, Vandereycken W. Dissociative Experiences in the General Population in the Netherlands and Belgium: A Study with the Dissociation Qestionnaire (DIS-Q) *Dissociation* 1991; 4:180-184.
- 159.Şar V, Kızıltan E, Kundakçı T ve ark. Dissosiyasyon ölçeğinin (DIS-Q) geçerlilik ve güvenilirliği. 33.Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Tam Metin Kitabı 1997; 43-53.
- 160.Barratt ES. Anxiety and Impulsiveness Related to Psychomotor Efficiency. *Percept MotSkills* 1959; 9:191-198.
- 161.Güleç H, Tamam L, Güleç MY ve ark. Barratt dürtüsellik ölçeği-11(BIS- 11)'nin Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008; 18: 251-258.
- 162.Klonsky ED, Olino TM. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008; 76: 22-27.
- 163.Bildik T, Somer O, Güvenir T, Kabukçu BB, Başay Ö, Özbaran B. Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanterinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012;234(1):49-57.
- 164.David AS. Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry* 1990; 156:798-808.
- 165.Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H et al. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri*. 2001;3:17-24.
- 166.Güleç MY, Elbay RY, Şayakçı S, Meteris H, Hariri AG, Tezcan AE. Yatan Psikiyatri Hastalarında Madde Kullanımı ve Hastalıklara Göre Dağılımı: Retrospektif Bir Çalışma. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010;23:166-173.
- 167.Karakuş G, Evlice YE, Tamam L. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalarda Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012; 37(1): 37- 48.
- 168.Sancak B, Özgen G, Özer Ü, Uzun U. Bir Akut Psikoz Kliniğinde Yatan Erkek Hastalarda Psikoaktif Madde Kullanımı ve Klinik Değişkenler Üzerine Etkisi. *Journal of Dependence*. 2014;15(4):167-172.
- 169.Hunt GE, Large MM, Cleary M, Lai HMX, Saunders JB. Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2018;191:234-258. basım yeri bilinmiyor: doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011.

170. Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD. Substance use disorder in hospitalized mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bull* 2000;26:179-192.
171. Law R et al. Increase in reported adverse health effects related to synthetic cannabinoid use. *Morbidity and mortality weekly report*. 2015;64(22):618.
172. EGM-Komdb (2017), 2017 Türkiye Uyuşturucu Raporu (2016 Verileri), T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü, Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, Ankara.
173. Bozkurt M, Umut G, Evren C, Karabulut V. Sentetik Kannabinoid Kullanımı Nedeniyle Polikliniğe Başvuran Hastaların Klinik Özellikleri ve Laboratuvar Sonuçları. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2014;27(4):328–334.
174. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Website. Portugal, 2017. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2753/POD_Synthetic%20cannabinoids_0.pdf.
175. Papanti D, Schifano F, Botteon G, Bertossi F, Mannix J, Vidoni D et al. “Spicephrenia”: a systematic overview of “Spice”-related psychopathological issues and a case report. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2013;28(4):379–389. basım yeri bilinmiyor: doi:10.1002/hup.2312.
176. Pertwee RG. The diverse CB1 and CB2 receptor pharmacology of three plant cannabinoids: delta9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and delta9-tetrahydrocannabivarin. *Br J Pharmacol* 2018;153:199-215.
177. Fattore L. Synthetic Cannabinoids—Further Evidence Supporting the Relationship Between Cannabinoids and Psychosis. *Biological Psychiatry*. 2016;79(7):539–548. doi:10.1016/j.biopsych.2016.02.001.
178. Hamdani N, Tabeze JP, Ramoz N, Ades J, Hamon M, Sarfati Y et al. The CNR1 gene as a pharmacogenetic factor for antipsychotics rather than a susceptibility gene for schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2008;18:34–40. basım yeri bilinmiyor: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2007.05.005>.
179. Henquet C, Rosa A, Krabbendam L, Papiol S, Fananás L, Drukker M et al. An experimental study of catechol-o-methyltransferase Val158Met moderation of delta-9-tetrahydrocannabinol-induced effects on psychosis and cognition. *Neuropsychopharmacology*. basım yeri bilinmiyor: 2016;31:2748–2757. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301197>.
180. Schubart CD, Sommer IEC, Fusar-Poli P, de Witte L, Kahn RS, Boks MPM. Cannabidiol as a potential treatment for psychosis. *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2014;24:51–64.
181. Ross RR, McKay HB. Self-mutilation. MA:DC Health Company, Lenxington. 1979.
182. Evren C, Kural S, Cakmak D. Clinical correlates of selfmutilation in Turkish male substance-dependent inpatients. *Psychopathology*, 2006;39: 248–254.
183. Zlotnick C, Zakrinski A, Shea MT, Costello E, Pearlstein T, Simpson, E. Long-term Effects of Sexual Abuse: Support for Complex Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress Disorder*. 1996;9:195-205.
184. Breier A, Schreiber JL, Dyer J, Pickar D. National Institute of Mental Health Longitudinal Study of Chronic Schizophrenia: Prognosis and predictors of outcome. *Archives of General Psychiatry*. 1991; 48(3):239–246.

185. Restifo K, Harkavy-Friedman JM, Shrout PE. Suicidal behavior in schizophrenia: A test of the demoralization hypothesis. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2009;197(3):147–153.
186. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. basım yeri bilinmiyor: 2014;55:337–348.
187. Chatterton R. Parasuicide in people with schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 1995;4:83–86.
188. Mata Cala F, Bango Suarez J, Portugal Fernandez del Ribero E, Sanchez Cabezudo A, Ponce Lopez M, Santo-Domingo Carrasco J. Tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos. *Anales de Psiquiatria*. 1998;14; 416–419.
189. Upthegrove R, Birchwood M, Ross K, Brunett K, McCollum R, Jones L. The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2009;122(3): 211–218. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01506.x.
190. Challis S, Nielssen O, Harris A, Large M. Systematic meta-analysis of the risk factors for deliberate self-harm before and after treatment for first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2013;127:442–454. DOI: 10.1111/acps.12074.
191. Blanchard JJ, Brown SA, Horan WP. Substance use disorders in schizophrenia: review, integration and a propose model. *Clin Psychol Rev*. 2000; 20:207–213.
192. Winokur G, Coryell W, Endicott J, Keller M, Akiskal H, Solomon D. Familial alcoholism in manic-depressive (bipolar) disease. *Am J Genet Neuro Psychiatr Genet*. 1996; 67:197–201.
193. Harrison I, Joyce EM, Mutsatsa SH, Hutton SB, Huddy V, Kapasi M et al. Naturalistic follow-up of co-morbid substance use in schizophrenia: the West London first-episode study. *Psychological Medicine*. 2007;38(01):79–88. doi:10.1017/s0033291707000797.
194. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*. 2011;41(09):1981–1986. doi:10.1017/s0033291710002497.
195. Tekin Uludağ Y, Güleç G. Prevalence of Substance Use in Patients Diagnosed with Schizophrenia. *Arch Neuropsychiatr* 2016; 53: 4–11. DOI: 10.5152/npa.2015.8827.
196. Ögel K, Aksoy A. Kendine Zarar Verme Davranışı Raporu. İstanbul. Yeniden Yayın. 2006,18. .
197. Nock MK, Prinstein MJ, Sterba SK. Revealing the form and functions of self-injurious thoughts and behaviors: a real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *J. Abnorm. Psychol*. 2009;118:816–27.
198. Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clin Psychol Sci Pract* [Internet] 2003 [cited 2017 May 25];10(2):192–205. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg022>.
199. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Press, 1993.
200. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2006 [cited 2018 May 11];144:65–72.

