

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
Prof. Dr. Cahide AYDIN



**LİSE ÖĞRENCİLERİNDE KENDİNE ZARAR VERME
DAVRANIŞI: İŞLEVLERİ, EMOSYONEL REGÜLASYON VE
AYRILMA BİREYLEŞME**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Bürge KABUKÇU BAŞAY

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Tezan BİLDİK

İZMİR-2011

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
Prof. Dr. Cahide AYDIN



**LİSE ÖĞRENCİLERİNDE KENDİNE ZARAR VERME
DAVRANIŞI: İŞLEVLERİ, EMOSYONEL REGÜLASYON
VE AYRILMA BİREYLEŞME**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Bürge KABUKÇU BAŞAY

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Tezan BİLDİK

İZMİR-2011

ÖNSÖZ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda geçen uzmanlık eğitim sürem boyunca bana sağladıkları mesleki katkılar, gösterdikleri içten destek ve güler yüzün yanı sıra; her zaman yol gösterici olup ufkumu genişleten ve hayat boyu minnettar kalacak olduğum, Değerli Hocalarım Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Cahide AYDIN, Prof. Dr. Müge TAMAR, Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN, Doç. Dr. Serpil ERERMİŞ, Doç. Dr. Tezan BİLDİK, Doç. Dr. Zeki YÜNCÜ, Doç. Dr. Burcu ÖZBARAN ve Doç. Dr. Saniye Korkmaz ÇETİN'e,

Bu çalışmanın her aşamasında bana sınırsız destek sağlayan, zamanını ve yardımını hiç esirgemeyen, motive edici gücünü her zaman yanımda hissettiğim tez danışmanım, Değerli Hocam Doç. Dr. Tezan BİLDİK'e,

Bu çalışmaya hayat veren, çalışma süreci içinde de değerli bilimsel fikirleri ve yardımları ile her zaman yanımda hissettiğim, Değerli Hocam Prof. Dr. Müge TAMAR'a,

Tez çalışmamın istatistiksel analizine bulunduğu önemli katkılarının yanı sıra; özverisi ve güler yüzüyle her ihtiyacım olduğunda ulaşabildiğim Gediz Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü Başkanı Değerli Hocam Prof. Dr. Oya Somer'e,

İçten desteği ve dostluğu için sevgili arkadaşım Rasiha Kandulu, ve yine çalışma sürecindeki fedakar destekleri için Başhemşiranım Bilgi Algül ve Sevdiye Coşkun'a,

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım sevgili asistan arkadaşlarım ile kliniğimizin tüm psikologları, sosyal hizmet uzmanları, hemşireleri, sekreterleri ve diğer personellerimize,

Bugünümü borçlu olduğum canım annem, babam ve ağabeyime,

Son olarak da bu tez süreci içindeki sınırsız fedakarlığı ve desteği için sevgili eşim Dr. Ömer BAŞAY'a

TEŞEKKÜR EDERİM...

Bürge KABUKÇU BAŞAY

İzmir 2011

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM I GİRİŞ	1
BÖLÜM II GENEL BİLGİLER	3
2.1.KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Tarihçe	5
2.1.3. Epidemiyoloji	6
2.1.4. Kendine zarar verme davranışının sınıflandırılması	8
2.1.5. Kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi	9
2.1.6. Etiyoloji	10
2.1.6.1. Psikodinamik etkenler	10
2.1.6.2. Biyolojik etkenler	12
2.1.6.3. Psikososyal Etkenler	13
2.1.6.4. Kişisel psikolojik etkenler	16
2.1.6.5. Psikiyatrik bozukluklar	17
2.1.7. Kendine zarar verme davranışını açıklayan modeller ve kendine zarar verme davranışının işlevleri	20
2.2. DUYGU DÜZENLEME (EMOSYON REGÜLASYONU)	24
2.2.1.Duygu	24
2.2.1.1. Tanım ve açıklamalar	24
2.2.1.2. Duygunun nörobiyolojisi	25
2.2.2. Duygu düzenleme (Emosyon regülasyonu)	25
2.2.3. Duygu düzenlemede güçlükler ve kendine zarar verme davranışı	28
2.3. AYRILMA BİREYLEŞME KURAMI	30
2.3.1. Birinci ayrılma bireyleşme	30
2.3.2. Ergenlik dönemi ve ikinci ayrılma bireyleşme	33
2.3.3. Ergenlik dönemine özgü güçlükler ve ayrılma bireyleşme-kendine zarar verme ilişkisi	36
2.3.3.1.Ergen zihni ve kendine zarar verme davranışı	36
2.3.3.2. Bedensel değişiklikler ve cinsel gelişim	37
2.3.3.3. Ayrılma bireyleşme ve kendine zarar verme davranışları	38
BÖLÜM III GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1. AMAÇ	40
3.2. VARSAYIMLAR	41
3.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ	42
3.4. ARAŞTIRMA YERİ VE ZAMANI	42
3.5. ARAŞTIRMA EVRENİ	42
3.6. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ ve ÖRNEKLEM GRUPLARI	44
3.7. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	47

3.8. UYGULAMA	55
3.9. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	57
BÖLÜM IV BULGULAR	60
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	60
4.1.1. Yaş	60
4.1.2. Cinsiyet	60
4.1.3. Sosyoekonomik düzey	61
4.1.4. Okul başarısı	61
4.1.5. Sigara, alkol ve madde kullanımı	62
4.1.6. İstismar öyküsü	63
4.1.7. Arkadaş ilişkileri	64
4.1.8. Arkadaşlar arasında kendine zarar verme davranışı öyküsü	65
4.1.9. Aile yapısı	66
4.1.10. Ailede ebeveyn geçimsizliği ve aile içi şiddet	66
4.1.11. Ailede kendine zarar verme öyküsü	67
4.1.12. Göç öyküsü	68
4.1.13. Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili risk faktörleri- Sosyodemografik özellikler	68
4.2. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI	71
4.2.1. Kendine zarar verme yöntemleri	71
4.2.2. Kendine zarar verme yöntemlerinin sıklığı	72
4.2.3. Kendine zarar verme yöntemlerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması	75
4.2.4. Kendine zarar verme yöntemlerinin sosyoekonomik düzeye göre karşılaştırılması	76
4.2.5. Kendine zarar verme davranışının ilk başlama yaşı ve son zarar verme zamanı	77
4.2.6. Kendine zarar verme isteğinden eyleme kadar geçen zaman	77
4.2.7. Tıbbi müdahale gerektirecek düzeyde kendine zarar verme davranışı öyküsü	78
4.2.8. Kendine zarar verme davranışı ve fiziksel acı hissetme	78
4.2.9. Kendine zarar verme davranışı sırasında yalnız ya da başkalarıyla birlikte olma durumu	79
4.2.10. Kendine zarar verme davranışı hakkında başkalarını haberdar etme durumu	79
4.2.11. Kendine zarar verme davranışından rahatsızlık duyma ve bitirme isteği	80
4.2.12. Psikiyatrik destek alma isteği	81
4.3. İNTİHAR DAVRANIŞI	81
4.3.1. İntihar girişimi, intihar planı ve intihar düşüncesi	81
4.3.2. İntihar girişimi sayısı	82
4.3.3. İntihar yöntemleri	83
4.4. KENDİNE ZARAR VERME ÖYKÜSÜ OLAN VE OLMAYAN ERGENLER VE AİLELERİNDE PSİKOPATOLOJİ	83

4.4.1. Beck depresyon envanteri	83
4.4.2. Durumluk ve sürekli kaygı envanteri	84
4.4.3. Mc Lean borderline kişilik bozukluğu tarama envanteri	85
4.4.4 Kendine zarar verme öyküsü olan ve olmayan ergenlerde psikiyatrik tanılarının değerlendirilmesi	85
4.4.4.1. Mevcut tüm psikiyatrik tanı	85
4.4.4.2. Geçmiş tüm psikiyatrik tanı	86
4.4.4.3. Mevcut tüm yıkıcı davranış bozuklukları	87
4.4.4.4. Geçmiş tüm yıkıcı davranış bozuklukları	87
4.4.4.5. Mevcut yıkıcı davranış bozuklukları	88
4.4.4.6. Geçmiş yıkıcı davranış bozuklukları	88
4.4.4.7. Mevcut tüm anksiyete bozuklukları	89
4.4.4.8. Geçmiş tüm anksiyete bozuklukları	90
4.4.4.9. Mevcut anksiyete bozuklukları	90
4.4.4.10. Geçmiş anksiyete bozuklukları	92
4.4.4.11. Mevcut tüm duygudurum bozuklukları	94
4.4.4.12. Geçmiş tüm duygudurum bozuklukları	94
4.4.4.13. Mevcut duygudurum ve uyum bozuklukları	95
4.4.4.14. Geçmiş duygudurum ve uyum bozuklukları	96
4.4.4.15. Diğer Tanılar	97
4.4.5. Anne ve babalarda mevcut psikiyatrik hastalık	98
4.4.5.1. Annelerde mevcut psikiyatrik (Eksen I) tanı	98
4.4.5.2. Babalarda mevcut psikiyatrik (Eksen I) tanı	102
4.4.6. Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili risk faktörleri- Psikopatoloji	105
4.4.7. Kendine zarar verme davranışı sayısı ile psikopatoloji ilişkisi	106
4.4.8. Kendine zarar verme yöntemleri ile psikopatoloji ilişkisi	107
4.5. KENDİNE ZARAR VERME ÖYKÜSÜ OLAN VE OLMAYAN ERGENLERDE EMOSYONEL REGÜLASYON	108
4.5.1. Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği	108
4.5.2. Duygu düzenlemede cinsiyet ve yaşın etkisi	111
4.5.3. Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili risk faktörleri- Duygu düzenlemede güçlükler	112
4.5.4. Kendine zarar verme davranışı sayısı ve duygu düzenlemede güçlükler ilişkisi	113
4.6. KENDİNE ZARAR VERME ÖYKÜSÜ OLAN VE OLMAYAN ERGENLERDE AYRILMA BİREYLEŞME ÖZELLİKLERİ	114
4.6.1. Adolesan ayrılma bireyleşme testi	114
4.6.2. Adolesan ayrılma bireyleşme üzerinde cinsiyet ve yaşın etkisi	116
4.6.3. Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili risk faktörleri- Ayrılma bireyleşmede güçlükler	117
4.6.4. Kendine zarar verme davranışı sayısı ve adolesan ayrılma bireyleşme alt testleri ilişkisi	118
4.7. SOSYAL DESTEK ALGISI	119

4.7.1. Aileden algılanan sosyal destek ölçeği	119
4.7.2. Arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeği	120
4.7.3. Kendine zarar verme davranışı sayısı ve sosyal destek algısı ilişkisi	121
4.8. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞININ İŞLEVLERİ	121
4.8.1. Kendine zarar veren ergenlerde işlevlerin kullanım sıklığı	121
4.8.2. Tekrarlayıcı kendine zarar veren grup ile epizodik kendine zarar veren gruplarda kendine zarar verme davranışı işlevleri	123
4.8.3. Kendine zarar verme sayısı ile işlevlerin ilişkisi	126
4.8.4. Kendine zarar verme işlevlerinin kendine zarar verme sayısı üzerine etkisi	127
4.8.5. Otonom ve sosyal işlevlerin kendine zarar verme sayısı üzerine etkisi	127
4.8.6. Otonom işlevler, duygu düzenleme ve ayrılma-bireyleşme özelliklerinin KZVD sayısı üzerine ortak etkisi- Model 1	129
4.8.7. Sosyal işlevler, duygu düzenleme ve ayrılma-bireyleşme özelliklerinin KZVD sayısı üzerine ortak etkisi- Model 2	130
4.8.8. KZVD işlevleri, duygu düzenleme ve ayrılma-bireyleşme özelliklerinin kendine zarar verme sayısı üzerine ortak etkisi- Kombine model	131
BÖLÜM V TARTIŞMA	133
5.1. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞININ BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE RİSK FAKTÖRLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ	133
5.1.1. Akademik başarı algısı	133
5.1.2. Sigara, alkol ve madde kullanım öyküsü	133
5.1.3. İstismar öyküsü	134
5.1.4. Arkadaş ilişkileri	136
5.1.5. Bulaşma etkisi	136
5.1.6. Ailesel etkenler	137
5.2. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER	137
5.2.1. Kendine zarar verme yöntemleri	137
5.2.2. Kendine zarar verme yöntemlerinin sıklığı	138
5.2.3. Kendine zarar verme davranışı başlama yaşı ve son kendine zarar verme davranışı zamanı	138
5.2.4. Kendine zarar verme isteğinden eyleme kadar geçen zaman	139
5.2.5. Kendine zarar verme davranışı ve fiziksel acı hissetme	139
5.2.6. Tıbbi müdahale gerektirecek düzeyde kendine zarar verme öyküsü	140
5.2.7. Kendine zarar verme davranışı sırasında yalnız veya başkalarıyla birlikte olma durumu	140
5.2.8. Kendine zarar verme davranışından başkalarının haberdar olması	140
5.2.9. Kendine zarar verme davranışından rahatsızlık duyma ve bitirme isteği	141
5.2.10. Psikiyatrik destek alma isteği	141
5.3. İNTİHAR DAVRANIŞI	141
5.4. ERGENLERDE VE AİLELERİNDE PSİKOPATOLOJİ	143
5.4.1. Ergenlerde psikopatoloji	143
5.4.1.1. Psikiyatrik tanı	143

5.4.1.2. Yıkıcı davranış bozuklukları ve kendine zarar verme davranışı	144
5.4.1.3. Anksiyete bozuklukları ve kendine zarar verme davranışı	145
5.4.1.4. Duygudurum bozuklukları ve kendine zarar verme davranışı	147
5.4.1.5. Alkol madde kullanım bozukluğu	147
5.4.1.6. Borderline kişilik bozukluğu	148
5.4.2. Anne-babalarda psikopatoloji	148
5.5. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN VE OLMAYAN ERGENLERDE EMOSYONEL REGÜLASYON BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	152
5.6. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE ADOLESAN AYRILMA BİREYLEŞMESİ	157
5.7. SOSYAL DESTEK ALGISI	166
5.7.1. Aileden algılanan sosyal destek	166
5.7.2. Arkadaştan algılanan sosyal destek	168
5.8 KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞININ İŞLEVLERİ	170
5.8.1. Otonom işlevler	171
5.8.2. Sosyal işlevler	177
5.8.3. Otonom ve sosyal işlevlerin KZVD sayısı üzerine etkisi	181
5.8.4. Otonom işlevler, sosyal işlevler, duygu düzenleme ve adolesan ayrılma-bireyleşme özelliklerinin kendine zarar verme sayısı üzerine ortak etkisi	183
BÖLÜM VI SONUÇLAR ve ÖNERİLER	187
6.1. SONUÇLAR	187
6.1.1. Sosyodemografik özellikler	187
6.1.2. Kendine zarar verme davranışı	187
6.1.3. İntihar davranışı	188
6.1.4. Kendine zarar verme öyküsü olan ve olmayan ergenlerde ve ailelerinde psikopatoloji	188
6.1.5. Kendine zarar verme öyküsü olan ve olmayan ergenlerde emosyonel regülasyon	189
6.1.6. Kendine zarar verme öyküsü olan ve olmayan ergenlerde ayrılma-bireyleşme özellikleri	189
6.1.7. Sosyal destek algısı	190
6.1.8. Kendine zarar verme davranışının işlevleri	190
6.2. ÖNERİLER	191
BÖLÜM VII ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI	192
BÖLÜM VIII. ÖZET	
LİSE ÖĞRENCİLERİNDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI: İŞLEVLERİ, EMOSYONEL REGÜLASYON VE AYRILMA BİREYLEŞME	193
BÖLÜM IX KAYNAKLAR	196
BÖLÜM X EKLER	207

TABLolar

Tablo 1	<i>TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun yaş ortalamalarının karşılaştırılması</i>	60
Tablo 2	<i>TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun cinsiyet açısından karşılaştırılması</i>	60
Tablo 3	<i>TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun sosyoekonomik düzey açısından karşılaştırılması</i>	61
Tablo 4	<i>TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun okul başarısı açısından karşılaştırılması</i>	61
Tablo 5	<i>TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun sigara ve alkol kullanımı açısından karşılaştırılması</i>	63
Tablo 6	<i>TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun uyuşturucu madde kullanımı açısından karşılaştırılması</i>	63
Tablo 7	<i>TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun fiziksel ve cinsel istismar öyküsü açısından karşılaştırılması</i>	64
Tablo 8	<i>TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun arkadaş ilişkileri açısından karşılaştırılması</i>	65
Tablo 9	<i>TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun arkadaşlar arasında KZVD öyküsü açısından karşılaştırılması</i>	65
Tablo 10	<i>TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun aile yapısı açısından karşılaştırılması</i>	66
Tablo 11	<i>TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun ailede ebeveyn geçimsizliği ve aile içi şiddet açısından karşılaştırılması</i>	67
Tablo 12	<i>TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun ailede KZVD öyküsü açısından karşılaştırılması</i>	68
Tablo 13	<i>TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun göç öyküsü açısından karşılaştırılması</i>	68
Tablo 14	<i>Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili risk faktörleri</i>	70
Tablo 15	<i>TKZV ve EKZV gruplarının kendine zarar verme yöntemleri</i>	72
Tablo 16	<i>TKZV ve EKZV gruplarında kendine zarar verme sıklığının yöntemlere göre dağılımı</i>	74
Tablo 17	<i>Kendine zarar veren ergenlerin kullandıkları yöntemlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılması</i>	75
Tablo 18	<i>Kendine zarar veren ergenlerin kullandıkları yöntemlerin sosyoekonomik düzeye göre karşılaştırılması</i>	76
Tablo 19	<i>TKZV grup ve EKZV grubun ilk zarar verme yaşı açısından karşılaştırılması</i>	77
Tablo 20	<i>TKZV grup ve EKZV grubun son zarar verme zamanı açısından karşılaştırılması</i>	77

Tablo 21	<i>TKZV grup ve EKZV grubun zarar verme isteği ile eylem arasında geçen zaman açısından karşılaştırılması</i>	78
Tablo 22	<i>TKZV ve EKZV grubun zarar verme sonrası tıbbi yardım gerekliliği açısından karşılaştırılması</i>	78
Tablo 23	<i>TKZV ve EKZV grubun zarar verme davranışı sırasında acı hissetme durumu açısından karşılaştırılması</i>	79
Tablo 24	<i>TKZV grup ve EKZV grubun kendine zarar verme sırasında yalnız veya başkalarıyla birlikte olma durumu açısından karşılaştırılması</i>	79
Tablo 25	<i>TKZV grup ve EKZV grubun kendine zarar verme davranış hakkında başkalarını haberdar etme açısından karşılaştırılması</i>	80
Tablo 26	<i>TKZV grup ve EKZV grubun kendine zarar verme davranışından rahatsızlık duyma ve zarar vermeyi sonlandırma istekleri açısından karşılaştırılması</i>	80
Tablo 27	<i>TKZV grup ve EKZV grubun psikiyatrik destek alma isteği açısından karşılaştırılması</i>	81
Tablo 28	<i>TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun intihar davranışı (girişim, düşünce ve plan) açısından karşılaştırılması</i>	82
Tablo 29	<i>TKZV grup ve EKZV grubun intihar girişimi sayısı açısından karşılaştırılması</i>	82
Tablo 30	<i>TKZV grup ve EKZV grupta kullanılan intihar yöntemlerinin dağılımı</i>	83
Tablo 31	<i>TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının Beck depresyon envanteri puanlarının karşılaştırılması</i>	84
Tablo 32	<i>TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının sürekli kaygı ve durumluk kaygı envanteri puanlarının karşılaştırılması</i>	85
Tablo 33	<i>TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının Mc Lean borderline kişilik bozukluğu tarama envanteri puanlarının karşılaştırılması</i>	85
Tablo 34	<i>TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının mevcut ve geçmiş psikiyatrik tanılarının karşılaştırılması</i>	86
Tablo 35	<i>TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının mevcut ve geçmiş yıkıcı davranış bozuklukları tanılarının karşılaştırılması</i>	87
Tablo 36	<i>TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının mevcut ve geçmiş yıkıcı davranış bozuklukları tanılarının ayrı ayrı karşılaştırılması</i>	89
Tablo 37	<i>TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının mevcut ve geçmiş anksiyete bozuklukları açısından karşılaştırılması</i>	90
Tablo 38	<i>TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının mevcut ve geçmiş anksiyete bozuklukları açısından karşılaştırılması</i>	93
Tablo 39	<i>TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının mevcut ve geçmiş toplam duygudurum bozuklukları açısından karşılaştırılması</i>	95
Tablo 40	<i>TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının mevcut ve geçmiş duygudurum bozuklukları ve uyum bozuklukları açısından karşılaştırılması</i>	96
Tablo 41	<i>TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının mevcut ve geçmiş diğer tanılar açısından karşılaştırılması</i>	98
Tablo 42	<i>TKZV, EKZV ve kontrol grubu olgularının annelerindeki mevcut psikiyatrik hastalık (Eksen I) tanısı</i>	101

Tablo 43	<i>TKZV, EKZV ve kontrol grubu olgularının babalarındaki mevcut psikiyatrik hastalık (Eksen I) tanısı</i>	104
Tablo 44	<i>Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili risk faktörleri- psikopatoloji</i>	106
Tablo 45	<i>Kendine zarar verme davranışı sayısı ile psikopatoloji ilişkisi</i>	107
Tablo 46	<i>Kendine zarar verme yöntemleri ile psikopatoloji ilişkisi</i>	108
Tablo 47	<i>TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının duygu düzenlemede güçlükler ölçeği alt ölçek puanları ve toplam puanı açısından karşılaştırılması</i>	111
Tablo 48	<i>Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili risk faktörleri- Duygu düzenlemede güçlükler</i>	113
Tablo 49	<i>Kendine zarar verme sayısı ile duygu düzenlemede güçlükler ilişkisi</i>	114
Tablo 50	<i>TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının adolesan ayrılma bireyleşme testi alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması</i>	116
Tablo 51	<i>Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili risk faktörleri- Ayrılma bireyleşmede güçlükler</i>	118
Tablo 52	<i>Kendine zarar verme sayısı ile adolesan ayrılma bireyleşme alt testleri ilişkisi</i>	119
Tablo 53	<i>TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının aileden algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının karşılaştırılması</i>	120
Tablo 54	<i>TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının karşılaştırılması</i>	120
Tablo 55	<i>Kendine zarar verme sayısı ile algılanan aile desteği ve arkadaş desteği ilişkisi</i>	121
Tablo 56	<i>Kendine zarar veren ergenlerde kendine zarar verme davranışı işlevleri oranları</i>	123
Tablo 57	<i>TKZV ve EKZV gruplarının kendine zarar verme davranışının otonom ve sosyal işlevleri kullanması açısından karşılaştırılması</i>	125
Tablo 58	<i>Kendine zarar verme davranışının işlevleri ile zarar verme sayısının ilişkisi</i>	126
Tablo 59	<i>Kendine zarar verme davranışı otonom ve sosyal işlevlerinin zarar verme sayısı üzerine etkisi</i>	127
Tablo 60	<i>Kendine zarar verme davranışı otonom işlevlerinin zarar verme sayısı üzerine etkisi</i>	128
Tablo 61	<i>Kendine zarar verme davranışı sosyal işlevlerinin zarar verme sayısı üzerine etkisi</i>	129
Tablo 62	<i>Model 1: Otonom işlevler, duygudurum düzenleme, ayrılma-bireyleşme ortak etkisinin zarar verme sayısı üzerine etkisi</i>	130
Tablo 63	<i>Model 2: Sosyal işlevler, duygudurum düzenleme, ayrılma- bireyleşme ortak etkisinin zarar verme sayısı üzerine etkisi</i>	131
Tablo 64	<i>Final Model: Otonom ve sosyal işlevler, duygudurum düzenleme, adolesan ayrılma bireyleşme ortak etkisinin zarar verme sayısı üzerine etkisi</i>	132

KISALTMALAR

KZVD: Kendine zarar verme davranışı

TKZV: Tekrarlayıcı kendine zarar veren grup

EKZV: Epizodik kendine zarar veren grup

Tüm KZV: Tüm kendine zarar veren grup

BKB: Borderline kişilik bozukluğu

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

Mc Lean BKB TE: Mc Lean Borderline kişilik bozukluğu tarama envanteri

BDE: Beck depresyon envanteri

AABT: Adolesan ayrılma bireyleşme testi

DDGÖ: Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği

BÖLÜM I

GİRİŞ

Birçok klinisyen, intihar niyeti olmaksızın kendine zarar veren ergenler ile sıklıkla karşılaşmaktadır. Toplum örnekleminde yapılan araştırmalarda, ergenlerin 1/3 ile 1/2'sinde kendine zarar verme davranışlarının (KZVD) görüldüğü bulunmuştur [1, 2]. Kendine zarar verme davranışları tipik olarak ergenlik döneminde başlar ve sıklıkla dürtüsel biçimde ortaya çıkar. Yazında, yer alan çalışmaların bir kısmı, KZVD'nin kızlarda daha sık görüldüğünü ileri sürerken [3]; diğerlerinde cinsiyet farklılıklarına ilişkin bir tutarlılık olmadığı belirtilmiştir [4]. Bazı risk faktörlerinin (ör: istismar, travma vb) ve psikopatoloji durumlarının (ör: duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları vb.) KZVD ile ilişkili olduğu bilinmektedir.

KZVD,, bireyler için farklı anlamlar taşıyan işlevlere hizmet etmektedir. Yazında bu konuda yapılmış araştırmalarda, davranışın işlevlerini açıklamaya yönelik farklı kuramlar ortaya atılmıştır. Bu kuramların pek çoğu benzer noktalara temas etmektedir. Klonsky, davranışın işlevlerini 7 kuramsal modelde tanımlamıştır: *affekt regülasyonu, çözölmeyi önleme, özkıyımı önleme, kişiler arası sınırlar, kişiler arası etkileşim, kendini cezalandırma ve heyecan arama* [5]. Bunlar arasında üzerine en çok vurgu yapılan işlev, "affekt regülasyonu"dur. "Affekt regülasyonu" ve "emosyon regülasyonu" kavramları sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. Emosyon, beynin anlamlı bir uyaran varlığında verdiği kimyasal ve nöral yanıtların bütünü olarak değerlendirilebilir. Uyarının işlenmesi, bilinçli veya bilinçsiz bir şekilde olabilir ve yanıtlar kendiliğinden hızlı bir şekilde ve kısa süreli olarak ortaya çıkar. Emosyonlar, uyuma yönelik olan veya olmayan davranışların güçlü tetikleyicileridir. Bireyin emosyonlarını değiştirebilme/yönetebilme becerisi, sağ kalım ve uyum için önemlidir. Emosyon regülasyonu; "*hangi emosyona sahip olacağımızı etkilemeye çalışmamız*", bir emosyona sahip olduğumuzda da, "*onu nasıl deneyimleyeceğimiz ve dışa vuracağımızı*" belirleyen süreç olarak adlandırılabilir [6]. Kendine zarar veren ergenlerin önemli bir kısmı, başa çıkılamayan gerginliğe neden olan yoğun emosyonlar nedeniyle kendilerine zarar verdiklerini ve eylem sonrasında rahatladıklarını; gerginliklerinin azaldığını bildirmişlerdir [7, 8]. Ergenlerde, emosyon regülasyon güçlüklerinin belirlenmesi ve bunların zarar verme davranışları ile ilişkisinin ortaya konması; uyuma yönelik stratejiler geliştirilmede, gençlere daha etkin biçimde yardım edilmesini sağlayacaktır.

Ergenlik dönemi, ikinci ayrılma-bireyleşmenin yaşandığı dönemdir [9]. Ayrılma-bireyleşme süreci; dönemin sağlıklı yaşanmasında ya da psikopatoloji gelişiminde etkin bir rol üstlenir. Birçok olumsuz sonucu olan KZVD'nin ortaya çıkmasında da, ayrılma-bireyleşme sürecinde yaşanan güçlükler rol alabilir. Bu davranışların altında yatan nedenleri ve ilişkili durumları anlamaya çalışırken, ayrılma-bireyleşmede yaşanan güçlüklerin belirlenmesi önemlidir.

Ergenlerde KZVD, son yıllarda daha çok ilgi çeken bir konu olmakla birlikte; yazında bu yaş grubunda yapılmış, davranışın işlevlerini; emosyon regülasyonu ve ayrılma-bireyleşme süreciyle ilişkilerini değerlendiren çok az sayıda çalışma vardır. Ülkemizde ise, ergenlerde görülen KZVD'lerini çok boyutlu olarak bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu konuda yapılacak çalışmalar ile bilgilerimizin artırılması, kendine zarar veren ergenleri daha iyi anlamamızı ve daha etkin tedavi edebilmemizi sağlayacaktır. Ayrıca, bu alanda çalışan ruh sağlığı uzmanlarının, daha etkin koruyucu önlemleri geliştirmesine katkıda bulunacaktır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1.KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI

2.1.1. Tanım

Kendine zarar verme davranışı (KZVD), son yıllarda yaygınlığı artmakta olan ve özellikle ergenlik döneminde sık görülen önemli bir ruh sağlığı problemidir [10]. KZVD, yaygın görülmesine rağmen, önceki tanısıl sınıflandırma sistemlerinde olduğu gibi *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı– Son Gözden Geçirilmiş Baskısı* [11] ve *Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması Onuncu Baskısında (ICD-10)* ayrı bir klinik durum olarak tanımlanmamıştır [11]. DSM-IV-TR’de *basamaklıp davranış bozukluğunda* “işlevselliği bozan ya da tedavi almayı gerektirecek kadar; kendi kendini ısırma, derisini yolma, kafa vurma, vücuduna vurma gibi yineleyici ve işlevsel olmayan motor hareketler” ve *borderline kişilik bozukluğunda* “kendine zarar verme (kendine kıyım) davranışları” olarak yer almaktadır [11].

Tanı sınıflandırma sistemlerinde yer almaması; kendine zarar verme davranışının birbirinden farklı, çok sayıda tanım ve terim ile ifade edilmesine neden olmuştur. KZVD yazında; **deliberate self-harm**: kasten kendine zarar verme, **self mutilation**: kendini yaralama, **self injury**: kendine zarar verme, **self destruction**: kendini tahrip etme, **parasuicide**: ölüm amacı taşımayan intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları, **autoaggression**: otoagresyon- kendine yönelik agresyon gibi çeşitli tanım ve terimler ile ele alınmıştır. Bu davranışı anlatan birçok terimin kullanılması, KZVD ile ilgili dil ve kavram karmaşasına neden olmuştur. Yazın incelendiğinde; borderline kişilik bozukluğu ölçütlerinde de geçen “**self-mutilation**” teriminin, genellikle bir vücut parçasının fiziksel ya da işlevsel olarak tam ya da kısmi kaybını içeren ağır bir kendine zarar verme biçimini ifade ettiği görülür. “**Self harm**” terimi, sıklıkla KZVD ve intihar girişiminin ikisini de kapsayacak şekilde kullanılmıştır; geniş anlamda kumar oynama ve madde bağımlılığı gibi kişiye zarar verme riski olan davranışlar ve alışkanlıkları da içerir. “**Self-injurious behavior**” terimi, yaygın gelişimsel bozukluğu ve mental retardasyonu olan kişilerde olduğu gibi, kontrol edilemeyen (kasten olmayan ya da bilinçsiz) stereotipik veya alışkanlık haline gelmiş kendine zarar verme davranışlarına da vurgu yapmaktadır. “**Deliberate self harm**” terimi ise, bazı ülkelerde “*intihar niyeti olmayan kendine zarar*

verme" yerine kullanılırken; bazı ülkelerde intihar niyeti olup olmadığına bakılmaksızın "ölümcül olmayan yaralanmaları" ifade etmek için kullanılmıştır [12, 13]. İntihar niyeti ile kendine zarar vermenin birlikte ele alınması kavram karışıklığına yol açmakta; aslında iki fenomenin birbirinden farklı amaçlara hizmet ettiği gerçeğinin üzerini örtmektedir [14]. Özellikle, bu iki davranışın ayırt edilmesi ve uygun bir tanımının yapılması; ergenleri başarıyla tedavi etmek ve doğru bir şekilde kavramlaştırma için hayati önem taşımaktadır [15]. Bu nedenlerle, son yıllarda **"intihar niyeti taşımayan kendine zarar verme"** (Nonsuicidal self-injury) araştırmacılar tarafından kabul gören bir terim olmaya başlamıştır [12, 13].

Favazza (1998), KZVD'nı "kişinin yaşamını sonlandırma amacı olmaksızın kasıtlı olarak ve tekrarlayıcı biçimde beden dokularına zarar vermesi olarak" tanımlamıştır [16]. Yazında, KZVD ile ilgili tanımlarda ortak olan özellikler; vücudun belirli bölümlerine zarar verilmesi, tekrarlayıcı olması, kasıtlı olması ve ölüm niyetinin olmamasıdır. Vücut bütünlüğünün zarar gördüğü ancak kültürel olarak kabul gören piercing, dövme yaptırma gibi durumlar ya da nesiller arası aktarılan kültürel ritüeller, dinsel ayinler bu kavramın dışında bırakılmıştır. Kasıtlı olarak yapılan kendini kesme, çizme, deriyi yolma, kazıma, yakma ve benzeri davranışlar KZVD'ları arasında yer almaktadır [1, 16].

KZVD'nin farklı bir klinik durum olduğu konusunda fikir birliği oluşmuştur ve KZVD'nin yazım aşamasında olan DSM-5'te ayrı bir klinik durum (disorder) olarak ele alınmasına karar verilmiştir [12]. Mevcut DSM-5 önerisine göre, kendine zarar verme davranışının tanı ölçütleri şu şekildedir:

Kendine zarar verme davranışı

- A.** Kişi, geçen sene içerisinde; 5 ya da daha fazla günde, kasıtlı olarak, yalnızca hafif ya da orta şiddette zarar verme niyeti ile ve kültürel olarak kabul edilmeyen bir şekilde (ör: piercing, dövme), vücut yüzeyinde hasar oluşturmuş ya da kanama, zedelenme veya ağrı ile sonuçlanan (kesme, yakma, vurma, sürme vb) bir eylemde bulunmuştur. İntihar amacının olmaması ya hastanın kendisi tarafından belirtilmiştir, ya da hastanın ölümcül olmadığını bildiği metodları sıklıkla kullanması söz konusudur (net değil ise BTA olarak kodlanır). Davranış tırnak yeme, yara kabuğu ile oynama gibi önemsiz değildir.
- B.** Kasıtlı zarar verme aşağıdakilerden en az iki tanesi ile ilişkilidir:
1. Kendine zarar vermenin hemen öncesinde depresyon, anksiyete, gerginlik, öfke, genel stres, kendini eleştirme gibi olumsuz his ya da düşünceler vardır.
 2. Davranış öncesinde niyet edilen eyleme ile uğraş ve direnme güçlüğü vardır.
 3. Kendine zarar verme isteği; her zaman eyleme dönüşmese de sık sık hissedilir.
 4. Eylem bir amaca yönelik olarak gerçekleştirilir; bu olumsuz bir duygudan veya zihinsel süreçten, ya da kişiler arası ilişkiden kaynaklanan güçlükten kurtulma veya pozitif bir his yaratma amacı olabilir. Kişi zarar verme sırasında ya da hemen sonrasında bunun gerçekleşeceğini beklemektedir.

- C. Davranış ve sonuçları klinik olarak belirgin sıkıntı ya da kişiler arası, akademik, veya diğer alanlarda işlevsellikte bozulma ile sonuçlanır.
- D. Davranış, psikotik atak sırasında, deliryum ya da entoksikasyon halinde ortaya çıkmamıştır. Gelişimsel bozukluğu olan kişilerdeki stereotipik davranışın bir parçası değildir. Başka bir ruhsal ya da tıbbi hastalığın parçası değildir (ör: psikotik bozukluk, yaygın gelişimsel bozukluk, mental retardasyon, Lesch Nyhan Sendromu)

2.1.2. Tarihçe

Kendine zarar verme davranışını vurgulayan yazılar, antik çağlara kadar uzanmaktadır. Herodot, Tarihin Altıncı Cildi'nde *"kendini dilim dilim kesen bir kişiyi"* anlatırken; Eski Ahit'te, *"bıçak ve neşter ile kendilerini kesen bir gruptan"*; Yeni Ahit'te *"cinlerin etkisindeki bir adamın gece gündüz bağırıp çağırdığı ve kendisini taşla kestiğinden"* söz edilmiştir [17-19]. Hataları ve suçlarından dolayı gözlerine zarar veren kişilere, Yunan mitolojisinde ve Norveç mitolojisinde yer verilmektedir ve KZVD ilgili olarak tıbbi literatürde, 1846' da suçluluk duyguları içinde her iki gözünü çıkarmış olan *"ilk kadın"* hastadan bahsedilmektedir [18].

Emerson (1913), kendini kesmeyi mastürbasyonun sembolik bir görünümü olarak değerlendirdiği bir çalışmada, ilk kez kendine zarar verme (self mutilation) kavramını kullanmıştır [20]. Erken dönem psikanalitik çalışmalarda, genital yaralanmalara ve organ kayıplarına yol açan KZVD'ları; kastrasyon korkusu, mastürbasyon ve sapkın cinsel arzuların önüne geçmek için yapılan davranışlar olarak değerlendirilmiştir. Man Against Himself (Kendine Karşı İnsan) adlı kitabında Menninger (1938), KZVD'nı (self mutilation), intiharı önlemeye yönelik hafifletilmiş bir intihar girişimi olarak tariflemiştir. Menninger; kendine zarar verme derecesinin önemine, hangi vücut parçasını hedef aldığına, davranışın arkasındaki psikodinamik etkenlere ve kendine zarar vermenin kişinin kültürel içeriğindeki anlamına vurgu yapmıştır. Ayrıca KZVD'larını; nörotik (ör: tırnak yeme, aşırı epilasyon, gereksiz plastik cerrahi girişimler), dini (ör: kendini kırbaçlama), törensel (ör: sünnet), psikotik (ör: genital kendine zarar verme, amputasyon), organik beyin hastalığı (ör: başını vurma), geleneksel (ör: tırnak kesme, saç kesme) olarak sınıflandırmıştır [21].

1960 ve 1970'li yıllardaki araştırmalar, self-mutilasyon kavramını çoğunlukla bileklerini kesme ve kendini kesme merkezinde ele almıştır; çocukluk çağı ayrılma-bireyleşme sorunları ve bu sorunların ergenlik dönemi yansımalarına odaklanmıştır. Kendine zarar

verme davranışını, gerçek dışılık ve boşluk duyguları ile baş etmenin ilkel bir yolu olduğu ileri sürülmüştür [22].

1969 yılında Pao, kendini kesen kişileri düşük ölüm riski ve yüksek ölüm riski taşımalarına göre iki gruba ayırmıştır; düşük ölüm riski olanların genç olduklarını, tekrarlayıcı şekilde, yüzeysel olarak kendilerini kestiklerini ve sınır kişilik bozukluğu tanısı aldıklarını; yüksek ölüm riski taşıyanların ise genellikle yaşlı ve psikotik olduklarını belirtmiştir [23]. Bu çalışmada ele alınan iki farklı grup arasındaki ölüm riski, kendine zarar verme davranışı ve intihar arasındaki farklılığın ortaya konması için fikir verici olmuştur.

Simpson (1976), KZVD'nin (kendini kesme) ölüm düşüncesinden hızlı bir geriye dönüş sağladığı savı ile kendine zarar vermenin, intiharı önleme işlevi olduğunu iddia etmiştir [24]. İngiltere'de Morgan (1979), ölümcül olmayan kendine zarar verici davranışı (self harming behavior) tanımlamıştır; intihar girişimlerini, aşırı alkol alma gibi durumları da tanımın içine almıştır [25].

Favazza (1996), kendine zarar verme ile intiharın ayrı kavramlar olduğunu özellikle vurgulamıştır. Ayrıca Favazza, kültürel etkileri de göz önüne almış ve kendine zarar verme davranışını kültürel olarak onay gören kendine zarar verme ve kültür dışı (onaylanmayan) kendine zarar verme olarak ikiye ayırmıştır [18].

1990'lı yıllarda yapılmış olan çalışmaların bir kısmında, çocukluk çağı travmaları ile kendine zarar verme arasındaki ilişkiye önem verilmiştir [22]. 1990'lı yıllardan sonra kendine zarar verme ile ilgili çalışmalarda belirgin artış olmuştur. Ancak; kendine zarar verme davranışının farklı terimlerle tanımlanması, intihar girişi-kendine zarar verme davranışı ilişkisinin karmaşıklığı ve bazı çalışmalarda KZVD'nin intihar girişi ve niyetinden ayrıştırılmaması gibi nedenlerle yazındaki karışıklık devam etmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, "*nonsuicidal self-injury*" tanımı üzerinde bir uzlaşma oluşmaya başlamıştır. Bu uzlaşma, DSM 5'te kendine zarar verme davranışının ayrı bir klinik bozukluk olarak ele alınması sonrasında, giderek artacaktır.

2.1.3. Epidemiyoloji

KZVD'nin ifade ve tanımlanmasındaki karışıklık, KZVD'nin sıklığı ile ilgili çalışmalara da yansımıştır. Yapılan çalışmaların bir kısmında, intihar girişi ile ayrımının yapılmadığı veya KZVD'nin tanımlanmasında kısıtlılıklar olduğu görülmektedir.

Yapılan çalışmalardan elde edilen veriler, Amerikan yetişkin toplumunun yaklaşık %4'ünde KZVD öyküsü olduğunu ve %1' nin tekrarlayıcı ve şiddetli şekilde kendine zarar verdiğini göstermiştir [7, 26]. KZVD, genellikle ergenlik döneminde başlamaktadır; ergenlik ve genç yetişkinlikte, erişkin yaş grubuna göre daha fazla görölmektedir [27]. KZVD'nin sıklığı, ergenlerin katıldığı toplum örneklemleri çalışmalarda %14-%40 [28, 29]; klinik örneklemleri çalışmalarda da, %40-%61 arasında bulunmuştur [30]. Üniversite öğrencileri arasında ise, KZVD sıklığı %7 ile %17 arasındadır [31, 32]. Jacobson ve Gould (2007), kendine zarar verme davranışı olan ergenlerle yapılmış araştırmaları gözden geçirdikleri çalışmalarında; KZVD'nin hayat boyu yaygınlığını %13.0-23.2; bir yıllık yaygınlığını da %2.5-12.5 olarak bildirilmiştir. Yazarlar, derledikleri araştırmaların okula devam eden ergenlerle yapılmış oluğunu eklemişler; bu doğrultuda okula devam etmeyen ergenlerde psikopatolojinin daha yaygın olması nedeniyle, gerçek KZVD oranlarının daha yüksek olabileceğini vurgulamışlardır. Yaygınlık araştırmalarında rapor edilen geniş aralığın, çalışmalarda farklı değerlendirme yöntemleri ve tanımların kullanılmasına bağlı olabileceği ileri sürölmüştür [33].

KZVD, genellikle 10-24 yaş arasında başlamaktadır ve ortalama başlama yaşı 13-14 yaş olarak bildirilmektedir [26, 34]. KZVD bazı gençlerde tekrarlayıcı bir davranış olarak sürmektedir. Yapılan alışmalarda, KZVD olan gençlerin %50 -75'i birden fazla kez kendilerine zarar verdiklerini belirtmiştir [32, 35]. KZVD'nin ne kadar süre devam ettiği konusunda bilgiler sınırlı olmakla birlikte; bir çalışma, ergenlerin %40'ının 1 sene içinde, %80'nin de 5 yıl içinde kendine zarar vermeyi bıraktığını göstermiştir[32].

Yazında KZVD'nin kızlar ve erkekler arasında dağılımı konusunda farklı sonuçlar mevcuttur. Kimi alışmalar KZVD'yi, kızlarda ve erkeklerde eşit oranlarda [7, 36, 37] raporlamış; diğerleri de kızlarda, erkeklere göre daha sık bildirmiştir [29, 38]. Erkeklerin daha çok vurma ve yakma şeklinde kızların ise keserek kendine zarar verdiği belirtilmiştir [3, 39].

Ergenlerde yapılan çalışmalarda en sık kullanılan KZVD yöntemlerinin, kendini kesme ve vurma olarak belirtilmiştir [3, 36]. Bazı yazarlarca kendini kesme, deriyi kazıma, yakma, vb. eylemler, KZVD'nin daha ağır formları olarak tanımlanmıştır; vücudu bir yere çarpma, iğne batırma, saçını çekme, yara yerinden deri yolma gibi davranışları da daha hafif formlar olarak nitelendirmişlerdir. Daha ağır formlar, daha ağır psikopatoloji ile ilişkilidir [1].

Ülkemizde, KZVD konusunda yapılmış sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. İstanbul'da lise öğrencileri arasında Zoroğlu ve ark. (2003) tarafından yapılmış olan bir çalışmada, KZVD sıklığı % 21.4 olarak bulunmuştur; kız ve erkek katılımcılar arasında fark bulunmamıştır [36]. Bu oldukça yüksek bir orandır ve ülkemizde KZVD'nin ergenler arasındaki yaygınlığını bize göstermesi açısından önemlidir. Yine İstanbul'da 1258 ergenin katıldığı bir çalışmada, çalışmaya katılan olguların oldukça yüksek bir oranda; %57'sinin en az bir kez kendine zarar verdiği bildirilmektedir [19]. 2006 yılında iki devlet üniversitesinden 636 katılımcının yer aldığı bir çalışmada ise, öğrencilerin %15.4'ünde kendine zarar verme davranışı saptanmıştır [40]. Sokakta yaşayan ve 21 yaşından küçük olan çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada, KZVD %21 bulunmuştur [41]. Klinik örnekleme ise, bir ergen biriminde Ocak 2006-Ekim 2007 tarihleri arasında polikliniğe başvuran 730 olgunun geriye dönük dosya taramasında, %9'unun kendini kesme davranışı gösterdiği saptanmıştır [42].

2.1.4. Kendine zarar verme davranışının sınıflandırılması

Favazza, kendine zarar verme davranışını major, stereotipik, kompulsif ve impulsif kendine zarar verme şeklinde dört gruba ayırmıştır [43].

Major kendine zarar verme; yaşamı ciddi olarak tehdit edebilen veya geri dönüşümsüz vücut hasarı oluşturan kendine zarar verme davranışlarını tanımlamaktadır. Gözünü çıkartma, kastrasyon, kol ve bacak amputasyonu gibi bu grupta yer alan zarar verme davranışları, özellikle psikotik bozukluklarda görülmektedir. Psikotik bozukluğu olmayan kişilerde "cinsel günaha" karşı kendini cezalandırma, "cinsel günahattan" kurtulma gibi niyetlerle göz ve cinsel organlarına zarar verme davranışı görülebilmektedir [43].

Stereotipik kendine zarar verme; herhangi bir kişisel ve sosyal içerikten bağımsız, tekrarlayıcı, monoton, ritmik, çoğu zaman dürtüsel şekilde hafif veya yaşama zarar verici boyutta olabilen kendine zarar verme davranışlarını içermektedir. Başına vurma, başını duvara vurma gibi ve benzeri davranışlar mental retardasyonu ve ağır yaygın gelişimsel bozukluğu olan olgularda görülmektedir. Bilinçli bir eylemden çok biyolojik yönü güçlü dürtüsel davranışlardır [43].

Kompulsif kendine zarar verme; gün içerisinde sıklıkla tekrar eden, genelde bilinçsiz ve ritüalistik şekilde saç yolma, tırnak yeme, deriyi kopartma ve çizme gibi davranışları

tanımlar. Kronikleştikten sonra bu davranışları yapmamak, kişide stres oluşturabilir ve devam eden davranışlar vücutta şekil bozukluklarına yol açabilmektedir [43].

İmpulsif kendine zarar verme; impulsif agresyonun dışa vuruk şekilde ortaya çıkması sonucunda, eylemi yapan kişiye stres karşısında hızlı ve kısa süreli rahatlama sağlayan davranışları içerir. Deriyi kesme, yakma, yontma, şekil kazıma, yara iyileşmesine engel olma, kendine vurma, kemiklerini kırma, iğne batırma gibi davranışlar bu grupta sık görülmektedir. İntihar niyeti taşıyan davranışlar ile açlıktan ölme ve madde kullanma gibi dolaylı yollardan kendine zarar verme bu tanımın dışında bırakılmıştır. İmpulsif kendine zarar verme, epizodik ve tekrarlayıcı kendine zarar verme şeklinde ikiye ayrılmaktadır. *Epizodik tip*, düzensiz bir şekilde ve sınırlı sayıda kendine zarar vermeyi içermektedir. Bu kişiler kendilerini daha iyi hissetmek veya duygularını kontrol almak için kendilerine zarar vermektedir. *Tekrarlayıcı tipte* ise, sık ve çok sayıda kendine zarar verme davranışı görülmektedir [43]. Bu davranışlar bağımlılığa da vurgu yapan bir şekilde, kişinin kimlik algısının kabul edilmiş bir yüzünü; içsel ve dışsal uyuranlara karşı otomatik cevap verme tarzını temsil edebilmektedir [44].

2.1.5. Kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi

Yazında, KZVD ve intihar girişiminin farklı amaçlar taşıdığı belirtilmiştir ve bu iki kavramı birbirinden ayırt etmenin önemi vurgulanmıştır (Welch, 2001, Gratz 2001, Zila ve Kiselica 2001, Muehlenkamp (2005). Ayrıca; bu iki grubu birbirinden ayırt etmeyen çalışmaların önemli bulguları saptırabileceği ve KZVD'nın işlevlerini açıklama yönelik bilgiyi gizleyebileceği belirtilmektedir (Messer ve Fremouw 2008).

Bununla birlikte, kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimi arasında karmaşık bir ilişki vardır. Wong ve ark (2007), çalışmalarında intihar düşüncesine sahip olmayı kendini yaralama davranışı için risk faktörü olarak tespit etmiştir. Aynı zamanda, KZVD öyküsü olan gençlerin intihar girişimi için artmış risk taşıdığı da belirtilmektedir (Hawton ve ark. 1997, Dulit ve ark. 1994, Zlotnick ve ark. 1997). Joiner (2005) bu konudaki hipotezinde, kendine zarar veren bireyin, buna bir süre sonra alıştığını ve ağrı duygusunun azaldığını; böylece daha korkutucu bir eylem olan intihar için cesaret ve motivasyonun arttığını öne sürmüştür; bu nedenle, kendini yaralamanın intiharın bir öncülü olabileceğini savunmuştur. Kendini yaralayan kişilerin %50-75'inin, daha sonraki bir zaman diliminde intihar girişiminde bulunabildiği belirtilmiştir (Joiner 2005, Nock ve ark. 2006).

Bir başka bakış açısıyla da, kendine zarar verme davranışının işlevleri arasında *"intihardan kaçınma, intihar dürtüsünü kendine zarar vererek engelleme"* hipotezi sayılmaktadır (Suyemoto 1998, Klonsky 2007). Böylece kendine zarar verme davranışları, hem intihar davranışına zemin hazırlayan hem de intihardan kaçınma işlevi gören bir role sahiptir.

2.1.6. Etiyoloji

2.1.6.1. Psikodinamik etkenler

Psikodinamik bakış açısıyla, kendine zarar verme daha çok kendini kesme ile eş değer tutulmuştur. *"A Psychotherapeutic Approach To Self Harm"* kitabında Fiona Gardner (2001); kendini kesen kişinin eylem sonrasında geçici bir rahatlama yaşaması ve başedilemeyen bunaltıcı duyguların kendini kesme yolu ile hafiflemesini vurgulanmıştır; bunun yanı sıra, kişinin kendisini bu yolla gerçek hissettiği, bedenin kontrolünü ele geçirdiği ve başkaları ile arasında sınır çizdiğini belirtilmiştir. Gardner'a göre; emosyonel sıkıntı, umutsuzluk ve bozgun *"bedene eziyet yolu"* ile çözüm bulur. Kendini kesen kişi, başkalarına karşı; bazen de, kontrol edemediği kendi arzularına karşı; duyduğu öfkeyi, kendisine döndürür ve bedenine saldırır; sonuçta bir rahatlama oluşur. Bu yolla *"emosyonel acı"*, yerini başa çıkması daha kolay olan, *"fiziksel acıya"* bırakır ve metaforik olarak birbirinden ayrılmış olan, beden ve kendilik bütünleştirilir. *"Kontrol edilemeyen"*, kontrolü ele geçirilmiş olur; aynı zamanda zarar vermeye bağlı bir haz duygusu da, buna eşlik eder. Bu nedenle ile kesme, *"bağımlılık yapıcı"* şekilde süregider. Genellikle kendini kesme; çocukluk çağında örseleyici olaylar yaşayanlarda, ihmal ya da istismara uğrayanlarda ya da terk edilenlerde siktir ve kesme, *"acıyı kesip çıkartma"* anlamı taşır. Kesmenin bu yönden *"karşıtlık"* içeren bir anlamı vardır; içinde yaşamaya devam etme ve hayatla başa çıkma güdüsü barındırmaktadır.

Glasser'in (1992) tanımladığı, *"çekirdek yapı-core complex"* ve *agresyonun içe döndürülmesi*; *"ölküleştirilmiş anne ile kaynaşma ve tek bir bütün olma düşlemi"* ile yutulma anksiyetesi sonucunda gelişen, ambivalans ve bu çatışmanın çözümü için kullanılan savunmalar; içeride kendiliğe, yüzeyde bedene yönelen agresyona neden olur.

Anne tasarımı, kendilik tasarımı ile narsistik bir bağlantı içindedir. Bir yandan, annenin talep edici olarak algılanması sonucunda, *"kaynaşma düşlemi"* ile kendiliği yitirme tehdidi bir alaşım oluşturur. Bu durum, yutulma, zapt edilme, ve ihlal edilme düşüncelerinde

kendini yansıtır. Diğer yandan da; anne duygusal gereksinimleri yeterince anlamayan ve doyuramayan birisi olduğu algısı ile, kayıtsız ve ilgisiz olarak görülmeye başlanır; ve daima reddedilme duyguları ile birlikte. Bütün bu yapılanma; yutulma anksiyetesi ile sonuçlanır; eşlik eden savunmalar, narsistik geri çekilme ve kendiliği koruyan agresyondur.

Narsistik geri çekilme; terk edilme endişeleri, çökkünlük, izolasyon ve değersizlik duygularında azalma için bir yatkinlik oluşturur. Bu da, tekrar “kaynaşma düşlemlerine” geri dönüş sağlar. Glasser; çekirdek yapıdaki bu bölümünün, *kötü bir kısır döngü* olduğuna dikkat çeker. *Kendini koruyan agresyon ise*; yıkıcı ve güçlü olarak algılanan anneyi, yok etme ya da etkisizleştirme amacını taşır.

Annenin kayıtsız algılanması sonucunda da, benzer savunmalar ortaya çıkar. Bu savunmaların eş zamanlı olarak görülmesi nedeniyle, agresyon aynı zamanda kendiliğe döndürülür. Ruhsal çatışma savunmacı bir uzlaşmaya neden olur. Çatışmanın çözümü düşmanlıktır ve bu düşmanlık dışarıya ve dış nesnelere yönlendirilmek yerine içeride kendiliğe ve bedene yönlendirilir. Yutulma anksiyetesi ve içe döndürülen agresyon kendine zarar verme davranışıyla sonuçlanır.

Glasser (1998), kendiliği koruyan (*self-preservative*) şiddet ile sado-mazoşistik şiddeti birbirinden ayırmıştır. İlk tipteki şiddet eylemi; bireyin yıkıcı agresyonları, kendi bedenine yönlendirme amacını taşır. Sado-mazoşistik şiddette ise, amaç tehlikeyi yadsımak, kendine eziyet etmek ve acı çekmektir. Kendine zarar veren kişilerde, bu iki tipteki saldırganlık bir arada görülür. Yıkıcı agresyonlarını; başkasına yönlendirmek yerine, birey şiddet eylemini kendi bedenine yöneltir. Her iki yıkıcı eylemin, güdüleyicisi benzerdir: *“Katlanılmaz tasarım ve düşünceler. “Olumsuz, değersizleştirici, yıkıcı düşünceler”*; rahatsız edici, tehdit edici ya da kaygı yaratan emosyonların kaynağıdır. Bu emosyonlar, yaşamın erken dönemindeki nesne ilişkilerinden kaynaklanmaktadır. Travmatik olaylar, fiziksel ya da cinsel istismar içselleştirilmiştir. Birey; “salırganlık yüklü ve engelleyici” nesne tasarımları ve ayrışma kaygısı nedeniyle ambivalans yaşar. Aslında, kendini kesme ile oluşan yaralar, bu ambivalansın metaforik bir göstergesidir: *“Esirliğin izleri ve keserek özgürleşme arzusu”*

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. Örselenen ve örseleyici, aynı bireyde birleşik durumdadır. Kendine zarar verme; aynı zamanda güç gösterisi, meydan okuma, özerkliğin ve bağımsızlığı dışavurumu ve umutsuz bir kendini kontrol çabası olarak işlev görür (Fonagy ve Target 2003, Odağ 2009).

Yazında, sıklıkla kendine zarar verme davranışı ile şiddetli örselenmeler arasında güçlü bir bağın olduğu bildirmektedir. Ergenlerde, dönemin çözülmemiş sorunları ile örselenmeler birbirlerini şiddetlendiren bir etkileşim içindedir. Kendine zarar verenler, ne içinde bulundukları tehlikeyi algılar, ne de korunma gereği duyarlar. Aynı zamanda, tehlikeli eylemler tümgüçlülüğün sergilenmesidir (Odağ, 2009).

Emerson (1913) ve Fenichel'e, (1945) göre, kendini kesme sembolik bir mastürbasyon eşdeğeridir. Gardner (2002) da bu bağlamda kendini kesmenin, mastürbasyon benzeri kendini yatıştırıcı ve kendini iyileştirici yönünü belirtmiştir.

2.1.6.2. Biyolojik etkenler

Kendine zarar vermenin; bağımlılık ve ağrı ile ilişkisinden dolayı endojen opiyatlar; agresyon ve impulsif doğasından dolayı serotonin; kompulsif doğasından dopamin üzerinde çalışmalar yoğunlaşmıştır. Ancak kendine zarar verme davranışının, nörobiyolojik yönü henüz açık olarak anlaşılmış değildir.

Opiyat sistemi

Mental retardasyon, otizm ve borderline kişilik bozukluklarındaki kendine zarar verici davranışlar ile endojen opiyat sistemi arasında ilişki olduğu ileri sürülmektedir [45, 46]. Bu görüşü destekler şekilde, opiyat reseptör antagonistlerinin borderline kişilik bozukluğu, mental retardasyon ve otizmde kendine zarar verici davranışları azalttığı gösterilmiştir [47-49]. İntihar niyeti olmaksızın kendine zarar veren kişilerde yapılan bir çalışmada, kendine zarar veren grubun BOS β -endorphin ve met-enkephalin düzeyleri belirgin derecede düşük bulunmuştur [50, 51]. Endojen opiyatların kendine zarar verme davranışlarındaki rolünü açıklamak için, iki temel varsayım vardır. Birinci varsayımda, kendine zarar veren kişi kendi endojen opiyatlarına bağımlı hale gelmiştir ve kendine zarar verme davranışında bulunarak endojen opiyat salınmasını sağlamaktadır [52]. İkinci varsayım ise, ağrı ile ilişkilidir. Endojen opiyatlar, ağrı eşiğini yükselterek; eylem sırasında

ağrı duyulmasını önlemektedir. Kendine zarar veren ve yüksek ağrı eşiği olan kişilerle yapılmış olan çalışmalarda, merkezi ve periferik opiyat düzeylerinin yüksek olduğunun gösterilmesi; bu görüşü desteklemektedir [53].

Dopaminerjik Sistem

Kendine zarar verme davranışlarının, kompulsif ve stereotipik olarak gözlendiği Lesch-Nyan sendromunda, kendine zarar verici davranışla ile dopaminerjik sistem bozukluğu ve dopamin resöptör aşırı duyarlılığı arasında bağlantı kurulmuştur [54]. Dopamin ile tekrarlayıcı şekilde kendine zarar verme ilişkisi mental retardasyon ve yaygın gelişimsel bozukluğu olan olgularda da gösterilmiştir [55]. Hayvan deneylerinde postsinaptik dopamin D₁ ve D₂ reseptörlerinin duyarlı hale getirilmesi kendine zarar verme ile ilişkili bulunmuştur. Yaygın gelişimsel bozukluklarda görülen kendine zarar verme davranışları dopamin antagonist etkileri olan antipsikotiklerle azalmaktadır [53]. Bu bulguların aksine intihar niyeti olmadan kendine zarar veren kişilerin BOS dopamin metabolitleri açısından kontrol grubundan farklı olmadığı bildirilmiştir [50].

Serotonerjik sistem

Erken dönem çalışmalarda kendine zarar verme davranışları, intihar girişimi ile birlikte ele alınmıştır. Bu çalışmalarda kendine zarar verme davranışı olan kişilerin BOS incelemesinde serotonin metaboliti 5-hidroksiindolasetikasit (5- HIAA) düzeyleri düşük olarak saptanmış; düşük serotonin düzeylerinin kendine zarar verme ve şiddet davranışı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir [56].

İntihar niyeti olmayan kendine zarar verici davranışlarda da BOS serotonin düzeyinin azaldığı bildirilmektedir [57]. Kendine zarar verme davranışının yaygın olduğu borderline kişilik bozukluğunda, serotonin geri alım inhibitörlerinin kendine zarar verme davranışını azalttığı gösterilmiştir [58]. İntihar niyeti olmadan kendine zarar verme öyküsü olan kız ergenlerde yapılan bir çalışmada periferik serotonin düzeyi kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur [59]. Bu bulgularla birlikte genç yetişkin ve yetişkinlerle yapılan bir çalışmada ise intihar niyeti olmadan kendine zarar veren kişilerle kontrol grubu karşılaştırılmış ve BOS 5-hidroksiindolasetikasit (5- HIAA) düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.[50] Serotoninle ilgili genetik araştırmaların derlendiği bir çalışmada serotonin taşıyıcı gen polimorfizmiyle kendine zarar verme ve intihar davranışları

arasında bir bağlantı bulunamamış; aynı psikiyatrik tanılı hastalardan kendine zarar verme davranışı olanların genotipinde daha sık "S" alleli saptanmıştır [60].

Hipotalamik-hipofizer-adrenokortikal eksen

Erken dönemde travmatik olaylara maruz kalmanın, kişilerin HPA ekseninde ve beynin ağrı işleme merkezlerinde bozukluklara yol açtığı ileri sürülmüş; aynı zamanda her iki sistemin emosyon regülasyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [51]. Kendine zarar verenlerin çok büyük kısmının ağrı hissetmedikleri ve emosyon regülasyonunda güçlükler yaşadığı bilinmektedir [51].

2.1.6.3. Psikososyal Etkenler

İstismar

Kendine zarar veren ergen ve yetişkinlerle yapılan çok sayıda araştırma kendine zarar verme davranışı ile çocukluk çağında yaşanan travmalar arasında ilişki olduğunu göstermiştir [61]. Çocukluk döneminde fiziksel istismar ve duygusal ihmale uğrayan kişilerde kendine zarar verme davranışları daha sıktır [61]. Fiziksel istismarın kendilik ve bedenin ayrışmasına, ağrı duygusunun daha az hissedilmesine ve bedene zarar vermenin kolaylaşmasına neden olduğu belirtilmiştir (Yates 2004).

Cinsel istismarın da kendine zarar verme (özellikle kendini kesme) için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmaların hemen hemen tamamında kendine zarar verici davranışı olanlarda, olmayanlara göre daha sık cinsel istismar öyküsü bildirilmiştir [61]. Yazında kendine zarar verici davranışların birebir cinsel istismarın sonucu olduğunu düşünen araştırmacılar bulunmaktadır. Ancak 43 araştırmanın derlendiği bir çalışmada cinsel istismarın kendine zarar verme için ılımlı bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir [62].

İstismara uğramış kişilerin; suçluluk duyguları nedeni ile kendini cezalandırmak, travmatik yaşantıyı hatırlatıcı düşünce ve duygulardan kurtulmak, kendilik kontrolünü sağlamak, yaşanan duyguları sembolleştirmek, yaşadığı öfkenin farkına varmak ve hayatta olduklarını hissetmek için ayrıca aile ile ilişki kurma ve intikam almanın tek yolu olarak, kendilerine zarar verdikleri öne sürülmüştür [41].

Muehlenkamp ve ark. (2010) cinsel ve fiziksel istismar ile KZVD ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında fiziksel istismar ile KZVD arasında cinsel istismara göre daha güçlü bir ilişki

bulmuşlar. İstismar ve KZVD rasındaki ilişkide emosyonel regölasyonun bozulmasına vurgu yapmışlardır.

Ailesel Etkenler

Aile özellikleriyle ilgili olarak yapılan izlem çalışmalarına göre ailesinden ayrı olan, çocukluğunda bir süre de olsa ailesinden ayrı kalan veya ailesi boşanmış ergenlerin kendine zarar verme riski daha yüksekken; olumlu ailesel ilişkilere sahip olan ergenlerin kendine zarar verme riski düşük bulunmuştur [40].

Kendine zarar verenlerin ailelerinde kendine zarar verme öyküsü sıktır. Aile bireylerinden birinde fiziksel bir hastalık veya psikopatoloji olması, alkol ve madde kullanım bozukluğu, ergenlerin kendine zarar verme davranışı ile ilişkilidir [61, 63]. Ancak ailede görülen eksan bir psikiyatrik tanılar ve kendine zarar verme davranışını inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ailesel yüksek emosyonel dışavurumun da ergenlerin kendine zarar verme davranışı ile ilgili olduğu belirtilmiştir [64].

Ailesel faktörlerin, başka dışsal faktörlerle birlikte ergenlerin sorunlarını çözmede yetersizliğe neden olduğu ve ergenlerde kendine zarar verme için riskli psikolojik süreçlere yol açtığı öne sürölmektedir. Ayrıca uygun olmayan ailesel ve dışsal süreçlerin ergenlerin özsaygı ve kimlik oluşumuna olumsuz etki yaptığı, bunun kendine zarar verme ile ilişkisi gösterilmiş depresyon ve umutsuzluğa yol açtığı belirtilmiştir [65].

Bulaşma

Ergenlerin arkadaş etkisiyle madde kullanımı, şiddet ve diğer riskli davranışlarda bulunduğu bilinmektedir. Ergenlerin arkadaş etkisinde kalması; kendisiyle ortak ilgi alanları olan yaşıtlarıyla arkadaşlık kurmak veya arkadaşlarının etkisinde kalarak onlara benzeyerek sosyalleşme süreçleri sonucunda olmaktadır [66]. Kendine zarar veren ergenlerin en azından bir kısmında bulaşma etkisinin kendine zarar verme davranışına yol açtığı belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %82'si en az bir tane kendine zarar veren arkadaş olduğunu bildirmiştir [67]. Kızların ve yaşı küçük ergenlerin bulaşma etkisine daha çok maruz kaldığı ifade edilmektedir [66].

2.1.6.4. Kişisel psikolojik etkenler

Kendine zarar veren ergenlerde çok sayıda kişisel etken söz konusudur. Bunların başlıcalarına aşağıda değinilmiştir.