- 201.Zoroglu SS, Tuzun Ü, Sar V, Tutkun H, Savas HA, Öztürk M et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003[cited 2017 May 24];57:119–26. basım yeri bilinmiyor : <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1440-1819.2003.01088.x>;
- 202.Hooley JM, Ho DT, Slater J, Lockshin A. Pain perception and nonsuicidal self-injury: A laboratory investigation. *Personal Disord Theory, Res Treat* [Internet] 2010 [cited 2018 May 12];1:170–179. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0020106>.
- 203.Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2009;66(6):477–493. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.10.013.
- 204.Swannella S, Martin G, Page A, Hasking P, Hazell P, Taylor A et al. Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation alexithymia and self-blame, *Child Abuse & Neglect* 2012;36(7-8):572-584. basım yeri bilinmiyor: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.05.005>.
- 205.Bucci S, Birchwood M, Twist L, Tarrier N, Emsley R, Haddock G. Predicting compliance with command hallucinations: Anger, impulsivity and appraisals of voices' power and intent. *Schizophrenia Research*, 2013;147(1):163–168. basım yeri bilinmiyor: doi:10.1016/j.schres.2013.02.037.
- 206.Skegg K. Self harm. *Lancet*. 2005;366(9495):1471–1483.
- 207.Doyle M, Dolan M. Evaluating the validity of anger regulation problems, interpersonal style, and disturbed mental state for predicting inpatient violence. *Behav. Sci. Law* 2006;24(6):783–798.
- 208.Erkiran M, Ozunalan H, Evren C, Aytacilar S, Kirisci L, Tarter R. Substance abuse amplifies the risk for violence in schizophrenia spectrum disorder. *Addict. Behav*. 2006;31:1797–1805.
- 209.Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Eborgen EB, Wagner HR, Rosenheck RA et al. A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 2006;63:490–499.
- 210.Taylor C, Ravesteyn L, den Berg M, Stewart R, Howard L. The prevalence and correlates of self-harm in pregnant women with psychotic disorder and bipolar disorder. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19:909–915. DOI 10.1007/s00737-016-0636-2.
- 211.Windfuhr K, Kapur N. Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide. *Br Med Bull* 2011;100(1):101–121.
- 212.Khalifeh H, Hunt IM et al. Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(3):233–42.
- 213.Haddock G, Eisner E, Davies G, Coupe N, Barrowclough C. Psychotic symptoms, self-harm and violence in individuals with schizophrenia and substance misuse problems. *Schizophrenia Research*. 2013;151:215–220. basım yeri bilinmiyor : <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.031>.
- 214.De Hert M, Peuskens J. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Schizophrenia. In Hawton K, van Heeringen K (editors). *The International Handbook of Suicide and At tempted Suicide*. Chichester, UK: John Wiley and Sons. 2000,121-134.
- 215.Nordentoft M, Rubin P. Mental illness and social integration among suicide attempters in Copenhagen. Comparison with the general population and a four-year follow-up study of 100 patients. *Acta Psychiatry Scand*. 1993;88:278–285.

- 216.Hawton K, Harriss L, Simkin S, Bale E, Bond A. Selfcutting: patient characteristics compared with self-poisoners. *Suicide Life Threat. Behav.* 2004;34:199–208.
- 217.Nock MK, Prinstein MJ. Clinical features and behavioral functions of adolescent self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology* 2005;114:140–146.
- 218.Hawton K, Houston K, Shepperd R. Suicide in young people. *British Journal of Psychiatry.* 1999;175:271–274. doi:10.1192/bjp.175.3.271.
- 219.Zincir Bozkurt S, Zincir S, Köşker Doğru S, Sünbül Aydın E, Aksoy Etlik A, Elbay Yeni R ve ark. Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında intihar girişiminin klinik özellikler ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. *Journal Of Mood Disorders.* basım yeri bilinmiyor: 2014;4(2):53-8. DOI: 10.5455/jmood.20131128042902.
- 220.McGirr A, Turecki G. What is specific to suicide in schizophrenia disorder? Demographic, clinical and behavioural dimensions. *Schizophrenia Research,* 2008;98(1-3):217–224. doi:10.1016/j.schres.2007.09.009.
- 221.Gunnell D, Frankel S. Preventions of suicide: Aspirations and evidence. *British Medical Journal,* 1994;228:1227–1234. doi:10.1136/bmj.308.6938.1227.
- 222.Sakinofsky I. Repetition of suicidal behaviour. In Hawton K, van Heeringen K. (editors). *The international handbook of suicide and attempted suicide.* Chichester: Wiley 2000;385–404. doi:10.1002/9780470698976.ch21.
- 223.Dixon-Gordon K, Harrison N, Roesch R. Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review, *International Journal of Forensic Mental Health,* 2012;11(1):33-50, DOI: 10.1080/14999013.2012.667513.
- 224.Reid S. Suicide in schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Mental Health.* 1998;7: 345–353.
- 225.Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry,* 2005;187:9–20.
- 226.Oquendo MA, Bongiovi-Garcia ME, Galfalvy H, Goldberg PH, Grunebaum MF, Burke AK et al. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: A prospective study. *American Journal of Psychiatry* 2007;164(1):134–41.
- 227.Crumlish N, Whitty P, Kamali M, Clarke M, Browne S, McTigue O et al. Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 2005;112(6):449–455.
- 228.Evren C, Evren B. Characteristics of schizophrenic patients with a history of suicide attempt. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice,* 2004;8(4):227–234.
- 229.Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Adador X, Pini S, Gassano GB. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: Results of the international suicide prevention trial. *American Journal of Psychiatry.* 2004;161:1494–1496.
- 230.Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry.* 1983;140(7):867-72.
- 231.Stirn A, Hinz A. Tattoos, body piercings, and self-injury: Is there a connection? Investigations on a core group of participants practicing body modification. *Psychotherapy Research,* 2008;18(3), 326–333. doi:10.1080/10503300701506938.

232. Roberts TA, Ryan SA. Tattooing and High-Risk Behavior in Adolescents. *Pediatrics*. 2002;110(6):1058–1063. <https://doi.org/10.1542/peds.110.6.1058>.
233. Brooks T, Woods E, Knight J, Shrier L. Body modification and substance use in adolescents: is there a link? *Journal of Adolescent Health* 2003;32(1):44–49. doi:10.1016/s1054-139x(02)004469.
234. Franklin RK. Deliberate self-harm: Self-injurious behavior within a correctional mental health population. *Criminal Justice and Behavior*, 1998;15:210–218. doi:10.1177/0093854888015002007.
235. Loughran M, Seewoonarain K. Characteristics of need and risk among women prisoners referred to inreach mental health services. *The British Journal of Forensic Practice*, 2005;7:12–21. doi:10.1108/14636646200500017.
236. Bland J, Mezey G, Dolan B. Special women, special needs: A descriptive study of female special hospital patients. *Journal of Forensic Psychiatry*, 1999;10: 34–45. doi:10.1080/09585189908402137.
237. Wallace C, Mullen PE, Burgess, P. Criminal Offending in Schizophrenia Over a 25-Year Period Marked by Deinstitutionalization and Increasing Prevalence of Comorbid Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 2004;161(4):716–727. basım yeri bilinmiyor : doi:10.1176/appi.ajp.161.4.716.
238. Becker JB, Perry AN, Westenbroek C. Sex differences in the neural mechanisms mediating addiction: a new synthesis and hypothesis. *Biol. Sex Differ.* 2012;3(1):14. doi: 10.1186/2042-6410-3-14.
239. Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J et al. Prospective cohort study of cannabis use, Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis and psychotic symptoms in predisposition for psychosis and psychotic symptoms in young people. basım yeri bilinmiyor: *BMJ*, 2005;330:11.
240. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Testing Testing hypotheses about the relationship between cannabis use hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug and Alcohol Dependence Drug and Alcohol Dependence*, 2003;71:37-48.
241. Schneider B, Schnabel A, Wetterling T, Bartusch B, Weber B, Georgi K. How do personality disorders modify suicide risk? *J Pers Disord.* 2008;22:233-45.
242. Reutfors J, Brandt L, Jonsson EG, Ekblom A, Sparen P, Osby U. Risk factors for suicide in schizophrenia: findings from a Swedish population-based case-control study. *Schizophr Res.* 2009;108:231-7.
243. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:247-53.
244. Enticott PG, Ogloff JRP, Bradshaw JL, Fitzgerald PB. Cognitive inhibitory control and self reported impulsivity among violent offenders with schizophrenia. *J Clin Exp Neuropsychol* 2008; 30:157-162.
245. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:476-483.
246. Fortune S, Sinclair J, Hawton K. Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health [Internet]* 2008 [cited 2017 May 25]; 8:369. basım yeri bilinmiyor: Available from: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-369>.
247. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and metaanalysis. *PLoS Med* 2009; 6(8):e1000120.
248. Van der Kolk B, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry* 1991;148:1665-1671.

9. ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler:

Adı Soyadı: Erengül GÜNEY

Doğum Yeri ve Tarihi: Ordu, 30 Ekim 1990

İletişim Adresi: Zuhuratbaba Mahallesi Vankulu Sokak. No:29B Daire:9
Bakırköy/İstanbul

Telefonu ve E-Posta: 05348538580 erenguney@outlook.com

Yabancı dili: İngilizce

II-Eğitimi:

2008-2014: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

2004-2008: Ordu Anadolu Öğretmen Lisesi

1997-2004: Ordu Atatürk İÖO

III-Ünvanları:

2014: Hekim

IV-Mesleki Deneyimleri:

2015-2019: İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

09/2014-12/2014: Ordu Gököy Devlet Hastanesi Acil Servisi, Pratisyen Hekim

V-Üyesi Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

Türkiye Psikiyatri Derneği

İstanbul Tabip Odası

10. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği
Sağlık Bilimler Üniversitesi
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları SAUM



08.09.2017

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi : Asist. Dr. Erençül GÜNEY'in 19.06.2017 tarih ve 22553- 47513779 sayılı dilekçesi

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Yönetici Başhekimimiz Doç. Dr. Murat ERKİRAN, Eğitim Koordinatörü Doç. Dr. Bekir TUĞCU ve üyeler Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU, Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI, Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'in katılımları ile 08.09.2017 tarihinde toplanmış;

Hastanemizin Psikiyatri Kliniği'nde Uzmanlık Öğrencisi olarak görev ifa eden Asist. Dr. Erençül GÜNEY'in, Program Yöneticisi tarafından belirlenen Tez Danışmanı Doç. Dr. Murat ERKİRAN'ın eşliğinde yürütülecek olan "Şizofreni Spektrumu Bozukluğu Olan Olgularda Kendine Zarar Verici Davranışları Yordayan Faktörlerin Değerlendirilmesi" başlıklı tez protokolü ve ekleri 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 9. Maddesine, 06.06.2016 tarih ve 29744 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği'ne, 26.04.2014 tarih ve 28983 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 13.02.2014 tarihli Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergeye dayanarak hazırlanmış olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesi'ne istinaden kurulumuzca 47 protokol ile onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Ayrıca bilgileri ve ekleri verilen tez protokolü; gerekçesi, amaçları, yaklaşımı ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildiğinde, çalışmanın belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinin, sonuçlarının yayın yapılmasının Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Başkan
Doç. Dr. Murat ERKİRAN

Üye
Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU

Üye
Doç. Dr. Bekir TUĞCU

Üye
Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI

Üye
Doç. Dr. Gül KARAÇETİN

EK 2 - BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Bu çalışma, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 9. Psikiyatri Kliniği'nde görev yapmakta olan As. Dr. Erengül Güney tarafından yürütülmektedir. Bu çalışmada, şizofreni spektrum bozukluğu olan hastalarda kendine zarar verici davranışların özelliklerini incelemek, bu davranışların sosyodemografik ve klinik değişkenler ile ilişkisini ve bu davranışları yordayan faktörleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

Çalışmada yalnızca basılı kağıt materyali olan bir kısmını doğrudan sizin dolduracağınız, bir kısmı görüşmeci tarafından doldurulacak anket ve benzeri soru formları uygulanacaktır (Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, İntihar Niyeti Ölçeği, Dissosiasyon Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Ölçeği, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği).