Olumsuz duygulanım (negatif affekt): Kendine zarar verenlerin kendine zarar vermeyenlere göre günlük hayatlarında daha sık ve şiddetli olumsuz duygulanımlar yaşadığı bilinmektedir. Kendine zarar verenlerin olumsuz mizaç özellikleri daha sık, emeoyon regülasyonu bozuk, depresyon ve kaygı düzeyleri yüksektir [34]. Olumsuz duygulanım kendine zarar verme için bir risk faktörü olabileceği gibi, kendine zarar verme olumsuz duygulanımdan kurtulmak için bir işlev görüyor olabilir. Bu konu emosyonel regülasyon ve işlevler bölümünde daha ayrıntılı açıklanmıştır.

Duyguları dışa vurmada güçlükler: kendine zarar veren ergenlerin deneyimlerine uygun duygulanım yaşamadıkları, duygulanımlarını uygun şekilde ifade edemedikleri ve duygularınının tam olarak farkında olmadıkları gösterilmiştir [34]

Sosyal problem çözme becerisindeki güçlükler: Bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin sosyal problem çözme becerilerinin kendine zarar vermeyen ergenlere göre kötü olduğunu gösterilmiştir [68].

Olumsuz kendilik algısı: Kendine zarar veren ergenlerde; kendini aşırı eleştirme, kendinden hoşlanmama, kendine yöneltilmiş yoğun öfke bulunmaktadır. Kendini cezalandırma isteği ve kendine öfke duyma kendine zarar verme davranışı için güçlü motivasyon sağlayan öğelerdir. Kendine zarar verme davranışı olumsuz kendilik algısını artırırken, özsaygıyı azaltmakta ve böylelikle kendine zarar verme için bir kısır döngü oluşmaktadır [34].

Düşük stres toleransı: Kendine zarar veren 12-19 yaş aralığındaki ergenlerin sağlıklı ergenlerle karşılaştırıldığı bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin stres karşısında daha az dayanıklı oldukları bulunmuş, problemler karşısında fizyolojik olarak yüksek stres düzeylerine ulaştıkları deri iletkenlik testiyle gösterilmiştir [68].

İmpulsivite: Kendine zarar veren kişilerin kontrollere göre daha impulsif olduğu belirtilmektedir. Kendine zarar verenlerin çoğu eylemi 5 dakikadan daha kısa bir süre içerisinde gerçekleştirmektedirler. Ayrıca alkol-madde kullanımı, patolojik kumar,

tıkınırcasına yeme bozukluğu gibi impulsivitenin belirgin olduğu durumlarda kendine zarar verme daha sık görülür. Glenn ve Klonsky (2010) çalışmalarında KZVD'si olan kişilerin impulsivitenin, olumsuz durumlarda ani karar verme, eylem öncesi plan yapabilmek için eylemi geciktirme, heyecan arama gibi lat boyutlarının kendine zarar verme davranışını yordadığını bulmuşlardır.

Disosiyatif yaşantılara yatkınlık: Yapılan çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerin sağlıklı ergenlere göre daha çok disosiyatif belirti gösterdiği bulunmuştur. Özellikle kendini keserek zarar veren ergenlerde bu belirtilerin yüksek olduğu bildirilmiştir [69].

2.1.6.5. Psikiyatrik bozukluklar

Psikiyatrik tanı

Kendine zarar verenlere özgü bir psikiyatrik bozukluk yoktur. Kendine zarar verenlerde birbirinden farklı çeşitli psikiyatrik bozukluklar görülmektedir [70]. Kendine zarar veren ergenlerde depresyon, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, disosiyatif bozukluk, madde kullanım bozuklukları, davranım bozukluğu, yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları (Borderline kişilik bozukluğu başta olmak üzere) en sık görülen ruhsal rahatsızlıklardır [33].

Klinik örnekleme yapılan çalışmalarda kendine zarar vermeye yüksek oranda psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. Yapılan bir çalışmada 15 yaşından büyük kendine zarar veren (intihar girişimini de içeren) kişilerin %92' sinde en az bir psikiyatrik tanı bulunmuştur [71]. Başka bir çalışmada ise bir sene içerisinde kendine zarar veren(intihar niyeti olmayan) 89 ergenin % 88'inde eksen I psikiyatrik bozukluk tanısı saptanmıştır. Toplum örnekleminde yapılan çalışmalar ise oldukça nadirdir. Finlandiya'da yapılan bir çalışmada kendine zarar veren (kendini kesme) ergenlerin %79'una bir eksen I psikiyatrik tanı konulmuştur [72].

Major depresyon

Klinik örnekleme kendine zarar veren ergenlerle yapılan çalışmalarda en sık görülen eksen I tanısı major depresyondur. Yapılan çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerin %42-68'inde major depresyon saptanmıştır. Diğer depresif bozukluklar eklendiğinde bu

oran yaklaşık %89'a çıkmaktadır [33]. Toplum örneklemleri bir çalışmada ise kendine zarar veren ergenlerin %63'ü major depresyon tanısı almıştır.

Kendine zarar veren ergenlerle yapılan toplum örneklemleri çalışmalarda ölçeklerle değerlendirilen depresif belirtiler sağlıklı ergenlere göre anlamlı olarak fazla bulunmuş ve depresif belirtiler kendine zarar verme için bir risk faktörü olarak saptanmıştır [29, 73]. Depresyon aynı zamanda kendine zarar verme sıklığı ile de ilişkili bulunmuştur [74].

Anksiyete bozuklukları

Klinik örneklemlerde kendine zarar veren ergenlerle yapılan bir çalışmada ergenlerin %39'unda bir anksiyete bozukluğu saptanırken [70], toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada ise kendine zarar veren ergenlerin %37'sinde bir anksiyete bozukluğu bulunmuştur[72]. Ergenlerle yapılan toplum örneklemleri çalışmalarda ölçeklerle değerlendirilen anksiyete belirtileri sağlıklı ergenlere göre anlamlı olarak fazla bulunmuş ve anksiyete kendine zarar verme için bir risk faktörü olarak saptanmıştır [29, 73]. Yapılan bir alan çalışmasına göre ise kendine zarar veren ergenlerde özgül fobi kendine zarar vermeyi 8.5 kat, obsesif kompulsif bozukluk 5.3 kat artırmaktadır. Hem depresyon hem de anksiyete bozukluklarının olumsuz kendilik ve bozuk emosyon regülasyonunu üzerinden kendine zarar vermeye yol açtığı öne sürülmektedir [34].

Yıkıcı davranış bozuklukları

Yıkıcı davranış bozuklukları kendine zarar veren ergenlerde anksiyete ve depresyon kadar iyi çalışılmamıştır [75]. Klinik örneklemin değerlendirildiği çalışmalarda yıkıcı davranış bozuklukları kendine zarar veren ergenlerin %24-63'ünde saptanmıştır [70, 76]. Ülkemizde toplum örnekleminde kendine zarar veren ergenlerin alındığı bir çalışmada yıkıcı davranış bozuklukları %25 olarak bulunmuştur [19]. Toplum örneklemlerinde yıkıcı davranış bozuklukları belirtileri arasında görülen davranış problemlerinin, suça yönelik davranışların kendine zarar verme ile ilişkisi önceki çalışmalarda gösterilmiştir [77, 78] Ergenlerle yapılan bir başka çalışmada ise hem davranış bozukluğu belirtilerinin hem de karşı olma karşı gelme bozukluğu belirtilerinin kendine zarar verme ile ilişkili olduğu görülmüştür [75]

Madde kullanım bozuklukları

Madde bağımlılığı olan kişilerin %25-33'ünde kendine zarar verme öyküsü vardır [79]. Klinik örneklemede kendine zarar veren ergenlerin %60'ında bir madde kullanım bozukluğu saptanmıştır [70]. Avrupada yedi ülkede çok merkezli olarak yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenler kendine zarar verme epizodlarının % 20' sinde alkol etkisinde olduklarını, %13'ünde madde etkisinde oldukları bildirilmişlerdir [35]. Madde kullanımının kişinin kendine yönelik şiddeti kolaylaştırdığı ileri sürülmüştür [80].

Yeme bozuklukları

Yeme bozukluğu olan kişilerde kendine zarar verme davranışının sık olması dikkat çekicidir. Bulimiya nervosa olgularının %26-55, anoreksiya nervosa olgularının %27-61' inde kendine zarar verme davranışı vardır [79]. Yeme ataklarının ve kusmaların kendine zarar verme davranışlarında da rol alan olumsuz duygulanım ve regülasyonu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir [34]. Yeme bozuklukları ile ergenlerde kendine zarar verme ilişkisi yetişkinlerde olduğu kadar iyi çalışılmamıştır. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada yeme bozuklukları belirtileri ile kendine zarar verme arasında ilişki bulunmuştur [32]. Ancak bu ilişki tüm çalışmalarda gösterilememiş, kendine zarar veren ergenlerin büyük çoğunluğunun yeme bozukluğuna sahip olmadığı ileri sürülmüştür [34]. Toplumumuzda yapılan bir alan çalışmasında ise ergenlerin yeme tutumları değerlendirilmiş, patolojik yeme tutumları olan ergenlerde kendine zarar verme %11.7 oranında, sağlıklı ergenlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur [81].

Disosiyatif Bozukluklar

Yazında disosiasyona kendine zarar verme patogenezininde merkezi roller veren görüşler vardır [82]. Disosiyatif bozukluğu olan kişilerin %69'unda kendine zarar verme öyküsü saptanmıştır [7]. Yetişkinlerde kendine zarar verme ile disosiasyon bozuklukları arasındaki ilişki klinik örneklemede [83, 84] ve erken yetişkinlik döneminde toplum örnekleminde gösterilmiştir [85]. Disosiyatif belirtilerin ergenlerdeki kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi adli, klinik ve toplum örneklemlerinde yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur [36, 69, 86, 87].

Borderline kişilik bozukluğu

Kendine zarar verme davranışı borderline kişilik bozukluğu için bir DSM-IV tanı kriteridir. Borderline kişilik bozukluğu tanısında kullanılan dokuz ölçütten bir tanesi tekrarlayan intihar davranışları, tehditleri ya da kendine zarar verme davranışdır [11].

Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan kişilerin yaklaşık olarak %70-75'inde kendine zarar verme davranışı vardır [79]. Kendine zarar veren ergenlerle klinik örnekleme yapılan çalışmalarda borderline kişilik bozukluğu belirtileri %37-52 oranında saptanmıştır [76]. Toplum örnekleminde yapılan çalışmalar ise oldukça azdır. İtalya'da yapılan bir çalışmada ergenlerin kendine zarar verme davranışı ile borderline kişilik bozukluğu semptomları arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur [75]. Olumsuz kendilik ve emasyon regülasyonu bozukluğunun hem borderline kişilik bozukluğunda hem de kendine zarar verme davranışında temel çekirdek özellikler olarak yer alması iki durum arasındaki yoğun ilişkiyi açıklamak için kullanılmıştır[34]. Bu görüşü destekler şekilde borderline kişilik bozukluğu tanılı kişilerin %96'sı hoş olmayan bir duygulanım ardından kendilerine zarar verdiklerini ve sonrasında rahatladıklarını belirtmişlerdir [88].

2.1.7. Kendine zarar verme davranışını açıklayan modeller ve kendine zarar verme davranışının işlevleri

Kişisel, biyolojik, çevresel, sosyal ve kültürel faktörlerin etkileşimi ile ortaya çıkan kendine zarar verme davranışlarının çeşitli işlevleri olmalıdır. Benzer olumsuz etkenlere maruz kalan ergenlerin niye bir kısmı örneğin spor yaparken, bir kısmı kendine zarar vermektedir? Kendine zarar verme davranışlarını anlamaya yönelik açıklayıcı ve fonksiyonel modeller geliştirilmiştir. Kendine zarar verme davranışını tek bir işlevle açıklamak güçtür. Aynı kişide birden fazla işlevin birbiriyle etkileşim içinde olması daha olasıdır [34]. Yazında yer alan kendine zarar vermen davranışlarının işlevlerini açıklayan görüş ve modeller takip edilmesi kolaylığı açısından yakın tarihten başlayarak ele alınacaktır.

Lloyd-Richardson ve arkadaşları (2009) KZVD'yi açıklamaya yönelik dört işlev tanımlamışlardır. Bu işlevlerden en az birinin davranışın ortaya çıkmasında ve devamında görüldüğü belirtilmiştir. Bunlar şu şekildedir:

1. Otomatik-olumsuz pekiştirme: Örneğin gerginliğin azaltılması veya diğer olumsuz duygulanımlardan kurtulmayı vurgulamaktadır.
2. Otomatik-olumlu pekiştirme: Kendine zarar verme sonrasında arzu edilir içsel bir duruma ulaşmayı hedefler. Zarar verme davranışı ile “yaşadığını hissetmek, duygularını hissetmek” buna örnek verilebilir.
3. Sosyal olumsuz pekiştirme: Kendine zarar verme davranışı ile kendi ile ilgili veya kişiler arası görevlerden ve sorumluluklardan kaçılır. Kendine zarar verme davranışı, örneğin okula gitmeme gibi bir isteğin karşılanmasını sağlar.
4. Sosyal olumlu pekiştirme: Kendine zarar verme aile, arkadaşlar, sevgili gibi sosyal çevrenin dikkatini ve ilgisini üzerine çeker.

Messer ve Fremouw (2008) ergenlerde kendini yaralama konusunda bugüne dek getirilmiş açıklayıcı ve işlevsel modelleri inceleyen araştırmaları gözden geçirmiş ve 7 ana model belirlemiştir:

1. Seksüel model/sadomazoşizm: Bu modele göre kendini kesme cinsel doyum sağlayan bir mastürbasyon eşdeğeridir ya da kendini kesen ergen cinsel dürtülerini kontrol altına alma amacı gütmekte ve bu dürtülerden dolayı kendini cezalandırmaktadır. Mastürbasyona karşı bir mücadele vardır ve agresif ve libidinal dürtülerin yer değiştirmesi söz konusudur.
2. Depersonalizasyon modeli: Gerçekliğini ve varlığını hissetmeyen, disosiasyon yaşayan ergen selfi hissetmek ve kimliğini yeniden kurmak amacıyla kendini yaralar. Bu modele göre kalan yara izleri ergenin var olduğunun ve kimliğinin hatırlatıcısıdır.
3. İnterpersonal/sistemik model: Bu modele göre kendini yaralama aile ve çevre işlevselliğindeki aksaklıkların semptomatik olarak yansımasıdır. Ergen bu işlevsel olmayan ortamdaki kurtulma ve dikkati üzerine çekme amacı taşır. Çevre farkında olmadan bu davranışı destekliyor ve pekiştiriyor olabilir.
4. Suisid modeli: Kendini yaralama intihara doğru yol alan ya da intihardan kaçma görevi gören bir davranış şeklidir. İntihar düşünceleri ve planlarının devamlılığında, bir çeşit mikrosuisid davranışıdır.

5. Fizyolojik ve biyolojik model: Psikolojik faktörlerin yanı sıra biyolojik faktörler de kendini yaralama davranışında etken olabilir. Anormal nörotransmitter sistemi ya da kendini yaralama sonrasında gerginliğin azalmasıyla sonuçlanan anormal psikofizyolojik cevap ile açıklanabilecek biyolojik vulnerabilite söz konusudur.

6. Affekt regülasyon modeli: Artmış gerginlik, anksiyete ve olumsuz duygulardan, kendine karşı olan hostiliteden kurtulmak için kendine zarar verme davranışı gerçekleştirilir, zarar verme eyleminden sonra rahatlama ya da sakinleşme olmaktadır.

7. Davranışsal-çevresel model: Bu model kendini yaralamayı başlatan ve sürdüren çevresel faktörler üzerinde durur. Kendini yaralama ya çevresel kazanımlar ya da içsel rahatlama doğrultusunda devam eder. Pekiştirme, erken çocukluk dönemindeki istismarı ya da işlevsel olmayan aileyi ağrı ile ilişkilendirme doğrultusunda öğrenilmiş olabilir ya da dikkat çekme, bir gruba dahil olma ya da bulaşma vasıtasıyla olabilir. Bu model, emosyonel regülasyona, davranışı sürdüren pozitif pekiştirme aracı olarak atıfta bulunur [89].

Klonsky (2007) de kendine zarar verme davranışının işlevlerini sınıflandıran bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmaya göre kendine zarar vermenin işlevleri şu şekilde tanımlanmıştır:

1. Affekt regülasyonu: Hemen hemen tüm çalışmalarda en sık vurgulanan işlevdir. Olumsuz ve yoğun duygularla başa çıkmak, bu olumsuz duyguları azaltmak ya da bu duygulardan kurtulmak için kendine zarar verme bir çözüm olarak kullanılır. Yazında affekt regülasyonu ile duygudurum veya emosyon regülasyonu birbirinin yerine kullanılmış ya da anksiyete ve hostilite gibi spesifik emosyonlar etiketlenmiştir.

2. Anti-disosiasyon: Kendine zarar veren bazı kişiler kendini gerçek dışı, yokmuş (hiçmiş) gibi hissettiklerinden bahsetmektedir. Kendine zarar verme davranışı hiçlik duygusundan, gerçek dışılık duygusundan ve hissizlikten kurtulmak için, yani bu disosiyatif atağı durdurup kendini hissetmek için yapılmaktadır.

3. Anti-suisid: Bazı kişilerde kendine zarar verme davranışının intihara direnme için bir başa çıkma mekanizması olarak ve intiharı önlemek için yapıldığı ileri sürülmüştür.

4. Kişiler arası sınırlar: Kendine zarar verme davranışı kendiliğin sınırlarını belirlemek için yapılır. Anneye güvensiz bağlanma ve sonucunda ayrılma bireyleşme süreçlerinde

yaşanan güçlüklerden dolayı normal bir kendilik sınırının oluşmasında sorunlar vardır. Bu sorunlar nedeni ile kendine zarar vererek kendini çevreden ve başkalarından ayırır ve özerkliğini hissetmeye çalışır.

5. Kişiler arası etkileşim: İlişki içinde oldukları insanları etkilemek ve manipüle etmek için kendine zarar verici davranışlar yapılmaktadır. Dikkati üzerine çekmek, olumsuz durumlardan kurtulmak, daha ciddiye alınmak , sevdiği ya da değer verdiği birinden ilgi görmek için yapılmaktadır. Bu davranışlardan sonra çevreden alınan olumlu ya da olumsuz pekiştireçler önemlidir.

6. Kendini cezalandırma: Kendine zarar verenlerde kendine yönelen öfkenin varlığı ve olumsuz kendilik algısı saptanmaktadır. Bu kişiler için kendine zarar verme bildik, benliğe yabancı olmayan bir deneyimdir ya da stres karşısında kendini rahatlatma işlevi görür.

7. Heyecan arama: Bazı kendine zarar veren kişiler için bu davranış heyecan veren bir deneyim gibi algılanır. Diğer işlevlerin aksine genellikle arkadaşlarla birlikteken meydana gelmektedir [5, 34].

Son olarak Walsh'ın [56] tanımladığı biyopsikososyal modele değinilecektir. Bu model çevresel, biyolojik, bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutların karmaşık bir şekilde etkileşerek kendine zarar verme davranışına neden olduğu ileri sürülmüştür.

1. Çevresel boyut: ailenin geçmiş öğelerini (ör: ailede kendine zarar verme öyküsü, pekiştirme, modelleme gibi kavramların etkisini), kişisel geçmiş öğeleri (ör: istismar, travma, kendine zarar verme davranışına ve etkisine maruz kalma, ailenin emosyonel dışavurumu) ve mevcut çevresel etkileri (ör: arkadaş ve aile sorunları, okul ve akademik sorunlar) içerir.

2. Biyolojik boyut: Kendine zarar verme davranışının biyolojik bileşenleri bilinen depresyon, bipolar bozukluk ve borderline kişilik bozukluğunda sık görüldüğü bilinmektedir. Ayrıca kendine zarar veren kişilerde emosyon regülasyonunda, limbik devrelerde, serotonin, endojen opiyat ve ağrı düzenleme sistemlerinde bozukluk olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bu görüşlere dayanılarak kendine zarar verme davranışı olanlarda biyolojik yatkınlıktan söz edilmektedir.

3. Bilişsel boyut: Çevresel olayların bilişsel yorumları ve kendilik ile ilgili oluşan bilişsel yorumlardan oluşmaktadır. Kendine zarar verenlerde çevresel olayların yorumlanmasında çeşitli gerçek dışı düşünceler ve bilişsel çarpıtmalara rastlanılmaktadır. Örneğin uzun süre istismara uğrayan bir ergen "istismarın sürmesini istemiş olmalıyım, yoksa bu kadar uzun sürmezdi" diye düşünebilir. Bu düşünceler olumsuz ve suçlu benlik algısına yol açmaktadır. Kendilik ile ilgili oluşan bilişsel yorumlar özgül herhangi bir çevresel etki olmadan oluşan olumsuz bilişsel süreçlerdir.

4. Duygusal boyut: Diğer modellerde ve işlevlerde bahsedilen affekt regülasyonunu tanımlar. Kendine zarar verme duygusal yüklerden rahatlama ve kurtulmak için uyuma yönelik olmayan bir çözüm yolu olarak kullanılmaktadır.

5. Davranışsal boyut: Kendine zarar verme davranışı öncesindeki, sırasındaki ve sonrasındaki davranışlara vurgu yapan boyuttur. Bu boyut aile veya arkadaş anlaşmazlıkları gibi kendine zarar verme öncesindeki olayları, kendine nerede, nasıl ve neyle zarar verdiğini, kendine zarar verdikten sonra neler yaptığını incelemeyi ve davranışın nedenlerini anlamayı içermektedir.

2.2. DUYGU DÜZENLEME (EMOSYON REGÜLASYONU)

2.2.1.Duygu

2.2.1.1. Tanım ve açıklamalar

Duygu (emosyon), biyolojik açıdan beynin anlamlı bir uyaran varlığında verdiği kimyasal ve nöral yanıtların bütünü olarak değerlendirilebilir. DSM-IV duyguyu (emosyonu) "Kişiyi bir eyleme yönlendiren bir grup öznel his ve çoğunlukla eşlik eden fizyolojik değişikliklerce belirlenen bir uyarılmışlık hali " olarak tanımlamaktadır.

Duyguyu oluşturan uyarının işlenmesi bilinçli veya bilinçsiz bir şekilde olabilir ve yanıtlar kendiliğinden hızlı bir şekilde ve kısa süreli olarak ortaya çıkar. Duygusal yanıtların bir kısmı belirli durumlara karşı öğrenilmiş deneyimler sonucu oluşurken bazı duygular filogenetiksel tepki verme biçimleri olarak türe özgü şekilde ortaya çıkmaktadır. Duygular (emosyon) sayesinde organizma, tehlikeli veya faydalı olabilecek durumlar veya nesnelere karşı yanıt vererek yaşamda kalmanın bir yolunu bulur. Duygular sadece yaşamda kalmaya yardımcı olmaz aynı zamanda benzer duygulara sahip olan türü

oluşturan bireylerin birlikte yaşamasına, empati yeteneğinin gelişmesine ve birlikte yaşamanın kurallarına (ahlak) sahip olmaya yardım eder.

Paul Ekman, kültürler arası geçerlilik gösteren, benzer bedensel ve sözel anlatımlara sahip olan altı temel duygu tanımlamıştır. Bu duygular mutluluk, üzüntü, korku, öfke, şaşırma ve iğrenmedir. Aslında tanımlanmış çok sayıda duygu vardır, duyguların işlevinin anlaşılması açısından duygular temelde ödül (ör: mutluluk), yansız (ör: şaşırma) ve ceza (ör: üzüntü) boylamında üç başlık altında toplanabilmektedir.

İnsanlar içsel veya dışsal bir uyarana sonuçta affekt dışı vurumu ve davranış olarak yanıt vermektedir. Bu yanıtın oluşmasından önceki aşamada duygu (emosyon) ve uyanıklık rol almaktadır. Emosyon, iki kutuplu bir ölçekte (ör: korku-güven) değerlendirilebilir. Örneğin tehlikeli bir uyarana karşı karşıya iseniz duygulanım negatif yönde (korku) yükselirken, nesneden uzakta korku azalarak güven duygusu artacaktır. Tabi ki, canlının uyanıklık durumu, değerlendirmede (duyguya değer atamada) diğer bir faktördür. Daha az uyanık olan canlı, tehdit veya ödülü daha zor değerlendirecektir. Sonuçta duygu (emosyon) ve uyanıklığın bir arada olması, kişinin affektini belirlemesi veya harekete geçmesini sağlayan motivasyonu oluşturacaktır.

2.2.1.2. Duygunun nörobiyolojisi

Duygularla ilgili anatomik yapılar arasında en önemlileri, singulat korteks, amigdala ve hipotalamustur. Limbik sistemin dışındaki başka anatomik yapılar da duygu işlemlerinde rol oynar. Bunlar, ventral ve medial prefrontal korteks, somatosensoryel korteks, insula, beyin sapındaki monoaminerjik nükleuslar, periaquaduktal beyaz cevher olarak sıralanabilir [90]. Amigdala ile ventromediyal prefrontal korteks yapıları, emosyonel uyarının işlenmesi ve emosyonun yürütülmesi süreçlerinde bir arayüz gibidir.

2.2.2. Duygu düzenleme (Emosyon regülasyonu)

Duygu düzenlenmesi (emosyon regülasyonu); hangi duyguya (emosyona) sahip olacağımızı etkilemeye çalışmamız, bir duyguya (emosyona) sahip olduğumuzda da onu nasıl deneyimleyeceğimiz ve dışı vuracağımızı belirleyen süreç olarak adlandırılabilir [91].

Emosyon regülasyonu psikoanalitik yaklaşım tarafından savunma mekanizmaları ile açıklanırken; psikolojik stres ve çözüm becerileri, bağlanma ve emosyon kuramcıları

tarafından da ele alınmıştır. Duygu düzenlemede hangi yollara başvurulduğunu anlamak için çeşitli modeller ortaya atılmıştır.

Bu modellerden biri öncül odaklı ve yanıt odaklı yöntemlerdir. Öncül odaklı yöntemler emosyonel ve fizyolojik yanıtlar ortaya çıkmadan devreye giren mekanizmalar olarak değerlendirilebilir. Örnek olarak; bir yarışmaya katılan yarışmacının, yarışmayı kazanma-kaybetme olarak algılamaktan ziyade eğlenmek için fırsat gibi görüp değerlendirmesi verilebilir. Yanıt odaklı yöntemler ise emosyon yanıtı ortaya çıkmaktayken veya çıktıktan sonra olan değişimlerdir. Buna örnek olarak ise, bir annenin, çocuğunu ilk defa okula bırakırken kaygısını dışavurmaması gösterilebilir

James J. Gross (2007) duygu düzenlenmesi için beş strateji içeren bir model önermiştir. Bu stratejiler; durum seçimi, durum modifikasyonu, dikkat açılımı, bilişsel değişim ve yanıt modülasyonudur:

Durum seçimi kısaca iki veya daha fazla durum arasından bir seçim yapmaktır. Kişi-yer-nesne vb. şeylere yaklaşma veya uzaklaşma davranışı buna bir örnektir. Bu seçimlerde önceki deneyimlerimiz, duruma atıflarımız ve beklentilerimiz belirleyici olabilir. Örneğin birlikte zaman geçirmekten hoşlanmadığınız iş arkadaşınızın dışarı çıkma teklifi yerine, evde eğlenceli bir film seyretmek buna örnek olarak verilebilir.

Durum modifikasyonu ise kişinin bir durumu, o durumun yaratacağı emosyonel etkinin değişmesi amacı ile yönlendirmeye çalışmasıdır. Hayal kırıklığına veya üzüntüye yol açan durumlar her zaman kaçınılmaz olarak negatif emosyonel yanıtı neden olmayabilir. Örneğin bir kişi kendinin yaptığı bir gaf ile dalga geçebilir veya sıkıntılı bir durumda bundan kurtulmak için alternatif bir yol bulabilir.

Dikkat açılımı, belli bir durumda duygusal yanıtı düzenlemek amacı ile dikkatin yönlendirilmesidir. Bir durumun birçok değişik yönü vardır ve dikkatimizi bunlardan herhangi birisine yönlendirebiliriz. Örneğin sıkıntılı bir konuşma sırasında pencereden dışarıda yürüyen insanların giysilerini incelemek gibi. Dikkat açılımı ayrıca belli bir konu üzerinde yoğunlaşma çabalarını da içermektedir.

Bilişsel değişim, duygu yaratan durumun belli bir yönüne odaklandıktan sonra, ona eklenmiş birçok olası anlam arasından bir seçim yapma olarak değerlendirilebilir. Bilişsel

değişim çoğunlukla emosyonel yanıtı azaltmak için kullanılır. Bununla beraber emosyonel yanıtın artışı ve hatta emosyonun kendisinin bile değiştiği görülebilir

Yanıt modülasyonu ise emosyon ortaya çıktıktan sonra bu yanıtı etkileme çabasıdır. Emosyonun dışavurumunu azaltmak buna bir örnek sayılabilir. Emosyonların fizyolojik ve deneyimsel yönlerini düzenleme çabaları olmuştur. Gevşeme egzersizleri buna örnek sayılabilir.

Bilişsel yeniden değerlendirme ve bastırma duygu düzenlemesi için kullanılan başat mekanizmalardır. Bilişsel yeniden değerlendirme, kabaca kişinin bir durumun yarattığı emosyonel etkiyi düzenlemek adına düşünce biçimini değiştirmesi olarak tanımlanabilir. Bastırma ise kişinin bir emosyonel durum içindeyken bunun dışavurumunu azaltması olarak tanımlanabilir.

Duygu düzenleme sistemleri otomatik olarak (bilinç dışı) veya istemli olarak harekete geçebilir. Uyarı ve uyarı ile ilişkili içerikle önceki karşılaşmalardan elde edilen bilinç dışı bellek süreci bir kişinin uyarı algılama ve sınıflandırma yeteneğine etki eder. Uyarı sonucu meydana gelecek davranış öncesi bu bilinç dışı süreç (otomatik) içinde bulunan koşula göre kişide savunmaya veya keyif almaya yönelik bir motivasyon durumu oluşturur ve bu durum kişiyi uygun zamanda uygun tepkiler vermeye hazırlar. İstemli duygu düzenlenmesinde, yani *istemli davranış kontrolü, dikkatin yönlendirilmesi ve bilişsel değişiklik* gibi süreçlerde kişi bilinçli olarak bu yolları seçmektedir.

Gelişimsel yönden incelendiğinde doğumdan itibaren ailenin (erken dönemde özellikle birincil bakım verenin) çocuğun emosyonlarına verdiği yanıtların; emosyonların farkına varılması, emosyonların dışı vurumu ve emosyonları düzenleme becerileri üzerinde çok önemli etkileri olduğu bildirilmiştir [92]. Ebeveynler çocuklarının emosyonel regülasyon kapasitelerinin sosyalleşmesinde önemli rol oynarlar. Gottman ve ark (1997), ebeveynleri, ya çocuğun emosyonlarını tanımasına ve ayrıştırabilmesine, sözel olarak etiketleyebilmesine yardımcı olan, onun yaşadığı emosyonun farkında olup; negatif bir affektin sağlıklı olabileceğini kabul eden ve emosyonel güçlük ile başa çıkmada birlikte çalışan ve stratejiler geliştiren adeta bir "emosyon koçu" gibi davrandıklarını; ya da çocuğun yaşadığı emosyonu görmezden gelen, negatif affektin sağlıklı olmadığına inanan ve emosyonu yönetebilme stratejilerini öğretmek yerine değiştirmeye çalışan, "umursamaz" davrandıklarını belirtmiştir.

Uygun emasyon regölasyonu psikososyal uyuma hizmet eder. Emasyonların uygun şekilde yönetilmesi ve dışı vurumu sosyal ilişkilerin sağlanması ve devamında önemlidir. Çocuk ya da ergenin emasyonlarını tanıma, etiketleme, yönetme yeteneği akran ilişkileri ve sosyal uyumunda önemli rol üstlenir (Zeman 2006). Emasyon regölasyonunun; psikopatoloji gelişiminde de çekirdek bir rol üstlendiği belirtilmiştir (Bradley 2000). Emasyon regölasyonu ile psikopatoloji arasındaki ilişki, çeşitli nedenlerle emasyon regölasyonun aşırı düzenlenmesi ve bastırılması veya az düzenlemesi ile kabaca açıklanabilir. Örneğin borderline kişilik bozukluğuunda bazı uyarılar aşırı uyarılmışlık cevabı oluşturur. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuunda ise emasyonel ipuçlarını yakalamada sorunlar vardır. Dışı yönelim bozuklukları olan çocuklar; daha çok öfkeyi dışıavurma ve kontrol edememe, üzüntünün dışıavurumunda aşırı kontrol, artmış emasyonel yoğunluk, başkalarının emasyonel tepkilerinden aşırı etkilenme, impulsif davranma ve emasyonel davranışlarını düzenleyememe eğilimindedirler. İçe yönelim sorunları olan çocuklarda ise, daha çok üzüntüyü dışıavurma emasyonların farkında olmama ve anlamama, negatif emasyonları uygun şekilde düzenleyememe, öfke ile baş etme ve dışı vurmada güçlükler ve fakir emasyonel dil görülür (Zeman 2006).

2.2.3. Duygu düzenlemede güçlükler ve kendine zarar verme davranışı

Önceden de değinildiği gibi kendine zarar verme ile affekt regölasyonu arasındaki ilişki çok net bir şekilde ortaya konulmuştur. Kendine zarar vermenin nedenlerini ve işlevlerini açıklayan tüm modellerde ortak olan nokta affekt regölasyonudur. Aslında affekt regölasyonu ile emasyon regölasyonu farklı kavramlardır. Affekt regölasyonu uyarılara verilen emasyon regölasyonunu, başı çıkma mekanizmalarını, duygudurum regölasyonunu ve savunma mekanizmalarının tamamını kapsamaktadır (Gross). Emasyon regölasyonu ise yukarıda değinildiği gibi; hangi emasyona sahip olacağımızı etkilemeye çalışmamız, emasyona sahip olduğumuzda da onu nasıl deneyimleyeceğimizi ve dışı vuracağımızı belirleyen süreç olarak adlandırılır. Geçmiş dönem çalışmalarda sonuçta emasyon regölasyonu ve affekt regölasyonu üstüste binmiş şekilde ele alınmış ve birbirlerinin yerine kullanılmıştır. Kendine zarar verme ve affekt regölasyonu ilişkisi bir önceki bölümde ele alındığından burada emasyon regölasyonundaki güçlüklerle kendine zarar verme arasındaki ilişki üzerinde durulacaktır.

Emosyon regülasyonu bozukluğu, temel çekirdek belirtilerinden olan borderline kişilik bozukluğunda; kendine zarar vermeye sık rastlanılması, emosyon regülasyon güçlüklerinin kendine zarar verme ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Linehan (1993) emosyon regülasyonundaki güçlüklerin hem kendine zarar vermenin bir emosyon regülasyonu düzenleyen yöntem olarak kullanılmasına hem de kendine zarar veren kişilerde görülen yoğun hoş olmayan duygulara neden olduğunu ileri sürmüştür.

Emosyon regülasyonundaki güçlüklerle kendine zarar verme arasındaki ilişki emosyon dışavurumundaki sorunlar, aşırı ve yoğun duygulanım, içsel uyarılardan kaçınma gibi emosyon regülasyonundaki bazı öğelerle araştırılmış ve ilişki gösterilmiştir. Gratz erkek üniversite öğrencileri ile yaptığı bir çalışmada kendine zarar verme ile emosyon dışavurumu güçlükleri, aşırı, yoğun duygulanım ve emosyon regülasyonu güçlükleri arasında bir ilişki bulmuştur. Aynı araştırmacının üniversite öğrencisi 249 kız ile yaptığı çalışmada da kendine zarar verme davranışları ile emosyon regülasyonundaki güçlükler arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır.

Lise öğrencilerinde kendine zarar verme ve yeme bozuklukları sıklığını ve arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerde impuls regülasyonunda ve emosyon regülasyonunda bozukluk olduğu gösterilmiştir [93].

Kendine zarar veren 99 ergen kız olgunun değerlendirildiği diğer bir çalışmada, aile ile arkadaş ilişkilerinde problemlere sahip olma ve duygusal süreçlerde aile ve arkadaş desteğinin az olması, ergenlerin emosyon işleme süreçlerinde ve regülasyonundaki sorunlarla ilişkili bulunmuştur [94] . Ailede duygusal ihmale maruz kalan kız ergenlerin emosyon regülasyonu becerilerinde sorunlar olduğu ve kendine zarar verme sayılarının fazla olduğu saptanmıştır [92].

Kendine zarar verme davranışı gösteren ve göstermeyen ergenlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin stresli bir görev sırasında diğer ergenlere göre daha fazla fizyolojik uyarılmışlık gösterdiği belirlenmiştir [95]. Primatlarla yapılan çalışmalar da benzer bulgular vermiştir. Örneğin kendini yaralayan-sıklıkla kendini ısırın maymunların hafif strese yanıt olarak kontrollere göre artmış kortizol düzeyine sahip oldukları ve kalp hızlarının daha fazla olduğu; kendini yaralamayı uyarılmışlığı azaltmak için bir başa çıkma yolu olarak kullandıkları tespit edilmiştir [95].

2.3. AYRILMA BİREYLEŞME KURAMI

2.3.1. Birinci ayrılma bireyleşme

Margaret S. Mahler psikolojik doğum olarak nitelendirdiği ayrılma bireyleşme dönemini tanımlayarak normal çocuk gelişimi ve psikopatolojik süreçlerin anlaşılması için oldukça yararlı bir model sunmuştur. Mahler ve arkadaşları normal gelişimin basamaklarını şöyle sıralamışlardır:

I. Normal otistik dönem (yaşamın 1. ayı)

II. Simbiyotik dönem (2-5. aylar)

III. Ayrılma-bireyleşme dönemi

A. Ayrılma altdönemi (5-9. aylar)

B. Alıştırma altdönemi (9-15. aylar)

a) Erken alıştırma altdönemi

b) Esas alıştırma altdönemi

C. Yeniden yaklaşma altdönemi (15-24. aylar)

a) Yeniden yaklaşmanın başlangıcı

b) Yeniden yaklaşma krizi

c) Krizin bireysel çözümleri

D. Bireyliğin sağlamlaşması ve duygusal nesne sürekliliğinin başlangıcı (24-36. aylar ve ötesi)

I. Normal otistik dönem: Bu dönemin temel işlevi, doğum sonrası koşullarda organizmanın homeostatik dengesini sağlamaktır. Bu dönemde anne bir dış ego olarak işlev görür ve annenin bakım ve ilgisi yenidoğanı iç ve dış uyaranların seli altında kalmaktan ve örselenmekten korur. Anne bedensel algıların yavaş yavaş dışarıya doğru kaymasına yardımcı olur, Mahler bunu libidinal kateksisin ilk kayması olarak kabul eder ve bu değişimi yumurta kabuğunun kırılmasına benzetir.

II. Normal simbiyotik dönem: Simbiyotik dönem içinde annenin doyurucu bakımı sayesinde bebek, "ben" ve "ben olmayanı" ve haz ve acı veren deneyimleri birbirinden ayırt etmeye başlar "haz verici" ve "iyi" olanla, "acı verici" ve "kötü" olanı ayırt etmeye başlar. Bu ayrılma, daha sonraki bölünme (splitting) düzeneğinin temelini oluşturacaktır (Mahler ve McDevirt 1989).

Normal simbiyotik dönemin en önemli özelliği, filogenetik olarak, insan yavrusunun anne ile "ikili birim" (dual unity) içinde duygusal bir bağ oluşturabilme yetisidir. Daha sonraki tüm insan ilişkilerine zemin hazırlayan da bu yetidir. Doyurucu bir simbiyotik dönem, daha sonra gelen ayrılma-bireyleşme döneminde anneden başarıyla ayrılabilmenin ön koşuludur. Yeterli düzeydeki bir simbiyoz, bireyleşme adımlarının atılması ve dengeli bir "kimlik duygusu"nun kazanılması için son derece önemlidir (Mahler ve McDevitt 1989).

III. Ayrılma bireyleşme dönemi

A. Ayrılma Altdönemi: Bebekte bir uyanıklık, süreklilik ve amaca yönelme gözlenir. Bu görüntü, çocuğun "kabuğunu kırması"nın davranışsal belirtisidir. Artık bebek tam bir bağımlılık içinde değildir. Kendi bedenini kullanarak aktif olarak haz alır, ayrıca haz ve uyarılma için aktif olarak dış dünyaya yönelir (Mahler ve McDevitt 1989).

B. Alıştırma Altdönemi: Bu dönemde, beden ayrılma ve özellikle sınır duygusunun oluşumu, anne ile özel bağ kurulması ve anne ile yakınlık içinde özerk ego aygıtının olgunlaşması ve işlemesi gerçekleşir. Bu dönemde çocuk dış dünya ve kendi beden sınırlarının ve beden kendiliğinin (body self) ayırdına varır. Çocuğun ilgisi kendi yeteneklerine, yapabildiklerine ve gittikçe genişleyen, büyüyen dünyasına yöneliktir. Narsisizm doruk noktasındadır (Mahler ve McDevitt 1989). Çocuktaki coşku yalnızca ego aygıtının kullanılmasına bağlı değildir. Aynı zamanda, anne ile kaynaşma ya da anne tarafından yutulma eğiliminden de kurtulmuştur. Çocuk alıştırma yaparken, sevgi nesnelerini taklit eder ve onlarla özdeşleşir. Bu özdeşimler çocuğun gelişmekte olan kimlik ve bireyliğini şekillendirir. Yavaş yavaş kendi duygularıyla, yeni yeni farkına varmaya başladığı başkalarının duygularını eşleştirir ve diğer insanları kendi zevkini paylaşmaya, ona katılmaya davet eder (Mahler ve McDevitt 1989). Bu dönemde anne tarafından alıştırma yapmanın desteklenmesi bağımsızlığı ve özerk olması önemlidir.

C. Yeniden Yaklaşma Altdönemi: Yeniden yaklaşmanın başlangıcı, yeniden yaklaşma krizi ve krizin bireysel çözümleri (bunların sonucunda çocuğun kendisine özgü örüntüleri ve kişilik özellikleri oluşur ve çocuk dördüncü altdöneme bunlarla girer) dönemlerini içerir. Çocukta yeni kazandığı becerileri ve deneyimleri anne ile paylaşma isteği, sevgi gereksinimi ve annenin nerde olduğu ile sürekli ilgilenme belirtisidir. Bu dönemde çocuk bir yandan yeni kazandığı özerkliğini genişletmek istemekte, bir yandan da anneden ayrı olma duygusu acı verici olduğu için buna karşı koymak istemektedir. Çocuk anneden

uzaklaşma zorlantısı ile onun yanında kalma isteği ve anneyi memnun etme arzusu ile ona yönelmiş öfke arasında kalır. Bu dönemin üç temel korkusu; nesnenin kaybedilmesi korkusu, nesnenin sevgisinin kaybedilmesi korkusu ve kastrasyon anksiyetesidir. Bu dönemde annenin geri çekilmemesi ya da annenin ambivalansına sert tepki göstermemesi gereklidir. Anne davranışlarında tutarlı olmalıdır ve çocuk anneye duygusal olarak ulaşabilmelidir. Ayrıca çocuğu bağımsız olma yönünde hafifçe zorlamalıdır; böylece çocuğun kendine olan aşırı sevgisi ve büyüsel güçlerine olan gerçek dışı inanacının yerini yeni gelişen bireysel özerkliğine olan inancı alır. Çocuğun düşünce süreci ve gerçeği değerlendirme yetisi yavaş yavaş gelişir, nesne sürekliliğinin sağlanması yoluna girilmiş olur. Bunların gerçekleşebilmesi için yeniden yaklaşma krizinin çözülmüş olması gereklidir. Nesne sürekliliğinin bu dönemde kazanılır ve kazanılması için önemli birkaç koşul vardır: Annenin tasarımına olumlu bir bağlanmanın yanı sıra yeniden yaklaşma krizine özgü çatışmaların azalması, anne tasarımının "iyi" ve "kötü" yönlerinin tek bir simge halinde birleşmesi; böylece ambivalansın ve regresyona eğilimin azalması, anne imajının intrapsişik olarak çocuk için ulaşılabilir hale gelmesi.

Sevgi nesnesinin düş kırıklığına uğratici, ulaşılamaz, ya da aşırı derecede tutarsız ve müdahaleci olması, tümgüçlülük duygusunu ani ve acı verici şekilde yıkan bir çaresizlik yaşama" ve "aşırı derecede birikici ya da ani örseleyici yaşantılar"; nesne dünyasının "iyi" ve "kötü" olarak bölünmemesine ve yoğun ambivalansa yol açabilir. Kendilikteki ve nesnelerle ilgili süreklilik duygusu ve psişik yapının gelişimi bozulur, ödipal çatışmaların çözümü güçleşir. Anne ile birleşme ve anne tarafından yutulma tehdidi üçüncü yılın ötesinde hala devam edebilir (Mahler ve ark. 1975). Böylece latent dönem ve ergenlikte ya narsisistik yönde nevrotik semptomlar gelişir ya da borderline belirtiler ortaya çıkar (Mahler ve ark. 1975). Yeniden yaklaşma krizinin çözülmesi, gerçekçi özsaygının ve kendilik duygusunda sürekliliğin belirmesi ve gelişmesi bakımından önemlidir, krizinin çözülememesi özsaygıda da azalmaya yol açar.

Yeniden yaklaşma ait döneminin sonunda id ve ego da artık ayrılaşmıştır. Nesne, "iyi" ve "kötü" yönleri ile tek bir nesne halinde bütünleşir. Ayrıca beden kısımları ile kendiliğin "iyi" ve "kötü" yönleri de bütün bir kendilik şeklinde birleşir. İlk basamak kimlik oluşumunu tamamlamıştır. Yani ayrı ve yaşayan bir varlık olarak kendisinin farkındadır. Aynı zamanda ikinci basamak kimlik oluşumu da başlar: bir kız ya da oğlan çocuğu olarak

cinsel kimliği belirmeye başlar. Ayrıca regresyona karşı bir direnme ve engellenmelere, anksiyeteye ve ambivalansa karşı dayanabilmenin başlangıcını da görmek mümkündür.

Kendiliğin ve nesnenin daha yüksek bir psikobiolojik ve sosyal gelişim basamağında bütünleşmesi beklenir. Kendilik, aile ve toplumun bir parçası gibi hissedilir. Kendilik ve nesne sürekliliği ile birlikte, bu daha üst düzeydeki bütünleşme, çocuğu yeniden yaklaşma krizine özgü çaresizlik ve yalnızlık tehditlerinden kurtarır. Kural olarak çocuk artık regresif simbiyotik yutulma tehlikesine karşı savaşmak zorunda değildir. İçsel ve dışsal olarak sevgi nesneleriyle yakın bir ilişki kurmuş, aynı zamanda özerklik kazanmış ve birey olmaya başlamıştır.

D.Bireyliğin sağlanması ve duygusal nesne sürekliliğinin başlangıcı: Bazı yönlerden yaşam boyu sürececek özellikleri bulunan belli bir birey olma niteliğinin kazanılması ve belirli bir dereceye kadar nesne sürekliliğinin kazanılması bu dönemde gerçekleşir (Mahler ve ark. 1975). Çocuk ileri bir ego yapılanması gösterir. Anne-baba isteklerinin içselleştirilmesi süperego öncüllerinin oluşumunu gösterir. Bu dönemin sonu açıktır, yani belli bir noktada sonlanmaz. Bu dönemde sözel iletişim, hayal kurma, gerçeği değerlendirme gibi karmaşık bilişsel işlevler ortaya çıkar. Büküklerin isteklerine etkin olarak karşı koyma, özerklik isteğı (birçok zaman hala gerçekçi olmayan biçimde) sürmektedir. Yineleyici hafif ya da ılımlı karşı koyuculuk (negativizm) bu dönemin özelliklerindendir ve kimlik duygusunun gelişmesi için gerekli gibi görünmektedir.

2.3.2. Ergenlik dönemi ve ikinci ayrılma-bireyleşme

Blos (1967) ergenlikteki nesne ilişkilerini ikinci ayrılma bireyleşme dönemi olarak tanımlamıştır. İkinci ayrılma bireyleşme birincil sevgi nesneleri olan ebeveynlerden ayrılma ve vazgeçme ile aile dışında ebeveynlerin yerine geçecek karşılıklar bulabilme sürecini içermektedir. İkinci ayrılma bireyleşmenin ana özelliğı erken çocuklukta şekillenmiş olan ebeveyn tasarımlarının ölküleştirilmesinin bırakılmasıdır. Ölküleleştirilmiş ebeveyn tasarımlarını bırakmak acı veren bir yabancılaşma ve nesne açlığının eşlik ettiğı boşluk duygusuna neden olur. Ergenin gelişimsel görevi onu psikik bağımsızlığa doğru iter ve ergen gereksinimi olan dürtülerini doyurmak, boşluk duygusundan kurtulmak ve

öz saygısını beslemek için yaşıtlı ilişkilerine yönelir. Yaşıtlı ilişkileri yargılayıcı olmayan bir destek sağlar. Yaşıtlı ve grup ilişkilerinde "pratik yapma niteliği" vardır.

Ergen infantil nesne bağlarını çözmeye çalışırken ilerletici ve geriletici amaçlar birlikte çalışır. Geriletici amaçların yeniden canlanmasıyla ikinci yeniden yaklaşma dönemi olarak adlandırılabilir ve birinci ayrılma-bireyleşme dönemine benzer ambivalan duygular oluşur. Bu ambivalan ergenin duygu düşünce, dürtü ve davranışlarına zıt değişkenlikler olarak yansır. Ergenlikte negativizm yalnızca öfkenin bir dışa vurumu değil, benliği pasif teslimiyetten koruyan bir rol üstlenir ve ergenin bireyleşme yönünde adım atabilmesini sağlar. Ebeveynler ile sevgi ve saygı dolu bir ilişkinin kurulmasının yolu ergenin bebeklik dönemi ülküleştirilmiş nesnelerden sağlıklı şekilde ayrılaşmasına bağlıdır.

Bireyleşme süreci geç ergenliğe kadar devam eder. Eğer bu süreç başarılı giderse erken nesne bağlarından kopmaya ilişkin acı veren ambivalans azalır ve giderek ebeveynle daha olgun, doyum verici ilişkiler başlar. Bununla birlikte ergen daha çok doyum olabileceği aile dışında sabit sevgi ilişkileri kurar. Daha olgun sevgi ve yakınlaşma becerisi gelişir, ergen bu yeteneğini arkadaşlarıyla ve sevgilileriyle paylaşmaya başlar. Ergenliğin bitimi bireyin nesne ilişkileri çatışmalarını, uyumsuzluklarını, bağılıklarını gerçeğe uygun şekilde uzlaştırma ve bütünleştirmesiyle olur.

Ergenin tamamen otonom hale gelmesi için kendisi ve eylemleriyle ilgili artan sorumluluğunu üstlenmesi gerekir. Bunu yapabilmesi çoğu ebeveynle ait üstbenlik yerine kendine ait üstbenliği içselleştirmesine bağlıdır. Benlik fonksiyonları üstbenlik fonksiyonlarının önüne geçmelidir. Blos ikincil nesne sürekliliğinin üstbenlikte yerleşmiş tüm güçlü ebeveyn imgelerinin insanlaştırılması olarak görmektedir.

Levine ve ark (1986) Mahler'in ayrılma-bireyleşme modelinin anahtar dinamikleri, psikopatolojinin fiksasyon noktaları ve sağlıklı gelişimi belirleyen kilometre taşlarına vurgu yapmışlardır ve Blos (1967), Erikson (1963), Esman (1980) ve Weiner'ın (1970; 1982) ilgili çalışmalarını gözden geçirerek bu anahtar dinamiklerin adolesan dönemde nasıl aşkar hale geldiğini tanımlamışlardır (Levine ve ark. 1986). Sonuçta, adolesan ayrılma-bireyleşmesinin 6 temel boyutunu belirlemişlerdir:

1. *Bakım ve simbiyoz:* Kuvvetli bağımlılık ihtiyaçları olan, bu ihtiyaçların doyumunu bekleyen ve pozitif duyguları bu beklentiyle ilişkilendiren bireyleri tanımlar. Yakın, yapışık

kişiler arası ilişkiler, bu kişilerin diğerleriyle ilişkilerini karakterize eder. Kişi diğerleriyle birleşme ve bir şekilde tek bir bütün durumunu elde etme duygusunu yaşar. Ayrılma-bireyleşmenin simbiyotik döneminin adolesanın etkilenmesiyle devam eden rezidüel etkileri olduğu varsayılmıştır.

2. *Yutulma anksiyetesi*: Özellikle yakın ilişkilerden korkan ve bu ilişkileri kendi bağımsızlık ve kendilik duygularına tehdit olarak görme eğiliminde olan bireyleri tanımlar. Sıklıkla kendilerini diğer insanlar tarafından kontrol altında çevrelenmiş ve onların güçlerinin baskısı altında, özerkliklerinin ihlal edildiği şeklinde algılarlar. Küçük çocuğun yeniden yaklaşma aşamasındaki yutulma korkusunun adolesan dönemde yeniden yaşanması şeklindeki rezidüel etkileri ölçtüğü varsayılır.

3. *Ayrılma anksiyetesi*: Önemli değerinden emosyonel ya da fiziksel bağlantının kaybedilmesiyle ilgili kuvvetli korkuları olan bireyleri tanımlar. Bağlantılı duygular (genellikle idealize edilmiş) diğer kişi tarafından reddedilme, terkedilme, yalnız bırakılma duyguları, gerçek , beklentisel ya da algılanan ayrılığa bağlı olarak anksiyete ve depresyon yaşanmasıdır. Yeniden yaklaşma aşamasındaki çocuğun yaşadığı yoğun ayrılma anksiyetesinin ayrılan adolesanın yeniden yaşaması şeklindeki rezidüel etkileri olduğu varsayılır.

4. *İhtiyacın reddedilmesi*: Bağımlılık ihtiyaçlarını inkar eden ya da görmezlikten gelen bireyleri tanımlar. Böyle bireyler muhtemelen ayrılmayla ilgili anksiyete ya da karşı savunma göstermektedirler ve bu anksiyete yakınlık, arkadaşlık ya da aşk duygularını anlamayarak ya da reddederek reaksiyon göstermelerine neden olur. Bu ergenler, bu savunma stilini ayrılma-bireyleşmenin erken evreleri sırasında kullandığı ve adolesan döneminde de kullanmaya devam ettiği varsayılır.

5. *Kendilik Merkezli Oluş*: Yüksek derecede narsisizm ve kendilik merkezli olan ve bu tarzları diğer kişilerin geribildirimi, övgüsü ya da hayranlığı ile desteklenen bireyleri tanımlar. Diğer taraftan aşırı değerlendirmeye yapılan vurgu ve/veya diğer kişilerden gelen aşırı ilgi belirgindir. Ayrılma-bireyleşmenin pratik yapma evresinin rezidüel etkilerinin olduğu kadar ayrılma-bireyleşmenin daha erken dönemlerindeki narsistik rezervlerin elde edilmesini ölçtüğü varsayılır.

6. *Sağlıklı ayrılma*: Ayrılma- bireyleşme ile ilgili çatışmaların çözülmesine yönelik önemli gelişmeler kaydeden bireyleri tanımlar. Hem bağımlılık hem de bağımsızlık ihtiyaçlarının, diğerlerinin benzerlik ve farklılıklarının kabul edilmesi vardır. Çocukluk çağındaki ayrılma- bireyleşmenin yerleştiği, kararlık kazandığı aşamasına başarılı olarak geçen ve böylece adolesan dönemde kendilik ve nesne imgelerinin benzer şekilde yerleştiği bireyleri temsil ettiği varsayılır.

2.3.3. Ergenlik dönemine özgü güçlükler ve ayrılma bireyleşme-kendine zarar verme ilişkisi

2.3.3.1.Ergen zihni ve kendine zarar verme davranışı

Gardner (2002), kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olan ergenliğin zihinsel süreçlerini 5 ana başlıkta özetlemiştir:

1. *Agresif dürtü ve süreçlerin yoğunlaşması* : Bu süreçler açık bir şekilde kendini kesmenin bir yönünü oluşturur. Büyüme aslında başlıbaşına bir agresif süreçtir. Winnicot'a göre "Erken büyüme fantezilerinin devamında gelen "ölüm" vardır; ergenlikte ise "cinayet"; çünkü büyümek anne ve babanın yerini almak demektir. Bu düşünceler dışa vuruk agresyon ya da içe döndürülmüş agresyon şeklinde yaşanır.

2. *Narsisizm*: Alterantif sevgi nesneleri bulunur. Bu süreç, "büyüklenmeci kendine yeterli" "omnipotans" ve "oto-erotik aktiviteler" ile gösterilir. Gardner'a göre tüm bunlar, kendine zarar verme davranışını karakterize eder. Genellikle ergenlerde bu çeşit bir narsisizm; selfe aşırı değer biçilmesi, ben merkezilik, aynı zamanda laınganlık ve kırılganlık ve olumsuz mizaç ile sonuçlanır. Böyle bir narsisizm, tatmin eden anne-babadan vazgeçmede güçlükler ve zalim içsel nesne ilişkilerinden uzaklaşma çıkmazı ile ilişkili olabilir.

3. *Artmış hassasiyet (hipersensitivite), kabarmış duygular ve başkaları hakkında fantezi beklentiler ve anksiyete*: Kendine zarar veren kişilerde, başkalarının davranışlarına aşırı dikkat; kendisi hakkında ne düşünüyor ya da konuşuyor olabileceklerine dair yoğun düşünce uğraşları vardır. Diğerlerinin eylemleri, tepki ve davranışları kendine zarar veren kişi için çok fazladır; "son damla" olmuştur. Bu durum genellikle kendine zarar vermenin bir tetikleyicisi yerine geçer ve kesme yoluyla ani artan baskı ve sıkıntı azaltılır, rahatlama

sağlanır. Reddilmeye ve teslim alınmaya karşı aşırı hassasiyet; mimik ve jestlerden anlam çıkartma, başkalarının tepkilerine karşı tetikte olma söz konusudur.

4. *“Acting out”- Artan eyleme dönük davranış gösterme eğilimi:* Bu durum acı veren hislere ya da ebeveynlere bağımlılığa karşı bir savunma, aynı zamanda bir çeşit kendini ifade etme ve otorite ile kontrolü ele geçirmedir. Doğal olarak artan enerji ve fiziksel değişiklikler ile bağlantılıdır. Kendine zarar verme açık bir şekilde “fazla düşünme”nin yerini alan bir eylemdir.

5. *“Ölüm” hakkında artan zihinsel uğraşlar:* Ergenlik döneminde ölümlülüğü kabul etme ve eş zamanlı, doğurganlık-yaşam verme yetisine sahip olma vardır. Bu yan-yan olma hali bir hem bağımsızlık hem de belirsizliği doğurur. Ölümlülüğün manipüle edilebilir olduğu bilgisi heyecan yaratır ve kesme davranışı -ölüm niyeti içermese de- bedeni hasarlama; ölüm ve ölüm içgüdüleri ile uğraş anlamındadır.

Tüm bu ergen zihinsel süreçleri; geçicidir, olumludur ve olgunlaşma sürecinin bir parçasıdır. Ancak yıkıcı ve yapışmış bir hale dönüştüğünde ya dışa dönen suç davranışları ya da içe dönen kendine zarar verme davranışları ile sonuçlanır. Beden üzerinde impulsif dışa vuruk davranışlar, çatışmalı içsel süreçlerin yarattığı gerginliği azaltır; kendine zarar verme ile sağlanan sahibiyet hissi belirsizlik hissini hafifletir. Beden üzerindeki eylemler ile kimi hallerde “güç” ve “özerklik” sağlanırken; kimi hallerde de fiziksel olarak daha zayıf olma ve başkalarına daha bağımlı olma hali oluşur.

2.3.3.2. Bedensel değişiklikler ve cinsel gelişim

Ergenlik döneminde kontrol edilemeyen bedensel değişiklikler sıkıntı, heyecan, kafa karışıklığı, utanç gibi duygulara neden olur. Bedensel değişiklikler kendilik ve bedenin birbirinden ayrışması ile sonuçlanabilir. Beden, başedilmesi gereken, cezalandırılacak ve disiplinize edilecek olan nesne gibi algılanabilir. Kendine zarar veren kişi bedenini kendinden ayrı düşünebilir. Çözülme, bedenden ayrışma ve kırılan kendilik; kendine zarar verme vasıtası ile bedene üzerinde kontrol sağlama imkanı bulur (Gardner 2002).

Ayrıca, duyulan cinsel dürtülere karşı öfke; değişen bedenden nefret etme; agresyonun bedene yönelmesi ve bedene zarar verilmesi ile sonuçlanır. Süperego, cinsel dürtüleri cezalandırıcı davranarak genital yaralanmalar, organ kayıplarına yol açan kendine zarar vermeye neden olur (Friedman 1972)

Walsh ve Rosen (1988) beden yabancılaşmayı önemli bir kendine zarar verme yordayıcısı olarak bulmuştur. Bu ergenlerin bozulmuş beden algıları olduğu, bedensel çekicilikleri ile ilgili olumsuz duygular taşıdıkları ve pubertal değişiklikler ile ilgili ciddi biçimde rahatsızlık duydukları ifade edilmiştir. Özellikle önceki dönemlerde olumlu beden algısı oluşamamışsa puberte döneminde oluşan bedensel değişikliklerin beden algısını belirgin şekilde bozduğu vurgulanmıştır.

2.3.3.3. Ayrılma bireyleşme ve kendine zarar verme davranışları

Kendine zarar verme davranışlarını anlamaya çalışırken; içselleştirilmiş kendilik ve nesne tasarımlarına vurgu yapılmıştır. Kendine zarar veren ergenlerin çocukluk çağı yaşantılarının travmatik veya düzensiz olduğuna yönelik araştırma sonuçları, nesne ilişkileri kuramı- kendine zarar verme ilişkisini desteklemektedir. Erken dönem gelişimsel süreçlerde yaşanan normalden sapmalar; ergenlik dönemi temel görevlerini yerine getirmede güçlüklerle neden olmaktadır. Mahler ve Kaplan (1977) simbiyoz ve alıştırma dönemlerindeki, içsel ve dışsal narsistik kaynakların yeterli gelişimine engel olabilen, bakımverenin empatik yetersizliğinin izlerini; mazoşistik eğilimler ve kendini değersizleştirme olarak bıraktığını belirtmiştir. Birçok yazar yeniden yakınlaşma krizine vurgu yapmıştır (Pattison ve Kahan (1983), Doctors (1981)) Doctors'a göre, ebeveynin erken dönem empatik yoksunluğu, çocuğun stabil nesne ilişkileri kurmasına engel oluşturmakta ve bu durum; sınırların silikleşmesi ve yutulma anksiyetesi ile sonuçlanmaktadır. Kendine zarar veren ergenlerin nesne tasarımları anneden ayrılmamıştır ya da kötü nesne tasarımları ile özdeşleşme yapılmıştır. Kendine zarar verme bilinçdışı olarak kötü nesnelerin sökülüp atılması ve iyi nesne tasarımlarının yeniden oluşturulması ile ilişkilidir. Pao (1969) da, kendine zarar verme ile sonuçlanan çatışmaları; Mahler'in ayrılma bireyleşme kuramı ile ilişkilendirmiş ve kendine zarar verenlerde, gelişimin bu noktasında bir fiksasyon olduğunu belirtmiştir. Kendine zarar veren ergenlerin, annelerinden yeterli şekilde ayrılamadağı ya da bireyleşemediği; bunun primer olarak, güvenli bağlanmanın yapılamamış olmasından kaynaklandığı belirtilmiştir (Friedman 1972, Walsh ve Rosen 1988).

Blos (1967); Mahler'in simbiyotik anne-bebek ilişkisinden yumurta kabuğunu kırmaya benzer çıkışı; ergenin aile bağlarını ve infantil nesne bağlarını zayıflatmasına benzettir. Ergenin içselleştirilmiş ebeveyninden ve ebeveyn nesne tasarımlarından bağımsızlaşma coşkusu, iç nesnelerin kaybını izleyen depresif bir duygulanımla bütünleşir. Bu nesne

kaybına eşlik eden duygulanım yas durumuna ve yasin işlenmesine benzetilebilir. Friedman'a (1972) göre de libidinal sevgi bağlarından kopma vasıtasıyla yeni ilişkilere yer açılmakta ve bu durum bir yas süreci oluşturmaktadır. Gardner'a göre (2002) ergen bağımlılıktan kurtulma ve ayrılmayı bir anlamda bir kayıp olarak yaşar. Geride bırakılan; bir zamanlar güven ve rahatlık demek olan çocukluk ve ailesel rutinlerdir. Ergen, bir yandan erişkin olmak ve erişkin gibi davranılmak isterken; bir yandan da bilinçli veya bilinçdışı olarak, çocuk kalmak istemektedir. Ayrılma anksiyetesinin yarattığı emosyonel sıkıntı kendini kesme yolu ile hafifletilir. Bir yandan da kesme, anne ile bağı koparma ve kesme anlamı taşır. Böylece bedenin sınırları çizilir; ergen bedene sahiyet duygusu yaşar.

Kendine zarar veren ergenlerin kayıp yaşamaya karşı özellikle hassas oldukları belirtilmiştir (Kafka 1969). Kendiliğin, diğerinden henüz tam ayrışmamış olması nedeni ile bu ergenler; ayrılma, terk edilme ve kaybı; beden bütünlüğüne ve kendiliğe bir tehdit olarak yaşarlar. Gardner, kendine zarar veren ergenlerin "ayrılmayı" terk edilme ve reddedilme şeklinde algıladıklarını vurgulamıştır. Çocukluk döneminden getirilen ihmal, istismar ve içselleştirilmiş yoksunluk; ergenin kendisini fiziksel olarak koruma ve kendine özen gösterme ihtiyacı hissetmemesi ile sonuçlanır. İhmal bir var olma biçimi olmuştur. Çocukluk döneminde kayıp yaşayanlar ya da ihmal edilenler kendine zarar verme davranışını en az kontrol edebilenlerdir. Ayrılma bir tetikleyicidir; bir ilişkide yakınlık zedelendiğinde ergen kendini keser. Canlanan hatıralar erken dönem kayıpları çağırır.

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. AMAÇ

Ergenlik yıllarında daha sık görülen kendine zarar verme davranışları (KZVD), kimi ergenlerde epizodik olarak ortaya çıkmakta ve zaman içinde kendini sınırlandırmakta; kimi ergenlerde de tekrarlayıcı biçimde devam etmektedir. Epizodik ve tekrarlayıcı KZVD; ilişkili risk faktörleri, davranışların hizmet ettiği işlevler, ve psikopatolojinin şiddeti açısından birbirinden farklılaşıyor olabilir.

Son yıllarda kendine zarar verme davranışlarının ilişkili olduğu durumları ve bu davranışların hizmet ettiği işlevleri anlamaya yönelik çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Emosyonel regülasyon (duygudurum düzenleme, affekt regülasyonu) üzerinde en sık durulan işlevlerdendir. En sık ergenlik döneminde gördüğümüz KZVD, döneme özgü artan impulsivite ile emosyonel regülasyonun daha güçleşmesi ve sonuçta maladaptif yöntemlerin sıkıntı yaratan negatif emosyonlarla başa çıkmada kullanılmasıyla ilişkili olabilir.

Ergenlik dönemi içerisindeki önemli gelişimsel görevlerden olan ayrılma bireyleşme; kimi ergenlerde daha yoğun negatif emosyonlar yaratıyor ve başa çıkılamayan emosyonlar KZVD ile sonuçlanıyor olabilir. Literatürde KZVD işlevlerini ve emosyonel regülasyon ilişkisini anlamaya yönelik çalışmalar olmakla birlikte; adolesan ayrılma bireyleşmesi ve bu alanda yaşanan güçlüklerin KZVD'ye etkisi hakkında yeterli araştırma bulunmamaktadır. Ülkemizde ise ergenlerde KZVD konusunda çok az sayıda araştırma yapılmıştır. Bunlar arasında davranışın işlevlerine ve emosyonel regülasyona ya da adolesan ayrılma bireyleşme süreci ile ilişkisine yönelik çalışma bulunmamaktadır.

Kendine zarar veren ergenleri; davranışın işlevleri, ilişkili durumlar ve psikopatoloji ile beraber daha iyi anlamak ve tekrarlayıcı KZVD ile sınırlı KZVD görünüşleri arasındaki farkları ortaya koyabilmek; istenmeyen stigmatizasyonun azalmasına yardımcı olacak ve bu ergenlerin daha etkin tedavi edilerek, ağır klinik durumların önlenmesi ile sonuçlanacaktır

Tüm bunlardan yola çıkarak bu çalışmada, tekrarlayıcı ve epizodik olarak (sınırlı sayıda) kendine zarar veren liseli ergenlerin ilişkili psikopatoloji (ergenin ve anne-babasının

ruhsal rahatsızlığı), emosyonel regölasyon ve adolesan ayrılma bireyleşmesi açısından birbirleri ile ve hiç kendine zarar vermemiş ergenlerden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmanın ikinci amacı kendine zarar veren ergenlerde bu davranışların hizmet ettiği işlevlerin açığa çıkarılması ve tekrarlayıcı ve epizodik olarak kendine zarar veren ergenlerdeki KZVD işlevlerinin farklılaşıp farklılaşmadığının bulunmasıdır.

3.2. VARSAYIMLAR

1. Kendine zarar verme davranışları olan ergenler, daha yüksek kaygı ve depresyon düzeylerine sahiptir.
2. Kendine zarar verme davranışları farklı ruhsal rahatsızlıklarla ilişkilidir ve kendine zarar veren ergenlerde, daha fazla oranda Eksen I tanısı görülür.
3. Kendine zarar verme davranışları olan ergenlerin ebeveynlerinde, daha fazla oranda Eksen I tanısı görülür
4. Kendine zarar verme davranışları olan ergenler, daha fazla duygu düzenleme güçlüklerine sahiptir.
5. Kendini zarar verme davranışları ile ayrılma bireyleşme sürecindeki bozulma arasında bir ilişki vardır.
6. Kendine zarar verme davranışları olan ergenlerde, algılanan aile ve arkadaş desteği azalmıştır.
7. Kendine zarar verme davranışları akut olumsuz emosyonları azaltma amacıyla işlev görür.
8. Kendine zarar verme davranışları, disosiyasyon ya da depersonalizasyon yaşantılarını sonlandırma amacıyla işlev görür.
9. Kendine zarar verme davranışları, özkıyım dürtülerinden kaçınmak, uzlaşmak ya da yer özkıyım dürtüleri ile yer değiştirmesi amacıyla işlev görür.
10. Kendine zarar verme davranışları yaşanan sıkıntıyı vurgulama amacıyla işlev görür.
11. Kendine zarar verme davranışları, diğerlerinden yardım arayışı ya da çevresindekileri yönlendirme amacıyla işlev görür.
12. Kendine zarar verme davranışları, kendisi ile diğerleri arasındaki farklılığa işaret etme ya da sınır çizme amacıyla işlev görür.

13. Kendine zarar verme davranışları özerk olduğunu ve kendi kendine yetebildiğini gösterme amacıyla işlev görür.
14. Kendine zarar verme davranışları, kendine yönelik öfkenin dışavurumu ya da kendinin değersizleştirme amacıyla işlev görür.
15. Kendine zarar verme davranışları, heyecan ya da canlılık hali yaratmak amacıyla işlev görür.
16. Kendine zarar verme davranışları akranlarla arada bağ oluşturma amacıyla işlev görür.
17. Kendine zarar verme davranışları kendine özen gösterme, kendiyle ilgilenebilme amacıyla işlev görür.
18. Kendine zarar verme davranışları acıya dayanıklılığını ispatlama amacıyla işlev görür.
19. Kendine zarar verme davranışları intikam alma amacıyla işlev görür.

3.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin emosyonel regülasyon ve ayrılma bireyleşme güçlükleri ile ruhsal rahatsızlık tanılarını, cinsiyet, yaş ve sosyoekonomik düzey olarak eşleşen kontrol grubu ile karşılaştırmak, ayrıca kendine zarar veren gençlerde bu davranışların işlevlerini anlamak amacıyla yapılmış kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan etik kurul onayı ve İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden çalışma onayı alınmıştır.

3.4. ARAŞTIRMA YERİ VE ZAMANI

Araştırma 2010-2011 eğitim ve öğretim yılı içerisinde Aralık 2010- Mart 2011 döneminde yöntemde belirlenmiş olan liselerde uygun görüşme alanlarında yapılmıştır. Anne ve baba görüşmeleri Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde gerçekleştirilmiştir.

3.5. ARAŞTIRMA EVRENİ

Araştırma evrenini 2010-2011 eğitim ve öğretim yılı içerisinde İzmir ili genelinde kendine zarar verme davranışı yaygınlığını ve doğasını belirlemek üzere yapılmış olan çalışmaya katılan lise öğrencileri oluşturmuştur. Bu araştırma için İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden alınan bilgiler doğrultusunda, İzmir ili merkez ilçelerde bulunan

liselerde öğrenim gören toplam öğrenci sayısı 133.760 (özel okul: 6666); çevre ilçe liselerinde öğrenim gören toplam öğrenci sayısı 51.411'dir (özel okul:1102). Türkiye'de daha önce İstanbul'da liselerde okuyan gençlerle yapılmış bir çalışmada KZVD yaygınlığı %21.4 olarak rapor edilmiştir (Zoroğlu ve ark. 2003). Buna göre ulaşılması planlanan örneklem büyüklüğü $n = N \cdot t^2 \cdot pq / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot pq$ formülü ile (N=evrendeki birey sayısı, n=örnekleme alınacak birey sayısı, p=incelenen olayın görüş sıklığı, q=incelenen olayın görülme sıklığı, t=belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer, d=olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma) %3 hata payı ve %99 güven aralığı alınarak ve %20 ulaşamama riski eklenerek 1500 öğrenci olarak bulunmuştur. Tabakalı örnekleme kullanılarak ulaşılması planlanan öğrenci sayısı önce çevre ve merkez ilçe nüfusu doğrultusunda; daha sonra da Anadolu-fen liseleri, düz liseler, meslek liseleri ve özel okulların toplam nüfusu doğrultusunda paylaştırılmıştır. Yine İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden alınan bilgiye göre resmi liselerdeki ortalama sınıf mevcudu yaklaşık 26 kişi, özel okullardaki sınıf mevcudu yaklaşık 17 kişidir. Buna göre ulaşılması gereken toplam sınıf sayıları hesaplanarak ve her okulda 4 sınıfa (9., 10., 11. ve 12. sınıflardan birer sınıf olacak şekilde) ulaşılacağı göz önünde bulundurularak gidilecek okul sayısı belirlenmiştir. Buna göre toplam 18 lise araştırma evrenini oluşturmuştur (merkez ilçelerden 11 resmi okul, 1 özel okul, çevre ilçelerden 6 resmi okul). Okullar ve okullarda ulaşılacak sınıflar basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Ulaşılan okullar şu şekildedir: Mehmet Seyfi Eraltay Lisesi (Narlıdere), Şirinyer Lisesi (Buca), Gaziemir Lisesi (Gaziemir), 60. Yıl Anadolu Lisesi (Güzelbahçe), Bayraklı Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi (Bayraklı), Bornova Kız Teknik ve Meslek Lisesi (Bornova), Atatürk Sağlık Meslek Lisesi (Konak), İnönü Lisesi (Karabağlar), Mehmet Ali Lahur Ticaret Meslek Lisesi (Karşıyaka), Balçova Anadolu Lisesi (Balçova), Çiğli İMKB Kız Teknik ve Meslek Lisesi (Çiğli), Özel Fatih Koleji (Konak), Menemen Lisesi (Menemen), Torbalı İmam Hatip Lisesi (Torbalı), Mopak Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi (Kemalpaşa), Reha Midilli Anadolu Lisesi (Foça), Urla Teknik Lise ve Çok Programlı Lisesi (Urla), Menderes Lisesi (Menderes). Bu araştırma kapsamında 18 lisede ulaşılan toplam 1656 öğrenci tez çalışmasının araştırma evrenini oluşturmuştur.

3.6. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ ve ÖRNEKLEM GRUPLARI

Araştırma örneklemini, araştırma evreni içerisinde belirlenen ve kendine zarar veren lise öğrencileri ile bunlarla yaş cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından eşleştirilmiş kontrol grubu oluşturmuştur.

Örneklem grupları kendine zarar verme davranışı varlığı ve sayısı doğrultusunda belirlenmiştir. Araştırma evreninde yer alan ergenlerin kendine zarar verme sayısı ve uyguladıkları yöntemler, kendine zarar verme davranışı envanteri- davranışlar bölümünde yer alan soruların yanıtlarından öğrenilmiş ve işleme kriterlerini karşılayan ve dışlama kriteri bulunmayan ergenler araştırma örneklemini oluşturmuştur.

Kendine zarar verme davranışı konusunda yapılan araştırmalar 4-6 arası epizod sayısını genellikle işleme kriteri olarak kullanmışlardır [12]. Buna destek Dulit ve ark.'nın (1994) çalışmasından gelmiştir [96]. Buna göre kendine 5'ten fazla kez zarar vermiş olan borderline kişilik bozukluğu tanılı hastalarda ek psikiyatrik tanı alma oranı yüksek bulunmuştur. Literatürde KZVD tanımı içerisinde vücudun zarar görmesiyle sonuçlanan, kasıtlı olarak yapılan, intihar amacı olmayan ve kültürel olarak kabul görmeyen çeşitli davranışlar (kesme, yakma, çimdikleme, tırnaklama, kendini sert bir yere vurma, yara yeriyle oynama vb) yer almaktadır. Bunlar içerisinde kesme davranışı bazı yayınlarda özel bir vurguyla değerlendirilmiş ve psikopatoloji ile ilişkisi vurgulanmıştır. Bu literatür bilgileri ışığında kendine zarar veren ergenler psikopatolojinin devamlılığını değerlendirmek ve kendine zarar verme sayısının etkilerini görebilmek amacıyla 2 ayrı grupta değerlendirilmiştir. Buna göre araştırmada 3 örneklem grubu oluşturulmuştur:

1.Tekrarlayıcı kendine zarar veren grup (TKZV): Bugüne dek en az 5 kez kendini kesmiş olduğunu belirten ergenler tekrarlayıcı kendine zarar veren örneklem grubunu oluşturmuştur. Güzelbahçe 60. Yıl Anadolu Lisesi ve Foça Reha Midilli Anadolu Lisesi'nden TKZV gruba alınma kriterlerini karşılayan öğrenci olmamıştır. Diğer 16 lisede toplam 103 öğrenci kendine zarar verme davranışı değerlendirme formunda en az 5 kez kendini kesme davranışı olduğunu belirtmiştir. Bu öğrencilerden 2 öğrenci çalışmaya katılmak istemediklerini belirtmiş, 1 tanesine okulu bırakmış olması nedeni ile ulaşamamış, diğer 6 tanesine de çeşitli nedenlerle (çalışma günü okulda bulunmama, çalışma kod numarasını hatırlamama ya da gönülsüzlük nedeni ile kod numarası okunduğunda kimliğini belli etmeme vb.) ulaşamamıştır. Diğer 94 öğrenci çalışmaya

alınmış ancak bir öğrencinin görüşme sırasında formu doğru doldurmadığı anlaşıldığı için; iki öğrenci de yarı yapılandırılmış tanışal görüşmeyi yapmak istemediği için çalışmadan dışlanmış. Geriye kalan 91 öğrenci çalışmaya alınmış ve TKZV grubunu oluşturmuştur.

TKZV grubu işleme kriterleri:

1. En az 5 kez kendini kesmiş olmak
2. Çalışmaya katılmayı kabul etmek
3. Formları ve eksiksiz ve güvenilir şekilde doldurmuş olmak (Adolesan ayrılma bireyleşme testinde (AABT) 5 öğrencinin formun bir sayfasını doldurmadığı görülmüş, ancak bu öğrencilerin diğer formlarının eksiksiz olması nedeni ile çalışma dışı bırakılmamış, yalnızca AABT geçersiz sayılmıştır.

TKZV grubu dışlama kriterleri:

1. Hiç kendine zarar vermemiş olmak/ hiç kesme davranışı olmamak/ kendini kesmiş olsa bile 5’den az sayıda bunu gerçekleştirmiş olmak
2. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak
3. Formları güvenilir doldurmamış olmak/ eksik formların bulunması/ yarı- yapılandırılmış tanışal görüşmenin tamamlanmaması

2. Epizodik kendine zarar veren grup (EKZV): Bu gruba kendine zarar verme davranışı olan ancak herhangi bir KZVD’yi 5’ten az sayıda yapmış olan ergenler alınmıştır. Tüm araştırma evreni içerisinde yukarıda belirtilen EKZV grubu işleme kriterine uyan ergen sayısı TKZV grubuna alınan ergen sayısından (n=91) daha fazladır. Ancak EKZV örneklem grubu belirlenirken yaş cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından TKZV grubu ile eşleşmesi koşulu aranmıştır. Buna göre TKZV grubu işleme kriterlerine uyan ve yaş cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından TKZV grup ile eşleşen 122 ergen belirlenmiştir (Eşleme sırasında birebir eşleme yapılmış ancak olgu sayılarının denk olmaması gibi nedenlerle birebir eşlemenin tam olarak sağlanamadığı koşullarda benzerlik koşulu aranmıştır. Olgu alımı tamamlandıktan sonra gruplar yaş cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından karşılaştırılmış ve gruplar arası fark olmadığı görülmüştür. Bkz. bulgular bölümü.) Bu olgulardan 1 tanesi çalışmaya katılmayı kabul etmemiş, 12 tanesine de çeşitli nedenlerle ulaşılamamıştır (çalışma günü okulda bulunmama, çalışma kod numarasını hatırlamama ya da gönülsüzlük nedeni ile kod numarası okunduğunda kimliğini belli etmeme vb.). Diğer 109 öğrenci EKZV grubu

olguları olarak çalışmaya alınmıştır. Bu öğrencilerden 4 tanesi yarı yapılandırılmış tanışal görüşmeleri tamamlanamadığı için; diğer 3 öğrenci de görüşmelerin tamamlanmış olmasına rağmen formları eksik doldurmuş olmaları nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Geriye kalan 102 öğrenci EKZV grubuna alınmış ve çalışmayı tamamlamıştır.

EKZV grubu işleme kriterleri:

1. KZVD öyküsü olmak ve herhangi bir KZVD'yi 5'ten az sayıda yapmış olmak.
2. Çalışmaya katılmayı kabul etmek
3. TKZV grubu ile yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından eşleşmiş olmak.
4. Formları ve eksiksiz ve güvenilir şekilde doldurmuş olmak (Adolesan ayrılma bireyleşme testinde (AABT) 5 öğrencinin formun bir sayfasını doldurmadığı görülmüş, ancak bu öğrencilerin diğer formlarının eksiksiz olması nedeni ile çalışma dışı bırakılmamış, yalnızca AABT geçersiz sayılmıştır.

EKZV grubu dışlama kriterleri:

1. Hiç kendine zarar vermemiş olmak/ herhangi bir KZVD'yi 5 ve daha fazla sayıda yapmış olmak.
2. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak
3. Formları güvenilir doldurmamış olmak/ eksik formların bulunması/ yarı- yapılandırılmış tanışal görüşmenin tamamlanmaması

2. Kontrol grubu: Bugüne dek hiç kendine zarar verme davranışında bulunmamış ve hiç intihar girişimi öyküsü olmayan ve TKZV grup ve EKZV grup ile yaş cinsiyet ve sosyoekonomik düzey olarak eşleşen ergenler kontrol grubunu oluşturmuştur. Sınıflarda fazla sayıda eşleşen öğrenci bulunduğu basit rastgele örnekleme yolu ile kontrol grubu olguları belirlenmiştir. Buna göre toplamda 110 kontrol grubu olgusu belirlenmiş, 1 olgu isteksiz olması nedeni ile çalışmaya alınmamıştır. Diğer 8 olguya da çeşitli nedenlerle ulaşılamamıştır (Çalışma günü okulda bulunmama vb.) Toplamda 101 olgu kontrol grubunda yer alarak çalışmayı tamamlamıştır.

Kontrol grubu işleme kriterleri:

1. Hiç KZVD öyküsünün olmaması.
2. Hiç intihar girişiminde bulunmamış olmak.
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmek

4. TKZV ve EKZV grubu ile yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından eşleşmiş olmak.
5. Formları ve eksiksiz ve güvenilir şekilde doldurmuş olmak (Adolesan ayrılma bireyleşme testinde (AABT) 5 öğrencinin formun bir sayfasını doldurmadığı görülmüş, ancak bu öğrencilerin diğer formlarının eksiksiz olması nedeni ile çalışma dışı bırakılmamış, yalnızca AABT geçersiz sayılmıştır.

Kontrol grubu dışlama kriterleri:

1. KZVD ve intihar girişimi öyküsünün olması
2. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak
3. Formları güvenilir doldurmamış olmak/ eksik formların bulunması/ yarı- yapılandırılmış tanısal görüşmenin tamamlanmaması

3.7. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

1. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (Inventory of Statements About Self Injury-ISAS)

Kendine zarar verme davranışını araştırmaya yönelik geliştirilmiş 2 bölümden oluşan bir ölçektir. İlk bölümde (Bölüm I: Davranışlar) kasıtlı olarak yapılan ve intihar niyeti taşımayan 12 çeşit kendine zarar verme davranışının yaşam boyu frekansı sorgulanır. Kesme, ısırma, cilde harf/şekil kazıma, çimdikleme, saç kopartma, tırnaklama, kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma, yara iyileşmesine engel olma (yara yeriyle oynama, kabuklarını kaldırma), cildi sert bir yere sürme, kendine iğne batırma, tehlikeli/zararlı madde içme/yutma sorgulanan davranışlardır. Katılımcılara her davranışı kaç kez gerçekleştirmiş oldukları sorulur. Çoktan seçmeli yanıtlanan 5 ek soru ile de ilk zarar verme yaşı, zarar verme sırasında acı hissi, kendine zarar verme davranışının yalnız ya da başkalarıyla beraberken gerçekleştirilmesi durumu, istek ve eylem arasında geçen süre ve kişinin kendine zarar verme davranışını sonlandırma isteği gibi davranışların tanımlayıcı ve yapısal özelliklerini araştırılır.

Envanterin ilk bölümünün geçerlik güvenilirlik çalışması Klonsky ve Onlino (2008) (815 kişilik kolej öğrencilerinden oluşan örneklem içinde kendine zarar verme davranışı olan 205 kişide yapılmış çalışma) tarafından gerçekleştirilmiştir [97]. 12 davranışın iç tutarlılığı çok iyi düzeyde ($\alpha=.84$) olarak rapor edilmiştir. Davranışlar için madde-toplam puan ilişkileri .52 median değeri ile .22-.60 arasında değişmiştir. Yapısal geçerliliği için toplam

kendine zarar verme davranışı (KZVD) skoru McLean Borderline tarama envanteri soruları ile ilişkilendirilmiş (intihar-KZVD maddesi dışlanarak) ve $r=.37$ düzeyinde ilişki bulunmuştur (intihar-KZVD maddesi ile $r=.45$ düzeyinde ilişki rapor edilmiştir).

Ölçeğin ilk bölümünde 1 ve daha fazla sayıda KZVD belirten katılımcılar, ölçeğin ikinci bölümünü yanıtlamaya yönlendirilmektedir. Bu bölümde toplam 39 soru ile 13 ayrı kendine zarar verme davranışı işlevi sorgulanmaktadır (Bölüm II: İşlevler): affekt regülasyonu (affect regulation, *örnek soru: kendimi sakinleşmiş hissedirim*), anti-suisit (anti-suicide, *örnek soru: intihar girişimi dürtümden kaçınmış olurum*) sıkıntıyı vurgulama (marking distress, *örnek soru: kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum*), kendini cezalandırma (self-punishment, *örnek soru: değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum*), anti-disosiasyon (anti dissociation, *örnek soru: uyuşukluk hissinden kurtulmak için acı oluşturmuş olurum*), dayanırlık (toughness, *örnek soru: acıya dayanıklılığımı görmüş olurum*), intikam alma (revenge, *örnek soru: birisinden huncumu çıkartmış olurum*), kişiler arası sınırlar (inter-personal boundaries, *örnek soru: kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum*), kişiler arası etkileşim (inter-personal influence, *örnek soru: başkalarının hissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarını sağlamış olurum*), heyecan arama (sensation seeking, *örnek soru: heyecan ve coşku yaratan bir şey yapmış olurum*), akranlarla bağ kurma (peer bounding, *başkalarına uyum sağlamış olurum*), kendine yetme (autonomy, *örnek soru: başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum*), kendine özen gösterme (self-care, *örnek soru: duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum*). Her fonksiyon 3 soru ile değerlendirilmektedir. Sorular, "çok uygun-2", "kısmen uygun-1", "hiç uygun değil-0" şeklinde yanıtlanmaktadır. Dolayısıyla her işlev için kişi 0-6 puan arasında puan alır.

Bu bölümün psikometrik özellikleri ve geçerlik güvenirliği Klonsky ve Glenn (2009) (235 kolej öğrencisinde yaptıkları çalışma) tarafından rapor edilmiştir [98]. Yapılan faktör analizinde 2 faktör açığa çıkmıştır. Birinci faktör kişiler arası/sosyal işlevleri (interpersonal functions) değerlendirir (özerklik, kişiler arası sınırlar, kişiler arası etkileşim, akranlarla bağ kurma, intikam alma, kendine özen gösterme, heyecan arama ve dayanırlık; özdeğerlik: 5.9). İkinci faktör otonom işlevleri (intrapersonal functions) değerlendirir (affekt regülasyonu, anti-disosiasyon, anti-suisit, sıkıntıyı vurgulama, kendini cezalandırma; özdeğerlik: 1.6). Sosyal ve otonom işlevlere ait her bir işlev toplanarak toplam sosyal ve

otonom işlev skoru elde edilir. İç tutarlığı yansıtan alpha değerleri sosyal ve otonom işlevler için çok iyi düzeyde bulunmuştur: sosyal işlevler için .88, otonom işlevler için .80.

Buna göre ölçeğin birinci bölümünde yer alan 12 kendine zarar verme davranışı için iç tutarlık Cronbach $\alpha=.71$ bulunmuştur. Ölçeğin işlevlere yönelik ikinci bölümün geçerlik güvenirlik değerlendirmesinde promax rotasyon ile yapılan faktör analizine göre 2 faktör elde edilmiştir; sosyal ve otonom faktörler.

Kendine zarar verme davranışı envanteri Türkçe çevirisi ve geçerlik güvenirlik çalışması yukarıda bahsi geçen İzmir ili genelinde lise öğrencileri arasında kendine zarar verme davranışının değerlendirildiği çalışma kapsamında 529 lise öğrencisi ile yapılmıştır (yayına hazırlanan data). Buna göre ölçeğin birinci bölümünde yer alan 12 kendine zarar verme davranışı için iç tutarlık Cronbach $\alpha=.71$ bulunmuştur. Ölçeğin işlevlere yönelik ikinci bölümün geçerlik güvenirlik değerlendirmesinde faktör çıkarsama yöntemi olarak Anabileşenler Analizi kullanılmış ve özdeğeri birden büyük iki faktör elde edilmiştir. Bu iki faktörle toplam varyansın % 59'u açıklanmaktadır. Varimax döndürmesi sonucu elde edilen faktör yüklerine göre birinci faktör kişiler arası/sosyal işlevleri (interpersonal functions) değerlendiren alt boyutların kümelendiği bir faktördür. "Kişiler arası sınırlar", "kişiler arası etkileşim", "akranlarla bağ kurma", "kendine özen gösterme", "heyecan arama" ve "dayanırılık" "özerklik" işlevleri birinci faktör altında toplanmıştır. İkinci faktör otonom işlevleri (intrapersonal functions) değerlendirir. "affekt regülasyonu", "anti-disosiasyon", "anti-suisit", "sıkıntıyı vurgulama", "kendini cezalandırma" ve "intikam alma" işlevleri ise otonom işlevler altında toplanmıştır. Alt boyutların iki faktöre dağılımları Klonksky ve Glenn'in bulguları ile tutarlıdır. Yalnızca "intikam alma" alt boyutu Klonksky ve Glenn'in çalışmasından farklı olarak "den farklı olarak sosyal işlevler yerine otonom işlevler altında yer almıştır. Bu farklılığın çalışma grubumuzun lise çağını kapsamasıyla bağlantılı olabileceği düşünülmektedir.

Sosyal ve otonom işlevlere ait her bir işlev toplanarak toplam sosyal ve otonom işlev skoru elde edilmiştir; sosyal ve otonom işlevler için iç tutarlığı yansıtan alpha değerleri çok iyi düzeyde bulunmuştur: Sosyal işlevler için .86, otonom işlevler için .87. Toplam işlev puanları için ise .90 düzeyinde iç tutarlılık katsayısı elde edilmiştir.

Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri tüm araştırma evreni tarafından sınıflarda doldurulmuştur. Envanterin birinci bölümü tez çalışması için araştırma

örneklerinin belirlenmesinde kullanılmış; her iki bölümünden de varsayımlar bölümünde belirtilen hipotezleri araştırmaya yönelik kendine zarar verme davranışı ilişkili veriler elde edilmiştir.

2. Mc Lean Borderline Kişilik Bozukluğu Tarama Envanteri (Mc lean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder MSI-BPD)

Zanarini ve ark. (2003) tarafından DSM-IV borderline kişilik bozukluğu (BKB) tanısını taramak için geliştirilmiş ve geçerlik-güvenilirlik çalışması yapılmış 10 sorudan oluşan self-report bir ölçektir [99]. Sorular "evet=1", "hayır=0" şeklinde skorlanır. Yazarları tarafından DSM-IV BKB tanısını tarayan ilk "kağıt-kalem tarama testi" olarak tanımlanmıştır. Alınabilecek toplam puan 0-10 arasında değişmektedir. Ölçeğin 200 kişiden oluşan (ortalama yaş: 33.6) örnekleme yapılan analizlerinde iç tutarlılığı $\alpha=0.74$ olarak verilmiştir. Kesme noktası .81 hassaslık ve .85 özgüllük ile 7 olarak verilmiştir. 25 yaş ve altında kişilerde bakıldığında "7" kesme değerinin hassaslığının 90, özgüllüğünün .93'e yükseldiği belirtilmiştir.

Mc Lean borderline kişilik bozukluğu tarama envanterinin Türkçe çevirisi ve geçerlik güvenilirlik çalışması yukarıda bahsi geçen İzmir ili genelinde lise öğrencileri arasında kendine zarar verme davranışının değerlendirildiği çalışma kapsamında 455 kişi ile yapılmıştır (yayına hazırlanan data). Buna göre ölçeğin iç tutarlık katsayısı, ölçeğin yazarlarının bulduğu değere çok yakın olarak $\alpha=0.77$ bulunmuştur. Ölçeğin 15 gün -1ay ara ile yapılan tekrar-testleri ile (n=63) arasında .89 düzeyinde korelasyon bulunmuştur.

3. Duygudurum düzenlemede güçlükler ölçeği (DDGÖ) - (Difficulties in Emotion Regulation Scale-DERS)

Duygudurum düzenlemede güçlükler ölçeği Gratz ve Roemer (2004) tarafından geliştirilmiş ve 18-55 yaşları arasında değişen (ortalama: 23.1) 373 kişilik kolej öğrencisi grubunda geçerlik-güvenilirlik çalışması yapılmıştır [100]. 36 maddeden oluşan 5'li likert tipi ölçek 6 boyutta duygudurum düzenlemeyi değerlendirir. Sorular hemen "hemen hemen hiç=1", "bazen=2", "yaklaşık yarı yarıya=3", "çoğu zaman=4" ve "hemen hemen her zaman=5" şeklinde skorlanır. 6 alt ölçek şu şekildedir: 1. Amaç (negatif duygudurumunda amaca yönelik davranışa başlatma; artan puanlar amaca yönelik davranış başlatmada güçlüklerle işaret eder), 2. Strateji (duygudurum düzenlemede etkin stratejiler kullanabilme; artan puanlar etkin stratejiler kullanmada güçlüklerle işaret eder),

3. Dürtüsellik (dürtüsel davranışların kontrol edilmesi; artan puanlar dürtüsel davranışların kontrolünde yaşanan zorluklara işaret eder), 4. Farkındalık (duygusal yanıtların farkında olma; artan puanlar duygusal yanıtlarda farkındalığın azalmasına işaret eder), 5. Netlik (duygusal yanıtlarda net olma; artan puanlar duygusal yanıtlarda netliğin azalmasına işaret eder) ve 6. Kabul etmemedir (negatif duyguların kabulü, artan puanlar negatif duyguların kabul edilmesinde yaşanan güçlükler işaret eder). Ölçeğin ayrıca tüm alt ölçeklerden alınan puanın toplanmasından elde edilen toplam ölçek puanı (toplam duygudurum düzenlemede güçlük puanı) mevcuttur. Gratz ve Roemer ölçeğin iç tutarlığı $\alpha=.93$ olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerden her birisinin Cronbach α değerleri de $>.80$ 'dir. Ölçeğin daha sonra ergen yaş grubunda (11-17 yaş, $n=870$) geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır [101]. Bu çalışmada bulunan faktör yapısı Gratz ve Roemer'in erişkin yaş grubunda rapor ettikleri faktör yapısı ile uyumluluk göstermiştir. Alt ölçeklerin Cronbach α değerleri .72-.87 arasında bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçe'ye kazandırılması ve geçerlik-güvenilirlik çalışması Rugancı ve Gençöz (2010) tarafından 19-31 yaş grubu arası 338 üniversite öğrencisi ile yapılmıştır [102]. Türk örnekleminde yapılan bu çalışma ölçeğin faktör yapısı orijinal ölçeğe benzer bulunmuş ve aynı 6 alt ölçek .75-.90 iç tutarlık Cronbach α değerleri ile rapor edilmiştir. Ölçeğin Cronbach α değeri .94 bulunmuştur.

Mevcut çalışma kapsamında 15-19 yaş aralığında 294 lise öğrencisinin doldurmuş olduğu duygudurum düzenlemede güçlükler ölçeğinin Cronbach α değeri Rugancı ve Gençöz'ün çalışmasında rapor edilen ile benzer şekilde .94 bulunmuştur.

4. Adolesan Ayrılma Bireyleşme Testi (AABT) (Separation Individuation Test For Adolescents- SITA)

Mahler'in ayrılma-bireyleşme modelinin anahtar dinamikleri, psikopatolojinin fiksasyon noktaları ve sağlıklı gelişimi belirleyen kilometre taşlarına özellikle vurgu yapılarak AABT Levine ve arkadaşları tarafından (1986) geliştirilmiştir [103]. AABT ebeveynler, öğretmenler ve arkadaşlarla ilişkiye dair bir dizi davranışsal ifadeler içeren bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Maddeler "kuvvetle katılıyorum" dan "kuvvetle karşıyım" a uzanan 5 noktalı Likert skalasında cevaplanmaktadır. Her bir maddeden alınabilecek puanlar 1 ile 5 arasındadır. Yüksek puanlar, adolesanın ebeveyn ve arkadaş ilişkilerinin her bir skalada belirtilen şekilde olduğunu gösterir.

Levine ve ark. (1986), adolesan ayrılma-bireyleşmesinin şu 6 temel boyutunu belirlemişlerdir: 1. Bakım ve simbiyoz 2. Yutulma anksiyetesi 3. Ayrılma anksiyetesi 4. İhtiyacın reddedilmesi 5. Kendilik Merkezli Oluş 6. Sağlıklı ayrılma. Bu boyutların her biriyle ilgili 103 madde oluşturulmuş ve bunlar AABT'nin çeşitli skalalarını meydana getirmiştir. Levine ve Saintonge (1993) tarafından yapılan, klinik örnekleme AABT'nin psikometrik özelliklerinin incelendiği araştırmada, yine Levine ve arkadaşlarının (1986) daha önce tanımladığı bazı skalalar aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir: Buna göre AABT'nin yurtdışında kullanılan mevcut formunda her biri Mahler tarafından açıklanan erken çocukluk ayrılma-bireyleşme sürecinin özel türevleriyle kavramsal olarak bağlantılı 9 alt skala vardır. Bu 9 alt skala şöyledir: Ayrılma anksiyetesi (önemli diğeri terk eden olarak algılanır), yutulma anksiyetesi (yakınlık sınırlama olarak algılanır), bakım arama (kuvvetli bakıcı bağlanması), arkadaşla yapışma (yoğun arkadaş yakınlığı arayışı), öğretmene yapışma (öğretmenlere yoğun yakın bağlanma arayışı), pratik yapma-aynalama (narsistik arayışlar), İhtiyacı inkar etme (bağlanma ihtiyaçları inkar edilir), reddedilme beklentisi (önemli diğerleri katı ya da hostile olarak algılanır), Sağlıklı ayrılma (bağımlılık ve bağımsızlık arayışlarının esnek dengesi).

Adolesan Ayrılma-Bireyleşme Testi'nin (AABT) Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bildik ve ark. (2010) tarafından yapılmıştır. Araştırma örnekleminde 618 lise öğrencisi ve 250 üniversite öğrencisi yer almıştır. Ayrılma-Bireyleşme kuramına temellendirilmiş bir test olan Adolesan Ayrılma-Bireyleşme Testi'nin çevirisi yapılmış, iç tutarlığı, test tekrar-test güvenilirlik, madde analizi ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin sağlıklı ayrılma alt ölçeği çıkarılmış ve 8 alt ölçek elde edilmiştir. AABT'nin içtutarlık katsayıları, ayrılma anksiyetesi alt boyutu için .59, yutulma anksiyetesi alt boyutu için .71, bakım arama alt boyutu için .67, arkadaşla yapışma alt boyutu için .70, öğretmene yapışma alt boyutu için .69, pratik yapma-aynalama alt boyutu için .86, ihtiyacı inkar etme alt boyutu için .61 ve reddedilme beklentisi alt boyutu için .82 bulunmuştur. Bu bulgulara göre ölçeğin alt boyutları için iç tutarlık katsayıları .59 ile .86 arasında değişmekte ve AABT'nin 8 alt boyut ve 65 maddesi için madde-yapı ilişkilerinin güvenilir olduğuna işaret etmektedir. Analizler, AABT'nin Türk lise ve üniversite öğrencileri üzerinde yeterli düzeyde geçerlik ve güvenilirlik değerlerine sahip olduğunu göstermiştir.

5. Aileden ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ-Aile, ASDÖ-Arkadaş) (Percieved Social Support from Friends and Family Scales- PSS-Fr/Fa)

Procidano ve Heler (1983) tarafından geliştirilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır [104]. 20'şer soruluk 2 ölçekten oluşur. Her bir ölçeğin faktör analizi sonucu bir faktör vermiştir. Sorular "evet", "hayır" ve "bilmiyorum" şeklinde yanıtlanmaktadır. Her iki ölçekte sosyal destek algılandığına yönelik yanıtlar "1", sosyal destek algılanmadığına yönelik yanıtlar "0" olarak skorlanır. "Bilmiyorum" yanıtının karşılığı da "0" puandır. Her bir ölçekten alınan puanlar toplanarak ayrı ayrı arkadaştan ve aileden algılanan sosyal destek puanı elde edilir. Artan puanlar, artan aile ve arkadaş desteği algısına (destek, geribildirim ve bilgilendirme konusundaki beklentilerinin arkadaşları ve ailesi tarafından ne kadar karşılandığı yönündeki algısı) işaret eder. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması kolej öğrencilerinde yapılmış ve ASDÖ-Arkadaş için .88, ASDÖ-Aile için .90 iç tutarlık α değerleri bildirilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirisi ve geçerlik güvenirlik çalışması Eskin ve ark. (1993) tarafından yapılmıştır [105]. Eskin ve ark. çalışmalarında iç tutarlık α değerlerini ASDÖ-Arkadaş ölçeği için .76, ASDÖ-Aile ölçeği için .85 bulmuştur.

6. Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Beck Depression Inventory- BDI)

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen ve depresyon belirti düzeyini ölçmede yaygın olarak kullanılan bu ölçek 21 sorudan oluşmaktadır [106]. 4'lü likert olarak yanıtlanır ve her maddenin puanlaması 0-3 arasında yapılır. Buna göre ölçekten 0-63 arası puan alınabilir. Artan puanlar artan depresif belirtilere işaret eder. Ölçek Hisli (1989) tarafından Türkçe'ye kazandırılmış ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır [107]. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach α katsayısı .80 olarak bildirilmiştir ve "17 puan" kesme noktası olarak bildirilmiştir..

7. Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği (DKÖ- SKÖ) (State- Trait Anxiety Inventory- STAI)

Spielberg ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiştir [108]. Her biri 20 maddelik 2 ayrı ölçekten oluşur. Durumluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli kaygı ölçeği, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Her iki ölçek 4'lü Likert tiptedir ve 1-4 arası puanlanır. Toplam puan iki ölçek için de 20-80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini gösterir.

Ölçeğin iç tutarlığını yansıtan alpha değerleri durumluk kaygı ölçeği için .83, sürekli kaygı ölçeği için .86 bulunmuştur. Ölçek Türkçe'ye Öner ve Le Compte (1985) tarafından kazandırılmıştır [109]. Geçerlik güvenirlik çalışması orta- lise- üniversite öğrencileri ve yetişkinler ile yapılmıştır. Cronbach α değerleri durumluk kaygı ölçeği için .94, sürekli kaygı ölçeği için .83 bulunmuştur.

8. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form ergenlerin sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi toplama amacıyla literatür temel alınarak, yazarlar tarafından oluşturulmuştur. Formda ergenin yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik düzeyi, akademik durumu, arkadaş ilişkileri, alkol madde kullanım öyküsü, göç öyküsü ve aileye yönelik bilgilerin araştırıldığı sorular mevcuttur.

9. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi- Şimdi ve yaşam boyu versiyonu (ÇDGŞG-ŞY) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Life-time Kiddie-SADS-PL)

K-SADS-PL Kauffman ve ark (1997) tarafından 6-18 yaşlar arasındaki çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam-boyu psikopatolojiyi taramak amacıyla geliştirilmiş, yarı-yapılandırılmış bir görüşmedir [110]. ÇDGŞG-ŞY, DSM-IV (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) tanı ölçütleri doğrultusunda uygulanmıştır. Form; sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı ilk bölüm, şimdi ve geçmiş psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı ikinci bölüm ve çocuğun değerlendirme yapıldığı andaki genel işlevinin değerlendirildiği üçüncü bölümden oluşmaktadır.

Görüşmede duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. ÇDGŞG-ŞY'nin Türkçe çevirisi ve geçerlik ve güvenirlik çalışması Gökler ve ark (2004) tarafından yapılmıştır [111].

10. SCID-Nonpatient Versiyonu (SCID-NP) (Structured Clinical Interview For DSM-III-R Disorders, Nonpatient Version- SCID-NP)

Spitzer ve ark. Tarafından (1992) DSM-III-R sınıflandırma sistemi dikkate alınarak hazırlanmış olan ve Çorapçıoğlu ve ark. tarafından (1999) DSM-IV Türkçe versiyonunun

güvenilirlik çalışması yapılmış olan SCID ölçeğinin sağlıklı kişilerin psikolojik durumlarını saptamayı ve psikiyatrik hastalardan ayırmayı amaçlayan formudur [112, 113]. Görüşme yapmak üzere daveti kabul eden anne ve babalarla Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında gerçekleştirilmiştir.

3.8. UYGULAMA

Araştırma uygulamaları İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve Üniversite Etik Kurul onayının alınmasının ardından liselerde gerçekleştirilmiş, görüşme yapmayı kabul eden anne ve babalar ile tanısıl görüşmeler Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmıştır. İzmir ili genelinde kendine zarar verme davranışı yaygınlığını ve doğasını belirlemek üzere yapılmış olan çalışmaya katılan lise öğrencileri arasından yukarıda bahsedilen şekilde seçilmiş olan TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubu olguları liselerde sınıflara gidilerek görüşme yapılmak üzere çağırılmıştır. Bunun için gidilmesi planlanan liselere telefonla ulaşılarak uygulama öncesi randevu alınmıştır. Belirlenen günlerde okullara gidilerek sınıflarda çalışma hakkında bilgi verildikten ve katılımın gönüllülük esasına dayandığı belirtildikten sonra, TKZV, EKZV ve kontrol grubu için belirlenen öğrenciler okul yönetimi tarafından uygun görülen görüşme odalarına davet edilmiştir. Önceki çalışmada öğrenciler formların üzerine isim yazmamışlardır. Bunun yerine her sınıfta üzerinde sınıf mevcudu kadar rakamların yazılı olduğu kura kağıtları oluşturulmuş ve öğrencilerden çektikleri kura kağıdının üzerinde yazılı olan numarayı unutmamaları, kimseyle paylaşmamaları ve formlarının üzerine bu numarayı yazmaları istenilmiştir. Bu doğrultuda araştırma için seçilmiş öğrencilerin çalışmaya katılmak üzere davet edilmesi sırasında kod numaraları okunmuş; ve gönüllü olan öğrenciler numaranın kendisine ait olduğunu belirterek çalışmaya katılmayı kabul etmişlerdir. Bu yöntemle öğrencilerin isim yazarak kendilerini etiketlenmiş hissetmeleri, gönüllü olmayan kişilerin isimlerinin okunması durumunda rahatsızlık hissetmeleri ve formlarda yanlış bilgi vermeleri ihtimalinin önüne geçilmesi amaçlanmıştır. Sınıflarda kod numaralarının okunmasına geçilmeden önce; numarası okunan gencin ruhsal bir sıkıntısı var ya da yok gibi bir anlam bulunmadığının altı çizilmiştir.

Kod numaralarının okunmasının ve gönüllü öğrencilere ulaşılmasının ardından bu olgularla ayrı bir görüşme odasında mevcut ve geçmiş psikiyatrik tanıları değerlendirmek

üzere yarı yapılandırılmış tanısal görüşme (ÇDGŞG-ŞY) yapılmış ve öğrenciler yukarıda belirtilmiş olan araştırma değerlendirme ölçeklerini doldurmuşlardır.

Katılımcıların formlarının ve görüşmelerinin tamamlanmasının ardından, kendilerine; kabul etmeleri halinde anne ve babalarıyla Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde görüşme yapılmak istenildiği (anne ve babada ruhsal hastalık taramaya yönelik SCID-NP yarı yapılandırılmış görüşmesi) belirtilmiş ve anne ve babaya ulaşmak üzere telefon numaraları sorulmuştur. TKZV grubu olgularından 5 tanesi (%5.5), anne ve babalarıyla görüşme yapılmasını istemediklerini belirtmiş ve telefon numarası bildirmemişlerdir. Diğer bir 3 (%3.3) öğrenci de ailelerinin şehir dışında olması nedeni ile görüşmeye gelemeyeceklerini belirterek telefon numarası vermemişlerdir. Geriye kalan 83 (%91.2) öğrencinin anne ve babası ile irtibat kurulmak üzere telefon numarası alınmıştır. EKZV grubu olgularından telefon numarası vermek istemediğini belirten olmamıştır. Ancak 4 (%3.9) öğrenci telefonlarının olmaması ya da yanlarında kayıtlı olarak numara bulunmaması gerekçesiyle, 4 (%3.9) öğrenci de anne ve babalarının şehir dışında yaşıyor olmaları gerekçesiyle telefon numarasını vermemiştir. Geriye kalan 94 (%92.2) öğrencinin anne ve babası ile irtibat kurulmak üzere telefon numarası alınmıştır. Kontrol grubu olgularından da 6 öğrenci (%5.9), anne ve babalarıyla görüşme yapılmasını istemediklerini belirtmiş ve telefon numarası bildirmemişlerdir. Diğer bir 2 (%2.0) öğrenci de ailelerinin görüşmeye gelmek istemeyeceklerini belirterek telefon numarası vermek istememişlerdir. Geriye kalan 93 (%92.1) öğrencinin anne ve babası ile irtibat kurulmak üzere telefon numarası alınmıştır.

İrtibat numarası alınan aileler aranarak çalışma hakkında bilgi verildikten sonra Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne görüşme yapılmak üzere davet edilmiştir. (Anne ve baba ile ayrı ayrı görüşme yapılması amaçlandığı için eşlerin ayrılmış olduğu ailelerde anne ve babalar ayrı ayrı aranmıştır.) Yapılan davet sonucunda TKZV grubundan 46, TKZV grubundan 31, kontrol grubundan da 32 anne ve baba ile SCID-NP görüşmesi yapılmıştır. Görüşmeler Doç. Dr. Burcu Özbaran tarafından yapılmış ve görüşme neticesi konusunda Doç. Dr. Zeki Yüncü'ye danışılmıştır.

Çeşitli nedenlerle anne ve baba görüşmelerinde olgu kaybı yaşanmıştır. Bunlar sıklık sırasına göre şu nedenlerle gerçekleşmiştir: 1. Anne ve babalar işleri nedeni ile yoğun olarak çalıştıklarını ve görüşme için ayıracak zamanları olmadıklarını belirtmişlerdir. 2. Çalışma ile ilgilenmediklerini ve görüşme yapmak istemediklerini belirtmişlerdir. 3. Uzak

bir semtte yaşadıklarını ve ulaşım zorluğu yaşayacaklarını belirtmişlerdir. 4. Görüşme yapmak üzere randevu almışlar ancak randevu gününde gelmemişlerdir. Tekrar randevu verilmek üzere aranılmış ancak ulaşılamamıştır. 5. Görüşmek için eşiyle görüşüp karar vermek istediğini ya da o an için müsait olmadığını ve daha sonraki bir tarihte yeniden aranılmak istediğini belirten ebeveynler olmuş; ancak yeni aramalarda kendilerine ulaşılamamıştır. 6. Aranılan telefon numarasının kullanım dışı olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan olgulardan ve ebeveynlerinden tedavi ve destek isteği ve ihtiyacı tespit edilenler Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Birimi'ne yönlendirilmiş ve tedavi programına alınmıştır. Okullarda çalışma ya da kontrol grubuna katılım koşullarını sağlamayan ve kod numarası okunmamış olan 4 öğrenci görüşme isteğini dile getirmiş; bu gençlerle kısa psikiyatrik görüşme yapılarak tedavi için gerekli yönlendirme yapılmıştır.

3.9. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 15.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

TKZV, EKZV ve kontrol grubu verileri aşağıda verilen istatistik yöntemler kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Araştırmada kullanılan test ve yöntemler şunlardır;

- Numerik değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı, skewness, curtosis değerleri, histogram, normal olasılık grafiği, gövde yaprak grafiği ve Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Skewness değerlerinin -1 - +1 aralığında olması beklenmiştir.
- Mc Lean borderline kişilik bozukluğu (BKB) tarama envanteri ve Adolesan ayrılma bireyleşme testi (AABT) ihtiyacı inkar alt ölçeğinde normal dağılımı bozan sayısal uç değerler (outlier) atılarak skewness değerlerinin -1 - +1 aralığında olması sağlanmıştır (Mc Lean BKB tarama envanterinde 3 outlier, AABT ihtiyacı inkar alt ölçeğinde 1 outlier atılmıştır. Kendine zarar verme işlevlerinin zarar verme sayısı üzerine etkisinin araştırılmasında Lineer regresyon analizi kullanılmış; outlier atılması ile normal dağılım ve varyansların homojenliği sağlanamaması nedeni karekök dönüşüm (square root transformation) yapılarak normal dağılım ve varyansların homojenliği sağlanmıştır.

- TKZV, EKZV ve kontrol grubuna ait sosyodemografik ve klinik bazı kategorik değişkenler sayı ve yüzde değerleri ile değerlendirilmiştir.
- Sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz Ki-kare (Pearson Ki-kare) testi kullanılmıştır.

[Üç grup arasında sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında anlamlı p değeri elde edildiğinde, ikili karşılaştırmalar Holm's sequential Bonferroni yöntemi ile yapılmıştır [114] Buna göre ikili karşılaştırmalar yapılır ve her bir ikili karşılaştırma için p değeri elde edilir. Bulunan en küçük p değerine sahip ikili karşılaştırma için α değeri " $\alpha=0.05/\text{karşılaştırma sayısı}$ " eşitliği ile hesaplanır. Buna göre bu çalışma kapsamında 3 grup ve 3 ikili karşılaştırma (TKZV-EKZV, EKZV-Kontrol grubu, TKZV-Kontrol grubu) mevcuttur. Dolayısıyla elde edilen en küçük p değerine sahip ikili karşılaştırma için α değeri $0.05/3=0.017$ bulunmuştur. Eğer elde edilen p değeri >0.017 ise boş (null) hipotez reddedilemez ve, ikinci basamağa geçilmez. $p<0.017$ ikinci basamağa geçilir ve ikinci küçük p değeri için α değeri hesaplanır. Burada " $\alpha=0.05/(\text{karşılaştırma sayısı}-1)$ " eşitliği kullanılır. Buna göre mevcut çalışmamızda ikinci küçük p değerine sahip ikili karşılaştırma için α değeri $0.05/2=0.025$ bulunmuştur. Eğer elde edilen p değeri >0.025 ise boş (null) hipotez reddedilemez, ikinci basamağa geçilmez. $p<0.025$ ise üçüncü küçük p değeri için α değeri hesaplanır. Burada " $\alpha=0.05/(\text{karşılaştırma sayısı}-2)$ " eşitliği kullanılır. Buna göre mevcut çalışmamızda üçüncü küçük (en küçük) p değerine sahip ikili karşılaştırma için α değeri $0.05/1=0.05$ bulunmuştur. $p>0.05$ ise boş (null) hipotez reddedilemez, $p<0.05$ ise üçüncü ikili karşılaştırmada da istatistiksel anlamlılık sağlandığı anlaşılar.]

- Sayısal değişkenlerden normal dağılım gösteren iki grup arasındaki ortalama karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılım göstermeyenlerde nonparametrik test olan Mann Whitney U testi kullanılmıştır. [Sonuç tablosu verilirken normal dağılan sayısal değişkenlerde ortalama (ort) ve standart sapma (sd), normal dağılmayan sayısal değişkenlerde median (ortanca) ile 25. ve 75. persentil arasındaki fark (interquartile range: IR) değerleri verilmiştir.]
- Sayısal değişkenlerden normal dağılım gösteren 3 ve üzeri grubun karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (One way ANOVA), normal dağılım göstermeyenlerde nonparametrik Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır.

[Sonuç tablosu verilirken normal dağılan sayısal değişkenlerde ortalama (ort) ve standart sapma (sd), normal dağılmayan sayısal değişkenlerde median (ortanca) ile 25. ve 75. persentil arasındaki fark (interquartile range: IR) değerleri verilmiştir.]

- Duygudurum düzenlemede güçlükler ölçeği ve adolesan ayrılma bireyleşme testinin alt ölçekleri üzerinde cinsiyet ve grup ile yaş ve grubun temel etkilerini ve ortak etkilerini belirlemek için alt ölçekler bağımlı değişken olarak alınmış ve çoklu (multivariate) varyans analizi (MANOVA) yapılarak bu etkiler araştırılmıştır.
- Sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve düzeyini belirlemek için normal dağılım gösterenlerde Pearson, normal dağılım göstermeyenlere Spearman korelasyon testi
- Bağımlı dummy değişkeni üzerine etkili risk faktörlerini saptayabilmek için lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Modeli oluşturan bağımsız değişkenler işlem öncesi açıklanmıştır. Bağımsız değişkenlerin tek başına etkisini görmek için önce tekli (univariate) lojistik regresyon yapılmıştır. Anlamli olan bağımsız değişkenler çoklu (multivariate) lojistik regresyona alınmıştır. Bağımsız değişkenlerin hiç birinin diğerinden daha önemli olmadığı düşünülmüş ve her birinin modele katkısını görmek için enter metodu kullanılmıştır.
- Bağımlı sayısal değişkeni yordayıcı bağımsız değişkenlerin belirlenmesi için Multipl Lineer regresyon analizi kullanılmıştır (kendine zarar verme davranışı işlevlerinin kendine zarar verme sayısı üzerine etkisinin değerlendirilmesinde).
- İstatiksel olarak $p < 0.05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiş, bulgularda anlamlılığının düzeyini belirtmek için p değeri doğrudan yazılmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Tekrarlayıcı kendine zarar veren grup (TKZV grup) 91, epizodik kendine zarar veren grup (EKZV grup) 102 ve kontrol grubu 101 öğrenciden oluşmuştur. Grupların tanımlayıcı özellikleri aşağıda verilmiştir.

4.1.1. Yaş

TKZV grubunda yer alan olguların yaş ortalaması 17.0 ± 1.2 , EKZV grubunda yer alan olguların yaş ortalaması 16.8 ± 1.3 ve kontrol grubunda yer alan olguların yaş ortalaması 16.7 ± 1.1 bulunmuştur. Grupların yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($F=2.25$, $p>.05$) (Tablo 1).

Tablo-1: TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun yaş ortalamalarının karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		F	p
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD		
Yaş ortalaması	17.0	1.2	16.8	1.3	16.7	1.1	2.25	0.108

Tek yönlü ANOVA, $p<.05$

4.1.2. Cinsiyet

TKZV grubunda yer alan olguların %63.7'si (n=58) kız, %36.3'ü (n=33) erkek; EKZV grubunun %58.8'i (n=60) kız, %41.2'si (n=42) erkek; kontrol grubunun ise % 61.4'ü (n=62) kız, %38.6'sı (n=39) erkektir. Gruplar cinsiyet açısından benzerdir ($\chi^2=0.49$, $p>.05$) (Tablo 2).

Tablo-2: TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun cinsiyet açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Kız	58	63.7	60	58.8	62	61.4	0.49	0.782
Erkek	33	36.3	42	41.2	39	38.6		

Ki-kare testi, $p<.05$

4.1.3. Sosyoekonomik düzey

TKZV grubunun %6.6'sı (n=6) yüksek, %58.2'si (n=53) orta, %35.2'si (n=32) düşük; EKZV grubunun %10.8'i (n=11) yüksek, %55.9'u (n=57) orta, %33.3'ü (n=34) düşük; kontrol grubunun %6.9'u (n=7) yüksek, %57.5'i (n=58) orta ve %35.6'sı (n=36) düşük sosyoekonomik düzeyde yer almaktadır. Sosyoekonomik düzey açısından gruplar birbiri ile benzer bulunmuştur ($\chi^2=1.45$, $p>.05$) (Tablo 3).

Tablo-3: TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun sosyoekonomik düzey açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		χ^2	p
Sosyoekonomik düzey*	n	%	n	%	n	%		
Yüksek	6	6.6	11	10.8	7	6.9	1.45	0.834
Orta	53	58.2	57	55.9	58	57.5		
Düşük	32	35.2	34	33.3	36	35.6		

Ki-kare testi, $p<.05$

* Olguların sosyoekonomik düzeyleri kendi algıları doğrultusunda verilmiştir.

4.1.4. Okul başarısı

TKZV grubunun; %20.9'u (n=19) okul başarısını iyi, %54.9'u (n=50) orta, %24.2'si (n=22) kötü; EKZV grubunun %33.3'ü (n=34) okul başarısını iyi, %52.9'u (n=54) orta, %13.7'si (n=14) kötü; kontrol grubunun da %62.4'ü (n=63) okul başarısını iyi, %35.6'sı (n=36) orta ve %2'si (n=2) kötü olarak belirtmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=45.3$, $p<.001$) (Tablo 4). Okul başarısında istatistiksel farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için, ikili karşılaştırmalar Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılmıştır. Buna göre; TKZV grubu, kontrol grubundan ($\chi^2=42.1$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$) ve EKZV grup, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($\chi^2=21.2$, $p=0.000$, $\alpha=0.025$). EKZV grubu ise, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmamıştır ($\chi^2=5.5$, $p=0.062$, $\alpha=0.05$).

Tablo-4: TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun okul başarısı açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		χ^2	p
Okul başarısı*	n	%	n	%	n	%		
İyi	19	20.9	34	33.3	63	62.4	45.3	0.000
Orta	50	54.9	54	52.9	36	35.6		
Kötü	22	24.2	14	13.7	2	2.0		

Ki-kare testi, $p<.05$

* Olguların okul başarıları kendi algıları doğrultusunda verilmiştir.

4.1.5. Sigara, alkol ve madde kullanımı

TKZV grubunun %9'u (n=8) sigara kullanmadığını, %50.6'sı (n=45) nadiren sigara kullandığını, %40.4'ü (n=36) düzenli sigara kullandığını; EKZV grubunun %47.5'i (n=48) sigara kullanmadığını, %33.7'si (n=34) nadiren sigara kullandığını, %18.8'i (n=19) düzenli sigara kullandığını; kontrol grubunun %69'u (n=69) sigara kullanmadığını, %28'i (n=28) nadiren sigara kullandığını ve %3'ü (n=3) düzenli sigara kullandığını belirtmiştir. Sigara kullanımı açısından gruplar birbirinden istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır ($\chi^2=80.1$, $p<.001$) (Tablo 5). Sigara kullanımındaki istatistiksel farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için, ikili karşılaştırmalar Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılmıştır. Buna göre TKZV grubu, kontrol grubundan ($\chi^2=79.8$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$) ve EKZV grubundan ($\chi^2=34.7$, $p=0.025$, $\alpha=0.025$); EKZV grubu da, kontrol grubundan ($\chi^2=15.9$, $p=0.000$, $\alpha=0.050$) istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur.

TKZV grubunun %12.1'i (n=11) alkol kullanmadığını, %74.7'si (n=68) nadiren alkol kullandığını, %13.2'si (n=12) düzenli alkol kullandığını; EKZV grubunun %30.4'ü (n=31) alkol kullanmadığını, %58.8'i (n=60) nadiren alkol kullandığını, %10.8'i (n=11) düzenli alkol kullandığını; kontrol grubunun %61.2'si (n=60) alkol kullanmadığını, %36.7'si (n=36) nadiren alkol kullandığını ve %2'si (n=2) düzenli alkol kullandığını belirtmişlerdir. Alkol kullanımı açısından gruplar birbirinden istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır ($\chi^2=53.4$, $p<.001$) (Tablo 5). Alkol kullanımındaki istatistiksel farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için, ikili karşılaştırmalar Holm's sequential Bonferroni yöntemi ile yapılmıştır. Buna göre TKZV grubu, kontrol grubundan ($\chi^2=50.6$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$) ve EKZV grubundan ($\chi^2=9.5$, $p=0.009$, $\alpha=0.050$); EKZV grubu da, kontrol grubundan ($\chi^2=21.4$, $p=0.000$, $\alpha=0.025$) istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur.

Tablo-5: TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun sigara ve alkol kullanımı açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=89)		EKZV grup (n=101)		Kontrol grubu (n=100)		χ^2	p
Sigara	n	%	n	%	n	%		
Kullanım yok	8	9.0	48	47.5	69	69.0	80.1	0.000
Nadiren kullanım	45	50.6	34	33.7	28	28.0		
Düzenli kullanım	36	40.4	19	18.8	3	3.0		
Alkol	(n=91)		(n=102)		(n=98)			
Kullanım yok	11	12.1	31	30.4	60	61.2	53.4	0.000
Nadiren kullanım	68	74.7	60	58.8	36	36.7		
Düzenli kullanım	12	13.2	11	10.8	2	2.0		

Ki-kare testi, $p < .05$

TKZV grubunun %17.9'u (n=15), EKZV grubunun %5.4'ü (n=5) en az 1 kez uyuşturucu madde kullandığını ifade ederken, kontrol grubunda uyuşturucu madde kullanım öyküsü belirten olgu olmamıştır. Gruplar arası uyuşturucu madde kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark elde edilmiştir ($\chi^2=21.1$, $p < .001$) (Tablo 6). TKZV grubunda uyuşturucu madde kullanımı, EKZV grubundan istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($\chi^2=6.8$, $p=0.009$).

Tablo-6: TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun uyuşturucu madde kullanımı açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=84)		EKZV grup (n=93)		Kontrol grubu (n=91)		χ^2	p
Uyuşturucu Madde*	n	%	n	%	n	%		
Kullanım yok	69	82.1	88	94.6	91	100.0	21.1	0.000
Kullanım ≥ 1	15	17.9	5	5.4	-	-		

Ki-kare testi, $p < .05$

*Hücrelerde 2'nin altında beklenen değerler bulunduğu uyuşturucu madde kullanımı kullanım yok ve en az 1 kez kullanım olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

4.1.6. İstismar öyküsü

TKZV grubunun %42.4'ünde (n=36), EKZV grubunun %17.6'sında (n=16), kontrol grubunun %1.1'inde (n=1) fiziksel istismar öyküsü mevcuttur. Gruplar arası fiziksel istismar öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark elde edilmiştir

($\chi^2=48.2$, $p<.001$) (Tablo 7). Fiziksel istismar öyküsündeki istatistiksel farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için, ikili karşılaştırmalar Holm's Sequential Bonferroni düzeltmesi ile birlikte yapılmıştır. Buna göre TKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=46.0$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$), EKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=14.9$, $p=0.000$, $\alpha=0.025$) ve TKZV grubu EKZV grubundan ($\chi^2=13.0$, $p=0.000$, $\alpha=0.05$) istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur.

TKZV grubunun %6.9'unda ($n=6$), EKZV grubunun %8.2'sinde ($n=8$), kontrol grubunun da %1'inde ($n=1$) cinsel istismar öyküsü bildirilmiştir. Gruplar arası cinsel istismar öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($\chi^2=5.5$, $p>.05$) (Tablo7). Ancak tüm kendine zarar veren ergenler ile kontrol grubu TKZV ve EKZV grubunun birleştirmesi yolu ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir $\chi^2=5.4$, $p=0.020$).

Tablo-7: TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun fiziksel ve cinsel istismar öyküsü açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=85)		EKZV grup (n=91)		Kontrol grubu (n=93)		χ^2	p
Fiziksel istismar	n	%	n	%	n	%		
Var	36	42.4	16	17.6	1	1.1	48.2	0.000
Yok	49	57.6	75	82.4	92	100.0		
Cinsel istismar	(n=87)		(n=98)		(n=97)			
Var	6	6.9	8	8.2	1	1.0	5.5	0.062
Yok	81	93.1	90	91.8	96	99.0		

Ki-kare testi, $p<.05$

4.1.7. Arkadaş ilişkileri

TKZV grubunun %76.9'u ($n=70$) arkadaş ilişkilerini çok iyi ve iyi algılarken, %23.1'i ($n=21$) orta ve kötü algılamaktadır. EKZV grubunda arkadaş ilişkilerini çok iyi ve iyi olarak belirten ergenler grubun %89.2'sini ($n=91$), orta ve kötü olarak belirten ergenler %10.8'ini ($n=11$) oluşturmuştur. Kontrol grubunda ise ergenlerin %93.1'i ($n=94$) arkadaş ilişkilerini çok iyi-iyi olarak, %6.9'u ($n=7$) orta ve kötü olarak değerlendirmiştir. Gruplar arasında arkadaş ilişkileri açısından fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=11.7$, $p<.01$) (Tablo 8). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için, ikili karşılaştırmalar Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılmıştır. Buna göre arkadaş ilişkileri

açısından TKZV grubu ile kontrol grubu arasında ($\chi^2=10.1$, $p=0.002$, $\alpha=0.017$) ve TKZV grubu ile EKZV grubu arasında ($\chi^2=5.3$, $p=0.022$, $\alpha=0.025$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. EKZV grubu ile kontrol grubu arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2=0.9$, $p=0.334$, $\alpha=0.05$).

Tablo-8: TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun arkadaş ilişkileri açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		χ^2	p
Arkadaş ilişkileri*	n	%	n	%	n	%		
Çok iyi- iyi	70	76.9	91	89.2	94	93.1	11.7	0.003
Orta- kötü	21	23.1	11	10.8	7	6.9		

Ki-kare testi, $p<.05$

* Olguların arkadaş ilişkileri kendi algıları doğrultusunda verilmiştir.

4.1.8. Arkadaşlar arasında kendine zarar verme davranışı öyküsü

Arkadaşlar arasında kendine zarar verme davranışı öyküsü TKZV grubunun % 68.1'inde (n=62), EKZV grubunun %51'inde (n=52), kontrol grubunun %18.8'inde (n=19) bildirilmiştir. Gruplar arasında arkadaşlarda KZVD öyküsü açısından fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=49.1$, $p<.001$) (Tablo 9). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için, ikili karşılaştırmalar Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılmıştır. Buna göre arkadaşlarda KZVD öyküsü açısından TKZV grubu ile kontrol grubu arasında ($\chi^2=47.7$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$), EKZV grubu ile kontrol grubu arasında ($\chi^2=23.1$, $p=0.000$, $\alpha=0.025$) ve TKZV ile EKZV grubu arasında ($\chi^2=5.9$, $p=0.016$, $\alpha=0.05$), istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo-9: TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun arkadaşlar arasında KZVD öyküsü açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		χ^2	p
Arkadaşlarda KZVD öyküsü	n	%	n	%	n	%		
Var	62	68.1	52	51.0	19	18.8	49.1	0.000
Yok	29	31.9	50	49.0	82	81.2		

Ki-kare testi, $p<.05$

4.1.9. Aile yapısı

TKZV grubu, EKZV grubu ve kontrol grubu aile yapısı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($\chi^2=7.16$, $p>.05$). TKZV grubu olgularının %80.2'si ($n=73$) ebeveynlerinin birlikte olduğunu, %18.7'si ($n=17$) ayrı olduğunu (boşanmış veya boşanmadan ayrı yaşayan), %1.1'i ($n=1$) ebeveynlerinden en az birinin vefat etmiş olduğunu; EKZV grubunun %76.5'i ($n=78$) ebeveynlerinin birlikte olduğunu, %18.6'sı ($n=19$) ayrı olduğunu (boşanmış veya boşanmadan ayrı yaşayan), %4.9'u ($n=5$) ebeveynlerinden en az birinin vefat etmiş olduğunu; kontrol grubunun ise %86.1'i ($n=87$) ebeveynlerinin birlikte olduğunu, %8.9'u ($n=9$) ayrı olduğunu (boşanmış veya boşanmadan ayrı yaşayan), %5'i ($n=5$) ebeveynlerinden en az birinin vefat etmiş olduğunu belirtmiştir (Tablo 10).