Bu çalışma bedensel ya da ruhsal sağlığa zarar verebilecek hiçbir öge içermemektedir. Katıldığınız takdirde size herhangi bir girişimsel ya da görüntüleme yöntemi uygulanmayacak, kan tetkiki ya da benzeri test yapılmayacaktır. İsminiz her koşulda saklı tutulacaktır. Araştırmanın yalnızca veriler kısmı bilimsel makalelerde yayınlanabilir ve bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bilimsel etik kuralları gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi ve kurumlarca paylaşılmayacaktır.

Katılımcının Beyanı

Araştırmacı tarafından bilgilendirildim. Bana verilen bu bilgiler temelinde, bu araştırmada kendi rızamla yer alıyorum ve istediğim herhangi bir anda, hiçbir açıklama yapmaksızın verilerimin araştırmaya dahil edilmesinden vazgeçebileceğimi beyan ediyorum.

Tarih:

İsim:

İmza:

Gözlemci

Tarih:

İsim:

İmza

EK 3 - KLİNİK VE SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Sıra No:

Adı – Soyadı:

Doğum Tarihi:

Telefon No:

Protokol No:

Tarih:

1. Hastanın yaşı:

2. Hastanın Eksen 1 tanısı: 7

3. Toplam öğrenim yılı:

4. Şimdiki çalışma durumu:

1. Öğrenci

2. Düzensiz çalışıyor

3. Çalışmıyor

4. Yarı zamanlı çalışıyor

5. Daha önce çalışmış mı:

1. Hayır

2. Evet

6. Yaşadığı yer :

1. Kent içi

2. Varoş

3. Kasaba

4. Köy

7. Medeni durum:

1. Bekar

2. Evli

3. Dul / Boşanmış

4. Diğer

8. Birlikte yaşadığı kişi(ler):

1. Yalnız

2. Aile ile

3. Arkadaş ile
9. Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü :
1. Yok
2. Var (.....belirtiniz)
10. Hastalık başlangıç yaşı:
11. İlk tedavi yaşı:
12. Hastaneye toplam yatış sayısı:
13. Hastanede toplam yatış süresi:
14. Hastaneye ilk yatış yaşı:
15. Son yatışta hastanede yatış süresi:
16. İlk madde kullanım yaşı:
17. İlk kullandığı madde:
18. Şu anki madde kullanım öyküsü:
1. Yok
2. Var (.....açıklayınız)
19. Ne kadar kullanıyor:
20. Ne kadar süredir:
21. En son ne zaman kullandı:
22. Kendine zarar verici davranışların başlama yaşı:
23. Kendine zarar verici davranışların sayısı:/yıl
24. Kendine zarar verici davranışların niteliği:
- | | |
|---|--|
| 1. Kesme | 11. Kendine iğne batırma |
| 2. Isırma | 12. Tehlikeli/zararlı madde içme/
yutma |
| 3. Yakma | 13. Diğer |
| 4. Cilde bir harf/yazı şekil kazıma | |
| 5. Çimdikleme | |
| 6. Saç kopartma (kökünden) | |
| 7. Tırnaklama (deriyi kanatacak
kadar) | |
| 8. Kendini sert bir yere çarpma
veya kendine vurma | |
| 9. Yaranın iyileşmesine engel olma
(ör: kabuklarını koparma) | |
| 10. Cildi sert bir yüzeye sürme | |

25. Daha önce intihar girişimi öyküsü:

1. Yok
2. Var (.....kaç kez)

26. Daha önce intihar girişimi varsa hangi yöntemle:

1. Ası
2. Kesici aletle yaralama
3. Yüksekten atlama
4. Ateşli silahla yaralama
5. Diğer (..... açıklayınız)

27. Adli sorun: 1.Yok

- 2.Var (..... açıklayınız)

EK 4 - POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS)

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (P):

P1.SANRILAR:

Temeli olmayan, gerçekdışı, alışılmamış ve garip inançlardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede hastanın kendisinin ifade ettiği düşüncelerin içeriği ve bu düşüncelerin tedavi ekibi veya ailenin aktardığı üzere, sosyal ilişkiler ve davranış üzerindeki etkisidir.

P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI:

Hedefe yönelik işleyişin bozulduğu dağınık düşünce süreci ile karakterizedir; ör: çevresellik, teğetsellik, çağrışımlarda kopukluk, sonuca bağlanamama, belirgin anlamsızlık veya düşünce blokları. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

P3. VARSANILAR

Dış uyaranlarla oluşturulmayan algıların varlığının sözel olarak bildirilmesi veya davranışlarla ortaya konmasıdır. Bu algılar içitme, görme, koku varsanılları veya bedensel varsanıllar olabilir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibinin veya ailenin bildirdiği davranışların yanı sıra görüşme sırasında hastanın bu algıları sözel olarak ifade etmesi ve bu algılara göre davrandığının gözlenmesidir.

P4. TAŞKINLIK

Hareketler ve davranışlarda hızlanma, çevresel uyaranlara karşı olan tepkilerde artma (aşırı uyarılmışlık) ve duygudurumda hızlı değişimler (oynaklık) ile kendini gösteren aşırı hareketlilik durumudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği davranışlardır.

P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI

Olağanüstü yeteneklere, servete, bilgiye, üne, güce ve ahlaki değerlere sahip olma gibi abartılmış şekilde kendini algılama ve gerçekdışı üstünlük duygusudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında ifade edilen düşünceler ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

P6. ŞÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME

Savunuculuk, güvensiz tutum, kuşkular nedeniyle tetikte olma veya birilerinin kendisine zarar vermeye çalıştığına dair bariz sanrılardan anlaşıldığı üzere gerçekdışı veya abartılmış kötülük görme düşünceleri vardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede

ifade edilen düşünce içeriği ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

P7. DÜŞMANCA TUTUM

İğneleyici konuşma, pasif agresif davranış, sözel saldırı veya saldırganlık gibi sözel veya sözel olmayan öfke ve küskünlük ifadelerdir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlarıdır

NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (N):

N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME:

Duygusal yanıtta azalma yüz ifadesinde, duyguların ayarlanmasında ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinde azalma ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında duygulanım ve duygusal yanıtın fiziksel ifade biçimlerinin gözlemidir.