Tablo 10: TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun aile yapısı açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		χ^2	p
Aile Yapısı	n	%	n	%	n	%		
Birlikte	73	80.2	78	76.5	87	86.1		
Parçalanmış	17	18.7	19	18.6	9	8.9	7.2	0.127
Ebeveyn vefatı	1	1.1	5	4.9	5	5.0		

Ki-kare testi, $p<.05$

4.1.10. Ailede ebeveyn geçimsizliği ve aile içi şiddet

Ailede ebeveynler arasında geçimsizlik; TKZV grubunun %31.9'unda ($n=29$), EKZV grubunun %16.7'sinde ($n=17$), kontrol grubunun %7.9'unda ($n=8$) bildirilmiştir. Gruplar arasında ebeveynler arasındaki geçimsizlik açısından fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=18.6$, $p<.001$) (Tablo 11). Ebeveynler arası geçimsizlikte istatistiksel farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için, ikili karşılaştırmalar Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılmıştır. Buna göre TKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=17.6$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$), ve EKZV grubundan ($\chi^2=6.1$, $p=0.013$, $\alpha=0.025$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. EKZV grubu ile kontrol grubu arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmamıştır ($\chi^2=3.6$, $p=0.058$, $\alpha=0.050$).

Ailede içi şiddet TKZV grubunun %23.1'inde ($n=21$), EKZV grubunun %5.9'unda ($n=6$), kontrol grubunun %4'ünde ($n=4$) bildirilmiştir. Gruplar arasında aile içi şiddet açısından fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=22.1$, $p<.001$) (Tablo 11). Aile içi şiddet açısından

istatistiksel farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için, ikili karşılaştırmalar Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile birlikte yapılmıştır. Buna göre TKZV grubu, kontrol grubundan ($\chi^2=15.4$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$) ve EKZV grubundan ($\chi^2=11.8$, $p=0.001$, $\alpha=0.025$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır. EKZV grubu ile kontrol grubu arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmamıştır ($\chi^2=0.4$, $p=0.527$, $\alpha=0.050$).

Tablo-11: TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun ailede ebeveyn geçimsizliği ve aile içi şiddet açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		χ^2	p
Ebeveyn geçimsizliği	n	%	n	%	n	%		
Var	29	31.9	17	16.7	8	7.9	18.6	0.000
Yok	62	68.1	85	83.3	93	92.1		
Aile içi şiddet	(n=91)		(n=102)		(n=101)			
Var	21	23.1	6	5.9	4	4.0	22.1	0.000
Yok	70	76.9	96	94.1	97	96.0		

Ki-kare testi, $p<.05$

4.1.11. Ailede kendine zarar verme öyküsü

Aile içinde kendine zarar verme davranışı öyküsü, TKZV grubunun %13.2'sinde (n=12), EKZV grubunun %8.8'inde (n=9), kontrol grubunun %1'inde (n=1) bildirilmiştir. Gruplar arasında aile içinde KZVD öyküsü açısından fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=10.6$, $p<.01$) (Tablo 12). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için, ikili karşılaştırmalar Holm's sequential Bonferroni yöntemi ile yapılmıştır. Buna göre ailede KZVD öyküsü açısından, TKZV grubu ile kontrol grubu arasında ($\chi^2=11.2$, $p=0.001$, $\alpha=0.017$) ve EKZV grubu ile kontrol grubu arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=6.6$, $p=0.01$, $\alpha=0.025$). TKZV grubu ile EKZV grubu arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2=0.9$, $p=0.331$, $\alpha=0.05$).

Tablo-12: TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun ailede KZVD öyküsü açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		χ^2	p
Ailede KZVD öyküsü	n	%	n	%	n	%		
Var	12	13.2	9	8.8	1	1.0	10.6	0.005
Yok	79	86.8	93	91.2	100	99.0		

Ki-kare testi, $p < .05$

4.1.12. Göç öyküsü

Göç öyküsü, TKZV grubunun %36.3'ünde (n=33), EKZV grubunun %38.2'sinde (n=39), kontrol grubunun %32.7'sinde (n=33) bildirilmiştir. Gruplar arasında göç açısından fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2=0.7$, $p > .05$) (Tablo 13).

Tablo-13: TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun göç öyküsü açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		χ^2	p
Göç öyküsü	n	%	n	%	n	%		
Var	33	36.3	39	38.2	33	32.7	0.7	0.704
Yok	58	63.7	63	61.8	68	67.3		

Ki-kare testi, $p < .05$

4.1.13. Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili risk faktörleri- Sosyodemografik özellikler

Kendine zarar verme davranışının (KZVD) gelişimine etki eden risk faktörlerini belirleyebilmek için cinsel istismar, fiziksel istismar, sigara kullanımı, alkol kullanımı, ailede evlilik sorunu, ailede KZVD öyküsü ve arkadaşlar arasında KZVD öyküsü değişkenleri iki sonuçlu (yok:0, var:1) değişken halinde lojistik regresyon analizine alınmıştır. Her değişken önce tek değişkenli (univariate) lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiş, ardından çok değişkenli (multivariate) lojistik regresyona alınmıştır. Tek değişkenli lojistik regresyon analizi sonucunda *cinsel istismar* [OR: 7.8 (1.1-60.0), $p=0.04$], *fiziksel istismar* [OR:38.5 (5.2-284.1), $p=0.000$], *sigara kullanımı* [OR:24.7 (8.7-70.1), $p=0.000$], *alkol kullanımı* [OR: 6.4 (3.6-11.7), $p=0.000$], *ailede evlilik sorunu* [OR: 3.6 (1.6-8.0), $p=0.001$], *ailede KZVD öyküsü* [OR: 12.2 (1.6-92.1), $p=0.015$] ve *arkadaşlar arasında*

KZVD öyküsünden [6.2 (3.5-11.1), $p=0.000$] oluşan tüm değişkenlerin kendine zarar verme davranışı riskini istatistiksel olarak önemli düzeyde artırdığı bulunmuştur.

Alınan çoklu değişkenler için model [$X^2(7,232) = 25.15$, $p=0.000$] genel olarak anlamlı bulunmuştur. Hosmer-Lemeshov testi $X^2(8,232) = 4.88$, $p=0.559$ $p=0.05$ 'ten büyük olduğu için kurulan modelin verilere uygun bir model olduğu kabul edilmiştir. Yedi bağımsız değişken ele alınarak bulunan lojistik fonksiyonunun % 78.5 oranında çalışmaya alınan kişileri doğru sınıflandırma gücüne sahip olduğu saptanmıştır.

Buna göre, *fiziksel istismar* ($z: 6.22$, $p=0.013$), *sigara kullanımı* ($z: 14.87$, $p=0.000$), *alkol kullanımı* ($z: 6.91$, $p=0.009$), *ailede KZVD öyküsü* ($z: 4.51$, $p=0.034$), *arkadaşlarda KZVD öyküsü* ($z: 12.23$, $p=0.000$) çoklu model içinde de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. *Cinsel istismar* ($z: 0.04$, $p=0.844$), ve *ailede evlilik sorunu* ($z: 1.54$, $p=0.214$) ise tek değişkenli lojistik regresyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmasına rağmen, çoklu modelde anlamlı bulunmamıştır (Tablo 14).

Tablo-14: Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili risk faktörleri (İstismar öyküsü, alkol-sigara kullanımı, ailesel sorunlar, çevrede zarar verme davranışı)

	Tüm KZV grup		Kontrol grubu		OR (%95 GA)	
Değişken	n	(%)	n	%	Tek değişkenli model (Univariate)	Çok değişkenli model (Multivariate)
Cinsel istismar						
Yok	171	(92.4)	96	(99.0)	1	1
Var	14	(7.6)	1	(1.0)	7.8* (1.1-60.0)	0.7 (0.27-19.27)
Fiziksel istismar						
Yok	124	(70.5)	92	(98.9)	1	1
Var	52	(29.5)	1	(1.1)	38.5*** (5.2-284.1)	14.5* (1.77-119.31)
Sigara kullanımı						
Yok	94	(49.2)	96	(96.0)	1	1
Var	97	(50.8)	4	(4.0)	24.7*** (8.7-70.1)	9.2*** (2.97-28.24)
Alkol kullanımı						
Yok	82	(42.4)	82	(81.2)	1	1
Var	111	(57.6)	17	(18.8)	6.4*** (3.6-11.7)	2.7* (1.29-5.72)
Ailede evlilik sorunu						
Yok	147	(76.2)	93	(92.0)	1	1
Var	46	(23.8)	8	(8.0)	3.6** (1.6-8.0)	1.8 (0.69-5.14)
Ailede KZVD						
Yok	172	(89.2)	100	(99.0)	1	1
Var	21	(10.8)	1	(1.0)	12.2* (1.6-92.1)	10.7* (1.20-95.9)
Arkadaşta KZVD						
Yok	114	(59.1)	82	(81.2)	1	1
Var	79	(40.9)	19	(18.2)	6.2*** (3.5-11.1)	3.5*** (1.74-7.20)

Tek değişkenli (Univariate)- Çok değişkenli (Multivariate) Lojistik Regresyon, OR: Odds Oranı, GA: Güven Aralığı

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

4.2. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI

4.2.1. Kendine zarar verme yöntemleri

TKZV grubu, çalışma örnekleminde tanımlandığı gibi en az 5 kez kendini kesme davranışı olan ergenlerden oluşturulmuştur. Bu nedenle, **kendini kesme** TKZV grubunun tamamında mevcuttur. EKZV grubunun ise, %36.3'ünde (n=37), kendini kesme görülmüştür. Sonuç olarak, çalışmaya alınan kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin %66.3'ünde (n=128) kendini kesme vardır.

Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma; TKZV grubunda %63.7 (n=58), EKZV grubunda %52 (n=53), çalışmaya alınan kendine zarar verme davranışı olan tüm ergenlerde (tüm KZV grubu) %57.5 (n=111) olarak;

Cilde harf veya şekil kazıma; TKZV grubunda % 57.1 (n=52), EKZV grubunda %38.2 (n=39), tüm KZV grubunda %47.2 (n=91) olarak;

Yara iyileşmesine engel olma; (kabuklarını koparma gibi) TKZV grubunda %49.5 (n=45), EKZV grubunda %43.1 (n=44), tüm KZV grubunda %46.1 (n=89) olarak;

Turnaklama; TKZV grubunda %45.1 (n=41), EKZV grubunda %24.5 (n=25), tüm KZV grubunda %34.2 (n=66) olarak;

Kendini ısırma; TKZV grubunda % 27.5 (n=25), EKZV grubunda %23.5 (n=24), tüm KZV grubunda %25.4 (n=49) olarak;

Tehlikeli veya zararlı madde içme veya yutma; TKZV grubunda %36.3 (n=33), EKZV grubunda %13.7 (n=14), tüm KZV grubunda %24.4 (n=47) olarak;

Çimdikleme; TKZV grubunda %19.8 (n=18), EKZV grubunda %27.5 (n=28), tüm KZV grubunda %23.8 (n=46) olarak;

Saç kopartma; TKZV grubunda %28.6 (n=26), EKZV grubunda %19.6 (n=20), tüm KZV grubunda %23.8 (n=46) olarak;

Cildi sert bir yüzeye sürme; TKZV grubunda %23.1 (n=21), EKZV grubunda %15.7 (n=16), tüm KZV grubunda %19.2 (n=37) olarak;

Kendine iğne batırma; TKZV grubunda %19.8 (n=18), EKZV grubunda %14.7 (n=15), tüm KZV grubunda %17.1 (n=33) olarak;

Yakma; TKZV grubunda %22.0 (n=20), EKZV grubunda %9.8 (n=10), tüm KZV grubunda %15.5 (n=30) olarak görülmüştür (Tablo 15).

Tablo-15: TKZV ve EKZV gruplarının kendine zarar verme yöntemleri

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Tüm KZV grup (n=193)	
	n	%	n	%	n	%
Kesme	91	100.0	37	36.3	128	66.3
Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma	58	63.7	53	52.0	111	57.5
Cilde harf veya şekil kazıma	52	57.1	39	38.2	91	47.2
Yara iyileşmesine engel olma (kabuk kopartma gibi)	45	49.5	44	43.1	89	46.1
Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)	41	45.1	25	24.5	66	34.2
Isırma	25	27.5	24	23.5	49	25.4
Tehlikeli veya zararlı madde içme veya yutma	33	36.3	14	13.7	47	24.4
Çimdikleme	18	19.8	28	27.5	46	23.8
Saç kopartma (kökünden)	26	28.6	20	19.6	46	23.8
Cildi sert bir yüzeye sürme	21	23.1	16	15.7	37	19.2
Kendine iğne batırma	18	19.8	15	14.7	33	17.1
Yakma	20	22.0	10	9.8	30	15.5

4.2.2. Kendine zarar verme yöntemlerinin sıklığı

Kendine zarar verme davranışı sıklığı, "hiç yok", "1-4 kez", "5-9 kez" ve "10 ve üzeri kez" olarak sınıflandırılmıştır. Kendine zarar verme gruplarını belirleme ölçütü nedeniyle, TKZV grubunun %54.9'u (n=50) "5-9 kez", %45.1'i (n=41) "10 ve üzeri kez" kendini kestiğini bildirmiştir. EKZV grubunda ise, %63.7'si (n=65) "hiç" kendini kesmediğini bildirirken, %36.3'ü (n=37) "1-4 kez" kendini kestiğini bildirmiştir.

TKZV grubunda kendine zarar verme davranışının yöntemlere göre dağılımı incelendiğinde:

1) Belirtilen tip kendine zarar verme davranışını gösterenler arasında "10 ve üzeri kez" sıklık bildirenlerin en fazla olduğu zarar verme davranış yöntemleri: *Isırma, çimdikleme, saç kopartma, turnaklama, kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma, yara iyileşmesine engel olma* olarak;

2) Belirtilen tip kendine zarar verme davranışını gösterenler arasında "1-4 kez" sıklık bildirenlerin en fazla olduğu zarar verme davranış yöntemleri: *Yakma, cilde harf/şekil kazıma, kendine iğne batırma, tehlikeli/zararlı madde içme/yutma* olarak bulunmuştur.

3) *Cildi sert bir yüzeye sürtme* için ise "5-9 kez" ve "10 ve üzeri kez" sıklık bildirenlerin eşit sıklıkta olduğu görülmüştür. Gruplarda zarar verme yöntemlerinin sıklığı Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo-16: TKZV ve EKZV gruplarında kendine zarar verme sıklığının yöntemlere göre dağılımı

	TKZV grup (n=91)					EKZV grup (n=102)			
	Hiç yok	1-4 kez	5-9 kez	≥10kez		Hiç yok	1-4 kez	5-9 kez	≥10kez
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kesme	-	-	50 (54.9)	41 (45.1)		65 (63.7)	37 (36.3)	-	-
Kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma	33 (36.3)	17 (18.7)	10 (11.0)	31 (34.1)		49 (48.0)	53 (52.0)	-	-
Cilde harf/şekil kazıma	39 (42.9)	28 (30.8)	15 (16.5)	9 (9.9)		63 (61.8)	39 (38.2)	-	-
Yara iyileşmesine engel olma	46 (50.5)	10 (11.0)	7 (7.7)	28 (30.8)		58 (56.9)	44 (43.1)	-	-
Tırnaklama	50 (54.9)	10 (11.0)	12 (13.2)	19 (20.9)		77 (75.5)	25 (24.5)	-	-
Isırma	66 (72.5)	8 (8.8)	4 (4.4)	13 (14.3)		78 (76.5)	24 (23.5)	-	-
Tehlikeli/zararlı madde içme/yutma	58 (63.7)	13 (14.3)	8 (8.8)	12 (13.2)		88 (86.3)	14 (13.7)	-	-
Çimdikleme	73 (80.2)	3 (3.3)	4 (4.4)	11 (12.1)		74 (72.5)	28 (27.5)	-	-
Saç kopartma	65 (71.4)	9 (9.9)	6 (6.6)	11 (12.1)		82 (80.4)	20 (19.6)	-	-
Cildi sert bir yüzeye sürme	70 (76.9)	5 (5.5)	8 (8.8)	8 (8.8)		86 (84.3)	16 (15.7)	-	-
Kendine iğne batırma	73 (80.2)	3 (16.7)	8 (8.8)	7 (7.7)		87 (85.3)	15 (14.7)	-	-
Yakma	71 (78.0)	9 (9.9)	7 (7.7)	4 (4.4)		92 (90.2)	10 (9.8)	-	-

4.2.3. Kendine zarar verme yöntemlerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması

Kendine zarar verme yöntemlerinden *saç kopartma* (kız: %29.7, n=35; erkek: %14.7, n=11) ve *tırnaklama* (kız: %43.2, n=52; erkek: %20.0, n=15) kızlarda, erkeklere oranla daha sık bulunmuştur (sırasıyla, $\chi^2=5.7$ $p<.05$; $\chi^2=11.0$ $p<.01$). Erkeklerde ise, *kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma* kızlara oranla daha sık bulunmuştur (kız: %51.7, n=61; erkek: %66.7, n=50; $\chi^2=4.3$ $p<.05$). Kendine zarar verme davranışında uygulanan yöntemlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılması Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo-17: Kendine zarar veren ergenlerin kullandıkları yöntemlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılması

	Kız (n=118)		Erkek (n=75)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Kesme (n=128)	76	64.4	52	69.3	0.5	0.480
Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma (n=111)	61	51.7	50	66.7	4.3	0.040
Cilde harf/şekil kazıma (n=91)	56	47.5	35	46.7	0.01	0.915
Yara iyileşmesine engel olma (n=89)	60	50.8	29	38.7	2.7	0.098
Tırnaklama (n=67)	52	43.2	15	20.0	11.0	0.001
Isırma (n=49)	33	28.0	16	21.3	1.1	0.302
Tehlikeli/zararlı madde içme/yutma (n=47)	32	27.1	15	20.0	1.3	0.261
Çimdikleme (n=46)	31	26.3	15	20.0	1.0	0.319
Saç kopartma (n=46)	35	29.7	11	14.7	5.7	0.017
Cildi sert bir yüzeye sürtme (n=37)	23	19.5	14	18.7	0.02	0.887
Kendine iğne batırma (n=33)	20	16.9	13	17.3	0.01	0.945
Yakma (n=30)	18	15.3	12	16.0	0.2	0.889

Ki-kare testi, $p<.05$

4.2.4. Kendine zarar verme yöntemlerinin sosyoekonomik düzeye göre karşılaştırılması

Kendine zarar verme davranışında uygulanan yöntemlerin sosyoekonomik düzeylere göre dağılımında istatistiksel düzeyde anlamlı fark saptanmamıştır. Tablo 18’de, KZVD yöntemlerinin sosyoekonomik düzeye göre karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo-18: Kendine zarar veren ergenlerin kullandıkları yöntemlerin sosyoekonomik düzeye göre karşılaştırılması

	Yüksek SED (n=17)		Orta SED (n=110)		Düşük SED (n=66)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Kesme (n=128)	10	58.8	71	64.5	47	71.2	1.3	0.525
Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma (n=111)	11	64.7	65	59.1	35	59.1	1.0	0.602
Cilde harf/şekil kazıma (n=91)	7	41.2	54	49.1	30	45.5	0.5	0.784
Yara iyileşmesine engel olma (n=89)	7	41.2	51	46.4	31	47.0	0.2	0.910
Tırnaklama (n=67)	8	47.1	37	33.6	21	31.8	1.4	0.489
Isırma (n=49)	7	41.2	28	25.5	14	21.2	2.9	0.241
Tehlikeli/zararlı madde içme/yutma (n=47)	2	11.8	31	28.2	14	21.2	2.7	0.260
Çimdikleme (n=46)	3	17.6	29	26.4	14	21.2	1.0	0.608
Saç kopartma (n=46)	4	23.5	26	23.6	16	24.2	0.1	0.995
Cildi sert bir yüzeye sürme (n=37)	3	17.6	23	20.9	11	16.7	0.5	0.776
Kendine iğne batırma (n=33)	2	11.8	19	17.3	12	18.2	0.4	0.819
Yakma (n=30)	2	11.8	14	12.7	14	21.2	2.5	0.292

Ki-kare testi, $p < .05$

SED: Sosyoekonomik düzey

4.2.5. Kendine zarar verme davranışının ilk başlama yaşı ve son zarar verme zamanı

İlk kendine zarar verme yaşı ortalaması TKZV grubunda 13.64 ± 2.3 , EKZV grubunda 13.68 ± 2.7 bulunmuştur ($t=0.141$, $p>.05$) (Tablo 19). Gruplar arasında kendine ilk zarar verme yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır.

Tablo-19: TKZV grup ve EKZV grubun ilk zarar verme yaşı açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		t	p
	Ort	SD	Ort	SD		
İlk zarar verme yaşı ortalaması	13.64	2.3	13.68	2.7	0.141	0.888

Student t testi, $p<.05$

TKZV grubunun %30.8'i (n=28) en son 1 ay içinde, %36.2'si (n=33) 1 yıl içinde, %33'ü (n=30) de 1 yıldan daha önce kendilerine zarar verdiklerini belirtmiştir. EKZV grup olgularının ise %15.7'si (n=16) en son 1 ay içinde, %31.4'ü (n=32) 1 yıl içinde, %52.9'u (n=54) da 1 yıldan önceki bir zaman diliminde kendilerine zarar verdiklerini belirtmiştir. En son kendine zarar verme zamanı açısından, iki grup birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($\chi^2=9.5$, $p<.01$). EKZV grubunun önemli oranda (%52.9) zamanla KZVD'den uzaklaştığı görülmüştür (Tablo 20).

Tablo-20: TKZV grup ve EKZV grubun son zarar verme zamanı açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		χ^2	P
Son zarar verme zamanı	n	%	n	%		
Son 1 ay içinde	28	30.8	16	15.7		
1ay-son 1 yıl içinde	33	36.2	32	31.4	9.5	0.008
1 yıldan önce	30	33.0	54	52.9		

Ki-kare testi, $p<.05$

4.2.6. Kendine zarar verme isteğinden eyleme kadar geçen zaman

TKZV grubu olgularının %81.3'ü (n=74), kendilerine zarar verme isteği hissetmelerinin ardından 1 saat içinde; %18.7'si (n=17) ise 1 saat veya daha uzun bir süre içinde zarar verme eylemini gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir. EKZV grubu olgularının da %76.5'i (n=78) 1 saat içinde, %23.5'i (n=24) 1 saat veya daha uzun bir süre içinde kendilerine zarar verdiklerini belirtmişlerdir. TKZV grubu ve EKZV grubu, kendine zarar verme

isteğinden eylemin gerçekleşmesine dek geçen süre açısından istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır ($\chi^2=0.7$, $p>.05$) (Tablo 21).

Tablo-21: TKZV grup ve EKZV grubun zarar verme isteği ile eylem arasında geçen zaman açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		χ^2	P
Zarar verme isteğinden eyleme kadar geçen zaman	n	%	n	%		
1 saatten az	74	81.3	78	76.5	0.7	0.411
1saat ve daha uzun	17	18.7	24	23.5		

Ki-kare testi, $p<.05$

4.2.7. Tıbbi müdahale gerektirecek düzeyde kendine zarar verme davranışı öyküsü

TKZV grubu olgularının %36.3'ünde (n=33) en az bir kez tıbbi müdahale (dikiş, sargı, alçı, hekim kontrolü vb.) gerektirecek düzeyde kendine zarar verme davranışı öyküsü bildirilirken, EKZV grubunda bu oran %10.9 (n=11) bulunmuştur. İki grup tıbbi müdahale gerektirecek düzeyde kendine zarar verme davranışı öyküsü açısından istatistiksel olarak birbirinden farklı bulunmuştur ($\chi^2=17.4$, $p<.001$). TKZV grubu, daha yüksek oranda tıbbi yardım gerektirecek düzeyde KZVD öyküsü belirtmiştir (Tablo 22).

Tablo-22: TKZV ve EKZV grubun zarar verme sonrası tıbbi yardım gerekliliği açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		χ^2	P
Tıbbi yardım gerekliliği	n	%	n	%		
Evet	33	36.3	11	10.9	17.4	0.000
Hayır	58	63.7	90	89.1		

Ki-kare testi, $p<.05$

4.2.8. Kendine zarar verme davranışı ve fiziksel acı hissetme

TKZV grubunda yer alan ergenlerin %25.3'ü (n=23) kendine zarar verme davranışı sırasında "her zaman" acı hissettiklerini, %50.5'i (n=46) "bazen" acı hissettiklerini, %24.2'si (n=22) de "hiçbir zaman" acı hissetmediklerini belirtmişlerdir. EKZV grupta yer alan ergenlerin ise %37.3'ü (n=38) "her zaman", %43.1'i (n=44) "bazen" acı hissettiklerini, %19.6'sı da (n=20) "hiç bir zaman" acı hissetmediklerini belirtmişlerdir. Gruplar arasında

KZVD sırasında acı hissetme açısından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=3.2$, $p>.05$) (Tablo 23).

Tablo-23: TKZV ve EKZV grubun zarar verme davranışı sırasında acı hissetme durumu açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		χ^2	P
Fiziksel acı hissetme	n	%	n	%		
Evet	23	25.3	38	37.3	3.2	0.201
Bazen	46	50.5	44	43.1		
Hayır	22	24.2	20	19.6		

Ki-kare testi, $p<.05$

4.2.9. Kendine zarar verme davranışı sırasında yalnız ya da başkalarıyla birlikte olma durumu

TKZV grubunda yer alan ergenlerin %72.5'i (n=66) kendine zarar verme davranışı sırasında "her zaman yalnız olduklarını", %25.3'ü (n=23) "yalnız ya da başka bir kişi ile birlikte olabildiklerini", %2.2'si (n=2) de "hiç bir zaman yalnız olmadıklarını" belirtmiştir. EKZV grubunda yer alan ergenlerin ise %62.7'si (n=64) "her zaman yalnız olarak", %26.5'i (n=27) "bazen yalnız bazen başkalarıyla beraberken", %10.8'i de (n=11) "her zaman başkalarıyla beraberken" kendilerine zarar verdiklerini belirtmiştir. KZVD sırasında "yalnız" ya da "başka kişilerle beraber olma" açısından gruplar arası karşılaştırma istatistiksel anlamlılık sınırında saptanmıştır ($\chi^2=6.0$, $p=0.05$) (Tablo 24).

Tablo-24: TKZV grup ve EKZV grubun kendine zarar verme sırasında yalnız veya başkalarıyla birlikte olma durumu açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		χ^2	P
Zarar verme sırasında yalnız mı olursunuz?	n	%	n	%		
Evet	66	72.5	64	62.7	6.0	0.050
Bazen	23	25.3	27	26.5		
Hayır	2	2.2	11	10.8		

Ki-kare testi, $p<.05$

4.2.10. Kendine zarar verme davranışı hakkında başkalarını haberdar etme durumu

TKZV grubunda yer alan ergenlerin %73.6'sı (n=67) zarar verme davranışından başka kişilerin (aile, arkadaş, öğretmen) haberi olduğunu, %26.4'ü (n=24) kendisine zarar verdiğini başkalarının bilmediğini ifade ederken; EKZV grubunda yer alan ergenlerin

%54.9'u (n=56) başkalarının haberi olduğunu, %45.1'i (n=46) KZVD'nin bilinmediğini ifade etmiştir (Tablo 25). TKZV grubunun %27.5'i (n=25) kendisi anlattığı için, %46.2'si (n=42) fark edildiği için, EKZV grubunun da %20.6'sı (n=21) kendisi anlattığı için, %34.3'ü fark edildiği için çevrenin haberi olduğunu belirtmiştir. Gruplar arasında başkalarının KZVD davranışından haberdar olması açısından anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=7.3$, $p<.01$).

Tablo-25: TKZV grup ve EKZV grubun kendine zarar verme davranış hakkında başkalarını haberdar etme açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		χ^2	P
Zarar verme davranışınızdan başkalarının haberi var mı?	n	%	n	%		
Evet	67	73.6	56	54.9	7.3	0.007
Hayır	24	26.4	46	45.1		

Ki-kare testi, $p<.05$

4.2.11. Kendine zarar verme davranışından rahatsızlık duyma ve bitirme isteği

TKZV grubunun %67'si (n=61), EKZV grubunun %71.6'sı (n=73) kendine zarar verme davranışından rahatsızlık duyduğunu belirtmiştir. KZVD'den rahatsızlık duyma açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.5$, $p>.05$). TKZV grubunun %72.5'i (n=25), EKZV grubunun %81.4'ü (n=83) zarar verme davranışını sonlandırmak istediğini ifade ederken, TKZV grubunun %27.5'i (n=66), EKZV grubunun %18.6'sı (n=19) zarar verme davranışını sonlandırmak istemediğini belirtmiştir Kendine zarar verme davranışını sonlandırma isteği açısından da iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($\chi^2=2.1$, $p>.05$) (Tablo 26).

Tablo-26: TKZV grup ve EKZV grubun kendine zarar verme davranışından rahatsızlık duyma ve zarar vermeyi sonlandırma istekleri açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		χ^2	P
Zarar verme davranışınız sizi rahatsız eder mi?	n	%	n	%		
Evet	61	67.0	73	71.6	0.5	0.495
Hayır	30	33.0	29	28.4		
Zarar verme davranışınızı sonlandırmak ister misiniz?	n	%	n	%		
Evet	66	72.5	83	81.4	2.1	0.144
Hayır	25	27.5	19	18.6		

Ki-kare testi, $p<.05$

4.2.12. Psikiyatrik destek alma isteği

TKZV grubunda yer alan olguların %60.2'si (n=50), EKZV grubunda yer alan olguların %46.3'ü (n=44) psikiyatrik destek almak istediklerini belirtmişlerdir. Psikiyatrik destek alma isteği açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($\chi^2=3.4$, $p>.05$) (Tablo 27).

Tablo-27: TKZV grup ve EKZV grubun psikiyatrik destek alma isteği açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=83)		EKZV grup (n=95)		χ^2	P
Psikiyatrik destek almak ister misiniz?	n	%	n	%		
Evet	50	60.2	44	46.3	3.4	0.063
Hayır	33	39.8	51	53.7		

Ki-kare testi, $p<.05$

4.3. İNTİHAR DAVRANIŞI

4.3.1. İntihar girişimi, intihar planı ve intihar düşüncesi

TKZV grubunda yer alan ergenlerin %40.7'sinde (n=37) intihar girişimi, %19.8'inde (n=18) intihar planı ve %15.4'ünde (n=14) intihar düşüncesi (hayat boyu en az 1 kez) bildirilmiştir. EKZV grubunda yer alan ergenlerin %12.7'sinde (n=13) intihar girişimi, %9.8'inde (n=10) intihar planı ve %28.4'ünde (n=29) intihar düşüncesi mevcuttur. Kontrol grubunda yer alan ergenlerde ise intihar girişimi ve planı bildirilmemiş, %5.0'ında (n=5) intihar düşüncesi (hayat boyu en az 1 kez) belirtilmiştir. Üç grup birbirinden intihar girişimi, intihar planı ve intihar düşüncesi açısından istatistiksel olarak farklılaşmıştır (sırasıyla, $\chi^2=58.1$, $p<.001$; $\chi^2=21.8$, $p<.001$; $\chi^2=20.6$, $p<.001$) (Tablo 28).

İstatistiksel farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için, ikili karşılaştırmalar Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılmıştır. Buna göre intihar girişimi öyküsü açısından TKZV grubu ile kontrol grubu arasında ($\chi^2=50.9$, $p<0.001$, $\alpha=0.017$), TKZV ile EKZV grubu arasında ($\chi^2=19.5$, $p<0.001$, $\alpha=0.25$) ve EKZV grubu ile kontrol grubu arasında ($\chi^2=13.8$, $p=0.000$, $\alpha=0.050$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. Benzer şekilde intihar planı açısından, TKZV grubu ile kontrol grubu arasında ($\chi^2=22.0$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$), EKZV grubu ile kontrol grubu arasında ($\chi^2=10.4$, $p=0.001$, $\alpha=0.025$) ve TKZV ile EKZV grubu arasında ($\chi^2=3.9$, $p=0.049$, $\alpha=0.05$) istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. İntihar düşüncesi açısından elde edilen istatistiksel analizler de EKZV grubu ile kontrol grubu arasında ($\chi^2=20.1$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$), TKZV grubu ile kontrol grubu arasında ($\chi^2=5.8$, $p=0.016$, $\alpha=0.025$) ve EKZV ile TKZV grubu arasında ($\chi^2=4.7$, $p=0.030$, $\alpha=0.05$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu şeklindedir (Tablo 28).

Tablo-28: TKZV grup, EKZV grup ve kontrol grubunun intihar davranışı (girişim, düşünce ve plan) açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
İntihar girişimi	37	40.7	13	12.7	-	-	58.1	0.000
İntihar planı (girişim olmaksızın)	18	19.8	10	9.8	-	-	21.8	0.000
İntihar düşüncesi (girişim ve plan olmaksızın)	14	15.4	29	28.4	5	5.0	20.6	0.000

Ki-kare testi, $p<.05$

4.3.2. İntihar girişimi sayısı

TKZV grubunda yer alan ve intihar girişimi öyküsü olan ergenlerin (n=37) ortalama intihar girişimi sayısı 2.8 ± 2.4 ; EKZV grubunda yer alan ve intihar girişimi öyküsü olan ergenlerin (n=13) ortalama intihar girişimi sayısı 1.2 ± 0.4 bulunmuştur. İki grup, ortalama intihar girişimi sayısı açısından birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır ($t=3.858$, $p<.001$). TKZV grubu, EKZV grubuna göre daha fazla sayıda intihar girişimi sayısı bildirmiştir (Tablo 29).

Tablo-29: TKZV grup ve EKZV grubun intihar girişimi sayısı açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=37)		EKZV grup (n=13)		t	p
	Ort	SD	Ort	SD		
İntihar girişimi sayısı ortalaması	2.8	2.4	1.2	0.4	3.858	0.000

Student t testi, $p<.05$

4.3.3. İntihar yöntemleri

TKZV grubunda ve EKZV grubunda en sık kullanılan intihar yöntemi, sırasıyla %94.6 (n=35) ve %84.6 (n=11) oranla ilaç içmedir. EKZV grubunda diğer bir intihar yöntemi olarak kesi (bileğini kesme vb.) bildirilmiş (%15.4, n=2); bunun dışında başka intihar yöntemi belirtilmemiştir. TKZV grubunda da, ikinci sıklıkta bildirilen yöntem kesi olmuştur (%40.5, n=15). (İntihar yöntemi olarak kesi bildiren ergenler açık olarak sorgulanan intihar niyeti ile kendine zarar verme davranışından ayrılmıştır). TKZV grubunda diğer intihar yöntemleri ise sırasıyla yüksekten atlama (%13.5, n=5) kendini boğma (%10.8, n=4), seyir halindeki aracın önüne atlama (%5.4, n=2), başa taşla vurma (%2.7, n=1) ve gaz inhale etme (%2.7, n=1) izlemiştir (Tablo 30).

Tablo-30: TKZV grup ve EKZV grupta kullanılan intihar yöntemlerinin dağılımı

	TKZV grup (n=37)		EKZV grup (n=13)	
	n	%	n	%
İlaç içme	35	94.6	11	84.6
Kesi (bileğini kesme vb.)	15	40.5	2	15.4
Yüksekten atlama	5	13.5	-	
Kendini boğma	4	10.8	-	
Seyir halinde araç önüne atlama	2	5.4	-	
Başta taşla vurma	1	2.7	-	
Gaz inhale ederek	1	2.7	-	

4.4. KENDİNE ZARAR VERME ÖYKÜSÜ OLAN VE OLMAYAN ERGENLER VE AİLELERİNDE PSİKOPATOLOJİ

4.4.1. Beck depresyon envanteri

Beck depresyon envanteri puanları gruplar arasında normal dağılım göstermediği için, Kruskal Wallis testi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre TKZV grubu (ortalama: 22.4± 12.8; median: 22), EKZV grubu (ortalama: 11.0±8.9; median: 9.5) ve kontrol grubu (ortalama: 6.4±7.1; median: 4) arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=90.1$, $p<.001$). Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni

düzeltilmeli Whitney-U" testi ile ikili grup karşılaştırması yapılmıştır. Buna göre TKZV grubu diğer iki gruptan yüksek; EKZV grubu da kontrol grubundan yüksek değerler almıştır. Tüm ikili karşılaştırmalarda $p < .001$ düzeyinde istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($\alpha = 0.017$). (Tablo 31)

Tablo-31: TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının Beck depresyon envanteri puanlarının karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=98)				İkili karşılaştırma
	Median	IR	Median	IR	Median	IR	χ^2	p	
BDE	22	19	9.5	15	4	7	90.1	0.000	3,2<1 p=0.000 3<2 p=0.000

Kruskal Wallis testi, $p < .05$

1=TKZV, 2= EKZV, 3= Kontrol grubu

BDE: Beck depresyon envanteri

İkili karşılaştırmalarda Mann Whitney U Testi, Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır, $\alpha = 0.017$

4.4.2. Durumluk ve sürekli kaygı envanteri

Durumluk kaygı envanteri puanları, gruplar arasında tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre; TKZV grubu (46.3 ± 11.0), EKZV grubu (40.9 ± 10.1) ve kontrol grubu (34.3 ± 9.9) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($F = 32.2$, $p < .001$). Post Hoc Bonferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda, TKZV grubu kontrol grubundan ($p < .001$) ve EKZV grubundan ($p < .01$); EKZV grubu da kontrol grubundan ($p < .001$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (Tablo 32).

Sürekli kaygı envanteri puanları, gruplar arasında tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre; TKZV grubu (51.5 ± 10.3), EKZV grubu (44.0 ± 9.7) ve kontrol grubu (39.9 ± 9.5) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($F = 39.4$, $p < .001$). Post Hoc Bonferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda TKZV grubu, EKZV ve kontrol grubundan ($p < .001$); EKZV grubu da kontrol grubundan ($p < .01$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (Tablo 32).

Tablo-32: TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının sürekli kaygı ve durumluk kaygı envanteri puanlarının karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		F	p	İkili karşılaştırma
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD			
Durumluk kaygı	46.3	11.0	40.9	10.1	34.3	9.9	32.2	0.000	3<1, 3<2 p=0.000 2<1 p=0.001
Sürekli Kaygı	51.5	10.3	44.0	9.7	39.0	9.5	39.4	0.000	2,3<1 p=0.000 3<2 p=0.001

Tek yönlü ANOVA, $p<.05$

1=TKZV, 2= EKZV, 3= Kontrol grubu

İkili karşılaştırmalarda Post Hoc Bonferroni testi kullanılmıştır.

4.4.3. Mc Lean borderline kişilik bozukluğu tarama envanteri

Mc Lean borderline kişilik bozukluğu tarama envanteri (Mc Lean BKB TE) puanları, gruplar arasında tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre; TKZV grubu (4.8 ± 2.4), EKZV grubu (3.5 ± 2.4) ve kontrol grubu (1.3 ± 1.2) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($F=75.1$, $p<.001$). Post Hoc Bonferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda TKZV grubu, EKZV ve kontrol grubundan; EKZV grubu da kontrol grubundan $p<.001$ anlamlılık düzeyinde farklılaşmıştır (Tablo 33).

Tablo-33: TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının Mc Lean borderline kişilik bozukluğu tarama envanteri puanlarının karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=98)		F	p	İkili karşılaştırma
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD			
Mc Lean BKB TE	4.8	2.4	3.5	2.4	1.3	1.2	75.1	0.000	3,2<1 p=0.000 3<2 p=0.000

Tek yönlü ANOVA, $p<.05$

Mc Lean BKB TE: Mc Lean borderline kişilik bozukluğu tarama envanteri

1=TKZV, 2= EKZV, 3= Kontrol grubu

İkili karşılaştırmalarda Post Hoc Bonferroni testi kullanılmıştır.

4.4.4 Kendine zarar verme öyküsü olan ve olmayan ergenlerde psikiyatrik tanılarının değerlendirilmesi

4.4.4.1. Mevcut tüm psikiyatrik tanı

TKZV, EKZV ve kontrol gruplarında yer alan ergenlerle yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (ÇDGŞG-ŞY) yapılarak mevcut ve geçmiş eksen I psikiyatrik tanılarını

değerlendirilmiştir. Buna göre; TKZV grubunun % 94.5'inde (n=86), EKZV grubunun % 55.9'unda (n=57), kontrol grubunun %22.8'inde (n=23) en az bir psikiyatrik tanı saptanmıştır. Gruplar arasında psikiyatrik tanı varlığı açısından istatistiksel anlamlılık düzeyinde farklılık ($\chi^2=100.2$, $p<.001$) bulunmuştur. Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; TKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=100.3$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$) ve EKZV grubundan ($\chi^2=37.2$, $p=0.000$, $\alpha=0.025$); EKZV grubu da kontrol grubundan ($\chi^2=23.3$, $p=0.000$, $\alpha=0.05$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla psikiyatrik tanıya sahiptir (Tablo 34).

4.4.4.2. Geçmiş tüm psikiyatrik tanı

TKZV grubunun % 50'si (n=45), EKZV grubunun % 35.3'ü (n=36), kontrol grubunun %20.8'i (n=21) en az bir psikiyatrik geçmiş tanıya (ÇDGŞG-ŞY; en az 2 aydan beri tanı kriterlerinin karşılanmaması) sahiptir. Gruplar arasında geçmiş psikiyatrik tanı açısından fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde ($\chi^2=17.9$, $p<.001$) saptanmıştır. Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; TKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=17.9$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$) ve EKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=5.3$, $p=0.022$, $\alpha=0.025$) ve TKZV grubu EKZV grubundan ($\chi^2=4.2$, $p=0.039$, $\alpha=0.05$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla geçmiş psikiyatrik tanı almıştır. (Tablo 34).

Tablo-34: TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının mevcut ve geçmiş psikiyatrik tanılarının karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		χ^2	p	İkili karşılaştırma
	n	%	n	%	n	%			
Mevcut psikiyatrik tanı	86	94.5	57	55.9	23	22.8	100.2	0.000	3,2<1 p=0.000 3<2 p=0.000
Geçmiş psikiyatrik tanı	45	50.0	36	35.3	21	20.8	17.9	0.000	3<1 p=0.000 3<2 p=0.022 2<1 p=0.039

Ki-kare testi, $p<.05$

1=TKZV, 2= EKZV, 3= Kontrol grubu

İkili karşılaştırmalarda Holm's Sequential Bonferroni yöntemi uygulanmıştır.

4.4.4.3. Mevcut tüm yıkıcı davranış bozuklukları

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ve davranım bozukluğunu içeren yıkıcı davranış bozuklukları tanı grubu incelendiğinde; TKZV grubunun % 54.9'unda (n=50), EKZV grubunun % 32.4'ünde (n=33), kontrol grubunun %8.9'unda (n=9) en az bir yıkıcı davranış bozukluğu tanısı aldığı görülmüştür. Gruplar arasında mevcut yıkıcı davranış bozuklukları tanısına sahip olma açısından istatistiksel anlamlılık düzeyinde farklılık ($\chi^2=47.3$, $p<.001$) saptanmıştır. Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılan ikili karşılaştırmalara göre; TKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=47.7$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$), EKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=16.9$, $p=0.000$, $\alpha=0.025$) ve TKZV grubu EKZV grubundan ($\chi^2=10.0$, $p=0.001$, $\alpha=0.05$) daha fazla yıkıcı davranış bozuklukları tanılarına sahiptir (Tablo 35).

4.4.4.4. Geçmiş tüm yıkıcı davranış bozuklukları

Geçmişteki yıkıcı davranım bozuklukları tanı grubu incelendiğinde, TKZV grubunun %8.8'inde (n=8), EKZV grubunun %6.9'unda (n=7), kontrol grubunun ise %2'sinde (n=2) en az bir yıkıcı davranış bozukluğu tanısı aldığı görülmüştür. Gruplar arasında yıkıcı davranış bozuklukları tanısı alma açısından fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde ($\chi^2=4.4$, $p=0.110$) değildir (Tablo 35).

Tablo-35: TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının mevcut ve geçmiş yıkıcı davranış bozuklukları tanılarının karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		χ^2	p	İkili karşılaştırma
	n	%	n	%	n	%			
Mevcut YDB	50	54.9	33	32.4	9	8.9	47.3	0.000	2<1 p=0.001 3<2 p=0.000
Geçmiş YDB	8	8.8	7	6.9	2	2.0	4.4	0.110	

Ki-kare testi, $p<.05$

YDB:Yıkıcı davranış bozuklukları

1=TKZV, 2= EKZV, 3= Kontrol grubu

İkili karşılaştırmalarda Holm's Sequential Bonferroni yöntemi uygulanmıştır.

4.4.4.5. Mevcut yıkıcı davranış bozuklukları

Mevcut DEHB, TKZV grubunun % 52.7'sinde (n=48), EKZV grubunun % 31.4'ünde (n=32), kontrol grubunun %7.9'unda (n=8) bulunmuştur. Gruplar arasında DEHB tanısı açısından fark, istatistiksel anlamlılık düzeyinde ($\chi^2=46.1$, $p<.001$) saptanmıştır. Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılan ikili karşılaştırmalara göre; TKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=46.6$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$), EKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=17.6$, $p=0.000$, $\alpha=0.025$) Ve TKZV grubu EKZV grubundan ($\chi^2=9.1$, $p=0.003$, $\alpha=0.05$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla DEHB tanısına sahiptir (Tablo 36).

Mevcut KOKGB, TKZV grubunun % 5.5'inde (n=5), EKZV grubunun % 2.9'unda (n=3), kontrol grubunun %1'inde (n=1) saptanmıştır. Gruplar arasında KOKGB tanısı açısından anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=3.8$, $p>.05$) (Tablo 36).

Mevcut davranım bozukluğu, TKZV grubunun % 17.6'sında (n=17), EKZV grubunun % 5.5'inde (n=5) bulunurken, kontrol grubunda davranım bozukluğu tanısı alan ergen olmamıştır. Gruplar arasında davranım bozukluğu tanısı açısından fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde ($\chi^2=23.5$, $p<.001$) saptanmıştır. Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; TKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=19.4$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$) ve EKZV grubundan ($\chi^2=7.9$, $p=0.005$, $\alpha=0.025$); EKZV grubu da kontrol grubundan ($\chi^2=5.1$, $p=0.024$, $\alpha=0.050$) daha fazla oranda davranım bozukluğuna tanısı almıştır. (Tablo 36).

4.4.4.6. Geçmiş yıkıcı davranış bozuklukları

Geçmiş DEHB, TKZV grubunun % 2.2'sinde (n=2), EKZV grubunun %4.9'unda (n=5), kontrol grubunun %2'sinde (n=2) bulunmuştur. Gruplar arasında DEHB tanısı açısından fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde saptanmamıştır ($\chi^2=1.8$, $p<.05$) (Tablo 36).

Geçmiş KOKGB tanısı, TKZV grubunun % 1.1'inde (n=1) varken, EKZV ve kontrol gruplarında saptanmamıştır. Ki kare tablosunda, hücrelerde 2'nin altında beklenen değerler olması nedeni ile gruplar arası fark istatistiksel olarak karşılaştırılmamıştır (Tablo 36).

Geçmiş davranım bozukluğu tanısı, TKZV grubunun % 6.6'sında (n=6) ve EKZV grubunun %2'sinde (n=2) saptanmıştır. Kontrol grubunda ise geçmiş dönem davranım bozukluğu tanısı alan ergen olmamıştır. Gruplar arasında davranım bozukluğu tanısı açısından fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde ($\chi^2=8.2$, $p<.05$) saptanmıştır. Ancak ikili karşılaştırmalarda hücrelerde 2'nin altında beklenen değerler olması nedeni ile gruplar arası fark istatistiksel olarak karşılaştırılmamıştır (Tablo 36).

Tablo-36: TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının mevcut ve geçmiş yıkıcı davranış bozuklukları tanılarının ayrı ayrı karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		χ^2	p	İkili karşılaştırma
	n	%	n	%	n	%			
Şimdiki yıkıcı davranış bozuklukları									
DEHB	48	52.7	32	31.4	8	7.9	46.1	0.000	2<1 p=0.003 3<2 p=0.000 3<1 p=0.000
KOKGB	5	5.5	3	2.9	1	1.0	3.8	0.194	
DB	16	17.6	5	5.5	-	-	23.5	0.000	2<1 p=0.005 3<1 p=0.000 3<2 p=0.024
Geçmiş yıkıcı davranış bozuklukları									
DEHB	2	2.2	5	4.9	2	2.0	1.8	0.408	
KOKGB*	1	1.1	-	-	-	-			
DB**	6	6.6	2	2.0	-	-	8.2	0.017	

Ki-kare testi, $p<.05$

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, KOKGB: Karşı olma karşı gelme bozukluğu, DB: Davranım bozukluğu
1=TKZV, 2= EKZV, 3= Kontrol grubu

İkili karşılaştırmalarda Holm's Sequential Bonferroni yöntemi uygulanmıştır.

*2'nin altında beklenen değerler bulunduğu için ki-kare testi yapılmamıştır.

**2'nin altında beklenen değerler bulunduğu ikili karşılaştırma yapılmamıştır.

4.4.4.7. Mevcut tüm anksiyete bozuklukları

TKZV grubunun % 40.7'sinde (n=37), EKZV grubunun % 23.5'inde (n=24), kontrol grubunun %9.9'unda (n=10) en az bir mevcut anksiyete bozukluğu tanısı vardır. (Mevcut anksiyete bozuklukları; yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, panik

bozukluk, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif-kompulsif bozukluk ve post travmatik stres bozuklukları tanılarını kapsamıştır). Gruplar arasında anksiyete bozukluğu tanısı alma açısından fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde ($\chi^2=24.7$, $p<.001$) saptanmıştır. Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; TKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=24.5$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$), EKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=6.8$, $p=0.009$, $\alpha=0.025$) ve TKZV grubu EKZV grubundan ($\chi^2=6.5$, $p=0.011$, $\alpha=0.05$) anlamlı olarak daha fazla anksiyete bozukluğu tanısına sahip bulunmuştur (Tablo 37).

4.4.4.8. Geçmiş tüm anksiyete bozuklukları

TKZV grubunun % 13.2'sinde (n=12), EKZV grubunun % 14.7'sinde (n=15), kontrol grubunun %8.9'unda (n=9) en az bir anksiyete bozukluğu tanısı vardır. (Geçmiş anksiyete bozuklukları; yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, özgül fobi, sosyal fobi, ve post travmatik stres bozuklukları tanılarını kapsamıştır.) Gruplar arasında geçmiş anksiyete bozukluğu tanısı alma açısından fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde ($\chi^2=1.7$, $p>.05$) saptanmamıştır (Tablo 37).

Tablo-37: TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının mevcut ve geçmiş anksiyete bozuklukları açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		χ^2	p	İkili karşılaştırma
	n	%	n	%	n	%			
Mevcut anksiyete bozuklukları†	37	40.7	24	23.5	10	9.9	24.7	0.000	2<1 p=0.011 3<2 p=0.009
Geçmiş anksiyete bozuklukları††	12	13.2	15	14.7	9	8.9	1.7	0.429	

Ki-kare testi, $p<.05$

1=TKZV, 2= EKZV, 3= Kontrol grubu

İkili karşılaştırmalarda Holm's Sequential Bonferroni yöntemi uygulanmıştır.

† Mevcut anksiyete bozuklukları; yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, panik bozukluk, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif-kompulsif bozukluk ve post travmatik stres bozuklukları tanılarını kapsamıştır.

†† Geçmiş anksiyete bozuklukları; yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, özgül fobi, sosyal fobi, ve post travmatik stres bozuklukları tanılarını kapsamıştır

4.4.4.9. Mevcut anksiyete bozuklukları

Mevcut anksiyete bozuklukları tanıları tek tek ele alındığında;

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), TKZV grubunun % 14.3'ünde (n=13), EKZV grubunun % 6.9'unda (n=7), kontrol grubunun %2'sinde (n=2) bulunmuştur. Gruplar

arasında yaygın anksiyete bozukluğu tanısı açısından fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde ($\chi^2=10.6$, $p<.001$) saptanmıştır. Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; TKZV grubu kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla oranda YAB tanısı almıştır ($\chi^2=10.1$, $p=0.002$, $\alpha=0.025$). TKZV grubu EKZV grubundan ve EKZV grubu kontrol grubundan daha fazla oranda YAB tanısı almakla birlikte arada istatistiksel anlamlılık düzeyinde fark bulunmamıştır (sırasıyla, $\chi^2=2.8$, $p=0.091$; $\chi^2=2.9$) (Tablo 38).

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu, TKZV grubunun % 3.3'ünde ($n=3$), kontrol grubunun %1'inde ($n=1$) bulunmuştur. Ki kare tablosunda beklenen değerlerde 2'den küçük gözler olduğundan gruplar arası fark istatistiksel olarak karşılaştırılmamıştır (Tablo 38).

Sosyal fobi, TKZV grubunun % 12.1'inde ($n=11$), EKZV grubunun % 8.8'inde ($n=9$), kontrol grubunun %4'ünde ($n=4$) bulunmuştur. Gruplar arasında sosyal fobi tanısı açısından fark olmasına rağmen bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde ($\chi^2=4.3$, $p>.05$) değildir (Tablo 38).

Panik bozukluk, TKZV grubunun % 6.6'sında ($n=6$), EKZV grubunun % 2.9'unda ($n=3$), kontrol grubunun %2'sinde ($n=2$) bulunmuştur. Gruplar arasında panik bozukluk tanısı açısından fark olmasına rağmen bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde ($\chi^2=3.1$, $p>.05$) saptanmamıştır (Tablo 38).

Özgül fobi, TKZV grubunun % 17.6'sında ($n=16$), EKZV grubunun % 12.7'sinde ($n=13$), kontrol grubunun %3'ünde ($n=3$) bulunmuştur. Gruplar arasında özgül fobi tanısı açısından fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde ($\chi^2=11.1$, $p<.01$) saptanmıştır. Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; TKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=11.5$, $p=0.001$, $\alpha=0.017$) ve EKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=6.7$, $p=0.010$, $\alpha=0.025$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla özgül fobi tanısı almıştır. TKZV ve EKZV grubu arasında ise özgül fobi tanısı açısından istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0.9$, $p=0.348$, $\alpha=0.05$) (Tablo 38).

Post travmatik stres bozukluğu, sadece EKZV grubunun %2.9'unda ($n=3$) bulunmuştur. Ki kare tablosunda beklenen değerlerde 2'den küçük gözler olduğundan gruplar arası fark istatistiksel olarak karşılaştırılmamıştır (Tablo 38).

Obsesif- kompulsif bozukluk, TKZV grubunda %2 (n=2), EKZV grubunda %2 (n=2) ve kontrol grubunda %2 (n=2) saptanmıştır. Ki kare tablosunda beklenen değerlerde 2'den küçük göz bulunduğundan gruplar arası fark istatistiksel olarak karşılaştırılmamıştır (Tablo 38).

4.4.4.10. Geçmiş anksiyete bozuklukları

Geçmiş anksiyete bozuklukları tanıları tek tek ele alındığında;

Yaygın anksiyete bozukluğu, TKZV grubunun % 1.1'inde (n=1), EKZV grubunun % 2'sinde (n=2) varken, kontrol grubunda saptanmamıştır. Ki kare tablosunda beklenen değerlerde 2'den küçük gözler olduğundan gruplar arası fark istatistiksel olarak karşılaştırılmamıştır (Tablo 38).

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu, TKZV grubunun % 7.7'sinde (n=7), EKZV grubunun % 3.9'unda (n=4), kontrol grubunun %4'ünde (n=4) bulunmuştur. Gruplar arasında ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanısı açısından istatistiksel anlamlılık düzeyinde farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=1.8$, $p>.05$) (Tablo 38).

Sosyal fobi, TKZV grubunda yokken, EKZV grubunun %1'inde (n=1) ve kontrol grubunun %2'sinde (n=2) saptanmıştır. Ki kare tablosunda beklenen değerlerde 2'den küçük gözler olduğundan gruplar arası fark istatistiksel olarak karşılaştırılmamıştır (Tablo 38).

Özgül fobi, TKZV grubunun % 5.5'inde (n=5), EKZV grubunun % 8.8'inde (n=9), kontrol grubunun %2'sinde (n=2) bulunmuştur. Gruplar arasında özgül fobi tanısı açısından fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde saptanmamıştır ($\chi^2=4.6$, $p>.05$) (Tablo 38).

Post travmatik stres bozukluğu, TKZV grubunun % 13.2'sinde (n=12), EKZV grubunun % 3'ünde (n=3), kontrol grubunun %3'ünde (n=3) bulunmuştur. Gruplar arasında post travmatik stres bozukluğu tanısı açısından fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde saptanmıştır ($\chi^2=11.5$, $p<.01$). Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; TKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=7.0$, $p=0.008$, $\alpha=0.017$) ve EKZV grubundan ($\chi^2=6.9$, $p=0.008$, $\alpha=0.025$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde geçmiş dönemde post travmatik stress bozukluğu tanısı almıştır (Tablo 38).

Grupların hiç birinde geçmiş dönemde panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluk tanısı alan ergen olmamıştır..

Tablo-38: TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının mevcut ve geçmiş anksiyete bozuklukları açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		x ²	p	İkili karşılaştırma
	n	%	n	%	n	%			
Mevcut anksiyete bozuklukları									
YAB	13	14.3	7	6.9	2	2	10.6	0.000	3<1 p=0.000
AAB*	3	3.3	-	-	1	1.0			
Sosyal fobi	11	12.1	9	8.8	4	4.0	4.3	0.116	
Panik bozukluk	6	6.6	3	2.9	2	2	3.1	0.212	
Özgül fobi	16	17.6	13	12.7	3	3	11.1	0.004	3<1 p=0.001 3<2 p=0.010
PTSB*	-	-	3	2.9	-	-			
OKB*	2	2.2	2	2.0	2	2.0			
Geçmiş anksiyete bozuklukları									
YAB*	1	1.1	2	2.2	-	-			
AAB	7	7.7	4	3.9	4	4.0	1.8	0.401	
Sosyal fobi*	-	-	1	1.1	2	2.0			
Özgül fobi	5	5.5	9	8.8	2	2.0	4.6	0.099	
PTSB	12	13.2	3	3.3	3	3.0	11.5	0.003	3<1 p=0.008 2<1 p=0.008

Ki-kare testi, p<.05

YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu, AAB: Ayrılık anksiyetesi bozukluğu, PTSD: Post travmatik stres bozukluğu, OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk

1=TKZV, 2= EKZV, 3= Kontrol grubu

İkili karşılaştırmalarda Holm's Sequential Bonferroni yöntemi uygulanmıştır.

*2'nin altında beklenen değerler bulunduğu için analiz yapılmamıştır.

4.4.4.11. Mevcut tüm duygudurum bozuklukları

TKZV grubunun % 64.8'inde (n=59), EKZV grubunun % 16.7'sinde (n=17), kontrol grubunun %6.9'unda (n=7) en az bir duygudurum bozukluğu tanısı vardır. (Duygudurum bozuklukları tanıları; depresif bozukluklar- major depresyon, distimi, depresif bozukluk BTA, psikotik bulgulu depresyon ile bipolar bozukluklar- bipolar II bozukluk ve siklotimi tanılarını kapsamıştır). Gruplar arasında duygudurum bozuklukları tanısı alma açısından fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde ($\chi^2=89.5$, $p<.001$) saptanmıştır. Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; TKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=71.2$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$) ve EKZV grubundan ($\chi^2=46.7$, $p=0.000$, $\alpha=0.025$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. EKZV grubunda ise kontrol grubuna oranla daha fazla duygudurum bozukluğu tanısı alan olgu olmasına rağmen gruplar arası farklılık istatistiksel anlamlılık düzeyinde bulunmamıştır ($\chi^2=4.6$, $p=0.032$, $\alpha=0.05$) (Tablo 39).

4.4.4.12. Geçmiş tüm duygudurum bozuklukları

Geçmiş duygudurum bozuklukları tanısı TKZV grubunun %12.1'inde (n=11), EKZV grubunun %12.7'sinde (n=13) ve kontrol grubunun %2'sinde (n=2) bulunmuştur. (Geçmiş duygudurum bozuklukları tanıları; major depresyon, depresif bozukluk bta ve distimi tanılarını kapsamıştır. Geçmiş dönem bipolar bozukluklar grubundan tanı bulunmamaktadır.) Geçmiş duygudurum bozuklukları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($\chi^2=9.1$, $p<.05$). Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; EKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=8.6$, $p=0.003$, $\alpha=0.017$) ve TKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=7.7$, $p=0.005$, $\alpha=0.025$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. EKZV grubu ile TKZV grubu arasında ise anlamlı farklılık yoktur ($\chi^2=0.02$, $p=0.890$, $\alpha=0.05$) (Tablo 39).

Tablo-39: TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının mevcut ve geçmiş toplam duygudurum bozuklukları açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		χ^2	p	İkili karşılaştırma
	n	%	n	%	n	%			
Mevcut DDB[†]	59	64.8	17	16.7	7	6.9	89.5	0.000	3<1 p=0.000 2<1 p=0.000
Geçmiş DDB^{††}	11	12.1	13	12.7	2	2.0	9.1	0.011	3<1 p=0.005 3<2 p=0.003

Ki-kare testi, $p<.05$

DDB: Duygudurum bozuklukları

[†] Depresif bozukluklar; major depresyon, distimi, depresif bozukluk bta, psikotik bulgulu deperasyon; bipolar bozukluklar, bipolar II bozukluk ve siklotimi tanılarını kapsamıştır.

^{††} Geçmiş duygudurum bozuklukları tanı grubu içerisinde bipolar bozuklukları grubundan tanı bulunmamaktadır.

1=TKZV, 2= EKZV, 3= Kontrol grubu İkili karşılaştırmalarda Holm's Sequential Bonferroni yöntemi uygulanmıştır.

4.4.4.13. Mevcut duygudurum ve uyum bozuklukları

Major depresyon, distimi, depresif bozukluk BTA ve psikotik bulgulu deperasyon tanılarını kapsayan depresif bozukluklar, TKZV grubunun % 62.6'sında (n=57), EKZV grubunun % 15.7'sinde (n=16), kontrol grubunun %5.9'unda (n=6) bulunmuştur. Gruplar arasında depresif bozukluklar tanısı açısından fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde ($\chi^2=88.2$, $p<.001$) saptanmıştır. Anlamlılığın hangi gruplar arası farktan kaynaklandığını anlamak için Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Buna göre, TKZV grubu hem EKZV grubu ($\chi^2=45.1$, $p=0.000$, $\alpha=0.05$) hem de kontrol grubundan ($\chi^2=69.7$, $p=0.000$, $\alpha=0.025$) anlamlı olarak daha fazla depresif bozukluk tanısına sahipken, EKZV grubu kontrol grubuna göre daha fazla depresif bozukluğa sahip olmasına rağmen aradaki fark ($\chi^2=5.0$, $p=0.026$, $\alpha=0.017$) istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 40).

Bipolar II bozukluk ve siklotimi tanılarını içeren bipolar bozukluklar; TKZV grubunun %2.2sinde (n=2), EKZV grubunun %1.1'inde (n=1) saptanırken kontrol grubunda tanı alan ergen yoktur. Ki kare tablosunda beklenen değerlerde 2'den küçük gözler olduğundan gruplar arası fark istatistiksel olarak karşılaştırılmamıştır (Tablo 40).

Uyum bozuklukları TKZV grubunun %2.2sinde (n=2), EKZV grubunun %1.1'inde (n=1), kontrol grubunun %1'inde (n=1) saptanmıştır. Ancak ki-kare tablosunda beklenen değerlerde 2'den küçük gözler olduğundan gruplar arası fark istatistiksel olarak karşılaştırılmamıştır (Tablo 40).

4.4.4.14. Geçmiş duygudurum ve uyum bozuklukları

Geçmiş dönem tanılarında bipolar bozukluklar grubundan herhangi bir tanı konulamamıştır. Geçmiş dönem depresif bozukluklar tanıları yukarıda geçmiş tüm duygudurum bozuklukları bölümünde (Bölüm 4.4.14.) verilmiştir (Tablo 40)

Geçmiş uyum bozuklukları, TKZV grubunun % 12.1'inde (n=11), EKZV grubunun % 4.9'unda (n=5), kontrol grubunun %4'ünde (n=4) bulunmuştur. Gruplar arasında uyum bozuklukları tanıları istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır; ancak p değeri anlamlılık sınırına yakındır ($\chi^2=5.6$, $p=0.053$) bulunmamıştır (Tablo 40).

Tablo-40: TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının mevcut ve geçmiş duygudurum bozuklukları ve uyum bozuklukları açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		χ^2	p	İkili karşılaştırma
	n	%	n	%	n	%			
Mevcut duygudurum bozukluğu									
Depresif bozukluklar †	57	62.6	16	15.7	6	5.9	88.2	0.000	3<1 p=0.000 2<1 p=0.000
Bipolar bozukluklar ††*	2	2.2	1	1.0	-	-			
Geçmiş duygudurum bozukluğu									
Depresif bozukluklar †††	11	12.1	13	12.7	2	2.0	9.1	0.011	3<1 p=0.005 3<2 p=0.003
Bipolar bozukluklar	-	-	-	-	-	-			
Mevcut ve geçmiş uyum bozuklukları††††									
Mevcut uyum bozuklukları *	2	2.2	1	1.1	1	1.0			
Geçmiş uyum bozuklukları	11	12.1	5	4.9	4	4.0	5.6	0.053	

Ki-kare testi, $p<.05$

*2'nin altında beklenen değerler bulunduğu için analiz yapılmamıştır.

1=TKZV, 2= EKZV, 3= Kontrol grubu İkili karşılaştırmalarda Holm's Sequential Bonferroni yöntemi uygulanmıştır

†Mevcut depresif bozukluklar; major depresyon, distimi, depresif bozukluk bta ve psikotik bulgulu deperesyon tanılarını kapsamıştır. ††Bipolar bozukluklar; bipolar II bozukluk ve siklotimi tanılarını kapsamıştır. †††Geçmiş depresif bozukluklar major depresyon, depresif bozukluk bta ve distimi tanılarını kapsamıştır. †††† Uyum bozuklukları, depresif duygudurumu ile giden, anksiyete ile giden ve karışık duygudurumu ile giden uyum bozuklukları tanılarını kapsamıştır.

4.4.4.15. Diğer Tanılar

Mevcut psikiyatrik diğer tanılar ele alındığında;

Tik bozuklukları, TKZV grubunun %2.2'sinde (n=2) saptanırken, EKZV grubu ve kontrol grubunda tanı alan ergen yoktur. Ki-kare tablosunda beklenen değerlerde 2'den küçük gözler olduğundan gruplar arası fark istatistiksel olarak karşılaştırılmamıştır (Tablo 41).

Mevcut enürezis tanısı, TKZV grubunun %5.5'inde (n=5), EKZV grubunun %1.1'inde (n=1) saptanırken kontrol grubunda tanı alan ergen yoktur. Ki-kare tablosunda beklenen değerlerde 2'den küçük gözler olduğundan gruplar arası fark istatistiksel olarak karşılaştırılmamıştır (Tablo 41).

Mevcut alkol kullanım bozukluğu tanısı, TKZV grubunun %5.5'inde (n=5), EKZV grubunun %2'sinde (n=2) saptanırken, kontrol grubunda tanı alan ergen yoktur. Ki-kare tablosunda beklenen değerlerde 2'den küçük gözler olduğundan gruplar arası fark istatistiksel olarak karşılaştırılmamıştır (Tablo 41).

Mevcut madde kullanım bozukluğu tanısı, TKZV grubunun %6.6'sında (n=6) saptanırken, EKZV grubu ve kontrol grubunda tanı alan ergen yoktur. Ki-kare tablosunda beklenen değerlerde 2'den küçük gözler olduğundan gruplar arası fark istatistiksel olarak karşılaştırılmamıştır (Tablo 41).

Geçmiş psikiyatrik diğer tanılar değerlendirildiğinde;

Tik bozuklukları, TKZV grubunun % 2.2'sinde (n=2), EKZV grubunun % 2.9'unda (n=3), kontrol grubunun %3'ünde (n=3) bulunmuştur. Gruplar arasında tik bozuklukları tanısı açısından istatistiksel anlamlılık düzeyinde fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.1$, $p>.05$) (Tablo 41).

Geçmiş enürezis tanısı, TKZV grubunun % 5.5'inde (n=5), EKZV grubunun % 2.9'unda (n=3), kontrol grubunun %4'ünde (n=4) bulunmuştur. Gruplar arasında enürezis tanısı açısından istatistiksel anlamlılık düzeyinde fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.8$, $p>.05$) (Tablo 41).

Geçmiş alkol kullanım bozukluğu tanısı, TKZV grubu, EKZV grubu ve kontrol grubu olgularının hiç birisinde saptanmamıştır. Geçmiş madde kullanım bozukluğu tanısı yalnızca TKZV grubu olgularının %1'inde (n=1) bulunmuştur (Tablo 41).

Tablo-41: TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının mevcut ve geçmiş diğer tanıları açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		x ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Mevcut psikiyatrik diğer tanı								
Tik bozuklukları *	2	2.2	-	-	-	-		
Enürezis *	5	5.5	1	1.0	-	-		
Alkol kullanım bzk *	5	5.5	2	2.0	-	-		
Madde kullanım bzk*	6	6.6	-	-	-	-		
Geçmiş psikiyatrik diğer tanı								
Tik bozuklukları	2	2.2	3	2.9	3	3.0	0.1	0.934
Enürezis	5	5.5	3	2.9	4	4.0	0.8	0.668
Alkol kullanım bzk *	-	-	-	-	-	-		
Madde kullanım bzk*	1	1.1	-	-	-	-		

Ki-kare testi, p<.05

*2'nin altında beklenen değerler bulunduğu için analiz yapılmamıştır.

4.4.5. Anne ve babalarda mevcut psikiyatrik hastalık

Psikiyatrik görüşme yapılmak üzere davet edilen anne ve babalardan TKZV grubundan 46, EKZV grubundan 30 ve kontrol grubundan 32 anne-baba görüşmeyi kabul etmiş ve SCID-NP ile tanı görüşmesi yapılmıştır.

4.4.5.1. Annelerde mevcut psikiyatrik (Eksen I) tanısı

TKZV grubu annelerinin %56.5'inin (n=26), EKZV grubu annelerinin % 40'ının (n=12), kontrol grubu annelerinin de %9.4'ünün (n=3) en az bir Eksen I tanısı vardır. Gruplar arasında psikiyatrik tanı açısından fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde (x²=17.9, p<.001) saptanmıştır (Tablo 42). Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılan ikili

karşılaştırmalarda; TKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=18.0$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$) ve EKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=7.9$, $p=0.005$, $\alpha=0.025$) grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. TKZV grubu ile EKZV grubu arasında ise istatistiksel olarak önemli düzeyde farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=2.0$, $p=0.159$, $\alpha=0.05$) (Tablo 42).

Annelerin aldığı tanımlar incelendiğinde; TKZV grubu annelerinin %37'si ($n=17$), EKZV grubu annelerinin %23.3'ü ($n=7$), kontrol grubu annelerinin %6.3'ü ($n=2$) depresif bozukluklar grubundan bir tanı almıştır (Depresif bozukluklar; major depresyon, distimi ve depresif bozukluk BTA tanımlarını kapsamıştır). Gruplar arasında depresif bozukluk tanımları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($\chi^2=9.7$, $p<.01$). Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; TKZV grubu kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($\chi^2=9.7$, $p=0.002$, $\alpha=0.017$). EKZV grubu ve kontrol grubu arasında ise istatistiksel olarak önemli düzeyde farklılık saptanmamıştır [En büyük p değerine sahip üçüncü karşılaştırma (TKZV-EKZV grubu), ikinci karşılaştırmada anlamlılık sağlanmadığı için yapılmamıştır].

TKZV grubu annelerinin %2.2'si ($n=1$), EKZV grubu annelerinin 3.3'ü ($n=1$) bipolar bozukluklar grubundan bir tanı almıştır. (Bipolar bozukluklar; bipolar bozukluk I ve bipolar bozukluk bta tanımlarını kapsamıştır.) Kontrol grubu annelerinden hiç birisi bu gruptan bir tanı almamıştır. Gruplar arasında istatistiksel farklılık ile hücrelerde 2'nin altında beklenen değerler bulunması nedeni ile bakılmamıştır.

TKZV grubu annelerinin %2.2'si ($n=1$) psikotik bozukluklar grubundan tanı almıştır. (Psikotik bozukluklar, şizofreni tanısını kapsamıştır.) EKZV grubu ve kontrol grubu annelerinden hiç birisi bu gruptan bir tanı almamıştır. Gruplar arasında istatistiksel farklılık hücrelerde 2'nin altında beklenen değerler bulunması nedeni ile bakılmamıştır.

TKZV grubu annelerinin %32.6'sı ($n=15$), EKZV grubu annelerinin %23.3'ü ($n=7$), kontrol grubu annelerinin %3.1'i ($n=1$) anksiyete bozuklukları grubundan bir tanı almıştır. (Anksiyete bozuklukları yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, özgül fobi, anksiyete bozukluğu bta ve obesesif kompulsif bozukluk, tanımlarını kapsamıştır.) Gruplar arasında anksiyete bozuklukları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($\chi^2=9.9$, $p<.01$). Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; TKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=10.1$, $p=0.002$, $\alpha=0.017$) ve EKZV grubu kontrol grubundan ($\chi^2=5.6$, $p=0.018$, $\alpha=0.025$) istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde farklı bulunmuştur. TKZV ve EKZV grubu arasında ise önemli farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0.8$, $p=0.383$, $\alpha=0.05$).

TKZV grubu annelerinin %8.7'si ($n=4$) somatizasyon bozukluğu tanısı almıştır. EKZV grubu ve kontrol grubu annelerinden hiç birisinde somatizasyon bozukluğu bulunmamıştır. Gruplar arasında istatistiksel farklılık hücrelerde 2'nin altında beklenen değerler bulunması nedeni ile bakılmamıştır. Annelerin mevcut psikiyatrik tanıları Tablo 42'de verilmiştir.

Tablo-42: TKZV, EKZV ve kontrol grubu olgularının annelerindeki mevcut psikiyatrik hastalık (Eksen I) tanısı

	TKZV grup (n=46)		EKZV grup (n=30)		Kontrol grubu (n=32)		x ²	p	İkili karşılaştırma
Annenin mevcut psikiyatrik hastalık tanısı	n	%	n	%	n	%			
Herhangi bir I. eksen tanısı†	26	56.5	12	40.0	3	9.4	17.9	0.000	3<1 p=0.000 3<2 p=0.005
Depresif bozukluklar††	17	37.0	7	23.3	2	6.3	9.7	0.008	3<1 p=0.002
Bipolar bozukluklar†††*	1	2.2	1	3.3	-	-			
Psikotik Bozukluklar††††*	1	2.2	-	-	-	-			
Anksiyete Bozuklukları†††††	15	32.6	7	23.3	1	3.1	9.9	0.007	3<1 p=0.002 3<2 p=0.018
Somatizasyon Bozukluğu*	4	8.7	-	-	-	-			

Ki-kare testi, p<.05 1=TKZV, 2= EKZV, 3= Kontrol grubu

İkili karşılaştırmalarda Holm's Sequential Bonferroni yöntemi uygulanmıştır.

† Aynı kişide birden fazla tanı olabildiği için toplam tanı sayısı herhangi bir I. eksen tanısı alan kişi sayısından büyük bulunmuştur.

†† Depresif bozukluklar major depresyon, distimi ve depresif bozukluk BTA tanılarını kapsamıştır. ††† Bipolar bozukluklar bipolar bozukluk I ve bipolar bozukluk bta tanılarını kapsamıştır.

†††† Psikotik bozukluklar şizofreni tanısını kapsamıştır. ††††† Anksiyete bozuklukları yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, özgül fobi, anksiyete bozukluğu BTA ve obsesif-kompulsif bozukluk, tanılarını kapsamıştır.

* 2'nin altında beklenen değerler bulunduğu için ki kare testi yapılmamıştır.

4.4.5.2. Babalarda mevcut psikiyatrik (Eksen I) tanı

TKZV grubu babalarının %39.1'inde (n=18), EKZV grubu babalarının %16.7'sinde (n=5), kontrol grubu babalarının da %3.1'inde (n=1) en az bir Eksen I tanısı bulunmuştur. Gruplar arasında psikiyatrik tanı açısından fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde ($\chi^2=14.9$, $p<.001$) saptanmıştır (Tablo 43). Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; TKZV grubu kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($\chi^2=13.3$, $p=0.000$, $\alpha=0.017$). TKZV grubu EKZV grubu karşılaştırmasında ise istatistiksel anlamlılık sağlanmamıştır ($\chi^2=4.3$, $p=0.037$, $\alpha=0.025$) [En büyük p değerine sahip üçüncü karşılaştırma (TKZV-EKZV grubu), ikinci karşılaştırmada anlamlılık sağlanmadığı için yapılmamıştır] (Tablo 43).

Babaların aldığı tanılar incelendiğinde; TKZV grubu babalarının %17.4'ü (n=8) ve EKZV grubu babalarının %6.7'si (n=2) depresif bozukluklar grubundan bir tanı almıştır. (Depresif bozukluklar; major depresyon ve distimi tanılarını kapsamıştır.) Kontrol grubu babalarının hiçbirisi bu gruptan bir tanı almamıştır. Gruplar arasında depresif bozukluk tanıları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($\chi^2=7.1$, $p<.05$). Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; TKZV grubu kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($\chi^2=6.2$, $p=0.013$, $\alpha=0.017$). TKZV grubu ile EKZV grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=1.8$, $p=0.176$, $\alpha=0.25$).

TKZV grubu babalarının %8.7'si (n=4) bipolar bozukluklar grubundan bir tanı almıştır. (Bipolar bozukluklar; bipolar bozukluk I, siklotimi ve bipolar bozukluk bta tanılarını kapsamıştır.) EKZV ve kontrol grubu babalarından hiç birisi bu gruptan bir tanı almamıştır. Gruplar arasında istatistiksel farklılık hücrelerde 2'nin altında beklenen değerler bulunması nedeni ile bakılmamıştır.

TKZV grubu babalarının %2.2'si (n=1) psikotik bozukluklar grubundan tanı almıştır. (Psikotik bozukluklar, şizofreni tanısını kapsamıştır.) EKZV grubu ve kontrol grubu babalarından hiç birisi bu gruptan bir tanı almamıştır. Gruplar arasında istatistiksel farklılık hücrelerde 2'nin altında beklenen değerler bulunması nedeni ile bakılmamıştır.

TKZV grubu babalarının %17.4'ü (n=8), EKZV grubu babalarının %10'u (n=3) anksiyete bozuklukları grubundan bir tanı almıştır. (Anksiyete bozuklukları; yaygın anksiyete

bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi ve anksiyete bozukluğu bta tanılarını kapsamıştır). Kontrol grubu babalarından hiçbirisi bu gruptan bir tanı almamıştır. Gruplar arasında anksiyete bozuklukları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($\chi^2=6.3$, $p<.05$). Holm's Sequential Bonferroni yöntemi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; TKZV grubu kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($\chi^2=6.2$, $p=0.013$, $\alpha=0.017$). TKZV grubu ile EKZV grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=0.8$, $p=0.371$, $\alpha=0.25$).

TKZV grubu babalarının %2.2'si ($n=1$) somatizasyon bozukluğu tanısı almıştır. EKZV grubu ve kontrol grubu babalarından hiç birisinde somatizasyon bozukluğu bulunmamıştır. Gruplar arasında istatistiksel farklılık hücrelerde 2'nin altında beklenen değerler bulunması nedeni ile bakılmamıştır.

TKZV grubu babalarının %15.2'sinde ($n=7$), kontrol grubu babalarının %3.1'inde ($n=1$) alkol-madde kullanım bozuklukları grubundan bir tanı saptanmıştır. (Alkol madde kullanım bozuklukları; alkol bağımlılığı, alkol kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı tanılarını kapsamıştır). EKZV grubu babalarının hiç birisinde bu gruptan bir tanı bulunmamıştır. Gruplar arasında alkol-madde kullanım bozuklukları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($\chi^2=5.0$, $p<.05$). İkili karşılaştırmalarda hücrelerde 2'nin altında beklenen değerler olması nedeni ile analiz yapılmamıştır. Babaların mevcut psikiyatrik tanıları Tablo 43'de verilmiştir.

Tablo-43: TKZV, EKZV ve kontrol grubu olgularının babalarındaki mevcut psikiyatrik hastalık (Eksen I) tanısı

	TKZV grup (n=46)		EKZV grup (n=30)		Kontrol grubu (n=32)		x ²	p	İkili karşılaştırma
Babanın mevcut psikiyatrik hastalık tanısı	n	%	n	%	n	%			
Herhangi bir I. eksen tanısı†	18	39.1	5	16.7	1	3.1	14.9	0.001	3<1 p=0.000
Depresif bozukluklar††	8	17.4	2	6.7	-	-	7.1	0.028	3<1 p=0.013
Bipolar bozukluklar†††*	4	8.7	-	-	-	-			
Psikotik Bozukluklar††††*	1	2.2	-	-	-	-			
Anksiyete Bozuklukları†††††	8	17.4	3	10.0	-	-	6.3	0.044	3<1 p=0.013
Somatizasyon Bozukluğu*	1	2.2	-	-	-	-			
Alkol-madde kullanım bozuklukları†††††**	7	15.2	-	-	1	3.1	7.3	0.025	

Ki-kare testi, p<.05 1=TKZV, 2= EKZV, 3= Kontrol grubu İkili karşılaştırmalarda Holm's Sequential Bonferroni yöntemi uygulanmıştır.

† Aynı kişide birden fazla tanı olabildiği için toplam tanı sayısı herhangi bir I. eksen tanısı alan kişi sayısından büyük bulunmuştur.

†† Depresif bozukluklar major depresyon ve distimi tanılarını kapsamıştır. ††† Bipolar bozukluklar bipolar 1 bozukluk siklotimi ve bipolar bozukluk bta tanılarını kapsamıştır.

†††† Psikotik bozukluklar şizofreni tanısını kapsamıştır. ††††† Anksiyete bozuklukları yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, anksiyete bozukluğu bta, tanılarını kapsamıştır. ††††††

Alkol madde kullanım bozuklukları alkol bağımlılığı, alkol kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı tanılarını kapsamıştır.

* 2'nin altında beklenen değerler bulunduğu için ki-kare testi yapılmamıştır.

**2'nin altında beklenen değerler olduğu için ikili karşılaştırma yapılmamıştır.

4.4.6. Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili risk faktörleri- Psikopatoloji

Kendine zarar verme davranışının gelişimine etki eden psikopatolojik risk faktörlerini belirleyebilmek için mevcut psikiyatrik tanı, geçmiş psikiyatrik tanı [iki sonuçlu (yok: 0, var: 1) değişken haline getirilerek], Beck depresyon envanteri, sürekli kaygı ölçeği, durumluk kaygı ölçeği ve Mc Lean borderline kişilik bozukluğu tarama envanteri (Mc Lean BKB TE) envanteri toplam puanları lojistik regresyon analizine alınmıştır. Her değişken önce tek değişkenli (univariate) lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiş, ardından çok değişkenli (multivariate) lojistik regresyon analizine alınmıştır. Tek değişkenli lojistik regresyon sonucunda *mevcut psikiyatrik tanı* [OR: 9.7 (5.5-17.1), $p=0.000$], *geçmiş psikiyatrik tanı* [OR:2.8 (1.6-4.9), $p=0.000$], *Beck depresyon envanteri puanı* [OR:1.1 (1.0-1.2), $p=0.000$], *sürekli kaygı ölçeği puanı* [OR: 1.05 (1.01-1.1), $p=0.000$], *durumluk kaygı ölçeği puanı* [OR: 1.05 (1.01-1.1), $p=0.000$] ve *Mc Lean BKB TE puanından* [OR: 2.0 (1.7-2.4), $p=0.000$] oluşan tüm değişkenlerin kendine zarar verme davranışı riskini istatistiksel olarak önemli düzeyde artırdığı bulunmuştur.

Çoklu değişkenler için model [$R^2=.34$, $X^2(6,293) = 27.31$, $p=0.000$] genel olarak anlamlı bulunmuştur. Hosmer-Lemeshov testi $X^2(8,293) = 3.97$, $p=0.860$ $p=0.05$ 'ten büyük olduğu için kurulan modelin verilere uygun bir model olduğu kabul edilmiştir. Altı bağımsız değişken ele alınarak bulunan lojistik fonksiyonunun % 79.2 oranında çalışmaya alınan ergenleri doğru sınıflandırma gücüne sahip olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya alınan ergenlerde *mevcut psikiyatrik bozukluk* ($z: 9.9$, $p=0.002$), *Mc Lean BKB TE puanı* ($z: 22.3$, $p<0.001$) ve *durumluk anksiyete ölçeği puanı* ($z: 4.8$, $p=0.029$) çoklu model içinde de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. *Geçmiş psikiyatrik tanı* ($z: 2.7$, $p=0.992$), *sürekli anksiyete puanı* ($z: 2.1$, $p=0.147$) ve *Beck depresyon envanteri puanı* ($z: 0.2$, $p=0.682$) ise tek değişkenli lojistik regresyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmasına rağmen, çoklu modelde anlamlı bulunmamıştır (Tablo 44).

Tablo-44: Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili risk faktörleri- psikopatoloji

Değişken	OR (%95 GA)	
	Tek değişkenli (Univariate)	Çok değişkenli (Multivariate)
Mevcut psikiyatrik tanı varlığı	9.7** (5.5-17.1)	3.2** (1.5-6.5)
Geçmiş psikiyatrik tanı varlığı	2.8** (1.6-4.9)	1.8 (0.9-3.6)
Depresyon: Beck depresyon envanteri puanı	1.1** (1.0-1.2)	0.9 (0.9-1.1)
Anksiyete: (Devam eden-koşuldan bağımsız) Sürekli kaygı ölçeği puanı	1.05** (1.0-1.1)	0.9 (0.9-1.0)
Anksiyete: (Anlık-koşula bağlı) Durumluk kaygı ölçeği puanı	1.05** (1.0-1.1)	1.05* (1.0-1.1)
Borderline kişilik patolojisi: Mc Lean BKB TE puanı	2.0** (1.7-2.4)	1.7** (1.4-2.1)

Tek değişkenli (Univariate)- çok değişkenli (Multivariate) Lojistik Regresyon,

OR: Odds Oranı,GA: Güven aralığı

Mc Lean BKB TE: Mc Lean borderline kişilik bozukluğu tarama envanteri

** $p < .001$, * $p < .05$

4.4.7. Kendine zarar verme davranışı sayısı ile psikopatoloji ilişkisi

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) sayısı ile psikopatoloji ilişkili değişkenler; Beck depresyon envanteri puanı, durumluk ve süreklilik kaygı envanteri puanı, Mc Lean borderline kişilik bozukluğu tarama envanteri (Mc Lean BKB TE) puanı, mevcut, geçmiş ve yaşam boyu psikiyatrik tanı sayısı (Eksen I tanısı) anne ve babanın mevcut psikiyatrik tanı sayısı (Eksen I tanısı) arasındaki ilişkiye Spearman korelasyon analizi ile bakılmıştır (toplam kendine zarar verme sayısının normal dağılım göstermemesi nedeni ile). Buna göre kendine zarar verme sayısı ile *Beck depresyon envanteri puanı* ($r=.55$, $p=0.000$), *durumluk kaygı ölçeği puanı* ($r=.43$, $p=0.000$), *sürekli kaygı ölçeği puanı* ($r=.46$, $p=0.000$), *Mc Lean BKB TE puanı* ($r=.63$, $p=0.000$), *mevcut psikiyatrik tanı sayısı* ($r=.59$, $p=0.000$), *geçmiş psikiyatrik tanı sayısı* ($r=.23$, $p=0.011$), *yaşam boyu psikiyatrik tanı sayısı* ($r=.59$, $p=0.000$), *annede mevcut psikiyatrik tanı sayısı* ($r=.42$, $p=0.000$), *babada mevcut psikiyatrik tanı sayısı* ($r=.26$, $p=0.002$), *ailedede (anne ve babada) mevcut psikiyatrik tanı sayısı* ($r=.42$, $p=0.000$) pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (Tablo 45). Ergenin mevcut ve yaşam boyu psikiyatrik tanısı, depresyon, ve borderline ölçek puanları kendine zarar

verme sayısı ile güçlü bir ilişki göstermektedir. Durumluk ve süreklilik kaygı ölçeği puanları, annede psikiyatrik hastalık tanısı ve ailede psikiyatrik hastalık tanısı da ergenin kendine zarar verme sayısı ile orta düzeyde ilişkili bulunmuştur.

Tablo-45: Kendine zarar verme davranışı sayısı ile psikopatoloji ilişkisi

	Kendine zarar verme davranışı sayısı
Beck depresyon envanteri puanı	.55**
Durumluk kaygı ölçeği puanı	.43**
Sürekli kaygı ölçeği puanı	.46**
Mc Lean borderline envanteri toplam puanı	.63**
Mevcut psikiyatrik tanı (Eksen I) sayısı	.59**
Geçmiş psikiyatrik tanı (Eksen I) sayısı	.23**
Yaşam boyu psikiyatrik tanı (Eksen I) sayısı	.59**
Annede mevcut psikiyatrik tanı (Eksen I) sayısı	.42**
Babada mevcut psikiyatrik tanı (Eksen I) sayısı	.26**
Ailede (anne ve babada) mevcut psikiyatrik tanı (Eksen I) sayısı	.42**

Spearman Korelasyon analizi

** $p < .001$

4.4.8. Kendine zarar verme yöntemleri ile psikopatoloji ilişkisi

Kendine zarar verme yöntemleri ile psikopatoloji (ergenin mevcut Eksen I tanı sayısı) arasındaki ilişkiye Spearman korelasyon analizi ile bakılmıştır (Toplam kendine zarar verme sayısının normal dağılım göstermemesi nedeniyle. Buna göre; “kendini kesme” kendine zarar verme davranışı yöntemleri arasında psikopatoloji ile en yüksek korelasyon gösteren zarar verme tipi olmuştur ($r=.58$, $p=0.000$). Kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma ($r=.38$, $p=0.000$), cilde harf/şekil kazıma ($r=.34$, $p=0.000$), yara iyileşmesine engel olma ($r=.33$, $p=0.000$), tırnaklama ($r=.31$, $p=0.000$), tehlikeli zararlı madde içme yutma ($r=.39$, $p=0.000$), saç kopartma ($r=.58$, $p=0.000$) da mevcut psikiyatrik tanı ile orta düzeyde ilişki göstermiştir. Isırma ($r=.27$, $p=0.000$), cildi sert bir yere sürme ($r=.20$, $p=0.001$), kendine iğne batırma ($r=.16$, $p=0.007$) ve yakma ($r=.20$, $p=0.002$)

mevcut psikiyatrik tanı ile daha zayıf düzeyde ilişki göstermiştir. Çimdikleme ($r=.11$, $p=0.070$) ise KZVD sayısı ile ilişkili bulunmamıştır, (Tablo 46).

Tablo-46: Kendine zarar verme yöntemleri ile psikopatoloji ilişkisi

	Psikopatoloji (Mevcut psikiyatrik tanı sayısı)
Kesme	.58**
Kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma	.38**
Cilde harf/şekil kazıma	.34**
Yara iyileşmesine engel olma	.33**
Turnaklama	.31**
Isırma	.27**
Tehlikeli/zararlı madde içme/yutma	.39**
Saç kopartma	.30**
Çimdikleme	.11
Cildi sert bir yüzeye sürme	.20*
Kendine iğne batırma	.16*
Yakma	.20*

Spearman Korelasyon analizi

** $p<.001$, * $p<.05$

4.5. KENDİNE ZARAR VERME ÖYKÜSÜ OLAN VE OLMAYAN ERGENLERDE EMOSYONEL REGÜLASYON

4.5.1. Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği

Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları gruplar arasında tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre **toplam puanda** TKZV grubu (101.3 ± 20.9), EKZV grubu (86.4 ± 21.2) ve kontrol grubu (72.9 ± 18.4) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($F=47.4$, $p<.001$). Post Hoc Bonferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda TKZV grubu kontrol grubundan ($p<.001$) ve EKZV grubundan ($p<.001$); EKZV grubu da kontrol grubundan ($p<.01$) istatistiksel olarak

anlamli düzeyde farkli bulunmuştur (Tablo 47). Artan toplam puan, duygu düzenlemede güçlükler işaret etmektedir. Buna göre; TKZV grubu en fazla, EKZV grubu ara şiddette, kontrol grubu da en az şiddette duygu düzenlemede güçlük yaşamaktadır.

Alt ölçeklerden **amaç** puanına göre; TKZV grubu (18.0 ± 4.4), EKZV grubu (16.3 ± 5.1) ve kontrol grubu (13.5 ± 4.4) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($F=22.6$, $p<.001$). Post Hoc Bonferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda, TKZV grubu kontrol grubundan ($p<.001$) ve EKZV grubundan ($p<.05$); EKZV grubu da kontrol grubundan ($p<.001$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (Tablo 47). Artan puan, duygudurum düzenlemede amaca yönelik davranış gösterme konusundaki güçlükler işaret etmektedir. Buna göre TKZV grubu en fazla, EKZV grubu ara şiddette, kontrol grubu da en az şiddette amaca yönelik davranış göstermede güçlük yaşamaktadır.

Strateji puanına göre; TKZV grubu (23.3 ± 5.1), EKZV grubu (18.3 ± 7.1) ve kontrol grubu (14.8 ± 7.2) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($F=40.8$, $p<.001$). Post Hoc Bonferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda, TKZV grubu kontrol grubundan ($p<.001$) ve EKZV grubundan ($p<.001$); EKZV grubu da kontrol grubundan ($p<.01$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (Tablo 47). Artan puan duygudurum düzenlemede etkin strateji kullanabilme konusunda güçlükler işaret etmektedir. Buna göre TKZV grubu en fazla, EKZV grubu ara şiddette, kontrol grubu da en az şiddette duygudurum düzenlerken strateji kullanabilme konusunda güçlük yaşamaktadır.

Dürtüsellik puanına göre; TKZV grubu (19.1 ± 5.5), EKZV grubu (15.0 ± 5.9) ve kontrol grubu (11.5 ± 4.6) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($F=46.1$, $p<.001$). Post Hoc Bonferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda, TKZV grubu kontrol grubundan ($p<.001$) ve EKZV grubundan ($p<.001$); EKZV grubu da kontrol grubundan ($p<.001$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (Tablo 47). Artan puanlar, artan dürtüsellik işaret etmektedir. Buna göre, TKZV grubu en fazla dürtüsel davranan (davranışlardaki dürtüsel yanıtları engellemede güçlük yaşayan), EKZV grubu ara şiddette; kontrol grubu da en az dürtüsel davranan grup olarak bulunmuştur.

Kabul etmeme puanına göre; TKZV grubu (14.3 ± 4.4), EKZV grubu (12.8 ± 4.5) ve kontrol grubu (10.9 ± 3.7) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur

($F=16.1$, $p<.001$). Post Hoc Bonferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; TKZV grubu, kontrol grubundan ($p<.001$) ve EKZV grubundan ($p<.05$); EKZV grubu da kontrol grubundan ($p<.01$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (Tablo 47). Artan puan, yaşanan duygusal yanıtların kabul edilmemesine işaret etmektedir. Buna göre, duygusal yanıtlarını en iyi kabul eden grup kontrol grubudur. EKZV grubu duygusal yanıtlarını kabul etmede kontrol grubuna kıyasla güçlük yaşamaktadır. TKZV grubu da duygusal yanıtlarını en az kabul edebilen grup olarak bulunmuştur.

Netlik puanına göre; TKZV grubu (13.7 ± 4.3), EKZV grubu (11.3 ± 3.4) ve kontrol grubu (10.0 ± 3.4) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($F=22.3$, $p<.001$). Post Hoc Bonferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda, TKZV grubu kontrol grubundan ($p<.001$) ve EKZV grubundan ($p<.001$); EKZV grubu da kontrol grubundan ($p<.05$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (Tablo 47). Artan puanlar, duygusal yanıtlardaki netlikte azalmaya işaret etmektedir. Buna göre; kontrol grubu duygusal yanıtları en net, EKZV grubu ara düzeyde, TKZV grubu da duygusal yanıtları en az netlikte olan grup olmuştur.

Farkındalık puanına göre TKZV grubu (14.3 ± 3.8), EKZV grubu (13.4 ± 3.6) ve kontrol grubu (12.5 ± 3.3) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($F=6.4$, $p<.001$). Post Hoc Bonferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda, TKZV grubu kontrol grubundan ($p<.01$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur EKZV grubu ile kontrol grubu arasında ve TKZV grubu ile EKZV grubu arasında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>.05$) (Tablo 47). Artan puanlar duygusal yanıtlarda azalan farkındalığa işaret eder. Buna göre; TKZV grubu kontrol grubuna kıyasla duygusal yanıtlarının daha az farkındadır.

Tablo-47: TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının duygu düzenlemede güçlükler ölçeği alt ölçek puanları ve toplam puanı açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=101)		F	p	İkili karşılaştırma
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD			
Amaç	18.0	4.4	16.3	5.1	13.5	4.4	22.6	0.000	3<1 p=0.000 2<1 p=0.036 3<2 p=0.000
Strateji	23.3	5.1	18.3	7.1	14.8	7.2	40.8	0.000	3,2<1 p=0.000 3<2 p=0.001
Dürtüsellik	19.1	5.5	15.0	5.9	11.5	4.6	46.1	0.000	3,2<1 p=0.000 3<2 p=0.000
Kabul Etmeme	14.3	4.4	12.8	4.5	10.9	3.7	16.1	0.000	3<1 p=0.000 2<1 p=0.034 3<2 p=0.005
Netlik	13.7	4.3	11.3	3.4	10.0	3.4	22.3	0.000	3,2<1 p=0.00, 3<2 p=0.045
Farkındalık	14.3	3.8	13.4	3.6	12.5	3.3	6.4	0.002	3<1, p=0.001
Toplam puan	101.3	20.9	86.4	21.2	72.9	18.4	47.4	0.000	3,2<1 p=0.000 3<2 p=0.000

Tek yönlü ANOVA, $p<.05$

1=TKZV, 2= EKZV, 3= Kontrol grubu

İkili karşılaştırmalarda Post Hoc Bonferroni testi kullanılmıştır.

4.5.2. Duygu düzenlemede cinsiyet ve yaşın etkisi

Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği (DDGÖ) alt ölçekleri üzerine ilişkin olası grup ve cinsiyet ortak etkisini incelemek için, 3x2 (TKZV-EKZV-kontrol grubu X kız-erkek) çok değişkenli varyans analizi yapılmıştır. Analizde, DDGÖ'nün altı alt ölçeği bağımlı değişken olarak kabul edildi. TKZV, EKZV ya da kontrol grubunda bulunma [Wilks' Λ =.73 F (12,566)=7.8, $p<0.001$] ve cinsiyet [Wilks' Λ =.81 F (6,283)=6.9, $p<0.000$] ayrı ayrı anlamlıyken, grup ve cinsiyet ortak etkisinin [Wilks' Λ =.95 F (6,283)=1.2 $p=342$] anlamlı olmadığı saptanmıştır. Cinsiyetin ve TKZV, EKZV ve kontrol grubunda olmanın ortak etkisi yoktur.

DDGÖ alt ölçekleri üzerine ilişkin olası grup ve yaş ortak etkisini incelemek için, 3x5 (TKZV-EKZV-Kontrol grubu X (15, 16 ,17, 18 ve 19 yaş) çok değişkenli varyans analizi

yapılmıştır. Analizde, DDGÖ'nün altı alt ölçeği bağımlı değişken olarak kabul edildi. TKZV, EKZV ya da kontrol grubunda bulunma [Wilks' Λ =.77 F (12,548)=6.2, p<0.001] anlamlyken, yaş [Wilks' Λ =.92 F (24,957)=0.9, p=0.600] ile grup ve yaş ortak etkisinin [Wilks' Λ =.84 F 44, 1552)=0.9 p=488] anlamly olmadığı saptanmıştır. Yani, ergenlerin yaşının ve gruplarda yer alan ergenlerin yaşlarının duygu düzenlemede güçlükler ölçeği alt ölçek puanlarına etkisi yoktur.

4.5.3. Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili risk faktörleri- Duygu düzenlemede güçlükler

Duygu düzenlemede güçlükler ölçeğinin alt ölçekleri çok değişkenli (multivariate) lojistik regresyona alınarak, hangi alt ölçeklerin kendine zarar verme davranışını yordadığı araştırılmıştır. Her değişken önce tek değişkenli (univariate) lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiş, ardından çok değişkenli (multivariate) lojistik regresyon analizine alınmıştır. Tek değişkenli lojistik regresyon analizi sonucunda *amaç* [OR: 1.17 (1.11-1.23), p=0.000], *strateji* [OR:1.14 (1.10-1.20), p=0.000], *dürtüsellik* [OR:1.20 (1.13-1.26), p=0.000], *kabul etmeme* [OR: 1.18 (1.10-1.27), p=0.000], *netlik* [OR: 1.19 (1.11-1.28), p=0.000], *farkındalık* [OR: 1.11 (1.04-1.19), p=0.003] ve *toplam puan* [OR: 1.05 (1.03-1.06), p=0.000] oluşan tüm değişkenlerin ayrı ayrı kendine zarar verme davranışı riskini istatistiksel olarak önemli düzeyde artırdığı bulunmuştur. Toplam puan hariç tüm değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon analizine alınmıştır.

Altı bağımsız değişkenin alındığı çoklu model sonucu [R^2 =.20 $X^2(6,294)$ =27.80, p<0.001] anlamly bulunmuştur. Hosmer Lemeshow testi $X^2(8,294)$ =8.2, p=0.42, p=0.05'ten büyük olduğundan modelin uygun olduğu değerlendirilmiştir. Model sonucu oluşan lojistik fonksiyon %72.1 oranında grupları doğru sınıflandırmıştır.

Alt ölçeklerinden *dürtüsellik* (dürtüsel davranışı kontrol edebilmede güçlük) (z=8.2, p=0.004) ve *farkındalık* (duygusal yanıtların farkında olmama) puanları (z=4.3, p=0.038) ergenlerde kendini yaralama davranışı için çoklu modelde de istatistiksel olarak anlamly bulunmuştur. Diğer alt ölçekler çok değişkenli model içinde istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır (Tablo 48).

Tablo-48: Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili risk faktörleri- Duygu düzenlemede güçlükler

	B	SE	Wald (z-ratio)	OR	%95 GA	p
Değişken						
Amaç (<i>Amaça yönelik davranışa yönelebilmeye güçlük</i>)	0.06	0.04	2.40	1.06	0.95-1.15	0.118
Strateji (<i>Strateji kullanabilmede güçlük</i>)	0.02	0.40	0.15	1.01	0.94-1.09	0.669
Dürtüsellik (<i>Dürtüsel davranış kontrol etmede güçlük</i>)	0.12	0.43	8.20	1.13	1.04-1.23	0.004
Kabul etmeme (<i>Duygusal yanıtları kabul etmeme</i>)	0.01	0.05	0.01	1.0	0.90-1.10	0.992
Netlik (<i>Duygusal yanıtlarda net olmama</i>)	0.03	0.05	0.36	1.03	0.93-1.13	0.549
Farkındalık (<i>Duygusal yanıtların farkında olmama</i>)	0.09	0.05	4.29	1.09	1.01-1.20	0.038
Toplam puan*	0.05	0.01	43.6	1.05	1.03-1.06	0.000

Çok değişkenli (multivariate) Lojistik Regresyon, OR: Odds Oranı, GA: Güven Aralığı

*Toplam puan tekli (univariate) regresyonla değerlendirilmiştir.

4.5.4. Kendine zarar verme davranışı sayısı ve duygu düzenlemede güçlükler ilişkisi

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) sayısı ile duygu düzenlemede güçlükler ölçeği alt ölçekleri ve toplam puanı arasındaki ilişkiye Spearman korelasyon analizi ile bakılmıştır (Toplam KZVD sayısının normal dağılım göstermemesi nedeniyle). Buna göre kendine zarar verme sayısı, *amaç* ile ($r=.36$, $p=0.000$), *strateji* ile ($r=.45$, $p=0.000$), *dürtüsellik* ile ($r=.50$, $p=0.000$), *kabul etmeme* ile ($r=.31$, $p=0.000$), *netlik* ile ($r=.34$, $p=0.000$), *farkındalık* ile ($r=.16$, $p=0.005$) ve toplam puan ile ($r=.49$, $p=0.000$), pozitif yönde ilişkilidir (Tablo 49). Duygu düzenlemedeki güçlükler ölçeği dürtüsellik alt ölçeği KZVD sayısı ile iyi; toplam puan ve amaç, strateji, dürtüsellik ve netlik alt ölçekleri KZVD sayısı ile orta düzeyde ilişki göstermektedir. Farkındalık ve kabul etmeme alt ölçekleri ise daha zayıf düzeyde bir ilişki göstermiştir.

Tablo-49: Kendine zarar verme sayısı ile duygu düzenlemede güçlükler ilişkisi

	Amaç	Strateji	Dürtüsellik	Kabul etmeme	Netlik	Farkındalık	Toplam puan
KZVD sayısı	.36**	.45**	.50**	.31**	.34**	.16*	.49**

Spearman Korelasyon analizi

** $p < .001$, * $p < .05$, KZVD: Kendine zarar verme davranışı

4.6. KENDİNE ZARAR VERME ÖYKÜSÜ OLAN VE OLMAYAN ERGENLERDE AYRILMA BİREYLEŞME ÖZELLİKLERİ

4.6.1. Adolesan ayrılma bireyleşme testi

Adolesan ayrılma bireyleşme testi (AABT) alt ölçek puanları, gruplar arasında tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre **ayrılma anksiyetesi** puanına göre; TKZV grubu (23.5 ± 6.4), EKZV grubu (21.4 ± 6.5) ve kontrol grubu (19.1 ± 6.3) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($F=10.2$, $p < .001$). Post Hoc Bonferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; TKZV grubu kontrol grubundan ($p < .001$) ve EKZV grubu kontrol grubundan ($p < .05$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. TKZV grubu ile EKZV grubu arasında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > .05$) (Tablo 50).

Yutulma anksiyetesi puanına göre; TKZV grubu (24.8 ± 6.6), EKZV grubu (20.8 ± 6.0) ve kontrol grubu (17.1 ± 5.8) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($F=34.8$, $p < .001$). Post Hoc Bonferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; TKZV grubu kontrol grubundan ($p < .001$) ve EKZV grubundan ($p < .001$); EKZV grubu da kontrol grubundan ($p < .001$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (Tablo 50).

Arkadaşa yapışma puanına göre; TKZV grubu (29.8 ± 5.8), EKZV grubu (29.4 ± 6.1) ve kontrol grubu (30.1 ± 6.3) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($F=0.35$, $p > .05$) (Tablo 50).

Öğretmene yapışma puanına göre; TKZV grubu (18.5 ± 5.2), EKZV grubu (18.0 ± 5.1) ve kontrol grubu (19.1 ± 5.5) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($F=0.94$, $p > .05$) (Tablo 50).

Pratik yapma aynalama puanına göre; TKZV grubu (45.7 ± 10.5), EKZV grubu (43.7 ± 11.9) ve kontrol grubu (42.3 ± 10.4) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($F=2.14$, $p>.05$) (Tablo 50).

İhtiyacı inkar etme puanına göre; TKZV grubu (12.1 ± 4.2), EKZV grubu (10.4 ± 3.9) ve kontrol grubu (8.5 ± 2.5) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($F=22.1$, $p<.001$). Post Hoc Bonferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda TKZV grubu kontrol grubundan ($p<.001$) ve EKZV grubundan ($p<.01$); EKZV grubu da kontrol grubundan ($p<.01$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (Tablo 50).

Reddedilme beklentisi puanına göre; TKZV grubu (37.8 ± 10.4), EKZV grubu (30.7 ± 9.6) ve kontrol grubu (23.9 ± 8.8) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($F=47.3$, $p<.001$). Post Hoc Bonferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda TKZV grubu kontrol grubundan ($p<.001$) ve EKZV grubundan ($p<.001$); EKZV grubu da kontrol grubundan ($p<.001$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (Tablo 50).

Bakım arama puanına göre TKZV grubu (25.5 ± 5.5), EKZV grubu (25.9 ± 5.7) ve kontrol grubu (25.2 ± 6.1) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($F=0.45$, $p>.05$) (Tablo 50).

Tablo-50: TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının adolesan ayrılma bireyleşme testi alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=86)		EKZV grup (n=97)		Kontrol grubu (n=96)		F	p	İkili karşılaştırma
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD			
Ayrılma anksiyetesi	23.5	6.4	21.4	6.5	19.1	6.3	10.2	0.000	3<1 p=0.000 3<2 p=0.048
Yutulma anksiyetesi	24.8	6.6	20.8	6.0	17.1	5.8	34.8	0.000	3,2<1 p=0.000 3<2 p=0.000
Arkadaşa yapışma	29.8	5.8	29.4	6.1	30.1	6.3	0.35	0.706	
Öğretmene yapışma	18.5	5.2	18.0	5.1	19.1	5.5	0.94	0.392	
Pratik yapma aynalama	45.7	10.5	43.7	11.9	42.3	10.4	2.14	0.122	
İhtiyacı inkar etme	12.1	4.2	10.4	3.9	8.5	2.5	22.1	0.000	3<1 p=0.000 2<1 p=0.007 3<2 p=0.001
Rededilme beklentisi	37.8	10.4	30.7	9.6	23.9	8.8	47.3	0.000	3,2<1 p=0.000 3<2 p=0.000
Bakım arama	25.5	5.5	25.9	5.7	25.2	6.1	0.45	0.637	

Tek yönlü ANOVA, $p<.05$

1=TKZV, 2= EKZV, 3= Kontrol grubu

İkili karşılaştırmalarda Post Hoc Bonferroni testi kullanılmıştır.

4.6.2. Adolesan ayrılma bireyleşme üzerinde cinsiyet ve yaşın etkisi

Adolesan ayrılma bireyleşme testi (AABT) alt ölçekleri üzerine ilişkin olası grup ve cinsiyet ortak etkisini incelemek için, 3x2 (TKZV-EKZV-kontrol grubu X kız-erkek)çok değişkenli varyans analizi yapılmıştır. Analizde, AABT'nin 8 alt ölçeği bağımlı değişken olarak kabul edildi. TKZV, EKZV ya da kontrol grubunda bulunma [Wilks' Λ =.71 F (16,536)=6.12, $p<0.001$] ve cinsiyet [Wilks' Λ =.76 F (8,265)=10.09, $p<0.001$] ayrı ayrı anlamlıyken, grup ve cinsiyet ortak etkisinin [Wilks' Λ =.91 F (16,530)=1.42 $p=0.120$] anlamlı olmadığı saptanmıştır. TKZV, EKZV ve kontrol grubunda olma ile cinsiyet ölçek puanlarına etki ederken, cinsiyet ile TKZV, EKZV ve kontrol grubunda olmanın ortak etkisi yoktur.

AABT alt ölçekleri üzerine ilişkin olası grup ve yaş ortak etkisini incelemek için, 3x5 (TKZV-EKZV-Kontrol grubu X (15, 16, 17, 18 ve 19 yaş) çok değişkenli varyans analizi yapılmıştır. Analizde, AABT'nin altı alt ölçeği bağımlı değişken olarak kabul edildi. TKZV, EKZV ya da kontrol grubunda bulunma [Wilks' Λ =.73 F (16,512)=5.44, p<0.001] anlamlyken , yaşın [Wilks' Λ =.86 F (32,945)=1.189, p=0.230] ve grup yaş ortak etkisinin [Wilks' Λ =.70 F (64, 1483)=1.12 p=0.057] anlamly olmadığı saptanmıştır. Yani ergenlerin yaşının ayrılma bireyleşme ölçek puanları üzerine etkisi yoktur.

4.6.3. Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili risk faktörleri- Ayrılma bireyleşmede güçlükler

AABT alt ölçekleri çok değişkenli (multivariate) lojistik regresyon analizine alınarak, hangi alt ölçeklerin kendine zarar verme davranışını yordadığı araştırılmıştır. Her değişken önce tek değişkenli (univariate) lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiş, ardından çok değişkenli lojistik regresyona alınmıştır. Tek değişkenli lojistik regresyon analizi sonucunda *ayrılma anksiyetesi* [OR: 1.08 (1.04-1.12), p=0.000], *yutulma anksiyetesi* [OR: 1.14 (1.10-1.20), p=0.000], *ihtiyacı inkar etme* [OR: 1.25 (1.15-1.37), p=0.000], *reddedilme beklentisi* [OR: 1.11 (1.08-1.15), p=0.000] değişkenlerinin ayrı ayrı kendine zarar verme davranışı riskini istatistiksel olarak önemli düzeyde artırdığı bulunmuştur. *Arkadaşa yapışma* [OR: 0.98 (0.95-1.03), p=0.483], *öğretmene yapışma* [OR: 0.97 (0.92-1.01), p=0.206], *pratik yapma aynalama* [OR: 1.02 (1.00-1.04), p=0.094], *bakım arama* [OR: 1.02 (0.97-1.06), p=0.458] değişkenleri ise kendine zarar veren ergenleri yordamamıştır. Tek değişkenli lojistik regresyonda anlamlı bulunan değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon analizine alınmıştır.

Dört bağımsız değişkenin alındığı çoklu model sonucu [$R^2=.22$ $X^2(4,278)=26.9$, p<0.001] anlamlı bulunmuştur. Hosmer Lemeshow testi $X^2(8,278)=3.9$, p=0.866, p=0.05'ten büyük olduğundan modelin uygun olduğu değerlendirilmiştir. Model sonucu oluşan lojistik fonksiyon %74.5 oranında grupları doğru sınıflandırmıştır.

Alt ölçeklerinden *yutulma anksiyetesi* (z=6.03, p=0.014) ve *reddedilme beklentisi* puanları (z=10.13, p=0.001) ergenlerde kendine zarar verme davranışını çok değişkenli modelde de yordamıştır. Çoklu model içinde diğer alt ölçekler kendine zarar verme davranışını yordamamıştır (Tablo 51).

Tablo-51: Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili risk faktörleri- Ayrılma bireyleşmede güçlükler

	B	SE	Wald (z-ratio)	OR	%95 GA	p
Değişken						
Ayrılma anksiyetesi	0.03	0.03	1.40	0.97	0.91-1.02	0.237
Yutulma anksiyetesi	0.07	0.03	6.03	1.07	1.01-1.13	0.014
İhtiyacı inkar etme	0.06	0.05	1.36	1.07	0.96-1.19	0.243
Reddedilme beklentisi	0.08	0.03	10.13	1.09	1.03-1.14	0.001

Çok değişkenli (multivariate) Lojistik Regresyon, OR: Odds Oranı,GA: Güven Aralığı

4.6.4. Kendine zarar verme davranışı sayısı ve adolesan ayrılma bireyleşme alt testleri ilişkisi

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) sayısı ile adolesan ayrılma bireyleşme testi alt ölçekleri arasındaki ilişkiye Spearman korelasyon analizi ile bakılmıştır (Toplam KZVD sayısının normal dağılmaması nedeni ile). Buna göre kendine zarar verme sayısı *ayrılma anksiyetesi* ile ($r=.27$, $p=0.000$), *yutulma anksiyetesi* ile ($r=.46$, $p=0.000$), *ihtiyacı inkar etme* ile ($r=.37$, $p=0.000$), *reddedilme beklentisi* ile ($r=.51$, $p=0.000$) ilişkili bulunmuştur. *Arkadaşa yapışma* ($r=-.03$, $p=0.636$), *öğretmene yapışma* ($r=-.05$, $p=0.449$) *pratik yapma aynalama* ($r=.11$, $p=0.073$), ve *bakım arama* ($r=.03$, $p=0.57051$) ise kendine zarar verme davranışı sayısı ile ilişkili bulunmamıştır (Tablo 52). Kendine zarar verme sayısı ile AABT alt ölçeklerinden reddedilme beklentisi iyi düzeyde, yutulma anksiyetesi orta düzeyde, ihtiyacı inkar etme ve ayrılma anksiyetesi zayıf düzeyde ilişkili bulunmuştur.

Tablo-52: Kendine zarar verme sayısı ile adolesan ayrılma bireyleşme alt testleri ilişkisi

	Kendine zarar verme davranışı sayısı
Ayrılma anksiyetesi	.27**
Yutulma anksiyetesi	.46**
Arkadaşa yapışma	-.03
Öğretmene yapışma	-.05
Pratik yapma aynalama	.11
İhtiyacı inkar etme	.37**
Reddedilme beklentisi	.51**
Bakım arama	.03

Spearman Korelasyon analizi

** $p < .001$, * $p < .05$, KZVD: Kendine zarar verme davranışı

4.7. SOSYAL DESTEK ALGISI

4.7.1. Aileden algılanan sosyal destek ölçeği

Aileden algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı, gruplar arasında tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre aileden algılanan sosyal destek puanına göre; TKZV grubu (8.2 ± 5.5), EKZV grubu (10.8 ± 6.1) ve kontrol grubu (13.8 ± 4.6) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($F=25.1$, $p < .001$). Post Hoc Bonferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda; kontrol grubu TKZV grubundan ($p < .001$) ve EKZV grubundan ($p < .001$); EKZV grubu da TKZV grubundan ($p < .01$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Artan puanlar, artan aile desteği algısına işaret etmektedir; buna göre kontrol grubu en fazla, EKZV grubu ara düzeyde ve TKZV grubu en az düzeyde aile desteği algılamaktadır. Aileden algılanan sosyal destek ölçeği puanları gruplar arası karşılaştırması Tablo 53’de görülmektedir.

Tablo-53: TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının aileden algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=98)		F	p	İkili karşılaştırma
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD			
Aileden algılanan sosyal destek	8.2	5.5	10.8	6.1	13.8	4.6	25.1	0.000	1,2<3 p=0.000 1<2 p=0.004

Tek yönlü ANOVA, $p<.05$

1=TKZV, 2= EKZV, 3= Kontrol grubu

İkili karşılaştırmalarda Post Hoc Bonferroni testi kullanılmıştır.

4.7.2. Arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeği

Arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı, gruplar arasında tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre arkadaşta algılanan sosyal destek puanına göre; TKZV grubu (11.7 ± 5.0), EKZV grubu (12.6 ± 5.1) ve kontrol grubu (13.8 ± 4.8) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($F=4.2$, $p<.05$). Post Hoc Bonferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda kontrol grubu, TKZV grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($p<.05$). Artan puanlar, artan arkadaş desteği algısına işaret etmektedir; buna göre kontrol grubu, TKZV grubuna göre daha fazla arkadaş desteği algılamaktadır. Kontrol grubu ortalama arkadaş desteği algısı puanı, EKZV grubundan; EKZV grubu ortalama arkadaş desteği algısı puanı da TKZV grubundan yüksek bulunmuştur, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Sırasıyla kontrol grubu- EKZV grubu $p=0.332$; EKZV grubu- TKZV grubu $p=0.548$). Arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeği puanları gruplar arası karşılaştırması Tablo 54'de görülmektedir.

Tablo-54: TKZV, EKZV ve kontrol gruplarının arkadaşta algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)		Kontrol grubu (n=98)		F	p	İkili karşılaştırma
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD			
Arkadaştan algılanan sosyal destek	11.7	5.0	12.6	5.1	13.8	4.8	4.2	0.016	1<3 p=0.013

Tek yönlü ANOVA, $p<.05$

1=TKZV, 2= EKZV, 3= Kontrol grubu

İkili karşılaştırmalarda Post Hoc Bonferroni testi kullanılmıştır.

4.7.3. Kendine zarar verme davranışı sayısı ve sosyal destek algısı ilişkisi

Spearman korelasyon analizi ile, kendine zarar verme sayısı ile algılanan aile desteği ($r=-.363$, $p=0.000$) ve algılanan arkadaş desteği ($r=-.19$, $p=0.003$) arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Artan aile desteği ve arkadaş desteği kendine zarar verme sayısında azalma ile ilişkilidir (Tablo 55).

Tablo-55: Kendine zarar verme sayısı ile algılanan aile desteği ve arkadaş desteği ilişkisi

	Aile desteği algısı	Arkadaş desteği algısı
Kendine zarar verme sayısı	-.36**	-.19*

Spearman Korelasyon analizi

** $p<0.001$, * $p<0.05$

4.8. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞININ İŞLEVLERİ

4.8.1. Kendine zarar veren ergenlerde işlevlerin kullanım sıklığı

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) işlevleri, toplam 13 işlevi araştıran *Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri- işlevler bölümü* ile değerlendirilmiştir. Her bir işleve yönelik 3 soru vardır. Ölçeği KZVD olan ergenler (Tüm KZV grup, $n=193$) doldurmuştur. Buna göre işlevlerden **affekt regülasyonuna** (affect regulation) yönelik soruları, ergenlerin %73.1'i kendileri için uygun (%36.1 çok uygun, %37.0 kısmen uygun); %26.9'u da kendileri için uygun değil olarak belirtmişlerdir. Affekt regülasyonu KZVD işlevleri arasında en sık olarak kullanılan işlev olmuştur.

Sıkıntıyı etiketleme (marking distress) işlevini araştıran soruları, ergenlerin %51.3'ü uygun (%22.6 çok uygun, %28.7 kısmen uygun); %48.7'si uygun değil olarak belirtmişlerdir.

Kendini cezalandırma (self-punishment) işlevini araştıran soruları, ergenlerin %42.8'i uygun (%18.5 çok uygun, %24.3 kısmen uygun); %57.2'si uygun değil olarak belirtmişlerdir.

Çözülmeyi önleme (anti dissociation) işlevini araştıran soruları, ergenlerin %40.6'sı uygun (%14.9 çok uygun, %25.7 kısmen uygun); %59.4'ü uygun değil olarak belirtmişlerdir.

Dayanıklılık (toughness) işlevini araştıran soruları, ergenlerin %39.4'ü uygun (%15.7 çok uygun, %23.7 kısmen uygun); %60.6'sı uygun değil olarak belirtmişlerdir.

İntikam alma (revenge) işlevini araştıran soruları, ergenlerin %38.3'ü uygun (%22.1 çok uygun, %16.2 kısmen uygun); %61.7'si uygun değil olarak belirtmişlerdir.

Özkıyımı önleme (anti-suicide) işlevini araştıran soruları, ergenlerin %37.5'i uygun (%15.9 çok uygun, %21.6 kısmen uygun); %62.5'i uygun değil olarak belirtmişlerdir.

Kendiyle ilgilenme (self-care) işlevini araştıran soruları, ergenlerin %33.7'si uygun (%13.5 çok uygun, %20.2 kısmen uygun); %66.3'ü uygun değil olarak belirtmişlerdir.

Özerklik (autonomy) işlevini araştıran soruları, ergenlerin %29.2'si uygun (%13.1 çok uygun, %16.1 kısmen uygun); %70.8'i uygun değil olarak belirtmişlerdir.

Kişiler arası sınırlar (inter-personal boundaries) işlevini araştıran soruları, ergenlerin %29'u uygun (%9.8 çok uygun, %19.2 kısmen uygun); %71'i uygun değil olarak belirtmişlerdir.

Kişiler arası etkileşim (inter-personal influence) işlevini araştıran soruları, ergenlerin %24.7'si uygun (%10.2 çok uygun, %14.5 kısmen uygun); %75.3'ü uygun değil olarak belirtmişlerdir.

Heyecan arama (sensation seeking) işlevini araştıran soruları, ergenlerin %20.6'sı uygun (%7.9 çok uygun, %12.7 kısmen uygun); %79.4'ü uygun değil olarak belirtmişlerdir.

Akranlarla bağ kurma (peer bounding) işlevini araştıran soruları, ergenlerin %11.2'si uygun (%4.6 çok uygun, %6.6 kısmen uygun); %88.8'i uygun değil olarak belirtmişlerdir.

(Tablo 56)

Tablo-56: Kendine zarar veren ergenlerde kendine zarar verme davranışı işlevleri oranları

	Toplam uygun	Uygun değil
<i>İşlevler</i>	%	%
Affekt regülasyonu	73.1	26.9
Sıkıntıyı etiketleme	51.3	48.7
Kendini cezalandırma	42.8	57.2
Çözölmeyi önleme	40.6	59.4
Dayanıklılık	39.4	60.6
İntikam alma	38.3	61.7
Özkıymı önleme	37.5	62.5
Kendiyle ilgilenme	33.7	66.3
Özerklik	29.2	70.8
Kişiler arası sınırlar	29.0	71.0
Kişiler arası etkileşim	24.7	75.3
Heyecan arama	20.6	79.4
Akranlarla bağ kurma	11.2	88.8

4.8.2. Tekrarlayıcı kendine zarar veren ve epizodik kendine zarar veren gruplarda kendine zarar verme davranışı işlevleri

Kendine zarar verme davranışının işlevleri açısından TKZV ile EKZV grupları arasında fark olup olmadığını belirlemek için *Kendine zarar verme davranışı envanteri- işlevler bölümü* kullanılmıştır. Gruplar arasında kendine zarar verme işlevleri, normal dağılmaması nedeni ile Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

TKZV grubunun, EKZV grubuna göre **otonom işlevlerden**; *affekt regülasyonu* işlev puanları ($z=3.41$ $p<.001$), *çözölmeyi önleme* işlev puanları ($z=2.56$, $p=0.010$), *özkıymı önleme* işlev puanları ($z=2.15$, $p<.05$), *intikam alma* işlev puanları ($z=2.19$, $p<.05$), *sıkıntıyı etiketleme* işlev puanları ($z=3.89$, $p<.001$) ve toplam otonom işlev puanları ($z=3.64$, $p<.001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekken; iki grup arasında *kendini cezalandırma* işlev puanları ($z=1.84$, $p>.05$) açısından fark bulunmamıştır (Tablo 57).

TKZV grubunun, EKZV grubuna göre **sosyal işlevlerden**; *kişiler arası sınırlar* işlev puanları ($z=2.32$ $p<.01$), *kendiyle ilgilenme* işlev puanları ($z=3.02$, $p<.01$), *dayanıklılık*

işlev puanları ($z=2.61$, $p=0.009$), özerklik işlev puanları ($z=2.40$, $p<.01$) ve toplam sosyal işlev puanları ($z=3.13$, $p<.01$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekken; iki grup arasında kişiler arası etkileşim işlev puanları ($z=1.76$, $p>.05$), akranlarla bağ kurma işlev puanları ($z=0.43$, $p>.05$) ve heyecan arama işlev puanları ($z=0.97$, $p>.05$) açısından fark bulunmamıştır (Tablo 57).

Tablo-57: TKZV ve EKZV gruplarının kendine zarar verme davranışının otonom ve sosyal işlevleri kullanması açısından karşılaştırılması

	TKZV grup (n=91)		EKZV grup (n=102)			
	Median	IR	Median	IR	z	p
Otonom işlevler (Intra-personal)						
Affekt regülasyonu	4.0	2.0	3.0	3.0	3.41	0.001
Kendini cezalandırma	2.0	3.0	1.0	2.0	1.84	0.066
Çözölmeyi önleme	2.0	3.0	1.0	2.0	2.56	0.010
Özkıyımı önleme	2.0	3.0	1.0	3.0	2.15	0.031
İntikam alma	2.0	4.0	1.0	3.0	2.19	0.028
Sıkıntıyı etiketleme	3.0	3.0	1.0	3.0	3.89	0.000
Toplam otonom işlevler	16.0	14.0	11.0	11.5	3.64	0.000
Sosyal işlevler (Inter-personal)						
Kişiler arası sınırlar	2.0	2.0	1.0	2.0	2.32	0.002
Kişiler arası etkileşim	1.0	2.0	0.1	1.0	1.76	0.078
Akranlarla bağ kurma	0.1	0.1	0.1	0.1	0.43	0.670
Kendiyle ilgilenme	2.0	3.0	1.0	2.0	3.02	0.003
Heyecan arama	0.1	2.0	0.1	1.0	0.97	0.334
Dayanıklılık	2.0	3.0	1.0	2.0	2,61	0.009
Özerklik	1.0	3.0	0.1	2.0	2.40	0.017
Toplam sosyal işlevler	6.0	11.0	3.0	7.0	3.13	0.002

Mann Whitney U Testi, $p < .05$

4.8.3. Kendine zarar verme sayısı ile işlevlerin ilişkisi

Kendine zarar verme sayısı ile kendine zarar verme davranışı işlevleri arasındaki ilişkiye Spearman korelasyon analizi ile bakılmıştır. Buna göre **otonom (intrapersonal) işlevler** kendine zarar verme sayısı $r=.39$, $p=0.000$ düzeyinde, **sosyal işlevler (interpersonal)** de $r=.33$ $p=0.000$ düzeyinde pozitif ilişki göstermiştir. Otonom işlevlerden *affekt regülasyonu* $r=.36$, $p=0.000$, *kendini cezalandırma* $r=.32$, $p=0.000$, *çözölmeyi önleme* $r=.32$, $p=0.000$, *özkıymı önleme* $r=.21$ $p=0.004$, *intikam alma* $r=.19$, $p=0.009$ ve *sıkıntıyı etiketleme* $r=.34$, $p=0.000$ düzeyinde kendine zarar verme sayısı ile ilişki göstermiştir. Sosyal işlevlerden ise *kişiler arası sınırlar* $r=.30$, $p=0.000$, *kişiler arası etkileşim* $r=.20$, $p=0.005$, *akranlarla bağ kurma* $r=.16$, $p=0.024$, *kendiyle ilgilenme* $r=.28$, $p=0.000$, *heyecan arama* $r=.17$, $p=0.020$, *dayanıklılık* $r=.21$, $p=0.016$ ve *özerklik* $r=.30$, $p=0.00$ düzeyinde kendine zarar verme sayısı ile ilişki göstermiştir. Artan kendine zarar verme sayısı özellikle otonom işlevlerin daha çok kullanılmasıyla ilişkili bulunmuştur (Tablo 58).

Tablo-58: Kendine zarar verme davranışının işlevleri ile zarar verme sayısının ilişkisi

	Kendine zarar verme sayısı
Otonom işlevler (Intrapersonal)	
Affekt regülasyonu	.36***
Kendini cezalandırma	.32***
Çözölmeyi önleme	.32***
Özkıymı önleme	.21**
İntikam alma	.19**
Sıkıntıyı etiketleme	.34***
Toplam otonom işlevler	.39***
Sosyal işlevler (Interpersonal)	
Kişiler arası sınırlar	.30***
Kişiler arası etkileşim	.20**
Akranlarla bağ kurma	.16*
Kendiyle ilgilenme	.28***
Heyecan arama	.17*
Dayanıklılık	.21**
Özerklik	.30***
Toplam sosyal işlevler	.33***

Spearman Korelasyon analizi

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

4.8.4. Kendine zarar verme işlevlerinin kendine zarar verme sayısı üzerine etkisi

Otonom ve sosyal işlevlerin kendine zarar verme sayısı üzerine etkisini araştırmak üzere regresyon analizi yapılması planlanmıştır. Üç değişkenin normal dağılım göstermemesi nedeniyle, bunu sağlamak için karekök alınarak dönüştürme yapılmıştır (square root transformation). Dönüşümün fonksiyonun anlamlılığı üzerine etkisi olmamıştır.

Basit doğrusal regresyon analizi ile ayrı ayrı değerlendirildiğinde **otonom işlevler** (Beta: .41, t=6.31, p=0.000) ve **sosyal işlevler** (Beta: .31, t=4.56, p=0.000) kendine zarar verme sayısı üzerine istatistiksel olarak anlamlı derecede etki etmektedir.

Otonom ve sosyal işlevlerin birlikte kendine zarar verme sayısı üzerine etkisini değerlendirmek için, bu iki işlevin alındığı çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Otonom ve sosyal işlevlerin kendine zarar verme sayısı üzerine etkisi olduğu görülmüştür ($R^2=.18$ F(2,190)=20.05, $p<.001$). Beta katsayılarına göre otonom işlevler (Beta: .38), sosyal işlevlere (Beta: .06) göre belirgin derecede daha fazla kendine zarar verme sayısı ile ilişkilidir. *Otonom işlevlerin*, kendine zarar verme sayısını belirleme üzerindeki etkisi istatistiksel olarak (t=4.19, $p<.001$) anlamlıyken; *sosyal işlevlerin* (t=0.63, $p>.05$) anlamlı değildir (Tablo 59). Buna göre KZVD sayısı arttıkça, otonom işlevler daha fazla etki ederken, sosyal işlevlerin etkisi azalmaktadır.

Tablo-59: Kendine zarar verme davranışı otonom ve sosyal işlevlerinin zarar verme sayısı üzerine etkisi

Kendine zarar verme sayısı				
	B	Beta	t	p
Sabit	1.5		8.10	0.000
Otonom işlevler toplam puan	.28	.38	4.19	0.000
Sosyal işlevler toplam puan	.04	.06	0.63	0.530

Lineer regresyon analizi
 $R^2=.18$ F(2,190)=20.05, $p<.001$

4.8.5. Otonom ve sosyal işlevlerin kendine zarar verme sayısı üzerine etkisi

Otonom ve sosyal işlevlerin her birinin, ait oldukları otonom işlevler ya da sosyal işlevler grubu içinde, kendine zarar verme sayısı üzerindeki etkisini araştırmak üzere; 2 grup oluşturularak *doğrusal regresyon analizi* yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılım

göstermemesi nedeniyle, bunu sağlamak için karekök alınarak dönüştürme yapılmıştır (square root transformation). Dönüşümün fonksiyonun anlamlılığı üzerine etkisi olmamıştır.

Buna göre, otonom işlevler altında toplanan *affekt regülasyonu*, *kendini cezalandırma*, *çözölmeyi önleme*, *özkıymı önleme*, *intikam alma*, *sıkıntıyı etiketleme* işlevleri, enter metodu kullanılarak çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Otonom işlevlerin, kendine zarar verme sayısı üzerine etkisi olduğu görölmüştür ($R^2=.20$ $F(6,192)=7.80$, $p<.001$). Çoklu model içinde otonom işlevlerden ***affekt regülasyonunun*** (Beta: .22, $t=4.19$, $p<.01$) ve ***kendini cezalandırma*** (Beta: .20, $t=2.22$, $p<.05$) işlevlerinin, kendine zarar verme sayısını belirleme üzerindeki etkisi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur; *çözölmeyi önleme*, *özkıymı önleme*, *intikam alma*, *sıkıntıyı etiketleme* işlevleri ise çoklu model içinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$) (Tablo 60).