N2. DUYGUSAL İÇE ÇEKİLME:

Gündelik olaylara karşı ilgi eksikliğinin olması ve duygusal katılmanın olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin hastanın işlevsel ligiyle ilgili görüşleri ve hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK:

Hastanın başkalarına empati yapamaması, görüşme sırasında açık olamaması, görüşmeciyile yakınlık kuramaması ve bu kişiye ilgisiz kalmasıdır. Bu durum hastanın mesafeli durması, sözel ve sözel olmayan iletişiminin az olması şeklinde gözlenebilir. Değerlendirmede temel alınacak veri hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ TOPLUMDAN ÇEKME:

Pasiflik ve kayıtsızlık, enerji azalması ve irade kullanamama nedeniyle toplumsal etkileşimlerde ilgi ve girişimlerin azalmasıdır. Bu durum kişiler arası ilişkilerde azalmaya ve günlük aktivitelerde ihmale neden olmaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal davranışlardır.

N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ:

Soyut ve simgesel düşünmedeki bozulmadır; sınıflandırma, genellemeler yapma ve problem çözmeye yönelik içlerde ben merkezci ve somut düşüncenin ötesine geçebilmede güçlülüdür. Değerlendirmede temel alınacak veriler, benzerlikler ve atasözleriyle ilgili

sorulara verilen yanıtlar ve görüşme boyunca somuta karşı soyut düşüncenin kullanımının değerlendirilmesidir.

N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI:

Kayıtsızlık, irade kullanamama, savunuculuk veya bilişsel yetilerdeki bozukluktan dolayı konuşmanın akışındaki yavaşlamadır. Sözel etkileşim sürecinde akıcılıkta ve üretkenlikteki azalmayla seyreder. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında izlenen bilişsel-sözel süreçtir.

N7. STEREOTİPİK DÜŞÜNME

Düşünmenin akıcılığı, kendiliğinden oluşu ve esnekliği azalmıştır ve değişmez, tekrarlayıcı veya sık düşünce içeriği ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ (G):

G1. BEDENSEL KAYGI:

Bedensel yakınmalar veya bedensel bir hastalık veya işlev bozukluğu olduğuna dair inançlar vardır. Bu durum, müphem bir hastalık algısından ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrılara kadar değişen belirtileri kapsamaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

G2. ANKSİYETE:

Şimdiki durum veya gelecekle ilgili aşırı kaygıdan panik duygusuna kadar değişen derecelerde sinirlilik, endişe, kaygıyla bekleme veya huzursuzluk gibi öznel bir yaşantıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında bu duyguların sözel olarak ifade edilmesi ve bunlarla ilgili olarak gözlenen fiziksel belirtilerdir.

G3. SUÇLULUK DUYGULARI:

Geçmişteki gerçek veya hayali hatalardan dolayı vicdan azabı veya kendini suçlama hissidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede suçluluk duygusunun ifade edilmesi ve bunun tavırlar ve düşünceler üzerindeki etkisidir.

G4. GERGİNLİK:

Vücudun sertleşmesi, tremor, belirgin terleme ve huzursuzlukla kendini gösteren korku, anksiyete ve ajitasyonun açık fiziksel belirtileridir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede anksiyetenin sözel olarak ifadesi ve görüşme sırasında gerginliğe bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel belirtilerdir.

G5. MANYERİZM VE VÜCUT DURUŞU:

Garip, tutuk, uyumsuz veya acayip görünümlü doğal olmayan hareketler veya vücut duruşudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme boyunca gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği fiziksel belirtilerdir.

G6. DEPRESYON:

Üzüntü, kendine güvenememe, çaresizlik ve kötümserlik duygularıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında çökkün duygu durumun gözlenmesi ve bunun tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere tavır ve davranışlardaki etkisidir.

G7. MOTOR YAVAŞLAMA:

Hareketlerin ve konuşmanın yavaşlaması ve azalması, uyaranlara verilen yanıtta azalma ve beden kuvvetindeki azalmadan anlaşılabileceği üzere motor aktivitede azalma vardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi ve ailenin bildirdiği belirtilerdir.

G8. İŞ BİRLİĞİ KURAMAMA:

Görüşmeci, hastane çalışanları veya hastanın ailesinin de dahil olduğu önemli kişilerle güvensizlik, savunuculuk, inatçılık, karşı gelme eğilimleri, otoriteyi reddetme, düşmanca tutum veya kavgacılık gibi nedenlerden ötürü uyum sağlamayı aktif olarak reddetmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ:

Yabancı veya alışılmadık olan düşüncelerden çarpıtılmış, mantıkdışı ve saçma düşüncelere kadar değişen bir dağılım gösteren, garip, hayali veya acayip düşüncelerin olmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında aktarılan düşünce içeriğidir.

G10. YÖNELİM BOZUKLUĞU:

Kişinin kişi, zaman ve yer yöneliminin bozulması, çevresiyle olan ilişkisinin konfüzyon veya bir kesilme durumuna bağlı olarak farkında olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında yönelimle ilgili sorulara verilen yanıtlardır.

G11. DİKKAT AZALMASI:

Dikkatin odaklanmasında bir azalma vardır ve bu durum kendini dikkati toplamada zayıflama, dikkatte iç ve dış uyaranlar nedeniyle dağılma ve dikkati bir durum üzerinde tutma, koruma veya yeni bir uyaran üzerinde toplamada güçlük ile belli eder. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme sırasında gözlenen belirtilerdir.

G12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ:

Kişinin kendi psikiyatrik rahatsızlığının ve içinde bulunduğu durumun farkında olması veya bunları anlamasındaki eksikliklerdir. Bu durum, geçmişteki veya şu andaki psikiyatrik hastalığı veya belirtileri kabul etmeme, hastaneye yatma veya tedavi görme ihtiyacını reddetme, sonuçlarının ne olacağını çok kestiremediği kararlar verme ve gerçekçi olmayan kısa ve uzun vadeli planlar yapma şeklinde gözlenir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

G13. İRADE BOZUKLUĞU:

Kişinin düşüncelerinin, davranışının, hareketlerinin ve konuşmasının iradi olarak başlatılması, sürdürülmesi ve kontrol edilmesindeki bozukluktur. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme boyunca gözlenen düşünceler içeriği ve davranışlardır.