Tablo-60: Kendine zarar verme davranışı otonom işlevlerinin zarar verme sayısı üzerine etkisi

Kendine zarar verme sayısı				
	B	Beta	t	p
Sabit	1.5		8.604	0.000
Affekt regülasyonu	.32	.21	2.782	0.006
Kendini cezalandırma	.22	.19	2.222	0.028
Çözölmeyi önleme	.13	.11	1.263	0.208
Özkıymı önleme	-.03	-.03	-0.335	0.738
İntikam alma	-.06	-.05	-0.663	0.527
Sıkıntıyı etiketleme	.15	.13	1.467	0.144

Lineer regresyon analizi

($R^2=.20$ $F(6,192)=7.80$, $p<.001$)

Sosyal işlevler altında toplanan *kişiler arası sınırlar*, *kişiler arası etkileşim*, *akranlarla bağ kurma*, *kendiyle ilgilenme*, *heyecan arama*, *dayanıklılık* ve *özerklik* işlevleri, enter metodu kullanılarak çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Sosyal işlevlerin, kendine zarar verme sayısı üzerine etkisi olduğu görölmüştür ($R^2=.15$ $F(7,192)=4.51$, $p<.001$). Çoklu model içinde sosyal işlevlerden ***kişiler arası sınırlar*** (Beta: .21, $t=2.61$, $p<.01$) ve ***özerklik*** (Beta: .21, $t=2.31$, $p<.05$) işlevlerinin, kendine zarar verme sayısını belirleme

üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş; *kişiler arası etkileşim, akranlarla bağ kurma, kendiyle ilgilenme, heyecan arama, dayanıklılık* işlevleri ise çoklu model içinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$) (Tablo 61).

Tablo-61: Kendine zarar verme davranışı sosyal işlevlerinin zarar verme sayısı üzerine etkisi

Kendine zarar verme sayısı				
	B	Beta	t	p
Sabit	2.0		15.270	0.000
Kişiler arası sınırlar	.29	.21	2.615	0.00
Kişiler arası etkileşim	.03	.26	0.302	0.763
Akranlarla bağ kurma	.05	.28	0.334	0.739
Kendiyle ilgilenme	.07	.06	0.647	0.518
Heyecan arama	-.07	-.05	-0.575	0.566
Dayanıklılık	-.01	-.01	-0.117	0.907
Özerklik	.25	.21	2.311	0.022

Lineer regresyon analizi

($R^2=.15$ $F(7,192)=4.51$, $p<.001$)

4.8.6. Otonom işlevler, duygu düzenleme ve ayrılma-bireyleşme özelliklerinin KZVD sayısı üzerine ortak etkisi- Model 1

Otonom işlevler, duygu düzenleme ve ayrılma bireyleşme özelliklerinin, KZVD sayısı üzerindeki ortak etkisini araştırmak amacıyla; her gruptan belirlenen değişkenler *doğrusal regresyon analizine* alınmıştır. Değişkenlerin belirlenmesinde; DDGÖ ve AABT testi alt ölçekleri ve KZVD işlevlerinden, önceki analizlerde KZVD sayısını yordadığı bulunanların seçilmesi esas alınmıştır. Buna göre, DDGÖ ölçeğinin *dürtüsellik ve farkındalık alt ölçekleri*, AABT testinin *yutulma anksiyetesi ve reddedilme beklentisi alt ölçekleri* ve KZVD otonom işlevlerinden *affekt regülasyonu ve kendini cezalandırma işlevleri* *çoklu doğrusal regresyon analizine* alınmıştır. Değişkenlerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle, bunu sağlamak için karekök alınarak dönüştürme yapılmıştır (square root transformation). Dönüşümün fonksiyonun anlamlılığı üzerine etkisi olmamıştır.

Analiz sırasında backward yöntemi kullanılmıştır ve 2. Basamakta, DDGÖ *farkındalık* alt ölçeğinin atılması yolu ile 5 değişkenli analize ulaşılmıştır. Belirlenmiş olan değişkenlerin,

kendine zarar verme sayısı üzerine etkisi olduğu görülmüştür ($R^2=.27$ $F(5,182)=14,21$, $p<.001$). Çoklu model içindeki değişkenlerden, **affekt regülasyonu** (Beta: .17, $t=2.52$, $p<.05$), **kendini cezalandırma** (Beta: .17, $t=2.40$, $p<.05$), **dürtüsellik** (Beta: .15, $t=2.02$, $p<.05$) ve **reddedilme beklentisi** (Beta: .19, $t=2.359$, $p<.05$) kendine zarar verme sayısını belirleme üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. *Farkındalık alt ölçeği* önceki basamakta atılarak, *yutulma anksiyetesi* de son basamakta anlamlılık değerine ulaşamamış; çoklu model içinde KZVD sayısını yordamamıştır ($p>.05$) (Tablo 62).

Tablo-62: Model 1: Otonom işlevler, duygudurum düzenleme, ayrılma-bireyleşme ortak etkisinin zarar verme sayısı üzerine etkisi

Kendine zarar verme sayısı				
	B	Beta	t	p
Sabit	0.4		1.579	0.116
Affekt regülasyonu	.26	.17	2.520	0.013
Kendini cezalandırma	.20	.17	2.404	0.017
Dürtüsellik	.02	.15	2.019	0.045
Yutulma anksiyetesi	.02	.13	1.691	0.093
Reddedilme beklentisi	.18	.19	2.359	0.019

Lineer regresyon analizi
($R^2=.27$ $F(5,182)=14,21$, $p<.001$)

4.8.7. Sosyal işlevler, duygu düzenleme ve ayrılma-bireyleşme özelliklerinin KZVD sayısı üzerine ortak etkisi- Model 2

Sosyal işlevler, duygu düzenleme ve ayrılma-bireyleşme özelliklerinin; kendine zarar verme sayısı üzerindeki ortak etkisini araştırmak amacıyla, her gruptan belirlenen değişkenler *doğrusal regresyon analizine* alınmıştır. Değişkenlerin belirlenmesinde; DDGÖ ve AABT alt ölçekleri ve KZVD işlevlerinden, önceki analizlerde KZVD sayısını yordadığı bulunanların seçilmesi esas alınmıştır. Buna göre, DDGÖ *dürtüsellik ve farkındalık alt ölçekleri*; AABT *yutulma anksiyetesi ve reddedilme beklentisi alt ölçekleri* ve KZVD sosyal işlevlerinden *kişiler arası sınırlar ve özerklik*, *çoklu doğrusal regresyon analizine* alınmıştır. Değişkenlerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle, bunu sağlamak için karekök alınarak dönüştürme yapılmıştır (square root transformation). Dönüşümün fonksiyonun anlamlılığı üzerine etkisi olmamıştır.

Analiz sırasında backward yöntemi kullanılmış ve 2. Basamakta, DDGÖ *farkındalık* alt ölçeğinin atılması yolu ile 5 değişkenli analize ulaşılmıştır. Belirlenmiş olan değişkenlerin kendine zarar verme sayısı üzerine etkisi olduğu görülmüştür ($R^2=.27$ $F(5,182)=13.19$, $p<.001$). Çoklu model içindeki değişkenlerden, ***kişiler arası sınırlar*** (Beta: .18, $t=2.52$, $p<.05$), ***dürtüsellik*** (Beta: .15, $t=2.10$, $p<.05$), ***yutulma anksiyetesi*** (Beta: .16, $t=1.99$, $p<.05$) ve ***reddedilme beklentisinin*** (Beta: .19, $t=2.24$, $p<.05$) kendine zarar verme sayısını belirleme üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. *Farkındalık* önceki basamakta atılarak, *özerklik* de son basamakta anlamlılık değerine ulaşamayarak çoklu model içinde KZVD sayısını yordamamıştır ($p>.05$) (Tablo 63)

Tablo-63: Model 2: Sosyal işlevler, duygudurum düzenleme, ayrılma- bireyleşme ortak etkisinin zarar verme sayısı üzerine etkisi

Kendine zarar verme sayısı	B	Beta	t	p
Sabit	0.6		2.386	0.018
Kişiler arası sınırlar	.24	.18	2.518	0.013
Özerklik	.14	.12	1.672	0.096
Dürtüsellik	.25	.15	2.096	0.038
Yutulma anksiyetesi	.24	.16	1.988	0.48
Reddedilme beklentisi	.18	.19	2.244	0.026

Lineer regresyon analizi
($R^2=.27$ $F(5,182)=13.19$, $p<.001$)

4.8.8. KZVD işlevleri, duygu düzenleme ve ayrılma-bireyleşme özelliklerinin kendine zarar verme sayısı üzerine ortak etkisi- Kombine model

KZVD işlevleri, duygu düzenleme ve ayrılma-bireyleşme özelliklerinin kendine zarar verme sayısı üzerindeki ortak etkisini araştırmak amacıyla; her gruptan belirlenen değişkenler *doğrusal regresyon analizine* alınmıştır. Değişkenlerin belirlenmesinde; alt ölçekler ve KZVD işlevlerinden, önceki analizlerde KZVD sayısını yordadığı bulunanların seçilmesi esas alınmıştır. Buna göre, DDGÖ *dürtüsellik* ve *farkındalık* alt ölçekleri; AABT *yutulma anksiyetesi* ve *reddedilme beklentisi* alt ölçekleri, KZVD otonom işlevlerinden *affekt regülasyonu* ve *kendini cezalandırma* ile KZVD sosyal işlevlerinden *kişiler arası sınırlar* ve *özerklik*; *çoklu doğrusal regresyon analizine* alınmıştır. Değişkenlerin normal dağılım göstermemesi

nedeniyle, bunu sağlamak için karekök alınarak dönüştürme yapılmıştır (square root transformation). Dönüşümün fonksiyonun anlamlılığı üzerine etkisi olmamıştır.

Analiz sırasında backward yöntemi kullanılmıştır ve 4. basamakta *farkındalık* alt ölçeğinin ve *kişiler arası sınırlar* ve *özerklik* işlevlerinin atılması yolu ile 5 değişkenli analize ulaşılmıştır. Belirlenmiş olan değişkenlerin, kendine zarar verme sayısı üzerine etkisi olduğu görülmüştür ($R^2=.28$ $F(5,182)=14.21$, $p<.001$). Çoklu model içindeki değişkenlerden, ***affekt regülasyonu*** (Beta: .17, $t=2.52$, $p<.05$), ***kendini cezalandırma*** (Beta: .17, $t=2.40$, $p<.05$), ***dürtüsellik*** (Beta: .15, $t=2.02$, $p<.05$) ve ***reddedilme beklentisi*** (Beta: .19, $t=2.359$, $p<.05$) kendine zarar verme sayısını belirleme üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. *Farkındalık*, *kişiler arası sınırlar* ve *özerklik* önceki basamaklarda atılarak, yutulma anksiyetesi de son basamakta anlamlılık değerine ulaşamamış, çoklu model içinde KZVD sayısını yordamamıştır ($p>.05$) (Tablo 64)

Tablo-64: Final Model: Otonom ve sosyal işlevler, duygudurum düzenleme, adolesan ayrılma bireyleşme ortak etkisinin zarar verme sayısı üzerine etkisi

Kendine zarar verme sayısı				
	B	Beta	t	p
Sabit	0.4		1.579	0.116
Affekt regülasyonu	.26	.17	2.520	0.013
Kendini cezalandırma	.21	.17	2.404	0.017
Dürtüsellik	.24	.15	2.019	0.045
Yutulma anksiyetesi	.02	.13	1.691	0.093
Reddedilme beklentisi	.18	.19	2.359	0.019

Lineer regresyon analizi

($R^2=.28$ $F(5,182)=14.21$, $p<.001$)

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞININ BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE RİSK FAKTÖRLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada yer alan TKZV grubu, EKZV grubu ve kontrol grubunun, sosyodemografik özellikleri ve psikososyal özellikleri gruplar arasında karşılaştırmalar yapılarak değerlendirilmiştir. Buna göre yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından 3 grup birbiri ile benzemektedir. Okul başarısı, sigara-alkol-madde kullanımı, istismar öyküsü, arkadaş ilişkileri, arkadaşlar arasında KZVD öyküsü, ailede ebeveynler arası geçimsizlik ve aile içi şiddet ve ailede KZVD öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş; aile yapısı açısından ise bulunmamıştır. KZVD gelişimi için risk oluşturan faktörleri belirleme amacıyla lojistik regresyon analizi yapılmış ve fiziksel istismar, sigara kullanımı, alkol kullanımı, ailede KZVD öyküsü ve arkadaşlarda KZVD öyküsü; KZVD için risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Bulgular aşağıda tartışılmıştır.

5.1.1. Akademik başarı algısı

Araştırma kapsamına alınan ergenlerin kendi algıladıkları okul başarısı değerlendirildiğinde; TKZV grubunda, EKZV ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktür. EKZV grubunun kendi algıladıkları okul başarısı ise, kontrol grubuna göre düşük olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bulgu, yazında okul başarısının çocuk ve ergenleri duygusal ve davranışsal bozukluklardan koruduğuna ilişkin görüşü desteklemektedir [115-118]. Kendine zarar verme davranışı (KZVD) gösteren ergenlerin değerlendirildiği toplum örneklemli çalışmalarda da, çalışmamıza benzer şekilde okul başarısızlığı KZVD ile ilişkili bulunmuştur [78, 119]

5.1.2. Sigara, alkol ve madde kullanım öyküsü

Araştırmanın sonuçlarına göre; sigara kullanımı, TKZV grubunda belirgin derecede daha fazladır. EKZV grubundaki ergenlerde de, sağlıklı ergenlere göre daha çok sigara kullanımı bildirilmektedir. Kendine zarar veren ergenlerin değerlendirildiği bir alan çalışmasında; sigara kullanımının, özellikle kız ergenlerde KZVD riskini yaklaşık

2-3 kat arttırdığı bulunmuştur [78]. Bizim çalışmamızda ise, sigara kullanan ergenlerde kendine zarar verme riskinin 9 kat arttığı belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, kendine zarar veren ergenlerin %36'sında sigara kullanımı saptanırken; sağlıklı ergenlerde bu oran %5'tir [19]. Çalışmamızda düzenli sigara kullanımını TKZV grubunun %40'ında, EKZV grubunun %19'unda ve kontrol grubunun %3'ünde saptanmıştır. Ülkemizde yapılan iki çalışmada da; kendine zarar veren ergenlerin, KZVD göstermeyen ergenlere göre yüksek oranda sigara kullandığı görülmektedir. Bu nedenle; toplumumuzda diğer toplumlara göre sigara kullanan ergenlerde, KZVD riskinin artmış olduğu söylenebilir. Bu bilgiler ışığında; kendine zarar verme grubundaki yüksek sigara kullanım oranının, başka sorunların varlığının bir işareti olarak yorumlamak mümkündür.

Alkol ve madde kullanımı öyküsü, TKZV grubunda belirgin olmak üzere kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerde daha sıktır. Madde kullanımı, kişinin kendine yönelik şiddet uygulamasını kolaylaştırır [80]. Çalışmamıza göre, alkol kullanım öyküsü kendine zarar verme riskini 2.7 kat artırmaktadır. Başka çalışmalarda da, alkol kullanımı ile KZVD arasında bir ilişki saptanmıştır [73, 120]. Avrupa'da yedi ülkede yapılan, kendine zarar verme (intihar girişimi kendine zarar verme tanımı içinde) davranışı ile alkol kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada; bir yıl içerisinde *en az dört kez sarhoş olacak kadar alkol alımı olanlar "ağır içici" olarak tanımlanmıştır*; bu şekilde alkol kullanımının, kızlarda kendine zarar verme davranışını 2.2 kat, erkeklerde 2.9 kat arttırdığı gösterilmiştir [121]. Yazında; diğer toplum örneklemli yapılan çalışmalarda da, çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde madde kullanımı kendine zarar veren ergenlerde daha fazla bulunmuştur [1, 3, 73].

5.1.3. İstismar öyküsü

Çalışmamızda kontrol grubuna göre; her iki KZVD gösteren grupta, fiziksel istismara uğrama oranı anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. En fazla fiziksel istismara uğrayan ergenler, TKZV grubunda yer almaktadır. Bu sonuç, yazında klinik ve toplum örneklemli çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerde fiziksel istismara uğrama oranının yüksek olduğunu bildiren sonuçlar ile paralellik göstermektedir [36, 85, 122-124]. Yapılan araştırmalarda; kendine zarar veren ergenlerde, fiziksel istismar daha

fazla oranda bulunsu da; fiziksel istismarın KZVD için bir risk faktörü olduğu az sayıdaki çalışmada gösterilmiştir [4, 125]. Ayrıca Muehlenkamp ve arkadaşları (2010), fiziksel istismar ve KZVD arasında önemli bir ilişki olduğunu vurgularken; cinsel istismar ile KZVD arasında daha zayıf bir ilişki olduğunu öne sürmektedir [126]. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da; fiziksel istismara uğrama öyküsü olanlarda, KZVD riski 14.5 kat artmaktadır.

Fiziksel istismarın KZVD için bir risk faktörü olduğunu gösteren az sayıda çalışmadan birisi, ülkemizde Zoroğlu ve ark. (2003) tarafından yapılan çalışmadır. Bu çalışmada; KZVD'si olan ergenlerin %28'inde fiziksel istismar bulunmuştur [36]. Bu çalışmaya benzer şekilde, çalışmamızda; KZVD'si olan ergenlerin %30'u fiziksel istismara uğradığını belirtmiştir. Zoroğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada örneklemin tamamının %34'ü, intihar girişiminde bulunanların %80'i, kendine zarar verenlerin %59'u fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmalden en az birini yaşadığını bildirmiştir. İstanbul toplum örnekleminde yapılan diğer bir çalışmada, kendine zarar veren ergenlerde; duygusal kötüye kullanım, fiziksel kötüye kullanım ve duygusal ihmal kontrol grubu ergenlere göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur[19]. Sonuçta bu üç çalışma toplumumuzda fiziksel istismara maruz kalan ergenlerin, kendine zarar verme davranışı açısından yüksek risk taşıdığını göstermektedir.

Çalışmaya katılan ergenler, cinsel istismar öyküsü açısından değerlendirildiğinde; üç grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak TKZV ve EKZV grubu, kendine zarar veren tek bir grup şeklinde ele alındığında; kendine zarar veren grupta cinsel istismar öyküsü anlamlı derecede daha fazladır. Yazında KZVD ile cinsel istismar arasındaki ilişki bir çok çalışmada gösterilmesine rağmen, cinsel istismarın kendine zarar verme için orta düzeyde bir risk faktörü olduğu görüşü hakimdir [62]. Özellikle disosiyatif belirtilerin eşlik ettiği kendin zarar veren ergenlerde cinsel istismar riski yüksektir [36].

Yates (2004), fiziksel istismarın kendilik ve bedenın ayrışmasına, ağırı duygusunun daha az hissedilmesine ve bedene zarar vermenin kolaylaşmasına neden olduğunu belirtmiştir. Hem emosyonel ipuçlarına duyarsızlaşma hem de sadece yoğun ve olumsuz emosyonları algılayabilme sonucunda KZVD gelişimi kolaylaşmaktadır [125].

Çocukluk çağında fiziksel veya cinsel istismar mağdurlarında, özellikle kesme davranışı "acıyı kesip çıkartma anlamı" taşıyabilir. Erken travma ve kötü muameleden kaynaklanan artmış içgüdüsel agresif dürtüler kendini kesme ile sonuçlanır. Kendine zarar verme içselleştirilmiş travmanın "somut" şekilde kendini tekrar etmesi olarak görülebilir[127]. Ayrıca çoğu olguda KZVD, travmayı hatırlatıcı düşünce ve duygulardan kurtulmak için affekt regülasyonu işlevi görür [41].

5.1.4. Arkadaş ilişkileri

Çalışmamızda, TKZV grubunda yer alan ergenlerin önemli bir kısmı (%23.1), diğer iki gruba göre arkadaş ilişkilerini daha kötü algılamaktadır. Ayrıca TKZV grubunun, kontrol grubuna göre; *arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeğinden* anlamlı olarak düşük puan alması bu sonucu desteklemektedir. Arkadaş ilişkilerindeki güçlüklerin, kendine zarar verme sıklık ve şiddetini artırdığı belirtilmektedir [94]. Bu bulgu, çalışmamızdaki TKZV grubunun arkadaş ilişkilerinde sorun yaşadığını sonucu ile uyumludur.

Olumlu arkadaş ilişkileri akran zorbalığını önleyerek, ergenleri KZVD'den korumaktadır [128]. Diğer bir görüş ise, arkadaş ilişkilerindeki güçlüklerin emosyon regülasyonu yoluyla KZVD gelişimi üzerinde etkili olduğunu belirtmektedir [94].

5.1.5. Bulaşma etkisi

KZVD olan ergenlerin arkadaşları arasında da, kendine zarar verme davranışı yaygındır. Batı'da yapılan çalışmalarda, kendine zarar veren ergenlerin %22 ile %82'sinin arkadaşları arasında KZVD olduğu bildirilmiştir [67, 73]. İstanbulda yapılan bir çalışmada ise, bu oran %91'dir. Çalışmamızda ise, arkadaşları arasında KZVD varlığı, TKZV ve EKZV grubu için sırasıyla %68 ve %51 olarak bulunmuştur. Çalışmada elde edilen sonuçlara göre; KZVD olan arkadaşlara sahip olma, kendine zarar verme riskini 3.5 kat artırmaktadır. Yapılan başka bir çalışmada ise, erkek ergenlerde kendine zarar veren arkadaşlara sahip olma KZVD riskini 4.9 kat; kızlarda ise 3.1 kat yükseltmektedir [73]. Kendine zarar veren arkadaşlara sahip olmanın, "bulaşma yoluyla" ergenlerde KZVD gelişimine neden olduğu öne sürülür [66]. Bazı ergenlerin ise, benzer arkadaşlar bulma ya da sosyalleşmek amacıyla kendine zarar verdikleri belirtilmektedir [5].

5.1.6. Ailesel etkenler

Çalışmamızda TKZV, EKZV ve kontrol grubu arasında aile yapısı açısından fark bulunmamıştır. Benzer şekilde; İstanbul'da yapılan toplum örneklemleri bir çalışmada da, aile yapısı açısından KZVD olan ergenler ile kontrol grubu arasında bir fark saptanmamıştır [19]. Yazında ise, ailesinden ayrı kalan ya da ailesi boşanmış ergenlerde KZVD'nın daha sık görüldüğünü bildiren çalışmaların yanısıra; farklılık bildirmeyen çalışmalar da vardır [1, 61].

Çalışma bulgularına göre, aile içi şiddet ve ebeveyn geçimsizliği TKZV grubunda daha yüksek oranda bulunmuştur. Ebeveyn geçimsizliği olan ergenler, olmayan ergenlere göre daha sık özkıym girişimini de içeren şekilde kendine zarar vermektedir [129]. Çalışmamızda ebeveyn geçimsizliği, KZVD'yi yordamada çoklu modelde risk faktörü olarak katkıda bulunmamıştır. Buna karşın; Finlandiya'da yapılan bir çalışmada, aile içi şiddetin ergenlerin kendine zarar vermesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır [130]. Aile ortamında tartışma, şiddet, uygun duygusal iklimin sağlanamaması ve istismar gibi sorunlar doğrudan ya da dolaylı yoldan emosyonel regülasyonda bozulma ile KZVD gelişimine yol açar [94]

KZVD olan ergenlerin ailelerinde kendine zarar verme öyküsü, KZVD olmayan ergenlere göre daha sıktır [61, 63]. Çalışmamızda, ailede kendine zarar verme öyküsü KZVD için risk faktörü olarak saptanmıştır. Ailesinde KZVD olan ergenlerin, kendine zarar verme riski yaklaşık 11 kat artmaktadır. Bir çalışmada, ailede KZVD varlığının erkek ergenlerde kendine zarar verme riskini 3.3 kat; kızlarda ise 2.8 kat arttırdığı gösterilmiştir [73]. Benzer şekilde; diğer bir çalışmada ailede KZVD varlığında, erkek ve kız ergenlerde KZVD için riskin 3.2 kat arttığını ileri sürmüştür [131]. İngilterede yapılan bir çalışmada, ailede kendine zarar verme öyküsü olmasının, erkek ergenlerin kendine zarar verme riskini 9 kat artırdığını bulmuştur [132].

5.2. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

5.2.1. Kendine zarar verme yöntemleri

Kendine zarar verme davranışı yöntemleri sıklığı değerlendirilirken; TKZV grubu tanımlama gereği en az 5 kez kendini kesmiş olma şartı arandığından; bu grup için kendini kesme dışındaki yöntemlerin sıklığı ele alınacaktır. TKZV grubunda en sık kendini

sert bir yere çarpma veya kendine vurma grlmŖ, cilde harf veya Ŗekil kazıma, yara iyileŖmesine engel olma diğerk sık görülen kendine zarar verme yöntemleri olarak bulunmuŖtur. EKZV grubunda ise en sık; kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma sonrasında yara iyileŖmesine engel olma ve cilde harf veya Ŗekil kazıma gelmektedir. Toplum alıŖmalarında en sık görülen kendine zarar verme yönteminin cilde harf veya Ŗekil kazıma olduğunu bildiren alıŖmaların yanında, sert bir yere vurma ya da kendini kesme olduğunu bildiren alıŖmalar vardır [19, 32, 35, 75] İstanbulda liseye giden ergenlerle yapılan alıŖmada da alıŖmamıza benzer Ŗekilde kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma en sık kullanılan yöntem olarak bulunmuŖtur. Yapılan alıŖmalarda klinik örneklemde en sık görülen kendine zarar verme yöntemi kendini kesmedir [7, 70]. Kendini kesme diğerk kendine zarar verme yöntemlerine göre psikopatoloji ile en iliŖkili olan yöntemdir [133].

alıŖmamızda kendine zarar verme yöntemleri cinsiyete göre karŖılaŖtırıldıėında kızlarda sa kopartma ve tırnaklama, erkeklerde kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma yöntemleri anlamlı Ŗekilde fazla bulunmuŖtur. Kendine zarar verme yöntemleri arasında belirgin cinsiyet farkı bulunmadığını [35], sa yolmanın ve kendini kesmenin kızlarda daha sık [19], erkeklerde vurmanın ve yakmanın daha sık olduğunu belirten alıŖmalar vardır [3, 39].

5.2.2. Kendine zarar verme yöntemlerinin sıklığı

EKZV grubunun tanımlaması, kendine zarar verme sayısına göre yapıldığı için kendine zarar verme yöntemlerinin sıklığı sadece TKZV grubu için tartıŖılacaktır. TKZV grubunda 10 kez ve üzeri kullanılan en sık kendine zarar verme yöntemleri; sırasıyla kendini kesme, kendini sert bir yere çarpma yada kendine vurma ve yara iyileŖmesine engel olmadır. Bu grupta yer alan ergenlerin %45'i en az 10 kez kendine zarar verme yöntemi olarak kendini kesmeyi kullanmıŖtır. Toplum rneklemli alıŖmalarda hayat boyu 10 kez ve üzerinde kendine zarar verme oranı %4-48 arasında deėiŖmektedir [3, 19].

5.2.3. Kendine zarar verme davranıŖı baŖlama yaŖı ve son kendine zarar verme davranıŖı zamanı

alıŖmamızda TKZV ve EKZV grubunda yer alan ergenlerin kendine zarar verme davranıŖına baŖlama yaŖı ortalama 13.5 yaŖ olarak bulunmuŖtur. İstanbul'da liseli ergenlerle yapılan bir alıŖmada kendine zarar verme baŖlama yaŖı ortalaması 12 yaŖ

olarak bulunmuş, kendine zarar vermenin en sık 13 yaşında başladığı vurgulanmıştır [19]. Diğer çalışmalarda da kendine zarar verme davranışının en sık 13-14 yaşlarında başladığı bildirilmiştir [34].

Çalışmamızda TKZV grubunun % 67'sinin, EKZV grubunun ise %47 sinin son bir yıl içerisinde kendine zarar verme davranışının olduğu saptanmıştır. Avrupa'da yapılan çok merkezli bir çalışmada; son bir yıl içinde KZVD'yi tekrar etme durumu diğer kendine zarar verme yöntemlerine kıyasla, kendini kesenlerde sık bulunmuştur. Ergenlerin %60'nın son bir yıl içinde, kendini kestikleri rapor edilmiştir [35]. Başka bir çalışmada ise ergenlerin son bir yılda %46 sinin en azından bir kez kendine zarar verdiği görülmüştür [1]. Kendini kesme davranışı gösteren olguların yarısından fazlasının bir sene içerisinde kendisini kesme davranışını yapmış olması kendini kesmenin süregelen bir psikopatoloji ile ilişkisine işaret ediyor olabileceği anlamına gelebilir.

5.2.4. Kendine zarar verme isteğinden eyleme kadar geçen zaman

Çalışmamıza göre TKZV grubunun %81, EKZV grubunun %77'si kendilerine zarar verme isteğinden sonra bir saat içinde kendine zarar verme eylemini gerçekleştirmiştir. Bir çalışma, ergenlerin %90'ının kendine zarar verme isteğinden sonra 1 saat içinde kendine zarar verdiğini göstermiştir [67]. Bu çalışmada ergenlerin yaklaşık %52'si kendine zarar verme düşüncesi geldiği an kendine zarar verdiğini, %37'si bir kaç saniye ya da dakika içinde kendine zarar verdiğini belirtmiştir [67]. Favazza da kendine zarar veren 240 kız ile yaptığı bir çalışmada, kendine zarar vermenin plan yapmadan impulsif bir tarzda ortaya çıktığını göstermiştir [134]. Bizim çalışmamızda ve diğer çalışmalarda görüldüğü gibi kendine zarar verme davranışının impulsif bir doğası vardır. Favazza da KZVD'nı sınıflandırırken; bizim çalışmamızda ele aldığımız tipte KZVD'yi impulsif tipte kendine zarar verme davranışı olarak ele almıştır [43].

5.2.5. Kendine zarar verme davranışı ve fiziksel acı hissetme

TKZV grubunun %24'ü, EKZV grubunun da %20'si kendine zarar verme sırasında hiç bir zaman ağrı duymadığını belirtmektedir. TKZV grubunun %51'i ara sıra ağrı hissettiğini bildirmiştir. Bu durum, özellikle kendine en az beş kez keserek zarar vermiş olan TKZV grubu için dikkat çekici bir bulgudur. Yapılan çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerin %27-74'ünün kendine zarar verme eylemi sırasında ağrı duymadığı belirtilmektedir [1, 97]. Bu durum, istismar, travma, emosyon regülasyonu, bağımlılık ve benzeri nedenlerle

kendine zarar veren kişilerde ağrı işleme merkezlerinin bozulması ile açıklanmaktadır [51].

5.2.6. Tıbbi müdahale gerektirecek düzeyde kendine zarar verme öyküsü

TKZV grubunun %36'sında ve EKZV grubunun %11'inde en az bir kez tıbbi müdahale gerektirecek düzeyde kendine zarar verme öyküsü bulunmuştur. Avrupada yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %12'sinin KZVD sonrası hastaneye başvurduğu bildirilmiştir [35]. İstanbul'da yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %9'unun acil servise başvurduğu belirtilmiştir [19]. Çalışmamızdaki özellikle TKZV grubundaki tıbbi müdahale gerektirecek kendine zarar verme davranışının yüksek olması; tıbbi müdahaleyi değerlendiren sorumuzun yalnızca hastane ya da acil servis başvurusu gerekliliğini değil; aynı zamanda daha basit birinci basamak tedavi müdahalelerini de içerecek şekilde (sağlık ocağı başvurusu; sargıya alma, vb.) ele alınmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca tekrarlayıcı şekilde kendine zarar verme davranışı olan kişilerin zamanla ağrı hissine alıştığı ve gittikçe ağır şekilde kendine zarar verme davranışlarına yöneldiği bilinmektedir [80]. TKZV grubunda daha sık tıbbi müdahale olması bu bilgiyle uyumlu bulunmuştur.

5.2.7. Kendine zarar verme davranışı sırasında yalnız veya başkalarıyla birlikte olma durumu

Çalışmamızda TKZV grubunun %73'ü ve EKZV grubunun %63'ü kendine zarar verme eylemi esnasında tek başına olduklarını bildirmiştir. İstanbul'da kendine zarar veren ergenlerle yapılan çalışmada da ergenlerin %74'ünün kendine zarar verme davranışı sırasında yalnız olduklarını göstermiştir.

5.2.8. Kendine zarar verme davranışından başkalarının haberdar olması

Çalışmamızda TKZV grubunun %74'ü, EKZV grubunun %55'i kendine zarar verme davranışından başkalarının haberdar olduğunu ifade etmiştir. Avrupa'da çok merkezli bir çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde kendine zarar veren ergenlerin %75'inin kendine zarar verme davranışından başkalarının haberdar olduğunu bildirdikleri rapor edilmiştir [35].

5.2.9. Kendine zarar verme davranışından rahatsızlık duyma ve bitirme isteği

Çalışmamızda TKZV grubunun %67'si kendine zarar verme davranışının kendisini rahatsız ettiğini, %73'ü kendine zarar verme davranışını tekrar yapmak istemediğini bildirmiştir. EKZV grubunun ise %72'si kendine zarar verme davranışından rahatsız olduğunu, %81 kendine zarar verme davranışını tekrar yapmak istemediğini belirtmiştir. Kendine zarar veren ergenlerin kendine zarar verme davranışını rahatsız edici bulması ve durdurmak istemesine rağmen kendine zarar verme davranışına devam etmesi kendine zarar verme davranışının dürtüsel doğasına bağlanabilir. Bunula birlikte kendine zarar veren ergenlerin önemli bir kısmının ergenliğin ilerleyen yıllarında bunu bıraktığı ve erişkin yaş grubunda KZVD yaygınlığının ergenlik dönemine göre daha az olduğu bilgisi, KZVD'yi bırakmak isteyen ergenlerin önemli bir kısmının ilerleyen dönem içinde bunu gerçekleştirdiği düşünülebilir. KZVD'nin uzun süre tekrarlayıcı doğada devam eden KZVD'nin bağımlılık yapıcı etkisi olduğuna dair bilgiler doğrultusunda; epizodik olarak kendine zarar veren ergenlerin ilerleyen yıllarda kendine zarar vermeyi bırakma ihtimalinin daha düşük olduğu düşünülebilir.

5.2.10. Psikiyatrik destek alma isteği

Çalışmamızda TKZV grubunun %60'ı, EKZV grubunun %46'sı psikiyatrik destek almak ister misiniz sorusuna olumlu cevap vermiştir. TKZV grubunda yer alanlar istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha fazla yardım arama ihtiyacı göstermişlerdir. Avusturya'da yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %32'sinin kendine zarar verdikten sonra yardım arama davranışı gösterdiğini bildirmiştir [135]. Kendine zarar veren ergenlerin önemli bir kısmının yardım arama ihtiyacında olduğu görülmüştür. Çalışmamızın farklı bölümlerinde desteklenmiş olan kendine tekrarlayıcı şekilde zarar veren ergenlerin daha yoğun sıkıntı (ruhsal hastalık, duygu düzenlemede güçlükler vb.) yaşıyor olması durumu TKZV grubunun daha çok yardım arama düşüncesinde olmasını açıklayabilir.

5.3. İNTİHAR DAVRANIŞI

Çalışmada yer alan ergenler; intihar girişimi, intihar düşüncesi ve intihar planı öyküsü açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre; TKZV grubunda yer alan ergenlerin %41'i intihar girişiminde bulunduğunu, %20'si hayatında en az bir kez intihar planı yaptığını ve %15'i herhangi bir dönemde intihar etmeyi düşündüğünü belirtmiştir. EKZV grubunda yer alan

ergenlerin ise %13'ü intihar girişiminde bulunurken, %10'u hayatında en az bir kez intihar planı yaptığını ve %28'i intihar etmeyi düşündüğünü bildirmiştir. TKZV grubunda yer alan ergenlerin intihar girişiminde bulunma ve plan yapma öyküsü, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. EKZV grubu en fazla intihar düşüncesi bildirilen gruptur. Kontrol grubunda ise ergenlerin küçük bir kısmı (%5) hayatlarının herhangi bir döneminde intihar etmeyi düşündüklerini ifade etmiştir. Sonuç olarak, araştırmada yer alan, kendine zarar veren ergenlerin, %26'ında intihar girişi öyküsü bulunmuştur. Buna yakın olarak, İstanbul'da liseli ergenlerle yapılan toplum örneklemine dayalı bir çalışmada, KZVD'si olan ergenlerin %31'inin intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir [19].

Kendine zarar veren ergenlerde intihar girişi sayısı anlamlı olarak fazladır. Ayrıca, TKZV grubunun ortalama intihar girişi sayısı (2.8 ± 2.4), EKZV grubunun ortalama intihar girişi sayısına göre (1.2 ± 0.4) fazladır. Bu bulgudan yola çıkarak daha fazla sayıda KZVD gösteren ergenlerin daha fazla intihar girişiminde bulunduğu düşünülmüştür. Whitlock ve Knox'un (2007) çalışması bu düşünceye destek niteliğindedir. 18-24 yaş arası 2875 genç erişkin ile yaptıkları çalışmada, KZVD sayısının artmış intihar davranışı ile pozitif ilişki içinde olduğunu bulmuşlardır. Yine, Nock ve ark. [56] yataklı birimde tedavi almakta olan ergen hasta grubu ile yaptıkları çalışmada; KZVD sayısı, süresi ve kullanılan yöntem çeşitliliğini, artmış intihar riski ile ilişkili bulmuşlardır. Buna paralel şekilde tekrarlayıcı ve kendini kesme gibi ağır formlarda KZVD'si olan ergenlerin %28'inin; sınırlı sayıda ve hafif formlarla kendine zarar veren ergenlerin %10'unun intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır [1]. Bir başka çalışmada da birden fazla sayıda KZVD öyküsü olan kişilerin %39'unun, bir kez KZVD öyküsü olan kişilerin ise %21'inin intihar davranışı (intihar girişim, plan, düşünce) gösterdiği belirlenmiştir [32]. Patisson ve Kahan (1983), kendine zarar verenlerde, bir zaman diliminde %28 oranında intihar düşüncesi bulunduğunu belirtmiştir[136]. Mevcut çalışmada, intihar düşüncesinin EKZV grubunda, TKZV grubuna kıyasla daha fazla olması; TKZV grubunda %40.7 gibi yüksek bir oranda intihar girişimi öyküsü olmasından kaynaklanmış olabilir. Bu grupta geçmiş intihar düşüncesi eyleme geçirilmiş; dolayısı ile intihar girişim ya da planı olmaksızın yalnızca düşünmüş olma oranı daha az bulunmuştur.

Kendine zarar verme ile intihar davranışı arasındaki ilişki iki yönlü gibi görünmektedir. Bir çalışmada intihar düşüncesi kendine zarar verme davranışı için risk faktörü olarak tespit

edilmiştir [137]. Aynı zamanda kendine zarar verme öyküsü olan ergenlerin intihar girişimi için artmış risk taşıdığı da belirtilmektedir [74, 138]. Joiner (2005) bu konudaki hipotezinde; kendine tekrarlayan şekilde zarar veren kişinin kendine zarar vermeye alıştığını, böylece korku ve ağrı duygusunun azaldığını; ve intihar için cesaret ve motivasyonun arttığını öne sürmüştür. Bu nedenle kendine zarar vermenin intiharın bir öncülü olabileceğini savunmuştur [80]. Whitlock ve Knox (2007) ile Nock ve ark.'nın çalışması bu teoriye destek niteliğindedir. Whitlock ve Knox (2007), kendine zarar veren kişinin artmış stres altında olduğunu, bunun da intihar riskini artıracak olduğunu belirtmiştir [139]. Bu görüşün yanında kendine zarar vermenin intihar girişimi ile başa çıkma yolu olarak işlev gördüğü de öne sürülmüştür [70]. Ölümle sonuçlanacak ağır girişimler yerine daha hafif yöntemlerle kendine zarar verme; intihar düşüncesiyle yer değiştirme veya intihar arzusu ile uzlaşma sağlamaktadır [5].

Çalışmamızda TKZV grubunda yer alan ergenlerin, EKZV grubunda hiç görülmeyen; yüksekten atlama, gaz inhale etme, seyir halindeki aracın önüne atlama ve kendini boğmaya çalışma gibi ölüm riski çok yüksek yöntemleri denediği görülmüştür. Bu durum, TKZV grubundaki artmış psikopatoloji varlığı (bkz. Psikiyatrik rahatsızlıklar) ve Joiner'in hipotezi ile uyumlu bulunmuştur.

5.4. ERGENLERDE VE AİLELERİNDE PSİKOPATOLOJİ

5.4.1. Ergenlerde psikopatoloji

5.4.1.1. Psikiyatrik tanı

Kendine zarar veren kişilerde psikiyatrik bozuklukların sık olması, psikopatolojinin kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Psikopatoloji kendine zarar verme davranışının nedeni ya da sonucu mudur veya eştanı mıdır? Bu soruya cevap kendine zarar verme davranışının başladığı ve en sık görüldüğü ergenlik döneminde, bu ilişkinin ele alınması ile verilebilir. Bu nedenle bu araştırmanın amaçlarından bir tanesi; kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerdeki psikiyatrik bozuklukları saptamaktır. Klinik ve toplum örneklemleri çalışmaları, kendine zarar veren ergen ve yetişkinlerde depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarının en sık bulunan psikiyatrik eştanılar olduğunu göstermiştir [44].

Bu araştırma sonucuna göre; TKZV grubunun %95'inde, EKZV grubunun %56'sında ve KZVD'si olan tüm ergenlerin ise %74'ünde, en az bir psikiyatrik bozukluk bulunmaktadır.

Klinik örneklemler bir çalışma, kendine zarar veren ergenlerin %88'inin en az bir tane psikiyatrik bozukluğa sahip olduğunu göstermiştir [70]. Psikiyatrik rahatsızlığı nedeniyle klinikte izlenen ergenlerin ise %40 ile %80'i kendine zarar verme davranışında bulunmaktadır. [79]. Çalışmamıza benzer şekilde, toplum örneklemler bir çalışmada, kendine zarar veren ergenlerin %79'unda en az bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır [72]. TKZV grubunda psikiyatrik tanının fazla olması, bu grupta yer alan ergenlerde psikopatoloji ile ilişkili olduğu bilinen kendini kesme davranışının, çok sayıda (en az beş kez) olması ile ilişkili olabilir [97]. Çalışmamızda kendine zarar verme yöntemleri ile ergenlerin psikiyatrik tanıya sahip olması arasında en güçlü ilişkiyi ($r=.58$) kendini kesme göstermiştir. Çalışmamızda kontrol grubunda yer alan ergenlerin %23'ü psikiyatrik bir bozukluğa sahiptir ve bu bulgu ergenlerde herhangi bir psikiyatrik bozukluk bulunma oranını % 19 gösteren çalışmayla benzer bulunmuştur [140].

Çalışmamıza göre mevcut bir psikiyatrik rahatsızlığa sahip olmak kendine zarar verme riskini 3.2 kat artırmaktadır. Aynı zamanda mevcut ve yaşam boyu psikiyatrik tanı sayısı ile KZVD sayısı arasında önemli bir ilişki ($r=.59$) bulunmuştur.

Geçmiş tanıları açısından da KZVD'si olan ergenler (tüm KZV grubu) kontrol grubu ergenlerine göre daha çok psikiyatrik tanı almıştır (sırasıyla %42-%21). Geçmişteki psikiyatrik tanı sayısı ile KZVD sayısı arasındaki ilişki zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=.23$). Geçmişteki psikiyatrik bozukluklar ile KZVD ilişkisi az çalışılmış bir konudur. Bir izlem çalışmasında, 12 yaşındayken içe yönelim ve dışavurum sorunları olan ergenlerin, 15 yaşına ulaştıklarında daha sık kendine zarar verme davranışı gösterdikleri bulunmuştur [38]. Sonuç olarak, geçmiş dönemdeki psikiyatrik tanıların kendine zarar verme ile ilişkili olduğu görülmektedir. Ancak bu ilişkinin tam olarak ortaya çıkması boylamsal izlem çalışmaları ile mümkün olacaktır.

5.4.1.2. Yıkıcı davranış bozuklukları ve kendine zarar verme davranışı

KZVD'nin yıkıcı davranış bozuklukları ile ilişkisi depresyon ya da anksiyete bozuklukları kadar iyi çalışılmamıştır. Araştırmamıza göre kendine zarar veren ergenlerde yıkıcı davranış bozukluklarına sık rastlanılmaktadır. TKZV grubunun %55'i, EKZV grubunun %32'si en az bir yıkıcı davranış bozukluğuna sahipken, kontrol grubunda bu oran %9' olarak bulunmuştur. Sonuçta kendine zarar veren ergenlerin (tüm KZV grup) %43'ünde bir yıkıcı davranış bozukluğu tanısı vardır. Klinik örneklemin değerlendirildiği

çalışmalarda yıkıcı davranış bozuklukları, kendine zarar veren ergenlerin %24-63'ünde saptanmıştır [70, 76]. Ülkemizde toplum örnekleminde belirlenen 45 ergen olgu ile yapılan bir çalışmada, kendine zarar veren ergenlerin %25'inde bir yıkıcı davranış bozukluğu tanısı bulunmuştur [19]. Çalışmamızda daha yüksek bir oran bulunmuş olmasının, TKZV grubu ile ilişkili olduğu düşünölmüştür. TKZV grubu çalışma yöntemi gereği en az 5 kez kendini kesmiş olan ergenlerden oluşmuştur. Kendini kesme davranışının psikopatoloji ile ilişkisi bilinmektedir [97, 133] Klonsky (2008); kendine zarar veren ergenleri 4 gruba ayırarak yaptığı çalışmada, "ağır grup" diye nitelediği grubun hemen hemen yalnızca kendini kesenlerden oluştuğunu; psikiyatrik tanılarla ve intihar davranışı ile en çok ilişkili olan grubun bu grup olduğunu belirtmiştir [97]. Mevcut alışmada, TKZV grubu olarak seçilmiş bir grubun varlığı; toplum örneklemindeki kendine zarar verenlerin yıkıcı davranış bozukluğu tanı oranının üzerindeki tanı oranını açıklayabilir. Yukarıda belirtilen çalışmada, olgu belirlenmesinde özel bir KZVD yöntemi aranmamıştır.

Toplum örneklemleri çalışmalarda, çeşitli ölçeklerle değerlendirilen dikkat, impulsivite ve davranış problemlerinin KZVD ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [75, 141, 142]. İmpulsivite (dürtüsellik) KZVD ve yıkıcı davranış bozukluklarında merkezi bir rol oynamaktadır [143, 144]. Bu durum kendine zarar verme davranışı ile yıkıcı davranış bozuklukları arasında bulunduğumuz bu yüksek birlikteliği açıklayabilir. Ayrıca ilgili bölümde tartışıldığı gibi; çalışmada yer alan KZVD'si olan ergenlerin dürtüsellik puanları kontrol grubuna göre önemli oranda yüksektir. Ayrıca hem KZVD hem de yıkıcı davranış bozukluklarında duygu düzenleme güçlükleri olduğu bilinmektedir[5, 145]. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda (DEHB), davranış inhibisyonunda güçlükler olduğu; ayrıca bozukluğun klinik görünüminün bir parçası olarak irritabilite, hostilite, duygusal dengesizlik (instabilite) göröldüğü bilinmektedir. İmpulsivite ise bozukluğun çekirdek belirtileri arasında yer almaktadır [145]. DEHB'si olan ergenlerin özellikle agresif alt gruplarının, duygu düzenlemede güçlükler yaşadığı bildirilmiştir [146].

5.4.1.3. Anksiyete bozuklukları ve kendine zarar verme davranışı

Anksiyete bozuklukları KZVD ile ilişkili bulunmuştur [29]. Anksiyetenin özellikle kendini kesme davranışı ile bağlantılı olduğu bildirilmektedir [147]. Araştırma sonucuna göre TKZV grubunun %41'inde, EKZV grubunun %24'ünde ve kontrol grubunun %10'nunda

en az bir bir anksiyete bozukluğu tanısı vardır. Kendine zarar veren ergenler arasında anksiyete bozukluğu tanısını belirgin şekilde fazla olduğu görülmektedir. Kendine zarar veren ergenlerle klinik örnekleme yapılan bir çalışmada ergenlerin %39'unda, toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada ise, %37'sinde en az bir anksiyete bozukluğu bulunmuştur [70, 72]. Bu oran mevcut çalışmaya benzerdir.

Yaygın anksiyete bozukluğu ve özgül fobi TKVZ grubunda anlamlı olarak fazladır. Anksiyete bozuklukları içerisinde posttravmatik stres bozukluğunun (PTSB), KZVD ile ilişkili olduğu bildirilmektedir [44]. Çalışmamızda KZVD grubu ile kontrol grubu arasında PTSB açısından fark yoktur. Bu bulgu yazınla uyumsuz olmakla birlikte, İstanbul'da kendine zarar veren liseli ergenlerle yapılan çalışma ile uyumludur. Bu çalışmada da PTSB tanısı açısından kendine zarar veren grup ile kontrol grubu arasında fark bulunmamıştır[19]. Çalışmamızda geçmiş PTSB tanısı TKZV grubunda anlamlı olarak fazladır. İstanbul'da yapılan çalışmada da benzer şekilde geçmiş PTSB tanısı kendine zarar veren ergenlerde daha fazla bulunmuştur [19]. Bu iki çalışma, toplumumuzdaki kendine zarar veren ergenlerin geçmişlerinde PTSB'ye yol açacak travmaların olduğunu düşündürmüştür. Bu bulgu çalışmamızda kendine zarar veren ergenlerde istismarın fazla bulunması ile de uyumlu olabilir. Bazı vakalarda PTSB'nin major depresyon ve madde kullanım bozukluğu gibi işlevsellikte daha çok bozulmaya yol açan bozukluklara ilerlediği, kronik PTSB'nin major depresyondan ayırt edilemeyeceği belirtilmiştir [148, 149]. Çalışmamızda yer alan ergenlerde de PTSB böyle bir prognoz göstermiş olabilir.

Çalışmamızda durumluk kaygı envanteri puanları açısından; TKZV grubu, EKZV ve kontrol grubundan; EKZV grubu da kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Sürekli kaygı envanteri açısından da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Durumluk (anlık-koşula bağlı) kaygı, KZVD için risk faktörü olarak saptanmıştır. Durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeğinden alınan yüksek puanlar, KZVD sayısı ile ilişkilidir (sırasıyla $r=.43$, $r=.46$). Sürekli kaygı envanteri kullanılan bir çalışmada, benzer şekilde; kendine zarar veren ergenler kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek puan almıştır [147]. Aynı çalışmada kendini kesen ergenlerin ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur; bu durum mevcut çalışmada yer alan TKZV grubuna benzerdir [147]. Yine başka çalışmalarda anksiyete puanları ile kendine zarar verme arasında ilişki bulunmuştur [29, 142].

5.4.1.4. Duygudurum bozuklukları ve kendine zarar verme davranışı

Depresif bozukluklar, duygudurum bozuklukları grubunun tamamına yakını; depresif bozukluklar arasında da major depresyon çoğunluğu oluşturmuştur.

Araştırmamıza göre TKZV grubunun %65'inde, EKZV grubunun %17'sinde, kontrol grubunun %7 sinde en az bir duygudurum bozukluğu tanısı vardır. TKZV grubunda anlamlı olarak daha fazla duygudurum bozukluğu mevcuttur. Klinik örnekleme kendine zarar veren ergenlerle yapılan çalışmalarda en sık görülen tanı major depresyondur; kendine zarar veren ergenlerin %42-68'inde major depresyon saptanmıştır. Diğer depresif bozukluklar eklendiğinde bu oran yaklaşık %89'a çıkmaktadır [33]. Toplum örneklemleri bir çalışmada ise çalışmamıza benzer şekilde kendine zarar veren ergenlerin %63'ü major depresyon tanısı almıştır [72].

Beck depresyon envanteri (BDE) ile depresif belirtiler değerlendirildiğinde TKZV grubu ölçeğin kesim puanının üzerinde (BDE kesim puanı: 17, TKZV grup ortalaması: 22 puan) puan almıştır. Bu bulgu, yüksek oranda major depresyon varlığı ile uyumludur. EKZV grubunda da depresif belirtiler, kontrol grubunda yer alan ergenlere göre fazladır. Yapılan çalışmalar depresif belirtilerin kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğunu göstermektedir [29, 76, 135]. Çalışmamızda ayrıca BDE'den alınan puanlarla KZVD sayısı arasında güçlü ($r=.55$) bir ilişki bulunmuştur.

Hem depresif bozuklukların hem de anksiyete bozukluklarının duygu düzenlemesini bozarak kendine zarar vermeye neden olduğu ileri sürülmüştür[34].

5.4.1.5. Alkol madde kullanım bozukluğu

Araştırma sonuçlarına göre sadece TKZV grubunda 5 kişi (%5.5) alkol kullanım bozukluğu ve 6 kişi (%6.6) madde kullanım bozukluğu tanısı almıştır. Klinik örnekleme kendine zarar veren ergenlerin %60'ında en az bir madde kullanım bozukluğu saptanmıştır [70]. Toplum örnekleminde alkol madde kullanım bozuklukları yerine, genellikle alkol madde kullanım öyküsü ele alınmaktadır. İstanbulda yapılan çalışmada bizim bulgularımızdan biraz fazla olarak; KZVD'si olan ergenler arasında 4 kişide (%8.9) alkol kullanım bozukluğu, 5 kişide (%11.1) de madde kullanım bozukluğu belirlenmiştir. Alkol madde kullanımının kendine zarar verme davranışını kolaylaştırdığı, alkol madde

kullananların daha ölümcül kendine zarar verme yöntemleri kullandıkları ve daha çok intihar girişiminde bulundukları bildirilmiştir[44].

5.4.1.6. Borderline kişilik bozukluğu

Mc Lean Borderline kişilik bozukluğu tarama envanterine (BKB TE) göre; borderline kişilik bozukluğu semptomları, üç gruba birbirinden ayırt etmiştir. Çalışmamıza göre BKB semptomlarının varlığı kendine zarar verme davranışı riskini 1.7 kat artırmaktadır. Ayrıca BKB belirtilerinin artması KZVD sayısı ile güçlü ($r=.63$) bir ilişki göstermiştir. Kendine zarar veren ergenlerle klinik örnekleme yapılan çalışmalarda borderline kişilik bozukluğu belirtileri %37-52 oranında saptanmıştır [76]. Toplum örnekleminde yapılan çalışmalarda da ergenlerin kendine zarar verme davranışı ile borderline kişilik bozukluğu semptomları arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur [75]

Kendine zarar verme davranışı BKB'nin tanı kriterlerinden biridir. Duygu düzenleme bozukluğu BKB'nin çekirdek belirtileri arasında sayılmaktadır [150]. Duygu düzenleme bozukluğu KZVD da merkezi rol üstlenmiştir [5].

5.4.2. Anne-babalarda psikopatoloji

Aile işlevselliğinin bozulması kendine zarar verme davranışı için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır [151]. Ebeveynlerin kronik fiziksel hastalığının olması, alkol-madde kullanımı ve KZVD, ergen kendine zarar verme davranışı ile ilişkili bulunmuştur [61, 63]. Aile işlevselliğini doğrudan etkileyen ebeveynin psikiyatrik bozukluğu ile, KZVD arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az sayıda çalışma vardır. Toplum örnekleminde KZVD'si olan ergenlerin ailelerindeki psikiyatrik bozuklukları yarı yapılandırılmış görüşme ile sistematik olarak değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çalışmamıza göre TKZV grubu annelerinin %57'si, EKZV grubu annelerinin %40'ı ve kontrol grubu annelerinin %9'u en az bir psikiyatrik bozukluğa sahiptir. TKZV grubu babalarının % 39'unda, EKZV grubu babalarının %17'sinde, kontrol grubu babalarının %3'ünde psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Kendine zarar veren ergenlerin anne ve babalarında anlamlı derecede yüksek psikiyatrik bozukluk vardır. Yazında bu konuda yapılan sistematik bir araştırma olmadığından bulgularımızı doğrudan karşılaştırma imkanı ulunamamıştır. Fikir vermesi açısından madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin ebeveynlerinde yapılan bir çalışma ele alınmıştır. İzmir ilinde madde kullanım bozukluğu

olan ergenlerle yapılan bu çalışmaya göre, madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin annelerinde %50, babalarında %52 eksen I psikiyatrik bozukluk saptanmıştır [152]. Bu iki çalışma; kendine zarar verme ya da madde kullanım bozukluğu gibi ciddi psikiyatrik rahatsızlıklarda, anne ve babalarda da psikiyatrik bozukluk oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Kendine zarar veren ergenlerin ailelerinde olumlu duygulanım az, olumsuz duygulanım fazla görülmekte, aile bağlılığının az olduğu bildirilmektedir [151]. Kendine zarar veren ergenler kendine zarar vermeyen ergenlere göre sorunlar karşısında daha savunmacı, negativist bulunmuş ve olumlu duygulanımlarının az olduğu görülmüştür [151]. Ayrıca erken dönemlerden itibaren özellikle birincil bakım verenin (annenin) duygusal tepkilerinin çocuğun duygu düzenleme işlevlerini düzenlediği bilinmektedir [153]. Benzer biçimde anne ve babanın psikiyatrik bozukluğu, çocuk ve ergenin duygu düzenleme yeteneklerinin gelişimini aksatabilir. Böylece çocuk ya da ergen affektif belirtilerle seyreden bir çok ruhsal rahatsızlığa yatkın hale gelebilir. Psikiyatrik bozukluklara doğrudan ya da dolaylı yoldan katkı sağlayan etkenlerin, genetik olarak kalıtılmış olma ihtimali de göz önüne alınmalıdır. Bu konuda yapılacak araştırmalara ihtiyaç vardır.

TKZV grubu annelerin %37'si, EKZV grubu annelerinin %23'ü ve kontrol grubu annelerinin %6'sı en az bir depresif bozukluk tanısına sahiptir. Sonuçta kendine zarar veren ergen annelerinin %32'sinde depresif bozukluk tanısı bulunmuştur. Ergen ve anne depresyonun KZVD için risk oluşturup oluşturmadığını inceleyen bir çalışmada, kendine zarar veren ergenlerin annelerinin %29'una depresyon tanısı konulmuştur. Bu çalışmada annelerdeki depresif belirtilerin "kişilerarası bulaşma hipotezi"ne göre ergenlerde depresif belirtilere yol açabileceği; depresif belirtiler gösteren ergenin de KZVD'yi duygu düzenleme amacıyla kullanarak depresif belirtilerle başa çıkmaya çalıştığı ileri sürülmüştür [154]. Bir gözden geçirme çalışmasında, anne ve babada bulunan depresyonun çocuklardaki davranışsal problemlere eşit katkı sağladığı, çocuklardaki duygusal sorunlarla ise annenin depresyonu arasında ilişki olduğu belirtilmiştir [155]. Çalışmamızda bulduğumuz kendine zarar veren ergenlerin yaşadığı emosyonel güçlüklerin bir nedeni de annelerinde saptanan yüksek depresif bozukluk oranları olabilir. Depresif annelerin çocuklarında görülen artmış KZVD için yapılan bir açıklamada, sosyal olumlu pekiştirmeye vurgu yaparak, kendine zarar vermenin depresif annenin dikkatini ve ilgisini çekmek için yapıldığını belirtmiştir [156] Depresif annelerin

çocuklarına yeterli sosyal destek sağlaması ve çocuklarıyla tatmin edici ilişki kurması güç olmaktadır [154]. Çalışmamızda, KZVD olan ergenlerin kontrol grubu ergenlere göre aileden algılanan sosyal desteğin düşük olmasının bir nedeni annelerdeki yüksek depresyon oranı olabilir.

Çalışmamızda TKZV grubu annelerinin %33'ü, EKZV grubu annelerinin %23'ü kontrol grubu annelerinin %3 anksiyete bozukluğu tanısı almıştır. Kendine zarar veren ergenlerin annelerinde anksiyete bozukluklarına daha sıktır. TKZV grubu annelerinde EKZV grubu annelerine anksiyete bozukluğu tanısı daha fazla olmakla birlikte, aradaki fark anlamlı değildir. TKZV grubu babalarının %17' sinde, EKZV grubu babalarının %10' nunda bir anksiyete bozukluğu saptanırken, kontrol grubu babalarının hiç birinde anksiyete bozukluğu bulunmamıştır. Kendine zarar veren ergenlerin ebeveynlerinde anksiyete bozukluklarını değerlendiren sistematik bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bir çalışmada, annelerinde anksiyete belirtileri olan ergenlerin daha çok anksiyete bulgusu gösterdiği bildirilmiştir [157]. Anksiyete bozukluğunun kalıtsal geçiş gösterdiğini bildiren çalışmalar vardır [158, 159] Aynı zamanda aile işlevselliğinin bozuk olması ergenlik dönemi anksiyete bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur [157]. Çalışmamızda bu bulguları destekler şekilde kendine zarar veren ergenlerde anksiyete bozuklukları ve belirtileri fazla saptanmıştır. Anksiyöz ebeveynlerin, çocuklarını çok daha fazla eleştirdikleri, daha az olumlu tepki verdikleri ve gülümsedikleri saptanmıştır [160]. Anksiyöz ebeveynler; çocuklarının fikirlerini yok sayarak, görüşlerini desteklemeyerek, çözüm önerilerine hoşgörü göstermeyerek, fikir ve davranışlarını yargılayarak çocuklarının psikolojik otonomi kazanmasına ket vurmaktadır [157]. Bu bilgiler ışığında anksiyöz ebeveynin ergenin özerkliğini kazanmasına engel olduğu söylenebilir. Anksiyöz ebeveynlerin yukarıda bahsedilen uygun olmayan emosyonel cevapları, ergenlerin duygu düzenlemesinde güçlüklerle yol açabilir. Duygu düzenleme ve kişiler arası sınırlar ise ergen kendine zarar verme davranışı ile ilişkilidir [5].

Kişisel işlevselliği ve aile işlevselliğini önemli şekilde bozan bipolar bozukluk (KZV grup: 2 annede) ve şizofreni (KZV grup: 1 annede) gibi ağır psikiyatrik bozukluklar sadece kendine zarar veren ergenlerin annelerinde saptanmıştır.

Çalışmamızda TKZV grubu annelerinin %9'unda somatizasyon bozukluğu saptanmıştır. Kanseri, multiple skleroz ve somatizasyon bozuklukları olan yetişkinlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada somatizasyon bozukluğu grubunun daha çok depresif belirti gösterdiği belirtilmiştir[161]. Bu bulgu somatizasyon bozukluğu olan yetişkinlerin psikolojik strese karşı kötü emosyonel yanıt verdiklerini göstermektedir. Somatik bozuklukların ardında bedenden gelen uyarılara ve psikolojik strese karşı yanıtın bozuk olduğu ileri sürülmektedir [161]. Ülkemizde yapılan bir alan çalışmasında kendine zarar veren ergenlerde kontrol grubuna göre yüksek somatizasyon belirtileri saptanmıştır [162]. Sonuç olarak kendine zarar veren ergenlerde ve ailelerinde somatizasyon belirtileri fazla görülmektedir. Bedenden gelen uyarıların ve bu uyarılar sonucu oluşan psikolojik stresin yanlış yorumlanması; anne ve çocuklarında duygu düzenleme güçlüklerine işaret edebilir. Aynı zamanda somatik belirtiler ergenlerde ve annelerindeki depresif bulguların yoğunluğuna da bağlanabilir.

TKZV grubu babalarının %17' sinde, EKZV grubu babalarının %7' sinde bir depresif bozukluk saptanırken, kontrol grubu babalarının hiç birinde depresif bozukluk bulunmamıştır. Babalarında depresyon bozukluğu olan ergenlerde depresyon ve intihar davranışları daha sık gözlenmektedir [163].

Bipolar bozukluk (TKZV grup: 4 babada) ve şizofreni (TKZV grup:1 babada) gibi ağır psikiyatrik bozukluklar sadece kendine zarar veren ergenlerin babalarında saptanmıştır. Bu bozukluklar hem kişisel işlevselliği hem aile işlevselliğini etkilemektedir.

Alkol-madde kullanım bozuklukları TKZV grubu babalarının %15'inde saptanırken bu oran kontrol grubu babalarında %3'tür. Babalarda bulunan alkol kullanım bozukluğunun, çocuklarında depresyon, davranım bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu ile ilişkili olduğu saptanmıştır [163]. Ayrıca babadaki alkol kullanım bozukluğu, çocuklardaki akademik başarısızlıkla ve düşük benlik algısı ile ilişkilidir. Babadaki alkol madde kullanım bozukluğunun neden olduğu bu durumlar ergenlerdeki kendine zarar verme davranışı ile ilgili bulunmuştur[61].

5.5. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN VE OLMAYAN ERGENLERDE EMOSYONEL REGÜLASYON BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışmada; KZVD olan ergenlerle kontrol grubu ergenlerin duygu düzenleme (emosyonel regülasyon) becerilerini karşılaştırmak amacıyla, *Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği* (DDGÖ) kullanılmıştır. DDGÖ ile değerlendirilen bu beceriler arasında; ergenlerin duygularını kabul etmesi, duyguları konusundaki farkındalığı ve netliği, olumsuz duygu ile karşılaşıldığında amaca yönelik davranabilme ve duygu düzenlemeye yönelik strateji kullanabilme ve dürtüsel davranma eğilimleri yer alır. Çalışmamızın sonuçlarına göre; amaçlar bölümünde belirtilen ***"Kendine zarar verme davranışları olan ergenler, daha fazla duygu düzenleme güçlüklerine sahiptir"*** varsayımı doğrulanmıştır.

DDGÖ toplam puanları, üç grup arasında yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak istatistiksel anlamlılık düzeyinde farklı bulunmuştur. Grup içi karşılaştırmalarda TKZV grubu, EKZV ve kontrol grubundan; EKZV grubu da, kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almıştır. Buna göre duygu düzenlemede en fazla güçlük yaşayan grup TKZV grubudur; en az güçlük yaşayan grup ise kontrol grubudur. EKZV grubu, duygu düzenleme becerileri açısından TKZV grubu ile kontrol grubu arasında yer almıştır. Duygu düzenleme güçlüklerinin, çocuk ve ergenlerde sosyalleşmeyi bozduğu ve psikopatolojiye zemin hazırladığı bilinmektedir [164]. Yazında, KZVD'nın, psikiyatrik bozukluklar ile yakın bir ilişkisi olduğuna ilişkin bir görüş birliği vardır [70].

Bu nedenle KZVD olan ergenlerin, duygu düzenleme güçlükleri yaşaması beklenen bir durumdur. Linehan (1993), borderline kişilik bozukluğu gelişimi kuramında; emosyonel disregülasyonu, hastalığın çekirdek özelliği olarak tanımlamıştır ve bu bozukluğun temel bulgularından olan KZVD ile emosyonel disregülasyonu ilişkilendirmiştir [165]. Ayrıca yazar, KZVD'nın, bir duygu düzenleme işlevi gördüğünü belirtmiştir. Bir çalışmada, kendine zarar veren ergenlerin stresli bir görev sırasında, diğer ergenlere göre daha fazla "fizyolojik uyarılmışlık" gösterdiği saptanmıştır [68]. Kendine zarar veren ergenlerin önemli bir kısmı, KZVD'larını anksiyete, hostilite gibi baş edilemeyen bunaltıcı duygulardan kurtulmak için yaptıklarını ifade etmektedir. KZVD işlevlerini anlamaya yönelik geliştirilen modeller arasında, en çok vurgulanan affekt regülasyonu modelidir [5, 30]. Bu modele göre; etkin duygu düzenlemede güçlükler yaşayan ergen, "kendine zarar vermeyi" *bir duygu düzenleme yöntemi* olarak kullanmaktadır. Aşırı emosyonel tepkisellik,

stres toleransında azalma, duygu düzenleme becerilerinde yetersizlik ve emosyonel olarak uyarıldığında bunu düzenleyememe görülür. Sonuçta; düşünce, duygu ve bedensel hislerden kaçınma amacıyla KZVD ortaya çıkar. Bu yolla sağlanan geçici rahatlama, KZVD'yi pekiştirir; kendine zarar vermenin işlevsel olmayan bir duygu düzenleme stratejisi olarak kullanılmasına yol açar [166]. Bu anlamda, kendine zarar verme bir duygu düzenleme ya da affekt regülasyonu yöntemi olarak işlev görmektedir.

Yazında; hem Linehan'ın bordeline kişilik patolojisinde emosyonel disregülasyon çekirdek konumunda yer alır; hem de affekt regülasyon modelleri, KZVD işlevleri arasında sayılır. Buna karşın yazında, KZVD ile duygu düzenleme arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az sayıda çalışma vardır. Yakın dönemde yapılan KZVD olan 249 kız [167] ve 97 erkek üniversite öğrencisinin [168] katıldığı ve DDGÖ'nin kullanıldığı her iki çalışmada; duygu düzenleme bozukluğunun, kendine zarar veren ve vermeyen gençleri birbirinden ayırt ettiğini bulunmuştur. Ayrıca her iki çalışmada da, kendine zarar verme sıklığı ile duygu düzenleme becerilerindeki yetersizlik arasında bir ilişki bulunduğu gösterilmiştir. Gratz ve Chapman (2007); erkek öğrencilerin, KZVD sayısı arttıkça duygu düzenleme açısından daha fazla güçlük yaşadıklarını belirlemiştir[168]. Bu bulgular, bizim çalışmamızdaki TKZV ile EKZV grubunun DDGÖ toplam puanları açısından anlamlı düzeyde birbirinden farklılaşması ve kendine zarar verme sayısı ile DDGÖ ölçeği toplam puanı arasındaki doğrusal ilişki ile uyumludur. Gratz ve Roemer (2008), kız öğrenciler ile yaptıkları çalışmada, KZVD sıklığı ile DDGÖ toplam puanı arasında (.26) düzeyinde bir ilişki bulunmuştur; bu doğrusal ilişki bizim çalışmamızda daha güçlü(.49). saptanmıştır [167].

Benzer şekilde, daha yakın zamanda yapılan iki çalışmada, DDGÖ kullanarak KZVD ile duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışmalardan ilkinde, KZVD olan kolej öğrencileri ile kontrol grubu karşılaştırılmıştır; KZVD olan olgular, DDGÖ'nin tüm alt ölçekleri ve toplam puanı açısından anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almıştır [126]. İkinci çalışmada ise, KZVD olan 99 kız olguda, duygu düzenleme bozukluğunun KZVD için öncelikli risk oluşturduğu bulunmuştur; yapısal eşitlik modeli ile duygu düzenlemenin, arkadaş ve aile ilişki problemleri ve KZVD arasındaki ilişkiye aracılık ettiği saptanmıştır [94]. Bu çalışmada KZVD sıklığı ile DDGÖ toplam puanı arasında (.34) düzeyinde ilişki olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda, DDGÖ alt ölçekleri de gruplar arasında karşılaştırılmıştır ve *farkındalık alt ölçeği* hariç, diğer tüm alt ölçeklerin (amaç, strateji, netlik, dürtüsellik, kabul etmeme) üç

grubun tüm ikili karşılaştırmalarında (TKZV-EKZV grubu, EKZV-kontrol grubu, TKZV-kontrol grubu) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu bulunmuştur. Buna göre duygu düzenlemede, kontrol grubu, EKZV grubundan; EKZV grubu da, TKZV grubundan daha iyi düzeyde; *stresle karşılaştığında amaca yönelik davranış başlatabilmekte, etkin stratejiler kullanabilmekte, negatif duygularını kabul edebilmekte, duygusal yanıtlarını netleştirebilmekte ve dürtüsel davranışları kontrol edebilmektedir*. Farkındalık alt ölçeğinde ise, ölçek puanı gruplar arasında beklenen yönde sıralanmıştır; ancak istatistiksel anlamlılık yalnızca TKZV grubu ile kontrol grubu arasında elde edilmiştir. Buna göre; TKZV grubu, kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde duygusal yanıtlarının daha az farkındadır. Ayrıca; KZVD sıklığı arttıkça ergenin duygusal yanıtlarında azalan farkındalığa bir eğilim ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızın dikkat çekici bir bulgusu; EKZV grubunda yer alan ergenlerin duygu düzenleme becerileri açısından, kontrol grubu ve TKZV grubu arasında yer almış olmasıdır. Bir başka ifadeyle, epizodik olarak kendine zarar veren ergenler, duygu düzenleme becerilerinde kontrol grubuna göre daha fazla güçlük yaşamaktadır; ancak TKZV grubu kadar da etkilenmiş gözükmemektedir. Linehan (1993), yaşamın erken dönemindeki olumsuz çevresel koşullarının, emosyonel sıkıntı ve baş etme stratejilerinin geliştirilememesi ile sonuçlandığı teorisini sunmuştur. Böyle bir psikososyal ortamda yetişen bireyler, kendine zarar vermeyi uyuma yönelik olmayan (maladaptif) bir emosyonel regülasyon stratejisi olarak kullanır[165]. Bu teoriden yola çıkarak; TKZV grubunda yer alan ergenlerde, duygu düzenleme güçlüklerinin temelini yaşamın erken yıllarında atıldığı ve uyuma yönelik duygu düzenleme stratejilerinin çeşitli nedenlerle (olumsuz aile koşulları, ebeveynlerin duygu regülasyonu stratejileri geliştirmede, duyguları ayrıştırmada çocuğa yardımcı olamaması vb.) gelişmediği düşünülebilir. EKZV grubunun ise; ergenlik ile birlikte başlayan dürtülerde yoğunlaşma, psişik yeniden yapılanma ile ilgili süreçler, eyleme vuruk davranışlar ve kabarmış duygular nedeniyle duygu düzenlemede güçlükler yaşadığı görülmektedir. Ancak bu ergenlerin çoğunda, gelişimsel görevler nedeniyle, duygu düzenlemede geçici bir bozulma yaşandığı düşünülmektedir. Favazza (1989) da, KZVD sınıflandırmasında; davranışın *çok sayıda yapıldığı ve kimlik algısına ile bütünleşmiş olan "tekrarlayıcı gruptan"* ve aynı davranışları *sınırlı sayıda ve psikolojik nedenlerle yapan "epizodik gruptan"* bahsetmektedir [18]. Bu görüşe bir başka destek de, Klonsky'nin (2009) çalışması olabilir. Yazar, KZVD olan ergenleri, davranışın tanımlayıcı özellikleri açısından 4 gruba ayırıp incelemiştir ve daha

ağır grupların, daha fazla sayıda zarar verme davranışında bulunduğunu; daha erken yaşlarda kendine zarar vermeye başladığını; daha fazla psikiyatrik hastalık belirtisi taşıdığını ve davranış işlevi olarak affekt regülasyonunu (*yazar affekt regülasyonun genel olarak duygu düzenlemeyi yansıttığını belirtmiştir*) daha çok kullandığını bildirmiştir [97]. Bu gruba, duygu düzenleme stratejilerini öğretmenin önemli olduğunu eklemiştir. Diğer yandan; daha hafif grupların ise, farklı ve hafif şiddette özellikler gösterdiğini; bunun geçici bir davranış olabileceğini; KZVD olan her genci *kronik ve önemli bir rahatsızlığın başlangıcında diye* değerlendirmenin uygun olmadığını ve psikiyatrik tedavi gerekliliğinin iyi değerlendirilmesinin önemli olduğunu vurgulamıştır.

Graz ve Roemer'in (2008) kız üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada ise, yalnızca *amaç strateji*, *farkındalık* ve *netlik* puanları açısından; kendine zarar veren gençler ile vermeyenler arasında fark bulmuştur [167]. Kendine zarar verme sayısı ile alt ölçeklerin ilişki düzeyleri açısından da, strateji (.25), farkındalık (.29) ve netlik (.28) alt ölçeklerini ilişkili bulmuştur. Bizim çalışmamızda ise, tüm alt ölçekler kendine zarar verme sayısı ilişkilidir. Alt ölçekler arasında en güçlü ilişki, *dürtüsellik* (.50) ve *strateji* (.45) alt ölçeklerinde bulunmuştur. Bunu *amaç* (.36), *netlik* (.34) ve *kabul etmeme* (.31) izlemiştir. *Farkındalık* alt ölçeği zayıf düzeyde ilişki göstermiştir (.16). DDGÖ'nün farkındalık alt ölçeğinin yararlı olanı uyuma yönelik olmayandan ayırma kapasitesi kuşkuludur. Farkındalık alt ölçeğinin psikolojik faktörlerle ilişkisi çalışmalar arasında tutarlı bulunmamıştır. Türk örnekleminde yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında da benzer bulgular elde edilmiştir [102]. Farkındalık alt ölçeğinin KZVD sayısı ile zayıf ilişki göstermesi ve Gratz ve Roemer'in bulgularından ayrışması bununla ilişkili olabilir. Çalışmamızda, farkındalık alt ölçeği dışında; diğer alt ölçeklerin Gratz ve Roemer'in çalışmasına kıyasla, KZVD sayısı ile daha yüksek düzeyde ilişki göstermesi ve gruplar arasında farklılaşması şaşırtıcı bir bulgu değildir. Bu çalışmada kendine zarar veren ergenlerde, özellikle de TKZV grubunda yüksek oranda yıkıcı davranış bozuklukları tanısı saptanmıştır. KZVD ve yıkıcı davranış bozukluklarında duygu düzenleme güçlükleri olduğu bilinmektedir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda (DEHB), davranış inhibisyonunda güçlükler olduğu; ayrıca bozukluğun klinik görünümünün bir parçası olarak irritabilite, hostilite, duygusal dengesizlik (instabilite) görüldüğü bilinmektedir. İmpulsivite ise bozukluğun çekirdek belirtileri arasında yer almaktadır [145]. DEHB'si olan ergenlerin özellikle agresif alt gruplarının, duygu düzenlemede güçlükler yaşadığı bildirilmiştir [146]. DEHB'de aynı zamanda emosyonel ipuçlarını yakalamada sorunlar

vardır [164]. Dışa yönelim bozuklukları olan çocuklar; daha çok öfkeyi dışavurma ve kontrol edememe, üzüntünün dışavurumunda aşırı kontrol, artmış emosyonel yoğunluk, başkalarının emosyonel tepkilerinden aşırı etkilenme, impulsif davranma ve emosyonel davranışlarını düzenleyememe eğilimindedirler. Ayrıca ortak nöronal yolların DEHB ve emosyon regülasyonu ile ilişkisi (ventrolateral prefrontal korteks ile dorsolateral prefrontal korteks arasındaki bağlantıların amaca yönelik davranış başlatma ve emosyon regülasyonunda görev alması vb.) ve davranışsal, bilişsel ve affektif kontrolde bir arayüz olması, DEHB duygu düzenleme güçlüklerini ve dolayısıyla, KZVD grubunda yer alan ergenlerin duygu düzenleme yetilerinin bu derecede etkilenmiş olmasını açıklayabilir.

Duygu düzenleme güçlüklerinin, KZVD'yi yordama gücünü değerlendirmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Tek değişkenle yapılan analizlerde, DDGÖ toplam puanı ve tüm alt ölçek puanları anlamlı bulunmuştur (farkındalık alt ölçeği: $p < .01$, diğer alt ölçekler ve toplam puan: $p < .001$). Buna göre, duygudurum düzenleme güçlükleri genel anlamda KZVD için risk oluşturmaktadır. Benzer şekilde; olumsuz emosyonlar ile karşılaşıldığında, amaca yönelik davranış başlatamama, dürtüsel davranma, etkin duygu düzenleme stratejileri kullanamama, duygusal yanıtların farkında olmama, olumsuz duyguları hayatın anlamlı bir yönü olarak kabul edememe, duyguları netleştirememe; duygu regülasyonunun alt boyutları olarak KZVD için risk oluşturmaktadırlar. Alt boyutlar çoklu model içinde birlikte analize alındığında ise, yalnızca dürtüsellik ($p < .01$) ve farkındalık ($p < .05$) alt ölçekleri KZVD'yi anlamlı olarak yordamıştır. Gratz ve Roemer (2008) de çalışmalarında, genel duygu düzenleme güçlüğünü ve alt ölçeklerden *strateji* ve *netlik* KZVD'nı ayıt etmede anlamlı bulmuştur[167]. KZVD'yi yordamada alt ölçekler arasındaki farklılık; iki çalışmanın örnekleminin yaş farkına, cinsiyet dağılımındaki farklılığa ve kültürel etkenlere bağlı ortaya çıkmış olabilir.

Buna göre; Türk örnekleminde KZVD olan lise öğrencileri arasında, genel olarak duygu düzenlemede ve bütün alt boyutlarda belirgin güçlük yaşandığı bulunmuştur. Kendine zarar verme sıklığı, duygu düzenlemede artan güçlüklerle paralel olarak artmaktadır. Duygu düzenlemenin alt boyutları da; (olumsuz emosyonla karşılaşıldığında amaca yönelik davranış başlatamama, dürtüsel davranma, etkin duygu düzenleme stratejileri kullanamama, duygusal yanıtların farkında olmama, olumsuz duyguları hayatın anlamlı bir yönü olarak kabul edememe, duyguları netleştirememe) KZVD sıklığı ile ilişkili bulunmuştur. Tüm bu değişkenler KZVD için risk oluşturmaktadır; duygu düzenlemenin

alt boyutları birlikte etki ettiğinde ise, olumsuz emosyonlar ile karşılaşıldığında, dürtüsel davranma ve verilen emosyonel yanıtların farkında olmama KZVD yordamaktadır.

5.6. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE ADOLESAN AYRILMA BİREYLEŞMESİ

Blos (1967), tarafından ergenlik dönemi, *ikinci ayrılma-bireyleşme dönemi* olarak tanımlanmıştır [9]. Bu dönemin gelişimsel görevleri nedeniyle, ergen *uyuma yönelik bir regresyon* yaşar. Ergenlik dönemindeki en zorlu görev, regresyon yoluyla psişik yeniden yapılanmanın başarılmasıdır. Bu zorlu görev, önceki gelişimsel dönemlerde aksaklıkların olduğu ve ego gücünün yeterli olamadığı hallerde, ergeni psikopatoloji gelişimine açık kılar. Bu çalışmada; KZVD olan ergenler ile kontrol grubu ergenlerinin ayrılma-bireyleşme özellikleri; Levine ve ark (1986) tarafından geliştirilen ve ergen ayrılma bireyleşmesini, Mahler'in ayrılma bireyleşme modelinin anahtar dinamiklerine vurgu yaparak değerlendiren adolesan ayrılma-bireyleşme testi (AABT) ile karşılaştırılmıştır [103]. Araştırmanın bulguları ile **"KZVD olan ergenlerin, KZVD olmayan kontrol grubu ergenlere göre, ayrılma bireyleşme sürecinde güçlükler yaşayacağı varsayımı"** doğrulanmıştır.

Ayrılma anksiyetesi

AABT'nin ayrılma anksiyetesi alt testi; *önemli diğerinden emosyonel ya da fiziksel bağlantının kaybedilmesiyle ilgili kuvvetli korkuları olan* bireyleri tanımlar. Bağlantılı duygular (genellikle idealize edilmiş) *"diğer kişi tarafından reddedilme; terk edilme; yalnız bırakılma duyguları; gerçek, beklentisel ya da algılanan ayrılığa bağlı olarak"* anksiyete ve depresyon yaşanmasıdır. Yeniden yaklaşma aşamasındaki çocuğun yaşadığı yoğun ayrılma anksiyetesini; *"ayrımlaşan ergenin yeniden yaşaması"* şeklindeki rezidüel etkileri olduğu varsayılır. Yeniden yaklaşma krizi, Mahler'in tanımladığı birinci ayrılma bireyleşme sürecindeki çocuğun, bir yandan *"yeni kazandığı özerkliğini genişletme arzusunu"*; diğer yandan da, *"acı veren anneden ayrımlaşma ve korkutucu görünen dış dünya ile baş başa kalma döneminde yaşadığı ambivalansı"* tanımlar. Aynı zamanda, bu dönemde nesne sürekliliğini kazanma ve iyi ve kötünün bütünleştirilmesi süreçleri başlar. Anne ile olumlu bağlanma, annenin ulaşılabilir olması, anne tasarımıda iyi ve kötünün birleşmesi; nesne sürekliliğinin kazanılması için gereklidir. Annenin içselleştirilen sevgisi; kendisi libidinal olarak ulaşılabilir olmasa da; anneye intrapsişik olarak ulaşılabilme imkanı sağlar; annenin

sevgisine ilişkin anılar, çocuğa yardım eder böylece öfke ve düş kırıklığı yumuşar ve daha iyi tolere edilebilir hale gelir [103].

Annenin *"ulaşılamaz, aşırı tutarsız, müdahaleci ve düş kırıklığına uğraticı olması"*; *ani yaşanan çaresizlik, örselenme* gibi nedenler ile çocuğun yeniden yaklaşma krizini çözmemesi; nesne sürekliliğinin sağlanamaması, iyi ve kötünün bütünleştirilememesi ve yoğun seperasyon anksiyetesi yaşama ile sonuçlanır. Erken dönemde; birincil sevgi nesnesi ulaşılabilir olmayan ya da kayıp yaşayan çocuk, ergenlikteki ikinci ayrılma bireyleşme döneminde yoğun seperasyon anksiyetesi, ve kayba ilişkin aşırı hassasiyet yaşar. Blos'un tanımladığı infantil nesne bağlarının çözülmesi süreci, ergen tarafından kayıp ve yas süreci olarak yaşanır [9]. Gardner, kendine zarar veren ergenlerin *"ayrışmayı", terk edilme ve reddedilme* şeklinde algıladıklarını vurgulamıştır [127]. Yakın ilişkilerde yaşanan kopukluklar nedeniyle, ergen başa çıkılamayan bir anksiyete ile karşı karşıya kalır. Ayrışma, beden bütünlüğüne ve kendiliğe karşı bir tehdit gibi yaşanır. Bu nedenle KZVD, artan sıkıntı ile uyuma yönelik olmayan bir baş etme yoludur; bu yolla kendilik tasarımının yeniden sınırları çizilir [169]. Kafka (1969), KZVD'nin *"yatıştırıcı bir geçiş nesnesi"* gibi hareket ettiğini iddia etmiştir [170].

Anna Freud (1958); erken gelişimsel deneyimler nedeniyle, infantil nesne bağlarını kıramayan ergenin, birincil özdeşime regrese olduğu, diğeri ile kaynaşma eğilimi sonucunda *"sınırların silikleştiğini"* belirtmiştir. Normal ergenlik gelişim sürecinde, birincil nesne tarafından terk edilme *korkusu* ile karşı karşıya kalan ergen, bunu kimliğini kaybetme korkusu olarak yaşıntılar; kendisi ve başkaları ile arasındaki sınırı çizmek ve kimliğini kazanmak amacıyla, *"kendine zarar verir"*. Ergenlikteki ayrılma-bireyleşme sürecinde, kendiliğin hala daha diğerinden ayrılmamış olması nedeniyle, *"kendiliğin yitip gitmesi"* vardır [171].

Tüm bu literatür bilgileri ışığında; KZVD olan ergenlerin, kontrollere göre ayrılma anksiyetesi puanlarının daha yüksek olması beklenen bir bulgudur. Çalışmada, AABT'nin ayrılma anksiyetesi alt test puanları, cinsiyet ve yaştan bağımsız olarak; TKZV grubu, EKZV grubu ve kontrol grubu arasında karşılaştırıldığında, TKZV grubunun, kontrol grubundan ve EKZV grubunun da, yine kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. TKZV grubu ortalama ayrılma anksiyetesi puanı, EKZV grubundan yüksek olmakla birlikte aradaki fark anlamlı düzeyde değildir (sırasıyla 23.5 ± 6.4 , 21.4 ± 6.5). Ayrılma anksiyetesi puanının kendine zarar verme sayısı ile ilişkisine

bakıldığında, (.27) düzeyinde pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Bu bulgular, KZVD olan ergenlerin daha yüksek oranda ayrılma anksiyetesi yaşadıkları ve artan ayrılma anksiyetesinin kendine zarar verme davranışı sıklığında artma ile ($p<.001$) ilişkili olduğunu göstermiştir.

Bu bulgular, yukarıda özetlenen kuramsal bilgilerle uyum içerisindedir. Yazında, KZVD ile ayrılma-bireyleşme ilişkisini doğrudan inceleyen bir araştırmaya rastlanılmamıştır; yalnızca bir araştırmada, 18-44 yaş arasındaki KZVD'si olan 85 kişi ile zarar verme davranışı olmayan 176 kişi, AABT'nin 3 alt ölçeği (ayrılma anksiyetesi, yutulma anksiyetesi ve ihtiyacı inkar) kullanılarak karşılaştırılmıştır ve ayrılma anksiyetesi alt ölçeği açısından gruplar birbirinden farklı bulunmuştur. Kendine zarar verenlerin, daha çok *ayrılma anksiyetesi* yaşadığı belirlenmiştir [22]. Bu bulgu, mevcut çalışmanın bulgusu ile örtüşmektedir.

Yutulma anksiyetesi

AABT'nin yutulma anksiyetesi alt testi, özellikle *"yakın ilişkilerden korkan ve bu ilişkileri kendi bağımsızlık ve kendilik duygularına tehdit olarak görme eğiliminde"* olan bireyleri tanımlar. Böyle bireyler, sıklıkla, "kendilerini diğer insanlar tarafından kontrol altında çevrelenmiş" ve "onların güçlerinin baskısı altında, özerkliklerinin ihlal edildiği" şeklinde algırlar. Küçük çocuğun yeniden yaklaşma aşamasındaki yutulma korkusunun, *"ergenlik döneminde yeniden yaşanması"* şeklindeki rezidüel etkileri ölçtüğü varsayılır [103].

Glasser'in (1992) tanımladığı, *"çekirdek yapı-core complex"* ve *agresyonun içe döndürülmesi*; "ülküleştirilmiş anne ile kaynaşma ve tek bir bütün olma düşlemi" ile yutulma anksiyetesi sonucunda gelişen, ambivalans ve bu çatışmanın çözümü için kullanılan savunmalar; içeride kendiliğe, yüzeyde bedene yönelen agresyona neden olur [172].

Anne tasarımı, kendilik tasarımı ile narsistik bir bağlantı içindedir. Bir yandan, annenin talep edici olarak algılanması sonucunda, "kaynaşma düşlemi" ile kendiliği yitirme tehdidi bir alaşım oluşturur. Bu durum, yutulma, zapt edilme, ve ihlal edilme düşüncelerinde kendini yansıtır. Diğer yandan da; anne duygusal gereksinimleri yeterince anlamayan ve doyuramayan birisi olduğu algısı ile, kayıtsız ve ilgisiz olarak görülmeye başlanır; ve daima reddedilme duyguları ile birlikte. Bütün bu yapılanma; yutulma anksiyetesi ile

sonuçlanır; eşlik eden savunmalar, narsistik geri çekilme ve kendiliği koruyan agresyondur.

Narsistik geri çekilme; terk edilme endişeleri, çökkünlük, izolasyon ve değerlilik duygularında azalma için bir yatkınlık oluşturur. Bu da, tekrar "kaynaşma düşlemlerine" geri dönüş sağlar. Glasser; çekirdek yapıdaki bu bölümünün, "*şiddetli bir kısırdöngü*" olduğuna dikkat çeker. *Kendiliği-koruyan agresyon ise*; yıkıcı ve güçlü olarak algılanan anneyi, yok etme ya da etkisizleştirme amacını taşır.

Annenin kayıtsız algılanması sonucunda da, benzer savunmalar ortaya çıkar. Bu savunmaların eş zamanlı olarak görülmesi nedeniyle, agresyon aynı zamanda kendiliğe döndürülür. Ruhsal çatışma savunmacı bir uzlaşmaya neden olur. Çatışmanın çözümü düşmanlıktır ve bu düşmanlık dışarıya ve dış nesnelere yönlendirilmek yerine içeride kendiliğe ve bedene yönlendirilir. Yutulma anksiyetesi ve içe döndürülen agresyon kendine zarar verme davranışıyla sonuçlanır.

Ergenlik döneminin yutulma anksiyetesinin; birinci ayrılma-bireyleşme döneminin yeniden yaklaşma krizindeki çocuğun "*etkinleşen bağımlılık gereksinimleri*" ve "*anneyle kaynaşma düşlemleri*" ile erken simbiyotik dönemdeki "*aşırı müdahaleci ve kontrol altında tutucu anne tutumlarından*" kaynaklandığı düşünülmektedir [103]. Bir başka ifadeyle; ergenlik dönemindeki yutulma anksiyetesi, birinci ayrılma bireyleşme döneminin yeniden yaklaşma krizinin çözülmemiş çatışmalarını, annenin aşırı müdahaleci, korumacı, özerkliği desteklemeyen tutumlarını ve kendiliğin silikleşen sınırlarını ve birincil nesneden ayrılamama durumunun bir yansımasıdır. Erken dönemdeki nesne ilişkileri; rahatsız edici, ürkütücü ya da kaygı yaratıcı emosyonların kaynağıdır. İçselleştirilmiş nesnenin yıkıcılığı ile ayrılaşma kaygısından kaynaklanan bu ambivalans sonucunda yoğun bir çatışma yaşanır. Aslında, kendini kesme ile oluşan yaralar, bu ambivalansın metaforik bir göstergesidir: "*Esirliğin izleri ve keserek özgürleşme arzusu*".

Bu dönemde, "birincil nesnenin düş kırıklığına uğratici ve ulaşılamaz ya da aşırı derecede tutarsız ve müdahaleci olması", "tümgüçlülük duygusunu ani ve acı verici şekilde yıkan bir çaresizlik yaşama" ve "aşırı derecede, birikici ya da ani örseleyici yaşantılar" sonucunda; yeniden yaklaşma krizi yoğun ambivalansa ve nesne dünyasının "iyi" ve "kötü" olarak bölünmesine yol açabilir. KZVD'si olan ergenler, birincil nesneden

ayrışmamıştır ya da kötü nesne tasarımları ile özdeşleşme yapmıştır. Aslında; kendine zarar verme, "bilinçdışı olarak kötü nesnelerin sökülüp atılması ve iyi nesne tasarımlarının yeniden oluşturulması" ile ilişkilidir.

Anna Freud'a (1958) göre infantil nesne bağlarını kıramayan ergenin; savunma mekanizmaları ile, sevgiyi nefrete, bağımlılığı da isyana döndürür. Bunun sonucunda dışa yönelen agresyon ebeveyne; içe yönelen agresyon da kendiliğe döner ve kendine zarar verme şeklinde ifade edilir [171]. Birçok kendine zara veren ergen; başkasına zarar vermektense, kendine zarar vermeyi tercih ettiğini söyler [173].

Yukarıda bahsedilen kuramlara paralel olarak bu çalışmada; KZVD olan ergenlerin, kendine zarar vermeyen ergenlere göre daha fazla yutulma anksiyetesi yaşadığı bulunmuştur. AABT'nin yutulma anksiyetesi alt ölçeği puanı gruplar arasında karşılaştırıldığında, cinsiyet ve yaştan bağımsız olarak; TKZV grubu, EKZV grubundan; EKZV grubu da, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla puan almıştır. KZVD sayısı ile yutulma anksiyetesi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; (.46) düzeyinde ($p < .001$) ilişki bulunmuştur. Buna göre, KZVD olan ergenler daha fazla oranda *"yakın ilişkilerden korkan ve bu ilişkileri kendi bağımsızlık ve kendilik duygularına tehdit olarak görme eğilimindedir"*. Ayrıca, *"kendilerini diğerleri tarafından kontrol altına alınmış"* ve *"onların güçlerinin baskısı altında"* ve *"özerkliklerinin ihlal edildiği"* duyguları şiddetlendikçe; daha sık KZVD sıklığı da artmaktadır. Yukarıda anılan, Hall Ray'in çalışmasında (2007) ise, beklenenin aksine yutulma anksiyetesi açısından kendine zarar veren ve vermeyen grup birbirinden farklılaşmamıştır [22].

İhtiyacı inkar etme

Bağımlılık gereksinimlerini, yadsıyan ya da görmezlikten gelen bireyleri tanımlar. Böyle bireyler, olasılıkla ayrışma kaygısına yönelik gelişen bir savunmadır. Böyle bireyler; *"yakınlık, arkadaşlık ya da aşk duygularını anlamayarak ya da reddederek"* tepki gösterir. Bu ergenlerin, bu savunma stilini ayrılma-bireyleşmenin erken evreleri sırasında kullandığı ve ergenlik döneminde de kullanmaya devam ettiği varsayılır. Bu durumun simbiyotik dönemde; annenin, çocuğa karşı eşduyum içermeyen ya da öngörülemez müdahalelerinden ya da yine aynı dönemde yapışık ve çatışmalı ilişkisinden kaynaklanmaktadır [103].

Yukarı bölümde de tartışıldığı gibi, KZVD olan ergenlerin daha fazla oranda olumsuz yaşam olayı yaşadığı; istismar ve ihmale maruz kaldığı bilinmektedir. Bu ergenlerin, arkadaş ilişkileri ve aile ilişkileri hakkında olumsuz algıları olduğu ve sosyal desteği daha zayıf algıladıkları yazın bilgisine paralel olarak; bu çalışmada da gösterilmiştir (İlgili bölümlerde yazın eşliğinde tartışılmıştır). Ayrılma-bireyleşme ve nesne ilişkileri kuramından yola çıkarak, Levine (1986)'ın de belirttiği gibi; bu ergenler, artan ayrışma kaygısına yönelik bir savunma içerisindedir. Bu nedenle, bağımlılık gereksinimlerini görmezden gelme, yakın ilişkileri anlamama, ihtiyaç duymama ve uzak durma eğilimindedirler [103].

Bunlara paralel olarak bu çalışmada; KZVD olan ergenlerin, kendine zarar vermeyen ergenlere göre daha fazla *"ihtiyacı inkar eğiliminde"* olduğu bulunmuştur. AABT'nin ihtiyacı inkar alt ölçeği puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında, cinsiyet ve yaştan bağımsız olarak; TKZV grubu, EKZV grubundan; EKZV grubu da, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla puan almıştır. KZVD sayısı ve ihtiyacı inkar etme ilişkisine bakıldığında; (.37) düzeyinde ($p<.001$) ilişki bulunmuştur. KZVD olan ergenler; *"ayrışmayı", terk edilme ve reddedilme* şeklinde algılar; bu nedenle, daha fazla oranda savunma amaçlı *bağımlılık gereksinimlerini yadsıma yada reddetme* eğilimindedir. Ayrıca, *bağımlılık gereksinimlerini yadsıma eğilimi* şiddetlendikçe, KZVD sıklığı artmaktadır. Yukarıda anılan, Hall Ray'in çalışmasında (2007) ise, beklenenin aksine, ihtiyacı inkar açısından kendine zarar veren ve vermeyen grup birbirinden farklılaşmamıştır [22].

Reddedilme beklentisi

AABT'nin reddedilme beklentisi alt ölçeği, ergenin yaşamındaki önemli bireyleri *"düşman veya vurdumduymaz"* olarak algılayan kişileri tanımlar. İlişkilerde *"güven hissinin"* ve *"diğeri tarafından önemsendiğine"*, *"ihtiyaç duyduğunda ihtiyaçlarının doyurulacağına"* dair düşüncelerin eksikliği vurgulanır. Birincil sevgi nesnesi, *incitici* olarak algılanır; *düş kırıklığı* ve *anlaşılamama* düşünceleri ön plana çıkar. Gelişimin erken dönemlerinde, beklentileri zamanında ve uygun biçimde karşılanamayan; sevgi nesnesinin düş kırıklığına uğratici, ulaşılamaz, ya da aşırı derecede tutarsız olduğu ya da bakım verenin çocuğun isteklerine eşduyum yapmadığı ve temel güven duygusunun sarsıldığı durumlarda, ergenlik dönemine aktarılan, ihtiyacın karşılanmaması ve reddedilme beklentisi görülür.

Gardner'a göre (2002), kendine zarar veren kişilerde, başkalarının davranışlarına aşırı dikkat; kendisi hakkında ne düşünüyor ya da konuşuyor olabileceklerine dair yoğun düşünce uğraşları vardır. Diğerlerinin eylemleri, tepki ve davranışları kendine zarar veren kişi için çok fazladır; *"son damla"* olmuştur. Bu durum, genellikle kendine zarar vermenin bir tetikleyicisi yerine geçer ve kesme yoluyla ani artan duygusal gerilim ve sıkıntı azaltılır; rahatlama sağlanır. Reddedilme ve zapt edilme ve ihlal edilme düşüncelerine karşı; aşırı hassasiyet; mimik ve jestlerden anlam çıkartma, başkalarının tepkilerine karşı tetikte olma söz konusudur [127].

Bu çalışmada; KZVD olan ergenlerin, kendine zarar vermeyen ergenlere göre reddedilme beklentilerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. AABT'nin reddedilme beklentisi alt ölçeği puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında, cinsiyet ve yaştan bağımsız olarak; TKZV grubu, EKZV grubundan; EKZV grubu da, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla puan almıştır. KZVD sayısı ile reddedilme beklentisi arasında (.51) düzeyinde ($p<.001$) ilişki bulunmuştur. Buna göre; kendine zarar veren ergenler, daha fazla oranda reddedilme beklentisi yaşamaktadır. Ergenin birincil sevgi nesnelerine ilişkin *"katılık ve umursamazlık"* algısı şiddetlendikçe, KZVD sıklığının da arttığı bulunmuştur. Ayrıca, bu çalışmada KZVD olan ergenlerin aynı zamanda aile ve arkadaşlarından daha az sosyal destek algıladıkları bulunmuştur. Bu ergenlerin *reddedilme beklentilerinin* yüksek olması, buna paralel ve beklenen bir bulgudur. KZVD olan ergenler, en küçük bir kayba bile şiddetli tepki verme eğilimindedirler. Reddedilme ya da kaybın yarattığı dayanılmaz gerginlik; kendine zarar verme ile geçici olarak rahatlatılır. Yani, Kafka'nın (1969) vurguladığı gibi, KZVD, *"yatıştırıcı bir geçiş nesnesi"* gibi işlev görür [170].

Yazında, ergenlik dönemi ayrılma-bireyleşme özelliklerinden reddedilme beklentisi ve kendine zarar verme davranışı ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Bakım arama

AABT'nin bakım arama alt ölçeği, *"bakım veren ile güçlü bağlanma, kuvvetli bağımlılık ihtiyaçları olan, bu ihtiyaçların doyumunu bekleyen ve olumlu duyguları bu beklentiyle ilişkilendiren"* bireyleri tanımlar. Yakın, yapışık kişiler arası ilişkiler ve bu kişilerin diğerleriyle ilişkilerini karakterize eder. Kişi, diğerleriyle *"kaynaşma"* ve *"tek bir bütün durumunu"* elde etme duygusunu yaşar. Ayrılma-bireyleşmenin simbiyotik döneminin, ergenin etkilenmesiyle devam eden rezidüel etkileri olduğu varsayılmıştır.

Çalışmamızda, Bakım arama alt ölçeği puanları açısından, cinsiyet ve yaştan bağımsız olarak; gruplar arasında fark bulunmamıştır; aynı zamanda bu alt ölçeğin puanları ile kendine zarar verme davranışı arasında ilişki saptanmamıştır.

Yazında, ergen ayrılma-bireyleşme özelliklerinden bakım arama ve kendine zarar verme davranışı ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Öğretmene yapışma

AABT'nin öğretmene yapışma alt ölçeği, öğretmenle *"yoğun ve yakın ilişki kurma ve bağlanma eğilimi"* olan bireyleri tanımlar. Bu çalışmada, öğretmene yapışma alt ölçeği açısından, cinsiyet ve yaştan bağımsız olarak; gruplar arasında fark bulunmamıştır; aynı zamanda bu alt ölçeğin puanları ile kendine zarar verme davranışı arasında ilişki saptanmamıştır.

Yazında, ergen ayrılma-bireyleşme özelliklerinden öğretmene yapışma ve kendine zarar verme davranışı ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Arkadaşa yapışma

AABT'nin arkadaşla yapışma alt ölçeği, *"arkadaşlarıyla yoğun ve yakın ilişki kurma ve bağlanma eğilimi"* olan bireyleri tanımlar. Arkadaşa yapışma alt ölçeği açısından, cinsiyet ve yaştan bağımsız olarak; gruplara arasında fark bulunmamıştır; aynı zamanda bu alt ölçeğin puanları ile kendine zarar verme davranışı arasında ilişki saptanmamıştır.

Yazında, ergen ayrılma-bireyleşme özelliklerinden arkadaşla yapışma ve kendine zarar verme davranışı ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Pratik yapma aynalama

AABT'nin pratik yapma-aynalama alt ölçeği, *"yüksek derecede narsisizm ve kendilik merkezli olan ve bu tarzları diğer kişilerin geribildirimi, övgüsü ya da hayranlığı ile desteklenen"* bireyleri tanımlar. Diğer taraftan, aşırı değerlendirmeye yapılan vurgu ve/veya diğer kişilerden gelen aşırı ilgi belirgindir. Birinci ayrılma-bireyleşme pratik yapma evresinin rezidüel etkilerinin olduğu kadar, ayrılma-bireyleşmenin daha erken dönemlerindeki narsistik rezervlerin elde edilmesini ölçtüğü varsayılır.

Çalışmamızda, pratik yapma aynalama alt ölçeği açısından, cinsiyet ve yaştan bağımsız olarak; gruplar arasında fark bulunmamıştır; aynı zamanda bu alt ölçeğin puanları ile kendine zarar verme davranışı arasında ilişki saptanmamıştır.

Yazında, ergen ayrılma-bireyleşme özelliklerinden pratik yapma aynalama beklentisi ve kendine zarar verme davranışı ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Sonuç olarak; AABT'nin bakım arama, pratik yapma-aynalama, arkadaşla yapışma ve öğretmene yapışma alt ölçekleri "*ilişkilerin destekleyici formlarını*" ölçmektedir. Destekleyici terimi, ergenin kişilerarası karşılıklı ihtiyaçlarını karşılayan ilişkiler için kullanılmıştır. Ayrıca, AABT sadece ebeveyn-ergen ilişkileri değil aynı zamanda genel anlamda adolesanın ilişki paternini ölçmektedir. Çalışmamızda elde edilen bulgulara göre; KZVD olan ergenler ile kontrol grubu ergenlerinin, tüm ilişkilerde *yakınlık, ilgi, destek, onay alma ve narsisistik arayışlar*" açısından benzer olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar Josselson'un, ikinci ayrılma-bireyleşme döneminde, çocukluktaki yeniden yaklaşma alt döneminin tekrarlandığı ve bu alt dönem boyunca, bağımlılık ve bağımsızlık gereksinimlerinin iç içe olduğu görüşüyle tutarlıdır [174].

Buna karşın; AABT'nin ayrılma anksiyetesi, yutulma anksiyetesi, ihtiyacı yadsıma, reddedilme beklentisi alt ölçekleri "*ilişkilerin destekleyici olmayan formlarını*" ölçmektedir. Aynı zamanda AABT, sağlıklı olmayan ayrılma-bireyleşme sürecine ya da bu süreçte yaşanan güçlükleri göstermektedir. Çalışmamızda elde edilen bulgulara göre; KZVD davranışı olan ergenler ile kontrol grubu ergenleri göre ayrımlaşma-bireyleşme sürecinde daha fazla güçlük yaşamaktadır. Özellikle, bu süreçte yaşanan güçlükler şiddetlendikçe, kendine zarar verme davranışı "*tekrarlayıcı ve süreklilik*" niteliğini kazanmaktadır.

Kendine zarar verme davranışı için risk faktörü olarak ayrılma bireyleşme

AABT'nin kendine zarar verme davranışını yordaması (risk oluşturmaları) durumunu değerlendirmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Tek değişkenle yapılan analizlerde AABT alt testlerinden *ayrılma anksiyetesi, yutulma anksiyetesi, ihtiyacı inkar etme* ve *reddedilme beklentisi* alt testlerinin değerlendirdiği AABT alt boyutlarının, kendini zarar verme davranışı riskini istatistiksel olarak önemli düzeyde arttırdığı bulunmuştur ($p < .001$). Bakım arama, öğretmene yapışma, arkadaşla yapışma ve pratik

yapma aynalama alt testlerinin değerlendirdiği AABT alt boyutları ise, KZVD 'nı yordamadığı görülmüştür.

Tek değişkenli analizde anlamlı buluna alt boyutlar çoklu model içinde birlikte analize alındığında ise; *yutulma anksiyetesi* ($p<.05$) ve *reddedilme beklentisi* ($p<.01$) alt ölçekleri kendine zarar verme davranışını anlamlı olarak yordamıştır. Yukarıda da ayrıntılandırıldığı gibi, yeniden yaklaşma krizini çözemeyen ve o döneme ait yutulma korkusunu yeniden yaşayan, buna bağlı olarak yakın ilişkilerden korkan ve bu ilişkileri kendi bağımsızlık ve kendilik duygularına tehdit olarak gören ergenler ile (*yutulma anksiyetesi*); gelişimin erken dönemlerinde beklentileri zamanında ve uygun biçimde karşılanamamış, sevgi nesnesinin düş kırıklığına uğratici, ulaşamaz, ya da aşırı tutarsız olması ve buna bağlı, ilişkilerde karşı tarafı düşman, incitici ya da vurdumduymaz olarak algılayan, ihtiyaç duyduğunda ihtiyaçlarının karşılanacağına dair inançları olmayan; hayal kırıklığı ve anlaşılamama beklentisi içinde olan (*reddedilme beklentisi*) ergenlerin, KZVD için artmış risk altında olması yukarıda da tartışıldığı gibi beklenen bir bulgudur. Sonuç olarak; yutulma anksiyetesi ve reddedilme beklentisi, *ikinci ayrılma-bireyleşme sürecinde yaşanan güçlüklerin* önemli iki boyutunu oluşturmaktadır.

5.7. SOSYAL DESTEK ALGISI

Sosyal desteğin, fiziksel ve psikolojik sağlamlılık üzerindeki etkisi iyi bilinmektedir [105]. Sosyal destek, stresli yaşam olayalarına karşı tampon görevi görür ve kişisel iyilik halini destekler [175]. Bu çalışma kapsamında KZVD'si olan ergenlerin ailelerinden ve arkadaşlarından algıladıkları sosyal desteğin kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla aileden ve arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeği kullanılmıştır.

5.7.1. Aileden algılanan sosyal destek

Aileden algılanan sosyal destek, TKZV grubunda EKZV grubuna göre; EKZV grubunda da kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Bir başka ifadeyle; kontrol grubunda yer alan ergenlerin ailelerinden algıladıkları sosyal destek en iyi düzeyde; TKZV grubunun ise en az düzeydedir. EKZV grubu; ailelerinden algıladıkları sosyal destek açısından kontrol grubu ve TKZV grubunun arasında yer almıştır. Aile desteği algısı ile kendine zarar verme sayısı arasında $-.36$ düzeyinde ters yönde ilişki bulunmuştur.

Bu durum yazınla uyumlu ve beklenen bir bulgudur. 2.5 yıllık izlem sonuçlarının yer aldığı boylamsal bir çalışmada sosyal desteğin (arkadaş ve aile) 2.5 yıl sonraki KZVD'yi yordadığı ve risk faktörü olduğu gösterilmiştir [154]. Tuisku ve ark. (2009) depresyonu olan ergenler arasında KZVD'si olan ve olmayanları karşılaştırdıkları çalışmalarında; KZVD'si olan grubun aile desteği algılarının daha az olduğunu göstermiştir [176]. Hawton ve ark (1996) KZVD'si olan 755 ergenle yaptıkları çalışmada, yetersiz aile desteği ve aile ile ilişkilerde yaşanan sıkıntıların KZVD ile ilişkisini göstermiştir [177]. Aile işlevselliğinde yetersizlik, çalışmalarda sık tekrar edilen bir bulgudur. Martin ve ark. (1995) ve Kerfoot ve ark (1996), aile içi iletişimde ve aile işlevlerindeki yetersizlik ile KZVD ilişkisini rapor etmişlerdir [178, 179]. Tulloch ve ark. (1997) da, ebeveyn-çocuk iletişimindeki yetersizlikler ve zayıf aile bağları ile KZVD arasında güçlü bir ilişkili bulmuştur [180]. Rubenstein ve ark. (1998), aile içi bağların sağlamlığının ve aile bütünlüğünün KZVD için koruyucu faktör olduğunu; aile içi çatışmaların KZVD için risk faktörü olduğunu belirtmiştir [181]. McLaughlin ve ark (1996), KZVD'si olan ergenlerin aile ile daha fazla oranda problem yaşadığını belirtmiş ve bu sorunları; en önemli güçlükler arasında tanımlamıştır [182]. Bu ergenlerin; aileleri tarafından anlaşılmadıkları yönündeki algıları, kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak fazladır.

Webb (2002); psikososyal risk faktörler ile KZVD ilişkisini değerlendirdikleri gözden geçirme çalışmasında; aile problemlerinin varlığından daha çok; aile ilişkili koruyucu faktörlerin eksikliğinin KZVD grubunu ayırt ettiğini belirtmektedir [65]. Koruyucu önlemler anlamında "güvenli ve dost" ebeveyn ilişkilerini güçlendirmeye yönelik stratejiler geliştirilmesini önermiştir. Bu yönüyle aile desteği önemli bir koruyucu faktör olarak görülmektedir. Aile bir çok işlevin yürüdüğü ve ergenlik süreçlerinde hayati anlamı olan bir kurumdur. Bu nedenle KZVD gelişiminde etkisi olan süreçlerde, aile desteğindeki yetersizlik önemlidir [183].

Suyemoto (1998), kişiler arası ilişkilerin KZVD gelişiminde rol oynadığını belirtmiş; bu noktada aileye özel bir yer vermiştir [30]. Örneğin Linehan'ın (1993) borderline kişilik bozukluğu gelişimini açıklayan teorik modelinde; KZVD gelişiminde, yetersiz ebeveynlik ile karakterize olumsuz çevresel koşulların önemli bir rolü olduğunu belirtmiştir [165]. İşlevsel olmayan aile ortamı, bağlanma problemleri ve emosyonel ihmal; KZVD gelişimi ile ilişkili bulunan ve çalışmalarda sıklıkla tekrarlanan durumlardır [184-186]. Aile içi olumsuz ilişki ve etkileşimlerin KZVD'ye yol açma sürecinde; duygu düzenleme güçlükleri,

olumlu duygulanım azlığı, olumsuz duygulanım fazlalığı ve aile bağlarında zayıflıktan bahsedilmiştir [151]. Çatışma ve agresyon ile karakterize, soğuk, destek içermeyen ve/veya ihmalkar çevrelerin; duygu düzenleme süreçlerinde bozulmaya yol açtığı belirtilmektedir [187]. Benzer şekilde ebeveynin olumsuz duygulanımının; çocuğun duygu düzenleme süreçlerinde bozucu etki yarattığı; bunun tersinin de doğru olduğu bildirilmektedir [94, 188] yapısal eşitlik modeli ile duygu düzenleme güçlüklerinin aile (aynı zamanda arkadaş) ilişkilerindeki problemlerin KZVD'ye neden olma sürecinde aracılık ettiğini belirtmişlerdir. Aile (ve arkadaş) ilişkileri çatışmalı ise ve duygu düzenlemeye destek sağlayamıyorsa; ergende duygu düzenleme güçlükleri ortaya çıkmaktadır. Başka bir ifadeyle, aile (aynı zamanda arkadaş) ilişkilerinde güçlükler duygu düzenleme üzerine bağımsız ve olumsuz etki göstermektedir. Aile ilişki sorunları direkt; veya duygu düzenleme güçlükleri aracılığı ile indirekt yolla, KZVD gelişimine neden olmaktadır. (Arkadaş ilişki sorunları ise, duygu düzenleme güçlükleri aracılığı ile indirekt yolla KZVD gelişimine neden olmaktadır).

Bu çalışmadan elde edilen; kendine zarar veren ergenlerin aileden daha az sosyal destek algıladığı yönündeki bulgu; yukarıda özetlenen yazın bilgileri ile uyumludur. Önceki bölümlerde tartışıldığı gibi kendine zarar veren ergenler, daha fazla duygu düzenleme güçlükleri yaşamakta ve daha az aile sosyal desteği algılamaktadır. Epizodik olarak kendine zarar veren ergenlerin hem duygu düzenleme güçlükleri açısından, hem de algıladıkları aile desteği açısından kontrol grubu ile TKZV grubu arasında yer alması ise dikkat çekici bir bulgudur. Epizodik olarak kendine zarar veren ergenler; normal ergenlik süreçlerine göre daha fazla güçlük yaşamakta; ancak TKZV grubu kadar etkilenmiş gözükmemektedir.

5.7.2. Arkadaştan algılanan sosyal destek

Çalışmaya katılan ergenlerin arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek ölçeği ile değerlendirilmiştir. Buna göre TKZV grubunda yer alan ergenlerin arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. İstatistiksel anlamlılık sağlanmamış olmakla birlikte; TKZV grubu EKZV grubuna göre; EKZV grubu da kontrol grubuna göre düşük puan almıştır. Başka bir ifadeyle daha düşük arkadaş desteği algılamaktadır. Arkadaş desteği algısı ile KZVD sayısı arasında -.19 düzeyinde zayıf ilişki bulunmuştur.

Yazın bulguları, çoğu çalışmada arkadaş ilişkilerindeki güçlükler ile KZVD ilişkisini ortaya koymuştur. Yakın tarihli 2.5 yıl izlem sonuçlarının yer aldığı boylamsal bir çalışmada sosyal desteğin (arkadaş ve aile) 2.5 yıl içinde ortaya çıkacak KZVD'yi yoradadığı; KZVD için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir [154]. McLaughlin ve ark (1996), KZVD'si olan ergenlerin arkadaşlarıyla ve kız/erkek arkadaşla daha fazla oranda problem yaşadığını belirtmişlerdir [182]. Hawton ve ark (1996), arkadaş ilişkilerindeki sorunları; Kerfoot ve ark. da (1996) sosyal izolasyonu, KZVD ile ilişkili bulmuştur [177, 179]. Landstedt ve Gadin (2011), yakın tarihli çalışmalarında; okul ve arkadaş ilişkili faktörlerin KZVD ile ilişkisini araştırmışlardır [119]. Akran ilişkileri kapsamında; okulda "hiç-çok nadiren-yalnızca bazen" arkadaşı olduğunu belirten ergenlerin anlamlı olarak daha fazla KZVD'si olduğunu göstermişler. Ve koruyucu önlemler anlamında, akran ilişkilerinin desteklenmesine vurgu yapmışlardır.

Yazında KZVD-arkadaşlık ilişkilerindeki yaşanan güçlükler ilişkisini desteklemeyen çalışmalar da yer almaktadır. Tuisku ve ark.'nın (2009) depresyonu olan ergenler arasında KZVD'si olan ve olmayanları karşılaştırdıkları çalışmalarında; arkadaş desteği açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır [176]. Brunner ve ark. (2007) da, arkadaş ilişkileri ile KZVD arasında ilişki bulamamıştır [78].

Yakın ve destekleyici arkadaşlık ilişkilerindeki yetersizlik; ergeni, olumsuz yaşam olayları ile başa çıkabilme gibi psikososyal uyuma yönelik yetileri geliştirebilme açısından güçsüz kılar [175]. Adrian ve ark. (2011), arkadaş ilişkilerindeki güçlüklerin doğrudan duygu düzenlemeyi olumsuz şekilde etkilediğini ve duygu düzenleme güçlükleri aracılığı ile dolaylı yoldan KZVD'ye yol açtığını belirtmişlerdir [94].

Bu çalışmada TKZV grubunda yer alan ergenlerin kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha az arkadaş desteği algılaması; yukarıda çoğu çalışmada belirtilen KZVD ile problemli arkadaşlık ilişkileri arasında bağlantı olduğu yönündeki bulguya paraleldir. Ancak EKZV grubu, ne kontrol grubundan; ne de TKZV grubundan istatistiksel olarak farklılaşmamıştır. Arkadaş desteği algısı açısından gruplar arası karşılaştırmaların sonuçları; yukarıda tartışılan, aile desteği algısı bulguları kadar belirgin değildir. Gerçekte bu bulgu şaşırtıcı olmamıştır. Yukarıda da belirtildiği gibi aile desteği, duygu düzenlemede güçlükler yaratarak, dolaylı yoldan KZVD'ye yol açmakta; aynı zamanda direkt olarak da KZVD'ye yol açabilmektedir. Oysa arkadaş desteğinin, yalnızca duygu düzenleme güçlükleri aracılığı ile KZVD'ye yol açtığı belirtilmiştir. Ayrıca yazında yer alan tüm

alışmalar aile ilişkileri-KZVD ilişkisini desteklerken; arkadaş ilişkileri açısından çelişkili sonuçlar vardır.

Adolesan ayrılma bireyleşme testi alt ölçeklerinden "arkadaşa yapışma" puanları gruplar arasında farklılaşmamıştır (Bkz. adolesan ayrılma glekler ve KZVD). Ergenlik döneminde, arkadaşlık; diğerk yaşamsal dönemlere kıyasla önem kazanmaktadır. Bununla birlikte, bazı ergenler arkadaş desteğini yeterli düzeyde hissetmemektedir. Soyodemografik zelliklerin tartışıldığı bölümde de belirtildiği gibi; TKZV grubu ergenleri arkadaşlık ilişkilerini diğerk iki gruba göre daha olumsuz algılamaktadır. EKZV grubu ise; arkadaş desteği leğine benzer şekilde kontrol grubundan farklılaşmamıştır.

5.8 KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIşININ İşLEVLERİ

Yazında, farklı yazarlarca geliştirilmiş; KZVD'nın işlevlerine ilişkin farklı kuramsal temellere dayanan, açıklayıcı modeller ve derlemeler mevcuttur. Derlemeler arasında; model ismi, sayısı, modelin seçim nedeni gibi küçük farklılıklar olduğu belirtilmiştir [89]. Klonsky (2009), KZVD işlevlerini derleyen çalışmaların eksiklikleri olduğunu; KZVD işlevlerini değerlendiren ölçüm araçlarının psikometrik özelliklerinin tanımlanmadığını; bu alanda Nock ve Prinstein (2005) tarafından geliştirilen modelin, psikometrik özelliklerinin iyi tanımlanmış olmakla birlikte bazı işlevleri açıklamakta yetersiz kaldığını belirtmiştir [5]. Klonsky (2007), KZVD işlevleri ilişkili yazını gözden geçirerek; en sık tekrar edilmiş olan ve ampirik bilgiye dayanan 7 işlev derlemiştir [5]. Bunlar; *affekt reglasyonu (affect-regulation)*, *kendini cezalandırma (self punishment)*, *zlmeyi nleme (anti-dissociation)*, *zkıyımı nleme (anti-suicide)*, *heyecan arama (sensation-seeking)*, *kişiler arası sınırlar (interpersonal boundaries)* ve *kişiler arası etkileşimdir (interpersonal influence)*. Klonsky (2009) tarafından geliştirilen, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapılan "*Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri*" ile bu yedi işlevin yanı sıra, 6 farklı işlevi de- *kendiyle ilgilenme (self-care)*, *sıkıntıyı etiketleme (marking distress)*, *intikam alma (revenge)*, *akranlarla bağ kurma (peer-bounding)*, *zerklik (autonomy)* ve *dayanıklılık (thoughness)*- kapsayan toplam 13 işlevi değerlendirilmektedir [98]. Geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Klonsky; bu 13 işlevin *otonom* (intrapersonal) ve *sosyal* (interpersonal) işlevler olmak üzere 2 ana faktör altında toplandığını ve bunun Nock ve Prinstein'in (2005) "otomatik" ve "sosyal" diye etiketlediği 2 faktör ile birebir örtüştüğünü belirtmiştir [98]. Yazar; **otonom işlevler** arasında; *affekt-reglasyonu*, *zkıyımı nleme*, *zlmeyi*

önleme, kendini cezalandırma, intikam alma ve sıkıntıyı etiketleme; sosyal işlevler arasında da, *kişiler arası sınırlar, kişiler arası etkileşim, heyecan arama, kendiyle ilgilenme, akranlarla bağ kurma, özerklik ve dayanıklılık* işlevlerini almıştır. Kendiyle ilgilenme işlevinin, otonom işlevler arasında yer almasını beklediğini ancak faktör yapısı açısından sosyal işlevler arasında yer aldığını eklemiştir [98].

Bu çalışmada, kendine zarar verme davranışları ve işlevleri hakkında bilgi toplama amacıyla yukarıda anılan "*Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri*" kullanılmıştır. Yöntem bölümünde tanımlandığı gibi; bu projenin birinci bölümünde, Türk örnekleminde, *Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri'nin* psikometrik özellikleri araştırılmıştır: ölçeğin "*intikam alma*" işlevi dışındaki, tüm işlevlerin Klonsky'nin tanımladığı gibi otonom ve sosyal işlevler olmak üzere, 2 ana faktör altında toplandığını görülmüştür. *İntikam alma* işlevi, Klonsky'nin çalışmasında sosyal işlevler arasında yer alırken, Türk örnekleminde, otonom işlevler arasında yer almıştır. Aşağıda işlevler konusunda çalışma bulgularının yazın eşliğinde tartışması yer almaktadır.

5.8.1. Otonom işlevler

Affekt regülasyonu: KZVD olan ergenlerin %73.1'i affekt regülasyonu işlevini değerlendiren soruları, kendisi için çok uygun ve kısmen uygun olarak belirtmiştir ve *affekt regülasyonu* tüm KZVD öyküsü olanlar arasında, "en sık belirtilen" KZVD işlevi olmuştur. TKZV grubu ile EKZV grubu affekt regülasyonu işlevini kullanma açısından karşılaştırıldığında; TKZV grubunda yer alan ergenlerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde affekt regülasyonunu daha fazla kullandığı görülmüştür. Kendine zarar verme sayısı arttıkça (davranış epizodik olmaktan çıkıp tekrarlayıcı nitelik kazandığında), KZVD işlevlerinin daha çok kullanıldığı belirtilmiştir [97]. Özellikle KZVD sayısı arttıkça otonom işlevlerin (en çok affekt regülasyonu) kullanımı artmaktadır [97]. Affekt regülasyonunun, geniş kapsamda emasyon regülasyonunu da içerdiği düşünüldüğünde (Klonsky 2008); TKZV grubundaki ergenlerin emasyon regülasyonunda, EKZV grubuna göre daha fazla güçlük yaşadığı sonucuyla örtüşmektedir. Yine bunu destekler şekilde, KZVD sayısı ile affekt regülasyonu arasında orta düzeyde ($r=.36$) ilişki bulunmuştur.

Affekt regülasyonu işlevi, aynı zamanda *olumsuz ve yoğun duygularla başa çıkmak, bu olumsuz duyguları azaltmak ya da bu duygulardan kurtulmak* amacıyla KZVD'nı kullanma anlamını da taşır. Linehan (1993), erken dönemin olumsuz çevresel koşullarının etkisi

sonucunda, emosyonel sıkıntı ile baş etme stratejilerinin gelişiminin önlediğini ileri süren bir kuram geliştirmiştir [165]. Böyle psikososyal ortamlarda yetişen ve/veya duygu düzenlenme güçlüklerine biyolojik yatkınlığı olan bireyler, KZVD'nı uyuma yönelik olmayan (maladaptif) bir duygu düzenleme stratejisi olarak kullanmaktadır. Bazı psikolojik ve biyolojik mekanizmalar ortaya atılmış olsa da, kendine zarar vermenin olumsuz affekti nasıl azalttığı hala tam olarak bilinmemektedir [5].

Klonsky yaptığı gözden geçirme çalışmasında, yazında KZVD işlevlerini araştıran toplam 13 çalışma bulunduğunu; bunlardan 11 tanesinin affekt regülasyonu işlevini belirgin şekilde desteklediğini belirtmiştir. Borderline kişilik bozukluğu (BKB) tanısı olan 75 kadın hasta ile yapılmış bir çalışmada, olguların %96'sı affekt regülasyonu işlevinin kendisi için uygun bir tanımlama olduğunu belirtmiştir [88]. BKB dışında, farklı psikiyatrik tanıları olan heterojen bir klinik grup ile yapılmış bir çalışmada, affekt regülasyonu işlevi %76 olarak belirtilmiştir; bu oran bizim araştırmamızın sonucu ile (%73.1) uyumludur. Toplum örnekleminde erişkin yaş grubu ile yapılmış bir çalışmada da, en sık belirtilen 3 yönergenin tümü de affekt regülasyonu ile ilişkilidir (%72 *aklını kaçırmamak için*, %65 *rahatlamak için*, %58 *daha az depresif hissetmek için*). Ergenler ile yapılan çalışmalardan birisinde, *"kötü hisleri durdurmak için"* %65 oranında [189]; yine aynı ifade, yatarak tedavi alan ergenlerle yapılmış bir başka çalışmada da %53 oranında "uygun" olarak rapor edilmiştir. Toplum örneklemleri bir ergen çalışmasında ise, *"kendimi çok mutsuz ve depresif hissettiğim için"* ifadesi %80; *"gerginliği ve stresi azaltmak ve rahatlamak için"* ifadesi ise %45 oranında "uygun" bulunmuştur [5].

Sıkıntıyı Etiketleme: Çalışmamızda, KZVD olan ergenlerin %51.3'ü sıkıntıyı etiketleme işlevini değerlendiren soruları, kendisi için "çok uygun ve kısmen uygun" olarak belirtmiştir; ve sıkıntıyı etiketleme işlevi "ikinci sıklıkta" bildirilen işlev olmuştur. TKZV grubu ile EKZV grubu sıkıntıyı etiketleme işlevi açısından karşılaştırıldığında; TKZV grubunda yer alan ergenlerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bu işlevi daha fazla kullandığı görülmüştür. KZVD sayısı ve sıkıntıyı etiketleme arasında, orta düzeyde ($r=.34$) pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, yazındaki kendine zarar verme sayısı arttığında KZVD işlevlerinin, özellikle otonom işlevlerin kullanıldığı bilgisiyle uyumludur [97, 133].

Sıkıntıyı etiketleme işlevi, kişinin kendisini berbat hissettiğine dair bir işaret bırakması, duygusal acısının gerçekliğini kendisine göstermesi ve yaşadığı stresi anlamlandırması gibi anlamlar taşımaktadır. Yazın bilgisi araştırıldığında, direkt olarak sıkıntıyı etiketleme

işlevini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. KZVD işlevlerini tarayan, psikometrik özellikleri ayrıntılı araştırılmış diğer bir KZVD işlevi değerlendirme formu olan; "Kendini yaralama işlevleri değerlendirmesi- *Functional assessment of self mutilation*" (toplam 22 soru) (Nock ve Prinstein 2004 [190]) direkt olarak sıkıntıyı etiketlemeyi içeren sorular yer almamaktadır.

Kendini cezalandırma: KZVD olan ergenlerin %42.8'i kendini cezalandırma işlevini değerlendiren soruları, kendisi için "çok uygun ve kısmen uygun" olarak belirtmiştir; ve kendini cezalandırma işlevi "üçüncü sıklıkta" bildirilen işlev olmuştur. TKZV grubu ile EKZV grubu kendini cezalandırma işlevini kullanma açısından karşılaştırıldığında; TKZV grubu bu işlevi daha fazla kullanmakla birlikte, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.66$). Bununla birlikte ilişki analizi yapıldığında, kendine zarar verme sayısı arttıkça kendini cezalandırma işlevinin daha fazla kullandığı şeklinde orta düzeyde ($r=.32$) bir ilişki bulunmuştur. Yukarıda da belirtildiği gibi, beklenen bir bulgudur.

Kendini cezalandırma işlevi; "*suçluluk, öfke ve saldırganlık duygularını*" kişinin kendisine yöneltmesi ve kendisini değersizleştirme anlamı taşır [5]. Linehan (1993), kendine zarar verenlerin, çevrelerinden "kendilerini cezalandırma ve değersizlendirmeyi" öğrendiklerini ileri sürmüştür [165]. Dolayısıyla KZVD, alışılmış ve ego-sintonik olarak algılanır; stres verici bur durum ile karşılaşıldığında, kendini rahatlatmanın yolu olarak işlev görür [5]. Nesne ilişkileri ve ayrılma-bireyleşme kuramları açısından bakıldığında da; simbiyoz ve alıştırmaya döneminde, içsel ve dışsal narsistik kaynakların gelişimini sağlayan, bakım verenin eşduyumu yetersiz olduğunda; gelişimin daha sonraki dönemlerinde bu durum kendini, "mazoşistik eğilimler ve kendini değersizleştirme" olarak gösterir [191]. Ayrıca, KZVD olan ergenlerde; kendini aşırı eleştirme, kendinden hoşlanmama, kendine yöneltmiş yoğun öfke bulunmaktadır. *Kendini cezalandırma isteği ve kendine öfke duyma*, KZVD için güçlü motivasyon sağlayan öğelerdir. KZVD, olumsuz kendilik algısını artırırken, özsaygıyı azaltmaktadır ve böylelikle kendine zarar verme için kısır bir döngü oluşturmaktadır [34]. Walsh (2006) kendine zarar verme işlevlerini açıklarken, bilişsel kuramında; "*kendilik ile ilişkili bilişsel yorum ve çarpıtmalardan*" bahseder [192]. Sonuçta; geçmiş travmaların, bireyde kendilik algısının bozulmasını ve bilişsel çarpıtmaların gelişimini sağlayarak KZVD'na neden olabilir. Örneğin uzun süre istismara maruz kalan

bir kişinin *"istismarın devam etmesini ben istemiş olmalıyım, yoksa bu kadar uzun sürmezdi"* diye düşünmesi gibi.