G14. DÜRTÜ KONTROLSÜZLÜĞÜ:

Davranışların düzenlenmesinin ve kontrolünün dürtülere bağlı olarak bozulması sonucunda gerilimin ve duyguların ani, ayarlanmamış, rastgele veya yanlış yönlendirilmiş bir biçimde, sonuçlar düşünülmeden ortaya çıkmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında gözlenen ve tedavi ekibi ve aile tarafından bildirilen davranışlardır.

G15. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞI:

Gerçeklerle olan bağlantının ve uyum sağlayıcı davranışların otistik yaşantılar ve içten gelen duygu ve düşünceler kendini kaptırma nedeniyle olumsuz yönde etkilenmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme boyunca, gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

G16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA:

Temelsiz korku, düşmanlık duygusu veya güvensizlik nedeniyle sosyal ilişkilerin azalmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal işlevsellik düzeyidir.

EK 5 – CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

1) Depresyon: Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız?

Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz?

Son iki hafta içinde her gün ne kadar sıklıkta kendinizi (KENDİ KELİMELERİ) hissediyorsunuz? Gün boyu?

0. Yok

1. Hafif: Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder

2.Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısında süren belirgin çökkün duygu durum: Her gün var

3. Şiddetli: Her gün zamanın yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygu durum

2) Umutsuzluk: Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yoksa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor?

Kendinizi koyuverdiniz mi, yoksa hala çaba göstermek için neden var mı?

0.Yok

1.Hafif: Son iki hafta boyunca bazı zamanlar umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor

2. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edebiliyor

3. Şiddetli: İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

3) Değersizlik duygusu: Başka insanlarla karşılaştığınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görüyorsunuz?

Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?

0.Yok

1.Hafif: Kısmen aşağılık duygusu var, değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor

2.Orta: Kişi kendini değersiz hissediyor, ama zamanın yarısından azında

3.Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendini değersiz hissediyor Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor

4) Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri: Bu konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sanrıları dışlayın)

0.Yok

1.Hafif: Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez 2.Orta: İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular

3.Şiddetli: Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışınca, öyle olmadığını kabul eder

5)Patolojik Suçluluk: Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi kabahatli bulma eğiliminde misiniz? Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hak ettiğinizi düşünüyor musunuz?

0.Yok

1.Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır

2.Orta: Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar

3. Şiddetli: Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hisseder

6) Sabah Depresyonu: Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkünlüğün günün belli bir zamanında daha kötüleştiğini fark ettiniz mi?

0.Yok: Depresyon yok

1.Hafif: Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok

2.Orta: Depresyonun sabahları kötüleştiği kendiliğinden belirtilir

3. Şiddetli: Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon akşamları düzelir

7) Erken Uyanma: Sabahları normalden daha mı erken uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?

0.Yok: Erken uyanma yok

1.Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

2.Orta: Çoğunlukla (en çok haftada beş kez) olağan ya da gerekli zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

3.Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

8) Öz kıyım: Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?

0.Yok

1.Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra öz kıyım düşünceleri

2.Orta: Üzerine uğraşılmış öz kıyım tasarısı ama girişiminde bulunmamıştır

3.Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış öz kıyım girişimi (örn. şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

9) Gözlenen Depresyon: Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüşmede uygun anlarda sorulan “Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?” sorusu bu gözlem için gerekli bilgiyi sağlayabilir.

0.Yok

1.Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir

2.Orta: Kişi görüşme boyunca sıkın, tekdüze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur

3. Şiddetli: Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar ya da kişi ısrarlı olarak ıstıraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun var olduğundan emindir.

EK 6 - İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size %70 uygun ise %70'in altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. Hiç uygun değilse %0'ın altındaki kutuyu (X) ile işaretleyin.

	%0	%30	%70	%100
1. Kızınca birşeyler fırlatırım				
2. Beni gerçekten seven pek çok kişi var				
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.				
4. Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.				
5. Çok fazla sorumluluğum var.				
6. Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.				
7. İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.				
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim.				
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum.				
11. Ölürsem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.				
12. Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum.				
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum.				
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum.				
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum.				
16. Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.				
17. Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.				
18. İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.				
19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.				
20. Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum.				
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum.				
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.				
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum.				
24. Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.				
25. Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum.				
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum.				
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.				
28. Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.				
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.				
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.				
31. Para konusu beni endişelendiriyor.				
32. İntihar etmeyi hiç düşünmedim.				
33. Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığını düşünüyorum.				
34. Kızınca bir şeyler kırarım.				
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum.				
36. Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.				

EK 7 - DİSSOSİASYON ÖLÇEĞİ

Bu listede çeşitli yaşantılar tarif edilerek her birinin sizde ne derecede görüldüğü sorulmaktadır. Anlatılan durum sizde sadece alkol, ilaç ya da bir uyuşturucu madde etkisiyle meydana geldiyse dikkate almayınız. Anketi cevaplandırırken lütfen her soruda size uygun düşen rakamı daire içine alarak işaretleyiniz.

Örnek

Aşağıda anlatılan durum size ne derecede uymaktadır, işaretleyiniz.

Kafamı toplamakta güçlük çekiyorum.

1 2 3 4 5

Bu rakamlardan birini daire içine alarak bu yaşantının sizde olup olmadığını ya da ne derecede olduğunu belirtebilirsiniz. Eğer yukarıdaki örnekte olduğu gibi "orta derecede" ifadesi sizin durumunuza uyuyorsa 3 rakamını işaretleyiniz. Sizin durumunuza en çok uyan rakamı her soru için ayrı ayrı işaretleyiniz.

- 1= Benim durumuma hiç uymuyor
- 2= Benim durumuma biraz uyuyor
- 3= Benim durumuma orta derecede uyuyor
- 4= Benim durumuma çok uyuyor
- 5= Benim durumuma tam olarak uyuyor

1.Bazen rüyadaymışım gibi geliyor.

1 2 3 4 5

2.Her Şeyin gerçek dışı olduğu hissi bende devamlı olarak var.

1 2 3 4 5

3.Zaman zaman vücudumla bağlantım kopmuş gibi oluyor.

1 2 3 4 5

4.Hiç düşünmeksizin tıka basa yemek yediğim oluyor.

1 2 3 4 5

5.Araba kullanırken ya da yolda yürürken birden fark ediyorum ki, yol boyunca neler olduğunu hatırlamıyorum.

1 2 3 4 5

6.Hiçbir neden yokken ve kendim de istemediğim halde gülme ya da ağlama krizi tutuyor.

1 2 3 4 5

7.Bazen sanki bir başkası olmuşum gibi geliyor.

1 2 3 4 5

8.Kimi zaman, bir başkasını dinlerken birden fark ediyorum ki sanki anlatılanların hiçbirini (ya da bir bölümünü) duymamışım.

1 2 3 4 5

9.Kimi zaman, yorgun olduğumda, sanki dışarıdan yabancı bir güç bana hakim olmuş ve ne yapacağıma karar veriyormuş gibi geliyor.

1 2 3 4 5

10. Olmayı hiç istemediğim durumlara giriyorum.

1 2 3 4 5

11. Zaman zaman, kendimle, düşündüklerim ve yaptıklarım arasında büyük fark hissediyorum.

1 2 3 4 5

12. Bazen tam olarak kim olduğumu bilemiyorum.

1 2 3 4 5

13. Eşyalarım arasında satın aldığımı hatırlamadığım yeni Şeyler bulduğum oluyor.

1 2 3 4 5

14. Sıklıkla, aç olmadığım halde bir Şeyler yeme isteği duyuyorum.

1 2 3 4 5

15. Hiç istemediğim halde öfkelendiğim oluyor.

1 2 3 4 5

16. Bazen bir Şey yapmaya karar vermişken vücudum irademe aykırı olarak tamamen farklı davranıyor.

1 2 3 4 5

17. Zaman zaman şaşkınlaşıyorum ve kafam karışıyor.

1 2 3 4 5

18. Bazen, bir önceki gün (ya da günlerde) nerede olduğumu hatırlayamıyorum.

1 2 3 4 5

19. Zaman zaman aileme ya da arkadaşlarıma sanki yabancıymışlar gibi davrandığım söyleniyor.

1 2 3 4 5

20. Bazı durumlarda kendimi çift kişilikli bir insan gibi görüyorum.

1 2 3 4 5

21.Geçmiş yaşamımdaki bazı önemli olayları (örneğin mezuniyet ya da nikah töreni) hiç hatırlamadığım olur.

1 2 3 4 5

22. Bazen bir şey söyleyecek iken ağzımdan tamamen farklı bir Şey çıkıyor.

1 2 3 4 5

23. Ruh halimdeki neşe ya da keyifsizlik gibi belirgin değişiklikler ani geçişler biçiminde olabiliyor.

1 2 3 4 5

24. Bir şeyi aklım başka yerde olarak yaptığım oluyor.

1 2 3 4 5

25. Başkalarının bana söylediği şeyleri hemen unutuyorum.

1 2 3 4 5

26. Bazen bir şey yaparken ne yapmakta olduğumu birden unutuyorum.

1 2 3 4 5

27. Bazen aynaya baktığımda kendimi tanıyamıyorum.

1 2 3 4 5

28. Bazen vücudumun değişmekte olduğu hissini duyuyorum.

1 2 3 4 5

29. Kimi zaman insanların, eşyaların ve çevremdeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyuyorum.

1 2 3 4 5

30. Vücudum sanki bana ait değilmiş gibi geliyor.

1 2 3 4 5

31. Televizyon seyrederken çevremde olan biten hiç bir şeyi fark etmiyorum.

1 2 3 4 5

32. Bazen geçen zamanın bir bölümü aklımda hiç yer etmiyor, öyle ki ben o boşluk sırasında neler yapmış olduğumu hiç hatırlayamıyorum.

1 2 3 4 5

33. Eskiden olmuş bir Şeyi o kadar canlı hatırlayabiliyorum ki sanki o olayı baştan yaşıyor gibi oluyorum.

1 2 3 4 5

34. Bazen ne yapacağıma sanki içimdeki bir başkası karar veriyor gibi geliyor.

1 2 3 4 5

35. Kimi zaman hiç hatırlamadığım halde bazı şeyleri yapmış olduğumu fark ediyorum.

1 2 3 4 5

36. Bazı şeyleri yapmaktan kendimi alıkoyamıyorum.

1 2 3 4 5

37. Bazen kendimi nasıl geldiğimi bilmediğim ve tanımadığım bir yerde buluyorum.

1 2 3 4 5

38. Zaman zaman aklıma gelen bazı olaylar gerçekten başımdan geçti mi yoksa yalnızca rüyamda mı gördüm, karıştırıyorum.

1 2 3 4 5

39. Bazen kendimi, bilinen ama bana yabancı ve bilinmedik gibi gelen bir yerde

buluyorum.

1 2 3 4 5

40. Bazı Şeyleri neden olduğunu bilmeksizin yaptığımı hissediyorum.

1 2 3 4 5

41. Bazen bir Şeyi bana hiç uymayan ve hoşlanmadığım bir tarzda düşünüyor ya da yapıyorum.

1 2 3 4 5

42. Kendimi yaptığım her Şeyde yakından gözlediğimi fark ediyorum.

1 2 3 4 5

43. Kendimi düşüncelere ya da hayallere o kadar kaptırıyorum ki sanki onlar gerçekten başımdan geçiyor gibi geliyor.

1 2 3 4 5

44. Bazen aklımda bir şey olmaksızın gözüm dalıyor.

1 2 3 4 5

45. Hiçbir Şey düşünmediğim sık oluyor.

1 2 3 4 5

46. Kötü alışkanlıklarıma karşı durmakta çok zorluk çekiyorum.

1 2 3 4 5

47. Bazen bir Şeyi nereye koyduğumu unutuyorum.

1 2 3 4 5

48. Yemek yerken aklım başka yerde oluyor.

1 2 3 4 5

49. Kendimi hayallere dalmış durumda bulduğum oluyor.

1 2 3 4 5

50. Kendime daha fazla yön verebilmeyi isterdim.

1 2 3 4 5

51. Yürürken attığım her adımı izliyorum.

1 2 3 4 5

52. Başka durumlarda pek elimden gelmeyen bazı Şeyleri kimi zaman kolayca yapıyorum (örneğin spor yaparken ya da çalışırken, insanlarla temas kurarken).

1 2 3 4 5

53. Yemek yerken ağızıma attığım her lokmayı izliyorum.

1 2 3 4 5

54. Zaman kavramını tamamen yitirdiğim (zamandan habersiz olduğum) oluyor.

1 2 3 4 5

55. Bir Şeyi yapmayı sadece aklımdan mı geçirdim yoksa gerçekten yaptım mı hatırlayamadığım oluyor.

1 2 3 4 5

56. Bazen kendimi iki farklı şeyi aynı zamanda yapmak istiyor ve hangisinin daha uygun olacağı konusunda tartışırken buluyorum.

1 2 3 4 5

57. Bazen zihnim parçalara bölünmüş gibi hissediyorum.

1 2 3 4 5

58. Eşyalarım arasında yaptığımı hatırlamadığım fakat bana ait olması gereken yazılar, çizimler ya da notlar bulduğum oluyor.

1 2 3 4 5

59. Kendimi aynı anda iki ya da daha fazla kişi olarak hissediyorum.

1 2 3 4 5

60. Bir Şey yaparken sıklıkla aklım başka yerde oluyor.

1 2 3 4 5

61. Kafamın içinde ne yapmam gerektiğini söyleyen ya da yaptıklarım hakkında yorumda bulunan sesler duyduğum oluyor.

1 2 3 4 5

62. Kendimi başkalarının gördüğünden farklı gördüğüm oluyor.

1 2 3 4 5

63. Dünyaya bir sis perdesi arkasından baktığımı hissettiğim oluyor, o zaman çevremdeki insanlar ve eşyalar uzakta ve belirsiz görünüyorlar.

1 2 3 4 5

EK 8 - BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ

Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve size en uygun cevabın altındaki kutuya X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen hemen her zaman/Her zaman
1) İşlerimi dikkatle planlarım				
2) Düşünmeden iş yaparım				
3) Hızla karar veririm				
4) Hiç bir şeyi dert etmem				
5) Dikkat etmem				
6) Uçuşan düşüncelerim var				
7) Seyahatlerimi çok önceden planlarım				
8) Kendimi kontrol edebilirim				
9) Kolayca konsantre olurum				
10) Düzenli para biriktiririm				
11) Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam				
12) Dikkatli düşünen biriyim				
13) İş güvenliğine dikkat ederim				
14) Düşünmeden bir şeyler söylerim				
15) Karmaşık problemler üzerinde düşünmeyi severim				
16) Sık sık iş değiştiririm				
17) Düşünmeden hareket ederim				
18) Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım				
19) Aklıma estiğin gibi hareket ederim				
20) Düşünerek hareket ederim				
21) Sıklıkla evimi değiştiririm				
22) Düşünmeden alışveriş yaparım				
23) Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim				
24) Hobilerimi değiştiririm				
25) Kazandığımdan daha fazla harcarım				
26) Düşünürken sıklıkla zihnimden konuyla ilgisiz düşünceler oluşur				
27) Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim				
28) Derslerde veya sinemada rahat oturamam				
29) Yap-boz/puzzle çözmeyi severim				
30) Geleceğini düşünen birisiyim				

EK 9 - KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

BÖLÜM I: DAVRANIŞLAR

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

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

Kesme

Isırma

Yakma

Cilde bir harf/yazı şekil kazıma

Çimdikleme

Saç kopartma (kökünden)

Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)

Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma

Yaranın iyileşmesine engel olma (ör: kabuklarını koparma)

Cildi sert bir yüzeye sürme

Kendine iğne batırma

Tehlikeli/zararlı madde içme/ yutma

Diğer

**

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

**

2. Hangi yaşta?

1) İlk kez kendine zarar verdiğinde kaç yaşındaydınız?

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

3) Kendine zarar verme davranışı sırasında fiziksel acı hisseder misiniz?

1)EVET 2) BAZEN 3)HAYIR

4) Kendine zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?

1)EVET 2) BAZEN 3)HAYIR

5) Tipik olarak kendine zarar verme dürtüsü oluştuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz?

1)1gün 2) 1-3 saat 3) 3-6 saat 4) 6-12 saat 5) 12-24 saat 6) >1gün

6) Kendine zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister misiniz / istediniz mi?

1) EVET 2) HAYIR

BÖLÜM II: İŞLEVLER

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

- Belirtilen durum size hiç uygun değilse “0” işaretleyiniz
- Belirtilen durum size kısmen uygunsa “1” işaretleyiniz
- Belirtilen durum size çok uygunsa “2” işaretleyiniz (İsteğe bağlı)

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

Aşağıdaki boşluğa, size uymasa bile yukarıda sıralanmış olanlara eklenmesi gerektiğini düşündüğünüz durumlar var ise bir liste halinde yazınız

“Kendime zarar verdiğimde,

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

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

EK 10 - İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1a. Hasta tedaviyi (Hastaneye başvurma ve/veya ilaç tedavisi ve/veya diğer fiziksel ya

da psikolojik tedaviler) kabul ediyor mu? (Edilgin biçimde kabullenmeyi içerir)

Sıklıkla = 2 (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular)

Bazen = 1 (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgular)

Hiç bir zaman = 0

Eğer 1a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

Sıklıkla = 2 (Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır)

Bazen = 1 (Unutkanlık, dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir)

Hiç bir zaman = 0 (Tedaviyi her zaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa.)

2a. Hastaya sorunuz: "Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?" ya da "Bazı

sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz?" (mental, fiziksel, belirlenmemiş)

Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu birçok günler, günün çoğunda düşünmüş)

Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu ara sıra düşünmüş)

Hiç bir zaman = 0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

Eğer 2a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

2b. Hastaya "bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?" şeklinde sorunuz. (2a.nın maddeleri geçerlidir).

Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu birçok günler, günün çoğunda düşünmüş)

Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu ara sıra düşünmüş)

Hiç bir zaman = 0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

2c. (2b eğer 1 ya da 2 ise) "Hastalığınızı nasıl açıklarsınız?" diye sorunUzm.

Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar: ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar = 2

Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar ya da "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlar = 1

Delüzyonel açıklamalar = 0

3a.(özgül hezeyan) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz?" diye sorunUzm.

Ya da "..... (özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz?"

Sıklıkla = 2 (Bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş)

Bazen = 1 (Bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş)

Hiçbir zaman = 0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

Eğer 3a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

3b. Bu olayları yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? (..... konusundaki inancınız/sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.)

"Hastalığın bir parçası" =2

"Yorgunluk ve stres" gibi dış olaylara bağlıyorsa =1

Dış güçlere bağlıyorsa (Delüzyonel olabilir) =0

Ek soru: durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)

0= "Yalan söylüyorlar."

1= "Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emir. hissedirim."

2==""kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem."

3= "Bende bir hata olduğunu düşünürüm."

4= "İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum”