Klonsky, yazındaki KZDV işlevleri ilişkili araştırmalarda, 11 çalışmadan 6'sının *kendini cezalandırma işlevini* güçlü biçimde desteklediğini; 5'inde ise orta derecede destek olduğunu belirtmiştir [5]. Borderline kişilik bozukluğu olan kadın hastalarla yapılmış bir çalışmada [193], *"kendimi cezalandırmak için"* maddesi en yüksek oranda "uygun" bildirilen madde olurken; yatan ergen hastalarla yapılmış bir başka çalışmada ise, bu işlev ergenlerin %32'sinde "uygun" olarak belirtilmiştir [190]. Bizim çalışmamızda, ergenler daha yüksek bir oranda (%42.8) "uygun" olarak bildirmiştir. Klonsky (2007), *kendini cezalandırma işlevinin*, affekt regülasyonundan sonra "ikinci sık" belirtilen işlev olduğunu belirtmiştir [5]. Bizim çalışmamızda ise, üçüncü sıklıkta bulunmuştur. Ancak daha sonra tartışılacağı gibi, KZVD sayısını yordayan işlevleri bulmak için yapılan doğrusal regresyon analizinde, tüm otonom işlevler arasında yalnızca affekt regülasyonu ve kendini cezalandırma işlevleri anlamlılık düzeyine ulaşmıştır.

Çözülme (Disosiyasyon) önleme: KZVD olan ergenlerin %40.6'sı, *çözülme önlemeye* yönelik soruları, kendisi için "uygun" olarak değerlendirmiştir. TKZV ve EKZV grubu, bu işlev açısından farklılaşmıştır; TKZV grubundaki ergenler, bu işlevi EKZV grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık kullanmaktadır. Ayrıca KZVD sayısı arttıkça, *çözülme önleme işlevi* daha çok kullanılmaktadır ($r=.32$).

Çözülme önleme işlevi, KZVD'nı *"hiçlik, gerçek dışılık duygusundan ve hissizlikten kurtulmak, kendisini gerçek hissetmek"* için; yani bu atağı durdurup kendini hissetmek için yapan kişileri tanımlar. Kendine zarar verme, kişide *"fiziksel duyum"* yaratarak, *"kendisini gerçek hissetmesini"* sağlayabilir. Gunderson (1984), kendine zarar veren bireylerin, yaşamlarındaki "önemli" kişinin varlığının olmadığı durumlarda; *çözülme ve depersonalizasyon* epizodları yaşadığını öne sürmüştür [194]. Belki de, *"fiziksel yaralama"* ile sistemde *"şok etkisi yaratarak"* kişinin *"kendisini tekrar hissetmesini"* sağlıyor olabilir [24]. Gardner'a göre (2002), ergenlik döneminde görülen bedensel değişiklikler, *"kendilik ve bedenin birbirinden ayrışması"* ile sonuçlanabilir. Çözülme ve bedenden ayrışma epizodu, bireyin kendine zarar vermesi sonucunda, tekrar bedeni üzerinde kontrolü sağlamasıyla sonlandırılır [127].

Klonsky (2007), gözden geçirme çalışmasında, *çözölmeyi önleme* işlevini değeriendiren 8 çalışmanın 3'ünde kuvvetli, 5'inde ise zayıf destek bulunduğunu belirtmiştir. Borderline kişilik bozukluğu olan kadın hastalarla yapılan bir çalışmada, katılımcıların %52'si bu işlevi "uygun" olarak değeriendirmişlerdir [88]. Ergenlerle yapılmış olan 2 ayrı çalışmada da, katılımcıların yaklaşık 1/3'ü bu işlevi kendileri için "uygun" olarak belirtmiştir [3, 190]. Bizim örneklemimizde de buna yakın olarak, %40.6 oranında bulunmuştur.

İntikam alma: Çalışmada yer alan kendine zarar veren ergenlerin %38.3'ü *intikam alma* işlevini değeriendiren soruları, "uygun" olarak değeriendirmiştir. TKZV ve EKZV grubu arasında bu işlevi kullanma açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur; *intikam alma* işlevi, kendine zarar verme sayısı ile pozitif yönde ilişki göstermiştir ($r=.21$)

İntikam alma işlevi; "*birisinden huncunı çıkartma, intikam alma ve yakın birini incitmeye çalışma*" gibi anlamlar taşır. Dışarıya dönük "*saldırgan ve düşmanca duyguların*" bedene yöneltilecek ifade edilmesidir. Glasser'in (1972), tanımladığı "*içe döndürölmüş agresyon*", (*ruhsal çatışmanın düşmanlık yoluyla çözüm bulması ve bu düşmanlığın dışarıya ve dış nesnelere yönlendirilmek yerine içerde kendiliğe ve bedene yönlendirilmesi*); KZVD ile sonuçlanabilir [172] . Ross ve Heath'in düşmanlık modeline göre, dışarıya yöneltilemeyen ve ifade edilemeyen öfke ve düşmanlık duyguları, gerginliği arttırır; artan gerginlik de, KZVD yoluyla azaltılır. Ya da dışarıya yöneltilemeyen öfke, daha kabul edilebilir bir kaynağa, kendiliğe yönlendirilir. Düşmanlık modeli, kendini ve başkasını cezalandırıcı düşmanlığı içerir [29].

Yazında, direk olarak intikam alma işlevini araştıran herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ross ve Heath (2003), KZVD olan ergenler ile kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmada, kendine zarar veren grubun kendini ve dışarıyı cezalandırma açısından, diğer gruptan farklılaştığını bulmuştur [195].

Özkıyımı önleme: Çalışmamızda, KZVD olan ergenlerin %37.5'u *özkıyımı önleme* işlevini değeriendiren soruları, "çok uygun ve kısmen uygun" olarak bildirmiştir. TKZV ve EKZV grubu arasında, bu işlevi kullanma açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur; özkıyımı önleme işlevi ile kendine zarar verme sayısı arasında pozitif yönde bir ilişki göstermiştir ($r=.21$).

Özkıyımı önleme modeli, özkıyım dürtüsü ile başa çıkma işlevi görür. Bu yönden KZVD, *"ölüm riskini göze almadan, intihar düşüncelerini ifade etme"* biçimi olabilir ve özkıyımı gerçekleştirme isteği ile yer değiştirerek işlev görür [30].

Yazında, KZVD sayısı arttıkça, özkıyım girişi sayısı arttığı belirtilmiştir [70, 139]. Diğer bir deyişle; daha fazla sıklıkta kendine zarar veren ergenlerin, daha yoğun özkıyım düşüncesine sahip olması nedeniyle; bunu engellemek için *özkıyımı engelleme* işlevini daha fazla kullanıyor olabilir. Bizim çalışmamızda da, yukarıda ilgili bölümde tartışıldığı gibi; TKZV grubunda intihar davranışı, EKZV grubundan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.

Klonsky (2007), KZVD işlevlerini gözden geçirdiği derlemesinde, *özkıyımı önleme* işlevini araştıran üç çalışmada; özkıyımı önleme işlevinin orta derecede destek bulunduğunu bildirmiştir [5]. Bunların ilki borderline kişilik bozukluğu olan kadın hastalarla yapılmıştır ve bu çalışmada *özkıyımı önleme* işlevi 7. sırada yer almıştır [193]. İlginç bir şekilde *özkıyımı önleme*, sıklık sıralamasında bizim çalışmamızda da 7. sırada yer almaktadır. Diğer iki çalışmada, birisi yataklı tedavi gören ergenler ile yapılan çalışmada, yarının biraz altında *özkıyımı önleme* işlevini kendisi için "uygun" olarak değerlendirmiştir [196]; toplum örnekleminde ergenler ile yapılan diğer çalışmada ise, bu oran %41 bulunmuştur [3]. Bizim çalışmamızda da buna oldukça yakın bir oran bulunmuştur. Muehlenkamp ve Guiterrez (2007), KZVD olan ergenlerin özkıyım riskini değerlendirdikleri çalışmada elde ettikleri bulguların, KZVD'nin özkıyımı önleme işlevinin geçerliğini desteklediğini; KZVD'nin uyuma yönelik olmayan bir başa çıkma stratejisi gibi işlev gördüğünü belirtmiştir [197]. Aynı zamanda yazarlar, KZVD olan ergenlerin, yaşamı sürdürmek için motive olduklarını; özkıyım motivasyonunun karşıtı olduğunu vurgulamıştır.

Yazından ve bizim çalışmadan elde edilen bulgular, KZVD-özkıyım ilişkisinin karmaşıklığının bir yansıması gibidir. Bir yandan artan KZVD sayısı, intihar riskini artırmakta ve artan KZVD sayısı ile ilişkili olarak özkıyımı önleme işlevini daha çok kullanmaktadır; diğer yandan da KZVD olan ergenler ile özkıyım girişi olan ergenler, yaşam motivasyonu açısından farklılaşmaktadır. Burada kritik olan nokta, yukarıdaki bölümlerde de tartışılmış olduğu gibi; "tekrarlayıcı" ve "epizodik" KZVD gösteren ergenlerin ayırt edilebilmesidir. Çünkü epizodik grup, KZVD'nı sınırlı sayıda yapan, psikopatoloji ile yoğun bir ilişki göstermeyen ve muhtemelen *"davranışı bırakacak olan"*

düşük risk grubu ergenlerdir. Tekrarlayıcı grup ise, KZVD'nı bir şekilde sürdüren, psikopatoloji ile yakından ilişkili olan yüksek riskli ergenlerdir. Benzer şekilde, Klonsky'nin (2008), KZVD olan ergenleri hafiften ağır şiddete doğru 4 grup altında topladığı çalışmada, en ağır KZVD grubunda en fazla özkyım davranışını bulmuştur ve bu görüşe paralel sonuçlar elde etmiştir [97].

Tüm otonom işlevler açısından karşılaştırıldığında; TKZV grubunun, EKZV grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla oranda otonom işlevleri kullandığı görülmüştür. Yine, KZVD sayısı ile otonom işlevler arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur ($r=.39$). Yani, kendine daha fazla zarar veren ergenler, otonom işlevleri daha fazla kullanmaktadır. Bu bulgu, Klonsky'nin (2009) çalışması ile benzerdir. Yazar, KZVD sayısı arttıkça, KZVD işlevlerinin daha fazla kullanıldığını; özellikle de otonom işlevlerin daha fazla kullanıldığını belirtmiştir.

5.8.2. Sosyal işlevler:

Dayanıklılık: Çalışmamızda KZVD olan ergenlerin, %39.4'ü *dayanıklılık* işlevini değerlendiren soruları, "çok uygun ve kısmen uygun" olarak bildirmiştir. TKZV ve EKZV grubu arasında bu işlevi kullanma açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur; *dayanıklılık* işlevi kendine zarar verme sayısı ile pozitif yönde ilişkili göstermiştir ($r=.21$).

Dayanıklılık işlevi, "*bireyin acıya dayanıklılığını görmesi, fiziksel ağrıya katlanabileceğini kanıtlaması ve güçlü ve dayanıklı olduğunu*" göstermesi anlamlarını taşır.

Yazında, direkt olarak bu işlevi araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak bizim örneklemimizde ergenlerin üçte birinden fazlasının, bu işlevi kendileri için "uygun" olarak değerlendirmiş olması dikkat çekicidir. Odağ, "*Nevrozlar 3*" kitabında kendine zarar veren ergenlerin korunma gereği duymadıklarından ve tehlikeli eylemlerin tüm güçlülüğün sergilenmesi anlamına geldiğinden bahsetmektedir [198]. Gardner da (2002), ergenlikte kimi hallerde; kendine zarar verme, yani beden üzerindeki eylemler ile "güç" ve "özerklik" sağlandığını belirtmiştir [127].

Kendiyle ilgilenme: Çalışmamızda yer alan kendine zarar veren ergenlerin %33.7'si, *dayanıklılık* işlevini değerlendiren soruları, "çok uygun ve kısmen uygun" olarak değerlendirmiştir. TKZV ve EKZV grubu arasında, bu işlevi kullanma açısından istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur; dayanıklılık işlevi, kendine zarar verme sayısı ile pozitif yönde ilişki göstermiştir ($r=.28$).

Kendiyle ilgilenme işlevi; *"kendisine özen göstermek için bir yol bulma (yara iyileşmesi gibi), duygusal stresinin yerine baş etmesi daha kolay diğer bir ilgi alanı koyma (yaranın iyileşmesi gibi) ve yara iyileşmesine odaklanarak kendisi için tatmin edici bir durum yaratma"* anlamları taşır.

Yazında, direkt olarak bu işlevi araştıran herhangi bir çalışma bulunmamıştır. Ancak çalışmada yer alan ergenlerin yaklaşık 1/3'lük kısmının bu işlevi kendisi için uygun olarak değerlendirmiş olması önemli bir noktadır. Ayrıca *kendiyle ilgilenme* işlevinin; daha çok otonom işlevlere dönük bir içerik taşıyor gibi görünse de, hem Klonsky'nin orijinal çalışmasında hem de bizim örneklemimizde sosyal işlevler faktörü altında toplanmış olması dikkat çekicidir. Nock Prinstein tarafından geliştirilen geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan *"Kendini yaralama işlevleri değerlendirme- Functional assessment of self mutilation"* 'de yer alan, *"yalnızken kendine yapacak bir şey bulma"* maddesi bir anlamda kendiyle ilgilenme işlevi ile benzerlik göstermektedir; ilginç bir şekilde, yine sosyal işlevler (sosyal-pozitif pekiştirme) arasında yer almıştır. Ergen belki de olumsuz beden algısı nedeniyle, uyuma yönelik bireysel uğraşlar yaratamaması sonucunda; bu yolla bir fiziksel uğraş kaynağı (yara gibi) oluşturup; bunu *"sosyal boyutlarıyla yaşantılıyor"* olabilir.

Özerklik: Çalışmamızda KZVD olan ergenlerin %29.2'si, *özerklik* işlevini değerlendiren soruları, *"çok uygun ve kısmen uygun"* olarak değerlendirmiştir. TKZV ve EKZV grubu arasında bu işlevi kullanma açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur; *özerklik* işlevi kendine zarar verme sayısı ile pozitif yönde ilişki göstermiştir ($r=.30$).

Özerklik işlevi; kişinin *"kendi kendine yettiğini, başkalarının yardımına bel bağlamadığını, bağımsızlığı ortaya koyabilmesi"* anlamları taşır. İkinci ayrılma-bireyleşme dönemi olarak anılan ergenlik döneminde, ergenin özerkliğini kazanma çabaları normal gelişimsel sürecin bir parçasıdır. Ancak bağların tamamen koparılması ya da ihtiyacın inkar edilmesi, normal gelişimsel yoldan sapma anlamını taşır. Bu ergenler, bağımlılık ihtiyaçlarını inkar eden ya da görmezlikten gelen ve bunu savunma olarak kullanan bireyler olabilir. Gardner (2002), beden üzerindeki eylemler ile kimi hallerde *"güç"* ve *"özerklik"*

sağlandığından bahsetmiştir [127]. Odağ da (2009), kendine zarar vermenin bazen bağımsızlığın, özerkliğin ve tüm güçlülüğün dışı vurumu olduğunu belirterek bu işleve gönderme yapmıştır. Odağ, kendine zarar vermeyi, bu anlamda, narsistik eğilimin sergilenmesi olarak ifade etmiştir. Ergen *“ben bağımsızım, özerkim, size gereksinim duymam, hepinizden ilerdeyim tüm güçlüyüm”* diye haykırmaktadır [198].

Yazında, klinik ya da toplum örnekleminde yer alan ergenler ya da erişkinlerde direkt olarak özerklik işlevini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Kişiler arası sınırlar: Çalışmamızda KZVD olan ergenlerin %29'u, *kişiler arası sınırlar* işlevini değerlendiren soruları, “çok uygun ve kısmen uygun” olarak değerlendirmiştir. TKZV ve EKZV grubu arasında, bu işlevi kullanma açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur, *Kişiler arası sınırlar* işlevi, kendine zarar verme sayısı ile pozitif yönde ilişki göstermiştir ($r=.30$).

Kişiler arası sınırlar modeli, *“kendiliğin sınırlarını belirleme”* işlevi taşır [30]. Temelini *nesne ilişkileri* ve *ayrılma-bireyleşme* kuramından almıştır. Anneye güvensiz bağlanma ve anneden ayrışamama nedeniyle, normal kendilik algısının gelişemediği belirtilmektedir [172, 199]. Ergen deriyi işaretleyerek, kendini çevreden ve başkalarından ayırır; bu yolla kendilik duygusunu hisseder.

Klonsky (2007) gözden geçirme makalesinde, *kişiler arası sınırlar* işlevini araştıran iki çalışma bildirmektedir; ve bu çalışmalarda, bu işleve orta derecede destek bulunduğunu belirtmiştir [5]. Bunlardan ilki, Shearer'ın borderline kişilik bozukluğu olan kadın hastalarda yaptığı çalışmadır [193]. Bu çalışmada, olguların %22'si *kişiler arası sınırlar* işlevi “uygun” olarak değerlendirilmiştir. Briere ve Gill de (1998), psikiyatrik hastalarda *“bedene sahip olma”* maddesi ile bu oranı %26 olarak bulmuştur [7].

Kişiler arası etkileşim: Çalışmamızda KZVD olan ergenlerin %24.7'si, *kişiler arası etkileşim* işlevini değerlendiren soruları, “çok uygun ve kısmen uygun” olarak değerlendirmiştir. TKZV ve EKZV grubu arasında bu işlevi kullanma açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır; *kişiler arası etkileşim* işlevi, kendine zarar verme sayısı ile zayıf düzeyde ($r=.20$) ilişkili bulunmuştur. Daha ağır klinik formlarda, kişinin daha çok *“otonom işlevleri”* kullanıyor olması [97] ve *kişiler arası etkileşim* işlevinin tipik bir sosyal işlev olması ile çalışmamızdaki KZVD olan gruplar arasında farklılık

bulunmaması açıklayabilir. Böylece her iki grupta, *kişiler arası etkileşim* işlevini kullanma oranı birbirine yakın ve toplamda yaklaşık ¼ bulunmuştur.

Kişiler arası etkileşim modeli, "*çevredeki kişileri etkilemek ve yönlendirmek*" işlevi taşır [200]. Bu anlamda, "*dikkati çekme, olumsuz durumlardan kurtulma, daha ciddiye alınma, yardım arayışı, sevdiği ya da değer verdiği birinden ilgi görme*" gibi sonuçlar yaratır. Bu davranışlar sonrası, çevreden olumlu ya da olumsuz pekiştireçler alınabilir. Kendine zarar veren kişi, davranışının altındaki nedenlerin ayırında olabilir ya da olmayabilir.

Klonsky'nin (2007) gözden geçirme makalesinde sözü geçen, *kişiler arası sınırlar* işlevini araştıran 9 çalışmadan yalnızca birisinde, bu işlevi destekleyen güçlü sonuçlar elde edilmiştir [5]. Bu çalışma, borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda yapılmıştır ve %61 uygunluk tespit edilmiştir [88]. Ergen yaş grubu ile yapılmış iki çalışmadan, toplum örneklemleri olanda yaklaşık %30 [3] ve klinik örneklemleri olanda %15 oranında [190] *kişiler arası etkileşim* işlevi uygun olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise, bu iki çalışmanın arasında bir oran (%29) bulunmuştur.

Heyecan arama: Çalışmamızda KZVD olan ergenlerin %20.6'sı, *heyecan arama* işlevini değerlendiren soruları, "çok uygun ve kısmen uygun" olarak değerlendirmiştir. TKZV ve EKZV grubu arasında bu işlevi kullanma açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır; *heyecan arama* işlevi kendine zarar verme sayısı ile zayıf düzeyde ($r=.17$) ilişkili bulunmuştur. Daha ağır klinik formlarda, kişinin daha çok otonom işlevleri kullanıyor olması (Klonsky2008) ve *heyecan arama* işlevinin tipik bir sosyal işlev olması, TKZV ile EKZV grubu arasında farklılık bulunmaması durumunu açıklayabilir.

Heyecan arama işlevi, bazı kendine zarar veren kişiler için bu davranış "heyecan veren bir deneyim gibi" algılanır. Diğer işlevlerin aksine, genellikle arkadaşlarla birlikteyken meydana gelmektedir.

Klonsky'nin (2007) gözden geçirme makalesinde sözü geçen, bu işlevi değerlendiren 5 çalışmada, *heyecan arama* işlevinin %5-10 arasında düşük oranlarda "uygun" olarak bildirilmiştir; iki ergen çalışması % 10 civarında oranlar bildirmiştir [3, 190]. Bizim çalışmamızda, bulunan yaklaşık %20 oranı, yazına göre daha yüksek bir oran olarak değerlendirilmiştir. Bu durum, çalışmamızda kendine zarar veren ergenler arasında yüksek oranda yıkıcı davranış bozuklukları tanısı alan (özellikle de dikkat eksikliği

hiperaktivite bozukluğu, bkz. ergenlerde psikiyatrik tanılar bölümü) bulunması ile ilişkili olabilir. Bu ergenlerin dürtüselliklerinin ve yenilik arayışının fazla olduğu bilinmektedir.

Akranlarla bağ kurma: Çalışmamızda KZVD olan ergenlerin %11.2'si, akranlarla bağ kurma işlevini değerlendiren soruları, "çok uygun ve kısmen uygun" olarak değerlendirmiştir. TKZV ve EKZV grubu arasında bu işlevi kullanma açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır; *akranlarla bağ kurma* işlevi, kendine zarar verme sayısı ile zayıf düzeyde ($r=.16$) ilişkili bulunmuştur. Daha ağır klinik formlarda kişinin daha çok otonom işlevleri kullanıyor olması (Klonsky, 2008) ve akranlarla bağ kurmanın tipik bir sosyal işlev olması, TKZV ile EKZV grubu arasında farklılık bulunmaması durumunu açıklayabilir.

Bu işlev ile "*akranlara uyum sağlama ya da arada dostluk bağı kurma*" gibi durumlar anlatılır. Kendine zarar vermenin, sosyalleşme amacıyla kullanılması, grup içinde kendine rol bulma ve bulaşıcılık etkilerine gönderme vardır. Çalışmamızda, kendine zarar veren ergenler arasında en az "uygun" olarak belirtilen işlev olmuştur. Yazında, direkt olarak bu işlevi araştıran çalışmaya rastlanılmamıştır.

Tüm sosyal işlevler açısından karşılaştırıldığında; TKZV grubunun, EKZV grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla oranda *sosyal işlevleri* kullandığı görülmüştür. Yine KZVD sayısı ile ilişki bakıldığında; pozitif yönde ilişki bulunmuştur ($r=.33$). Otonom işlevlere göre daha zayıf olmakla birlikte, sosyal işlevler de artan KZVD sayısına paralel olarak daha fazla kullanılmaktadır. Ancak yukarıda da belirtildiği gibi; heyecan arama, akranlarla bağ kurma ve kişiler arası etkileşim işlevleri KZVD sayısı ile ilişkisi en zayıf düzeyde olan ve TKZV ve EKZV grubunda farklılaşmayan işlevler olmuşlardır. Kişiler arası sınırlar, özerklik, kendiyle ilgilenme ve dayanıklılık sosyal işlevler arasında daha çok kullanılan işlevler olmuştur.

5.8.3. Otonom ve sosyal işlevlerin KZVD sayısı üzerine etkisi

Otonom ve sosyal işlevlerin, KZVD kendine zarar verme sayısı üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan *basit doğrusal regresyon analizinde*; otonom ve sosyal işlevler, tek değişkenli modelde istatistiksel olarak ayrı ayrı anlamlı bulunmuştur. Yani, otonom ve sosyal işlevler, KZVD sayısı üzerine anlamlı düzeyde etki etmektedir.

Otonom ve sosyal işlevlerin birlikte etkisini değerlendirmek için, 2 değişkenle *çoklu doğrusal regresyon analizi* yapılmıştır. Çoklu modelde, otonom işlevler anlamlılığını korurken; sosyal işlevler anlamlılığını yitirmiştir. Yani; otonom ve sosyal işlevler beraber etki ettiğinde, otonom işlevler KZVD sayısını yordamaya devam etmiştir; ancak sosyal işlevler, KZVD sayısı üzerine etkisini kaybetmiştir.

Bu bulgu, beklenen bir bulgudur. Klonsky (2008,) KZVD tanımlayıcı özelliklerine göre 4 grup oluşturarak yaptığı çalışmada, buna paralel bir bulguya ulaşmıştır. Yazar, daha hafif gruplarda hem otonom hem de sosyal işlevlerin kullanıldığını; ancak ağır gruplara doğru gidildikçe sosyal işlevlerin daha az kullanılmaya başlandığını; ağır grupta (4. grup) ise neredeyse tamamen otonom işlevlerin kullanıldığını belirtmiştir. Buna göre, KZVD klinik görünümüne göre, hizmet ettiği işlevler farklılaşmaktadır [97]. Davranışı daha az sayıda ve hafif formlarda gösteren bireylerde, *sosyal işlevler* de önemli iken; ağır formlarda ise, *otonom işlevler*; özellikle affekt regülasyonu işlevi kullanılmaktadır.

Otonom işlevlerden her birinin KZVD sayısı üzerinde etkisini değerlendirmek amacıyla, tüm otonom işlevler çoklu modelde *doğrusal regresyon analizine* alınmıştır. Bu analiz sonucunda, grup içinde yalnızca "*affekt regülasyonu*" ve "*kendini cezalandırma*" anlamlı bulunmuştur. Yani; tüm otonom işlevlerin bulunduğu modelde; yalnızca affekt regülasyonu ve kendini cezalandırma KZVD sayısını yordama gücüne sahiptir. Bu bulgu, yazındaki araştırma sonuçları ile uyumludur. Affekt regülasyonu, bu alanda yapılmış tüm çalışmalarda, en çok kabul gören KZVD işlevidir. Ayrıca yukarda anılan, Klonsky'nin çalışmasında da (2008), ağır grupta nerdeyse "*tek KZVD işlevi affekt regülasyonu*" olmuştur. Kendini cezalandırma işlevinin de, yordayıcı olarak anlamlı bulunması, beklenen bir bulgudur. Yine Klonsky gözden geçirme çalışmasında yazındaki çalışmalarda, "ikinci sıklıkta" kabul gören işlevin, kendini cezalandırma olduğunu vurgulanmıştır.

Benzer şekilde; sosyal işlevlerden her birinin, KZVD sayısı üzerindeki etkisini değerlendirmek için, tüm sosyal işlevler *doğrusal regresyon analizine* alınmıştır ve bu modelde "*kişiler arası sınırlar*" ve "*özerklik*" anlamlı bulunmuştur. Yani; tüm otonom işlevlerin bulunduğu modelde, yalnızca kişiler arası sınırlar ve özerklik, KZVD sayısını yordama gücüne sahiptir. Bunun da, beklenen bir bulgu olduğu söylenebilir. Bu iki işlev; sosyal işlevler içinde, ayrılma bireyleşme ve nesne ilişkileri kuramına atıfta bulunan işlevlerdir. Ergenlik döneminin, ikinci ayrılma bireyleşme sürecinin etkileri altında olduğu

ve bu süreçte yaşanan bazı güçlüklerin, ergenlerde KZVD ile ilişkili bulunduğu düşünülürse; bu işlevlerin sosyal işlevler arasında belirginleşmesi, şaşırtıcı olmamıştır. Sosyal işlevlerde yer alan diğer işlevler ise, daha çok sosyal etkileşim, heyecan bulma gibi sosyal içeriği daha belirgin olan işlevler gibi gözükmemektedir.

5.8.4. Otonom işlevler, sosyal işlevler, duygu düzenleme ve adolesan ayrılma-bireyleşme özelliklerinin kendine zarar verme sayısı üzerine ortak etkisi

Otonom işlevler, sosyal işlevler, duygu düzenleme ve adolesan ayrılma bireyleşmesinin kendine zarar verme sayısı üzerine nasıl bir ortak etkisi olduğunu ve böyle bir ortak etki içerisinde hangi faktörlerin önemli olduğunu anlamak için, 3 ayrı model oluşturulmuştur. Birinci modelde otonom işlevler, duygu düzenleme güçlükleri ve adolesan ayrılma bireyleşme güçlüklerinin KZVD sayısı üzerine etkisi araştırılmıştır. İkinci modelde, sosyal işlevler, duygu düzenleme güçlükleri ve adolesan ayrılma bireyleşme güçlüklerinin KZVD sayısı üzerine etkisi araştırılmıştır. Final modelde hem otonom hem sosyal işlevler ile duygu düzenleme güçlükleri ve adolesan ayrılma bireyleşme güçlüklerinin KZVD sayısı üzerine etkisi araştırılmıştır.

- Birinci modelde; **affekt regülasyonu, kendini cezalandırma, dürtüsellik** ve **reddedilme beklentisi** KZVD sayısını yordamıştır.
- İkinci modelde; **kişiler arası sınırlar, dürtüsellik, yutulma anksiyetesi** ve **reddedilme beklentisi** KZVD sayısını yordamıştır.
- Final modelde; sosyal işlevlerin modele sokulması sonucu etkilememiş ve yine birinci modelde olduğu gibi **affekt regülasyonu, kendini cezalandırma, dürtüsellik** ve **reddedilme beklentisi** KZVD sayısını yordamıştır.

Bu bulgular şu şekilde yorumlanmıştır:

Birinci model: İkinci ayrılma bireyleşme güçlükleri, duygu düzenleme güçlükleri ve kendine zarar vermenin işlevleri bir arada etki ederken; affekt regülasyonu ve kendini cezalandırma, KZVD sayısını yordamaya devam etmektedir. Bu durum, bu iki değişkenin kendine zarar verme üzerinde önemli bir etkisi olduğunu bir kez daha göstermiştir. Ergen; kendine, başka türlü başa çıkamadığı olumsuz duygularını azaltabilmek için zarar

vermektedir. Duygu düzenleme güçlükleri, KZVD sayısı üzerinde kilit bir öneme sahiptir. Kendini cezalandırma da çalışmalarda, affekt regülasyonundan sonra 2. sıklıkta tekrar edilen işlevdir [5] ve bu modelde affekt regülasyonunun yanında yer almıştır. Bu durumu destekler şekilde; Klonsky ve Muehlenkamp, 2007, olumsuz duygulanıma sahip olmanın (negative emotionality) ve kendini değersizleştirmenin birlikte etkisinin henüz tam kanıtlanmamış olduğunu ancak kendi görüşlerinde, olumsuz duygulanım taşıyan ve kendini değersizleştirme eğilimi gösteren kişilerin KZVD için özel bir risk altında olduğunu belirtmişlerdir [34]. Bu modele göre kendine öfke duyan, cezalandırmak isteyen, olumsuz duyguları ile başa çıkamayan ergen kendine zarar vermektedir.

Duygu düzenleme güçlükleri içerisinde modelde KZVD sayısı üzerinde etkili bulunan diğer faktör dürtüselliktir. Duygu regülasyon güçlükleri kapsamında dürtüsellik; *"olumsuz duygularla karşılaşıldığında dürtüsel davranışları engelleyememe"* anlamına gelir. KZVD'nı bir affekt regülasyon işlevi olarak kullanan, aşık bir biçimde duygu düzenleme güçlüğü yaşayan; kendine öfke duyan ve bu öfkeyi bedene yöneltip kendine zarar veren ergen; aynı zamanda dürtüsel davranışlar gösteren bir yapı sergilemektedir.

Model içinde KZVD sayısını yordayan, son değişken de reddedilme beklentisi olmuştur. Reddedilme beklentisi içinde olan ergen, ilişkilerde güven hissetmeyen, diğeri tarafından önemsendiğine, ihtiyaç anında ihtiyacının karşılanacağına dair düşünceleri yerleşmemiş olan; karşındakini düşman, incitici ya da vurdumduymaz olarak algılayan ve hayal kırıklığı ile anlaşılamama duyguları içerisinde olan ergendir. Reddedilme ya da kaybın getirdiği gerginlik, kendine zarar verme ile geçici olarak rahatlatılır.

Sonuç olarak; reddedilme ya da kaybın yarattığı dayanılmaz gerginlik, dürtüsellik, kendine duyulan öfke ve kendini cezalandırma isteği olumsuz duyguyu yönetememe ile bir araya geldiğinde; başa çıkamayan ergen bir affekt regülasyon biçimi olarak kendine zarar vermektedir.

İkinci model: Sosyal işlevler ile duygu düzenleme güçlükleri ve ayrılma bireyleşme güçlüklerini değerlendirdiğimiz modelde ise, iki farklı değişken ön plana çıkmıştır: Kişiler arası sınırlar ve yutulma anksiyetesi. dürtüsellik ve reddedilme beklentisi ise, KZVD sayısı üzerindeki etkisini bu modelde de göstermiştir.

Bu modelde nesne ilişkileri ve ayrılma bireyleşme kuramının etkileri belirgindir. Yutulma anksiyetesi yaşayan ergenler; yakın ilişkileri, kendi bağımsızlık ve kendilik duygularına tehdit olarak görme eğiliminde olan, kendilerini diğer insanlar tarafından çevrelenmiş ve baskı altına alınmış; özerklikleri ihlal edilmiş hisseden ergenlerdir. Bu durum, çocukluğun yeniden yaklaşma dönemindeki yutulma anksiyetesinin, ergenlik döneminde yeniden yaşanması ile ilişkilidir [103]. Doctors'a göre, çocuklukta kararlı nesne ilişkileri kurulamaması, ergenin sınırlarının silikleşmesine ve yutulma anksiyetesi yaşamasına neden olur. Kendine zarar veren ergenler, kendilik tasarımları anneden ayrılmamıştır ya da kötü nesne tasarımları ile özdeşleşme yapılmıştır. Kendine zarar verme ile kötü nesnelerin sökülüp atılması ve iyi nesne tasarımlarının yeniden oluşturulması, kendiliğin sınırlarının belirlenmesi sağlanır [201].

Anneye güvensiz bağlanan ve sağlıklı ayrılamama nedeniyle, kendilik duygusunun gelişiminde aksaklıklar olan [172, 199] ergen; kendiliğin sınırlarını belirleme amacıyla kendine zarar verir [30]. Böylece KZVD, kişiler arası sınırları belirleme işlevi görür. Ergen deriyi işaretleyerek kendini çevreden ve başkalarından ayırır, bu yolla kendiliğini hisseder [5]. Yutulma anksiyetesi ve KZVD'nin kişiler arası sınırlar işlevinin beraber yordayıcı faktör olarak bulunmasının; bu ergenlerin ayrılma bireyleşme sürecinde yaşadıkları güçlüklerin ve çocukluktan getirdikleri nesne ilişkilerindeki aksaklıkların; ergenlik döneminde KZVD olarak ortaya çıkmasının bir yansıması olduğu düşünülmüştür.

Modelde, ayrılma-bireyleşme sürecinin bir başka zorluğu 3. bir yordayıcı faktör olarak karşımıza çıkmıştır: reddedilme beklentisi. İlişkilerde güven hissetmeyen, diğer tarafından önemsenmediğine, ihtiyaç anında ihtiyacının karşılanacağına dair düşünceleri yerleşmemiş olan; karşısındakini düşman, incitici ya da vurdumduymaz olarak algılayan ve hayal kırıklığı ile anlaşılamama duyguları içerisinde olan ergen; reddedilme ya da kaybın getirdiği dayanılmaz gerginlik içinde kendine zarar vererek geçici olarak rahatlamaktadır.

Sosyal işlevlerin değerlendirildiği ikinci modelde; kişiler arası sınırlar, yutulma anksiyetesi ve reddedilme beklentisinin KZVD sayısını belirlemede etkin bulunması, yukarıda da bahsedildiği gibi ayrılma bireyleşmede, kendiliğin sınırlarını çizmede güçlük çeken ergenlerin KZVD göstermelerini açıklamaktadır. Bunların yanı sıra, duygu düzenleme güçlükleri kapsamında dürtüsellik ortak etkiye katkıda bulunarak kendine zarar verme davranışı sayısını yordamıştır. Reddedilmeye bir yandan da yutulmaya karşı gerginlik

yaşayan ergen, olumsuz duygularla karşılaştığında; dürtüsel davranışları engelleyememekte ve kendine zarar vermektedir.

Sonuç olarak; reddedilme beklentisinin yarattığı dayanılmaz gerginlik altındaki ergen olumsuz duyguların karşısında, davranışları kontrol edememe yani dürtüselliğin de etkisiyle; kendilik algısı gelişimindeki aksaklıkların bir sonucu olarak silikleşen kendilik sınırlarını belirlemek, başkalarından kendisini ayırmak, yutulma anksiyetesini azaltmak ve bedenini kontrol altında tutmak için kendine zarar vermektedir.

Final Model: Otonom işlevler, sosyal işlevler ile duygu düzenleme güçlükleri ve ayrılma bireyleşme güçlüklerini değerlendirdiğimiz modelde; sosyal işlevlerin etkisi kaybolmuş; birinci modelde etki gösteren faktörler; sosyal işlevlerin varlığından etkilenmeyerek KZVD sayısını yordamayı sürdürmüştür.

Bu durum, birinci modelde tartışılmış olan affekt regülasyonu ve emosyon düzenleme güçlükleri ile kendini cezalandırma isteği ve kendini değersizleştirmenin KZVD sayısını yordamada çok etkili faktörler olduğunu göstermiştir. Sosyal işlevler, otonom işlevlerin etkisinin bulunduğu modelde etkinliğini yitirmektedir. Başka bir ifadeyle, artan KZVD sayısı otonom işlevleri ön plana çıkarmakta; otonom işlevlerin olmadığı ortamda KZVD sayısı üzerine etkili bulunan sosyal işlevler; otonom işlevler varken etkinliğini yitirmektedir. Bu durum, Klonsky'nin (2008) çalışmasında "ağır grup" diye tanımladığı ergenlerde neredeyse yalnızca otonom işlevlerinin kullanıldığı yönündeki bulgusuyla paralel bir bulgudur [97].

Dürtüsellik ve reddedilme beklentisi etkinliği bu modelde de korumuştur.

Sonuç olarak; olumsuz duygularla başa çıkılamaması, kendine yönelmiş öfke, dürtüsellik ve reddedilme beklentisi, KZVD davranışları için önemli yordayıcı etkindir.

BÖLÜM VI

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

6.1.1. Sosyodemografik özellikler

Çalışmada yer alan TKZV grubu, EKZV grubu ve kontrol grubunun, sosyodemografik özellikleri ve psikososyal özellikleri gruplar arasında karşılaştırmalar yapılarak değerlendirilmiştir. Okul başarısı, sigara-alkol-madde kullanımı, fiziksel istismar öyküsü, arkadaş ilişkileri, arkadaşlar arasında KZVD öyküsü, ailede ebeveynler arası geçimsizlik ve aile içi şiddet ve ailede KZVD öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Genel olarak değişkenler; TKZV grubu- EKZV grubu ve kontrol grubu arasında beklenen yönde sıralanmıştır. Buna göre psikososyal faktörler açısından TKZV grubu en kötü profile sahiptir; EKZV grubu ise, TKZV grubu ve kontrol grubu arasında yer almıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda, aile yapısı ve göç öyküsü açısından fark bulunmamış; cinsel istismar açısından ise ancak tüm kendine zarar veren ergenler ile kontrol grubu arasında fark bulunmuştur. Bulgular genel olarak literatür ile uyumludur. Aile yapısı literatürde yer alan çalışmaların önemli bir kısmında; KZVD'si olan ergenlerin, boşanmış ebeveyn ya da parçalanmış aileye sahip olma oranının daha fazla olduğu şeklindedir. KZVD gelişimi için risk oluşturan faktörleri belirleme amacıyla, lojistik regresyon analizi yapılmış ve fiziksel istismar, sigara kullanımı, alkol kullanımı, ailede KZVD öyküsü ve arkadaşlarda KZVD öyküsü; KZVD için risk faktörü olarak tespit edilmiştir.

6.1.2. Kendine zarar verme davranışı

Kendine zarar veren ergenler arasında en sık kullanılan KZVD yöntemi, kendini kesme olmuştur. Ancak çalışma gruplarının belirlenmesinde kesme işleme kriteri olarak kullanıldığı için toplum örneklemindeki gerçek yaygınlığı yansıtmayacağı düşünülmüştür. İkinci sık yöntem kendine vurma ya da çarpmadır. Literatür bilgileri en sık KZVD yönteminin kesme ve sonra çarpma-vurma olduğu şeklindedir. KZVD yöntemlerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılmasında, kızlarda tırnaklama ve saç kopartma, erkeklerde ise çarpma vurma daha fazladır. Sosyoekonomik düzeye göre, KZVD yöntemleri arasında farklılık bulunmamıştır. TKZV ve EKZV grupları arasında, zarar vermeye ilk başlama yaşı ve

zarar verme isteğinden eyleme kadar geçen zaman açısından farklılık yoktur. En son kendine zarar verme zamanı açısından ise; EKZV grubu, TKZV grubundan farklı bulunmuştur. EKZV grubu, zamanla KZVD'den uzaklaşma eğilimi göstermektedir. Tıbbi müdahale gerektirecek KZVD öyküsü, TKZV grubunda fazladır. KZVD sırasında acı hissetme, başkalarıyla birlikte olma, davranışı bitirme isteği açısından iki grup farklılaşmamış; KZVD'den başkalarının haberdar olması açısından ise, anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre; TKZV grubunda yer alan ergenlerin, KZVD davranışı başkaları tarafından daha çok bilinmektedir. KZVD yöntemleri arasında en çok kendini kesme psikopatoloji ile ilişki göstermiştir.

6.1.3. İntihar davranışı

İntihar girişimi ve planı en fazla TKZV grubunda, intihar düşüncesi ise en fazla EKZV grubunda görülmüştür. Kontrol grubunda hiç intihar planı ve girişim öyküsü görülmemiş; az sayıda olguda geçmişte intihar düşüncesi saptanmıştır. TKZV grubunda ortalama intihar girişim sayısı, EKZV grubuna göre fazladır; aynı zamanda TKZV grubunda, daha ölümcül yöntemler kullanılmıştır. Bu bulgular; artan KZVD sayısının intihar riskini arttırdığı yönündeki literatür bilgileri ile uyumlu bulunmuştur.

6.1.4. Kendine zarar verme öyküsü olan ve olmayan ergenlerde ve ailelerinde psikopatoloji

Olguların geçmiş ve mevcut psikiyatrik tanıları, yarı yapılandırılmış tanısız görüşme ile değerlendirilmiş; buna göre TKZV grubu, EKZV grubundan, EKZV grubu da kontrol grubundan daha fazla oranda psikiyatrik tanı almıştır. Özellikle, depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve yıkıcı davranış bozuklukları kendine zarar veren ergenlerde fazla oranda görülmüştür. Ölçek ile yapılan değerlendirmelerde de; Beck depresyon envanteri puanları, durumluk ve sürekli kaygı envanteri puanları ve Mc Lean borderline envanteri puanları en fazla TKZV grubunda, sonra EKZV grubunda ve en az kontrol grubunda olacak şekilde gruplar arasında farklılaşmıştır. Özellikle tekrarlayıcı şekilde kendine zarar vermenin, ruhsal hastalıklar ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve yıkıcı davranış bozukluklarının kendine zarar veren ergenlerde fazla olması literatür ile uyumlu bulunmuştur. Benzer şekilde; Mc Lean borderline tarama envanteri puanlarının, gruplar arasında anlamlı olarak farklılaşması literatür ile uyumlu bir bulgudur.

Anne ve babalardaki psikiyatrik tanılar da, yine yarı yapılandırılmış tanısal görüşme ile değerlendirilmiştir. Buna göre; kendine zarar veren ergenlerin anne ve babalarında, kontrol grubu anne ve babalarına göre daha fazla psikiyatrik rahatsızlık bulunmuştur. KZVD gelişimi için risk oluşturan psikopatoloji ilişkili faktörleri belirleme amacıyla yapılan lojistik regresyon analizinde; mevcut psikiyatrik tanı varlığı koşula bağlı anksiyete ve borderline kişilik patolojisi risk faktörü olarak tespit edilmiştir.

6.1.5. Kendine zarar verme öyküsü olan ve olmayan ergenlerde emosyonel regülasyon

TKZV, EKZV ve kontrol grubu ergenlerin duygudurum düzenlemede güçlükleri, duygudurum düzenlemede güçlükler ölçeği (DDGÖ) ile değerlendirilmiştir. Buna göre ölçeğin toplam puanında ve strateji, amaç, dürtüsellik, farkındalık, netlik ve kabul etmeme puanlarında gruplar birbirinden farklılaşmış, en kötü duygu düzenleme becerilerini TKZV grubu, en iyi becerileri de kontrol grubu göstermiştir. EKZV grubu da arada yer almıştır. Toplam DDGÖ puanı ve alt ölçek puanları, KZVD sayısı ile farkındalık alt ölçeği hariç, orta-iyi düzeyde ilişki göstermiş, farkındalık ise zayıf düzeyde ilişki göstermiştir. Kendine zarar veren ergenlerde duygu düzenleme güçlükleri literatür ile uyumlu bulunmuştur. Tüm alt ölçekler, lojistik regresyona analizi ile çoklu model içinde değerlendirildiğinde, farkındalık ve dürtüsellik KZVD'yi yordamıştır.

6.1.6. Kendine zarar verme öyküsü olan ve olmayan ergenlerde ayrılma-bireyleşme özellikleri

Adolesan ayrılma bireyleşme dönemi ile ilişkili güçlükler ve KZVD ilişkisi, Adolesan ayrılma bireyleşme testi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre, ayrılma anksiyetesi, yutulma anksiyetesi, reddedilme beklentisi ve ihtiyacı inkar etme alt ölçekleri açısından gruplar birbirleriyle farklılaşmıştır. Buna göre; ayrılma-bireyleşme açısından en fazla güçlük yaşayan grup, TKZV grubu olmuştur. Onu EKZV grubu izlemiştir ve kontrol grubu en düşük puanları almıştır. Arkadaşa yapışma, öğretmene yapışma, bakım arama ve pratik yapma aynalama puanları açısından ise gruplar birbirinden farklılaşmamıştır. Buna göre ilişkilerin destekleyici formlarını ölçen alt ölçekler arasında farklılık saptanmazken, destekleyici olmayan formlarını ölçen alt ölçekler farklılaşmıştır. Bu 4 alt ölçek KZVD sayısı ile de ilişkili bulunmuştur. Tüm alt ölçekler, lojistik regresyona analizi ile çoklu

model içinde değerlendirildiğinde, yutulma anksiyetesi ve reddedilme beklentisi KZVD'yi yordamıştır.

6.1.7. Sosyal destek algısı

Aile ve arkadaş sosyal desteği algısı, gruplar arasında farklı bulunmuştur. Özellikle aile desteği açısından, gruplar birbirinden belirgin olarak farklılaşmıştır. Buna göre, TKZV grubunun aile desteği algısı en az, kontrol grubunun en fazla, EKZV grubu da aradadır. Arkadaş desteği açısından ise, TKZV ve kontrol grubu arasında farklılık bulunmuş, TKZV ile EKZV ve EKZV ile kontrol grubu arasında farklılık bulunmamıştır. Aile desteğindeki yetersizliğin, doğrudan ve duygu düzenlemede güçlüklerle yol açarak dolaylı olarak; arkadaş desteğinin de dolaylı yoldan duygu düzenleme güçlüklerine sebep olarak, KZVD'ye neden olduğu bildirilmiştir. Çalışmada, aile ve arkadaş desteği ile KZVD sayısı arasında, ters yönde ilişki bulunmuştur.

6.1.8. Kendine zarar verme davranışının işlevleri

KZVD işlevleri, TKZV grubunda ve EKZV grubunda Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri- işlevler bölümü ile araştırılmıştır. Tüm kendine zarar veren ergenler arasında en sık belirtilen KZVD işlevi affekt regülasyonu olmuştur, bunu sıkıntıyı etiketleme ve kendini cezalandırma izlemiştir. En az belirtilen KZVD işlevi de, akranlarla bağ kurmadır. KZVD işlevleri, KZVD sayısı ile ilişkili bulunmuştur. TKZV grubu ile EKZV grubu karşılaştırıldığında, TKZV grubu hem otonom hem de sosyal işlevlerde, EKZV grubuna göre daha yüksek puanlar almıştır. Ayrıca, otonom işlevler ve sosyal işlevler birlikte, çoklu doğrusal regresyona analizi ile değerlendirildiğinde otonom işlevler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre, KZVD sayısı arttıkça otonom işlevler daha fazla etki ederken, sosyal işlevlerin etkisi azalmaktadır.

Otonom işlevlerden affekt regülasyonu ve kendini cezalandırma, sosyal işlevlerden de kişiler arası sınırlar ve özerklik,ş KZVD sayısını çoklu model içinde yordamıştır.

Duygu düzenleme güçlükleri, adolesan ayrılma bireyleşme güçlükleri ve KZVD işlevleri otonom ve sosyal işlevlerin dahil edildiği 2 ayrı model ve son kombine final model ile değerlendirilmiş; affekt regülasyonu, kendini cezalandırma, dürtüsellik ve reddedilme beklentisinin KZVD sayısını yordadığı görülmüştür.

6.2. ÖNERİLER

1- KZVD'si olan ergenler önemli oranda duygu düzenleme güçlükleri yaşamaktadırlar. Bu ergenlere duygu düzenleme stratejileri öğretilerek, kendine zarar verme yerine uyuma yönelik duygu düzenleme yolları bulma ve uygulama konusunda yardımcı olunmalıdır. Düşünce- duygu- davranış üzerine odaklı bilişsel davranışçı terapiler yararlı olabilir.

2- Aile ve arkadaş desteği algısı, bu ergenlerde olumsuz yönde etkilenmiştir. Daha destekleyici aile ilişkileri ve arkadaş ilişkilerinin sağlanması amacıyla, ebeveynler ile çalışılması ve okullarda koruyucu önlemler alınması gereklidir.

3- Ayrılma-bireyleşme sürecinde yaşanan güçlükler, KZVD gelişiminde önemli rol üstlenmektedir. Ebeveynlerin tutarlı, özerkliği destekleyici, empatik yaklaşımları ergenlerin bu süreçte karşı karşıya kaldığı gelişimsel sıkıntıları kolay atlatmasına yardımcı olacaktır.

4- Anne ve babalara duygu düzenleme stratejileri öğretilmesi, dolaylı yoldan aile ortamı içinde ergenin bu yetileri daha kolay kazanmasına yardımcı olacaktır. Ayrıca ruhsal rahatsızlığı olan ergenlerin tedavi olması, yalnızca kendilerinde değil; aile içi ilişkilerde ve çocuklarında da işlevselliği arttıracaktır.

5-Yıkıcı davranış bozuklukları (DEHB vb.), depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları gibi ruhsal rahatsızlıkların etkin ve doğru tedavisi KZVD ortaya çıkmasını ve devam etmesini önleyecektir.

6- Epizodik grupta yer alan ergenler; daha hafif ve gelişimsel güçlüklerden kaynaklanan sıkıntılar nedeniyle sınırlı sayıda KZVD gösteren ve intihar riski düşük olan ergenlerdir. Bu ergenlerin çok büyük bir kısmı zaman içerisinde bu davranışları bırakmaktadır. Bu nedenle kendine zarar veren ergenlerde psikopatolojinin şiddetini iyi değerlendirmek; etkin tedavi olanakları sağlamanın yanı sıra gereksiz damgalanma gibi istenmeyen durumların da önüne geçilmesine yardımcı olacaktır.

7- Özellikle tekrarlayıcı şekilde kendine zarar veren ergenlerde artmış intihar riski açısından dikkatli olunmalıdır.

8- Ruh sağlığı alanında çalışanların, aile hekimlerinin, acil servis çalışanlarının ve okullarda rehber retmenlerin, KZVD davranışlarının anlamları hakkında bilgilenmesi, bu ergenlere daha empatik yaklaşılmasını ve doğru tedaviye yönlendirilmeyi sağlayacaktır.

BÖLÜM VII

ÇALIşMANIN SINIRLILIKLARI

- 1- Çalışmamızın rneklemi liselere devam etmekte olan ergenlerden oluşmuştur. Bu nedenle okulu bırakmış olan, çalışan, ıraklık eğitimi alan ve sokakta yaşayan ergenler örneklemde temsil edilmemiştir. Bu ergenlerde KZVD doğası daha farklı olabilir.
- 2- Çalışmada ebeveynler görüşme yapılmak üzere davet edilmiştir, ancak bir kısmı davete yanıt vermiştir. Diğer anne babalarla tanısıl görüşme yapılamamıştır.
- 3- Çalışma kapsamında anne ve babalardaki duygu düzenleme güçlükleri ve bunun ergenler üzerindeki etkisi araştırılmamıştır.

BÖLÜM VIII.

ÖZET

LİSE ÖĞRENCİLERİNDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI: İŞLEVLERİ, EMOSYONEL REGÜLASYON VE AYRILMA BİREYLEŞME

GİRİŞ

Kendine zarar verme davranışları (KZVD), kasıtlı olarak yapılan ve intihar amacı taşımayan, beden dokusunun hasar gördüğü davranışlar olarak tanımlanmıştır. Ergenlik döneminde daha sık görülmektedir ve bazı işlevlere hizmet eder. Bazı ergenler KZVD'yi sınırlı sayıda-epizodik olarak gerçekleştirirken; KZVD, bazı ergenlerde tekrarlayıcı ve kronik bir hal almaktadır. Duygu düzenleme, son yıllarda üzerinde daha çok durulan ve bir çok psikiyatrik rahatsızlığın yanı sıra, KZVD ile ilişkisi gündemde olan bir konudur. Blos (1967) tarafından tanımlanmış olan ikinci ayrılma bireyleşme dönemi, Mahler'in kuramından yola çıkarak ergenlik süreçlerini ve bu dönemde yaşanan güçlükleri özetlemektedir.

Bu çalışmada; ergenlerde KZVD'nin; işlevlerinin, emosyonel regülasyon ve ayrılma bireyleşme ve psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkisinin araştırılması ayrıca; epizodik olarak kendine zarar veren ergenler ile tekrarlayıcı şekilde zarar veren ergenlerin bu açılardan karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

İzmir ili genelinde yürütülen kendine zarar verme davranışı yaygınlığı ve doğasının araştırıldığı KZVD yaygınlık araştırma çalışmasında ulaşılan lise öğrencileri, bu araştırmanın örneklemini oluşturmuştur (n=1656). Bu öğrenciler arasından bugüne dek "en az 5 kez kendini kestiğini" belirten öğrenciler, tekrarlayıcı kendine zarar verme grubuna (TKZV), bu öğrencilerle benzer yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzeyde olan herhangi bir KZVD yöntemini 5'den az yaptığını belirten öğrenciler de epizodik kendine zarar veren gruba (EKZV) alınmıştır. Kontrol grubuna da hiç kendine zarar verme öyküsü ya da intihar girişi olmayan ve diğer iki grup ile yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından benzer olan ergenler alınmıştır. Buna göre TKZV grubu 91, EKZV grubu 102 ve kontrol grubu 101 öğrenciden oluşmuştur. Bu öğrenciler ile okullarda tanısallık psikiyatrik görüşme yapılmış (ÇDGŞG-ŞY); öğrencilerden; kendine zarar verme davranışı tarama ve

değerlendirme envanteri, Beck depresyon envanteri, durumluk ve süreklilik kaygı envanteri, McLean borderline kişilik bozukluğu tarama envanteri, duygu durum düzenlemede güçlükler ölçeği, adolesan ayrılma bireyleşme testi ve aileden ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek ölçeği ile sosyodemografik veri formunu doldurmaları istenilmiştir. TKZV, EKZV ve kontrol grubunda yer alan ergenlerin sosyodemografik ve psikososyal özellikleri, KZVD'nin doğası ile ilgili özellikler, KZVD'nin işlevleri, ergenlerin psikiyatrik tanıları, depresyon, anksiyete ve borderline tarama ölçeği puanları, duygudurum düzenlemede ve adolesan ayrılma bireyleşme sürecinde yaşadıkları güçlükler karşılaştırılmıştır. Ayrıca olguların anne ve babaları Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğine davet edilmiş görüşme yapmayı kabul eden anne ve babalarla, SCID-NP tanı görüşmesi yapılmıştır.

BULGULAR

TKZV grubunda yer alan ergenlerin, EKZV ve kontrol grubuna göre daha fazla psikiyatrik tanı aldığı, depresyon, anksiyete ve borderline kişilik bozukluğu puanlarının daha yüksek olduğu, aile ve arkadaş desteği algılarının daha düşük olduğu görülmüştür. Benzer şekilde EKZV grubu da, kontrol grubuna kıyasla yüksek puan almıştır. Bu ergenler DDGÖ ölçeği tüm alt ölçek puanlarında ve toplam puanda ,diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan almışlardır (farkındalık puanı için, EKZV grubu ile arasında fark saptanmamıştır). AABT açısından da ölçeğin destekleyici olmayan alt ölçekleri (yutulma anksiyetesi, ayrılma anksiyetesi, reddedilme beklentisi ve ihtiyacı inkar) 3 grup arasında farklılaşmış, destekleyici olan alt ölçeklere göre ise gruplar arası farklılık bulunmamıştır. Buna göre TKZV grubu en fazla, EKZV grubu orta düzeyde, kontrol grubu ise en az düzeyde ayrılma bireyleşme güçlüğü belirtmiştir. Kendine zarar verme işlevlerinden en sık kullanılanı affekt regülasyonudur.

SONUÇ

Kendine zarar veren ergenler duygu düzenleme ve ayrılma bireyleşme süreci ile ilgili güçlükler yaşamaktadırlar. Bu ergenler arasında, davranışı tekrarlayıcı formlarda gösterenler ile epizodik formda gösterenler, duygu düzenleme güçlükleri, ayrılma bireyleşme güçlükleri, algıladıkları aile ve sosyal destek algısı ve psikiyatrik tanıya sahip olma oranları açısından farklılaşmaktadırlar. EKZV grubu, klinik görünüm ve şiddet açısından daha hafif bir formdur. KZVD işlevlerinden en sık affekt regülasyonu

kullanılmaktadır. Artan kendine zarar verme sayısı, işlevlerin daha fazla kullanılması ile ilişkilidir. Özellikle, otonom işlevler KZVD sayısını yordamaktadır.

Anahtar Kelimeler

Kendine zarar verme davranışı işlevleri, emosyonel regölasyon, ayrılma bireyleşme, ergen

BÖLÜM IX

KAYNAKLAR

1. Lloyd-Richardson, E.E., et al., *Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents*. Psychol Med, 2007. **37**(8): p. 1183-92.
2. Yates, T.M., A.J. Tracy, and S.S. Luthar, *Nonsuicidal Self-Injury Among "Privileged" Youths: Longitudinal and Cross-Sectional Approaches to Developmental Process*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2008. **76**(1): p. 52-62.
3. Laye-Gindhu, A. and K. Schonert-Reichl, *Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the "Whats" and "Whys" of Self-Harm*. Journal of Youth and Adolescence, 2005. **34**(5): p. 447-457.
4. Jacobson, C.M. and M. Gould, *The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature*. Arch Suicide Res, 2007. **11**(2): p. 129-47.
5. Klonsky, E.D., *The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence*. Clinical Psychology Review, 2007. **27**(2): p. 226-239.
6. Gross, J.J., *Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology*. J Pers Soc Psychol, 1998. **74**(1): p. 224-37.
7. Briere, J. and E. Gil, *Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions*. Am J Orthopsychiatry, 1998. **68**(4): p. 609-20.
8. Herpertz, S., *Self-injurious behaviour Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1995. **91**(1): p. 57-68.
9. Blos, P., *The second individuation process of adolescence*. Psychoanal Study Child, 1967. **22**: p. 162-86.
10. Hawton, K., et al., *Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2003. **44**(8): p. 1191-1198.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, F.E., Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
12. Injury, A.P.A.D.-D.V.N.S.S., 21.07.2011 tarihinde <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.asp> sitesinden indirilmiştir.
13. Ernst, C., , Morton CC, Gusella JF. Self-injurious behaviours in people with and without intellectual delay: implications for the genetics of suicide. Int J Neuropsychopharmacol. 2010 May;13(4):527-8. .
14. Welch, S.S., *A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population*. Psychiatr Serv, 2001. **52**(3): p. 368-375.
15. Gratz, K., *Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2001. **23**(4): p. 253-263.
16. Favazza, A.R., *The Coming of Age of Self-Mutilation*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1998. **186**(5): p. 259-268.
17. Favazza, A.R. and R.J. Rosenthal, *Diagnostic Issues in Self-Mutilation*. Hosp Community Psychiatry, 1993. **44**(2): p. 134-140.
18. Favazza, A.R., *Bodies Under Siege: Self Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. 2 ed. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1996. .

19. Lülecı, S., (2007) Kendini Yaralama Davranışı Olan Ergenlerin Psikiyatrik ve Sosyokültürel Özellikleri, Bakırköy Prof.Drç Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
20. Emerson, L.E., (1913), "The case of Miss A: A preliminary report of a psychoanalysis study and treatment of a case of self-mutilation", *Psychoanalytic Review* (William A. White, MD & Smith Ely Jelliffe, MD): 41-54, retrieved 2009-06-15.
21. Menninger, K., (1935), "A psychoanalytic study of the significance of self-mutilation", *Psychoanalytic Quarterly*: 408-466.
22. Ray, E.H., (2007) A Multidimensional Analysis of Self-Mutilation In College Students, Yayınlanmamış Tez Çalışması, The University of Texas at Austin, Texas USA.
23. Pao, P.N., (1969), "The Syndrome of Delicate Self-cutting", *British Journal of Medical Psychology* Vol. 42: 195-206.
24. Simpson, E., (1976) Self mutilation in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*:45.5:428-38
25. Morgan, H.G., (1979). *Death Wishes: The understanding and management of deliberate self-harm*. Wiley, Chinchester.
26. Klonsky, E.D., T.F. Oltmanns, and E. Turkheimer, *Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates*. *Am J Psychiatry*, 2003. **160**(8): p. 1501-1508.
27. Claassen, C.A., et al., *Epidemiology of Nonfatal Deliberate Self-Harm in the United States as Described in Three Medical Databases*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2006. **36**(2): p. 192-212.
28. Muehlenkamp, J.J. and P.M. Gutierrez, *An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents*. *Suicide Life Threat Behav*, 2004. **34**(1): p. 12-23.
29. Ross, S. and N. Heath, *A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents*. *Journal of Youth and Adolescence*, 2002. **31**(1): p. 67-77.
30. Suyemoto, K.L., *The functions of self-mutilation*. *Clinical Psychology Review*, 1998. **18**(5): p. 531-554.
31. Rodham, K., K. Hawton, and E. Evans, *Reasons for Deliberate Self-Harm: Comparison of Self-Poisoners and Self-Cutters in a Community Sample of Adolescents*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2004. **43**(1): p. 80-87.
32. Whitlock, J., J. Eckenrode, and D. Silverman, *Self-injurious Behaviors in a College Population*. *Pediatrics*, 2006. **117**(6): p. 1939-1948.
33. Jacobson, C.M. and M. Gould, *The Epidemiology and Phenomenology of Non-Suicidal Self-Injurious Behavior Among Adolescents: A Critical Review of the Literature*. *Archives of Suicide Research*, 2007. **11**(2): p. 129-147.
34. Klonsky, E.D. and J.J. Muehlenkamp, *Self-injury: A research review for the practitioner*. *Journal of Clinical Psychology*, 2007. **63**(11): p. 1045-1056.
35. Madge, N., et al., *Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study*. *J Child Psychol Psychiatry*, 2008. **49**(6): p. 667-77.
36. Zoroglu, S.S., et al., *Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2003. **57**(1): p. 119-126.
37. Stanley, B., et al., *Are Suicide Attempters Who Self-Mutilate a Unique Population?* *Am J Psychiatry*, 2001. **158**(3): p. 427-432.
38. Sourander, A., et al., *Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15*. *Journal of Affective Disorders*, 2006. **93**(1-3): p. 87-96.

39. Claes, L., W. Vandereycken, and H. Vertommen, *Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation*. Personality and Individual Differences, 2007. **42**(4): p. 611-621.
40. Toprak, S., et al., *Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students*. Psychiatry Research, 2011. **187**(1-2): p. 140-144.
41. Ögel, K., Aksoy A (2006) Kendine Zarar Verme DavranışıRaporu. Yeniden Yayın no:18, İstanbul.
42. Başay, B.K., ve ark Assessment of the adolescents with self harming behavior and suicide attempts in an outpatient adolescent unit. International Conference Sponsored by ESCAP. Quality of life in child and adolescent mental health. 22-26 August 2009, Budapest. .
43. Simeon, D., Favazza AR. Self-injurious Behaviors: Phenomenology and Assessment. In: Simeon D, Hollander E, eds. Self-injurious Behaviors: Assessment and Treatment. Washington D. C.: American Psychiatric Press; 2001:1-28. .
44. Miller, D.N., Brock SE (2011) Developmental Psychopathology at School Identifying, Assessing and Treating Self Injury at Scholl. Springer Science + Business Media.
45. Schmahl, C.G., T. H. McGlashan & J. D. Bremner: Neurobiological correlates of borderline personality disorder. Psychopharmacol Bull 36, 69-87 (2002).
46. Sandman, C.A., & P. Touchette: Opioids and the maintenance of self-injurious behavior. In: Self-Injurious Behavior: Gene-Brain-Behavior Relationships. Eds: Schroeder S. R., Oster-Granite M. L., Thompson T., American Psychological Association, Washington, DC 191-204 (2002).
47. Sandman, C.A., W. Hetrick, D. V. Taylor & A. Chicz- DeMet: Dissociation of POMC peptides after self-injury predicts responses to centrally acting opiate blockers. Am J Ment Retard 102, 182-199 (1997).
48. Tordjman, S., et al., *Pain reactivity and plasma beta-endorphin in children and adolescents with autistic disorder*. PloS one, 2009. **4**(8): p. e5289.
49. Symons, F.J., A. Thompson, and M.C. Rodriguez, *Self-injurious behavior and the efficacy of naltrexone treatment: A quantitative synthesis*. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 2004. **10**(3): p. 193-200.
50. Stanley, B., et al., *Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters*. Journal of Affective Disorders, 2010. **124**(1-2): p. 134-140.
51. Ballard, E., A. Bosk, and M. Pao, *Invited Commentary: Understanding Brain Mechanisms of Pain Processing in Adolescents' Non-Suicidal Self-Injury*. Journal of Youth and Adolescence, 2010. **39**(4): p. 327-334.
52. Sandman, C.A. and W.P. Hetrick, *Opiate mechanisms in self-injury*. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 1995. **1**(2): p. 130-136.
53. Tiefenbacher, S., et al., *The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: a nonhuman primate model*. Front Biosci, 2005. **10**: p. 1-11.
54. Wong, D.F., et al., *Dopamine transporters are markedly reduced in Lesch-Nyhan disease in vivo*. Proc Natl Acad Sci U S A, 1996. **93**(11): p. 5539-43.
55. Turner, C.A. and M.H. Lewis, *Dopaminergic mechanisms in self-injurious behavior and related disorders*, in *Self-injurious behavior: Gene-brain-behavior relationships*, S.R. Schroeder, M.L. Oster-Granite, and T. Thompson, Editors. 2002, Washington, DC, US: American Psychological Association. p. 165-179.
56. Kishore and Stamm, S.K.a.S.S., *The snoRNA HBII-52 regulates alternative splicing of the serotonin receptor 2C*, Science 5758 (2006), pp. 230–232.
57. Winchel R. M. & M. Stanley: Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. Am J Psychiatry 148, -.

58. Markovitz P. J., J.R.C., S. C. Schulz & H. Y. Meltzer: Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *Am J Psychiatry* 148, 1064-1067 (1991).
59. CROWELL, S.E., et al., *Psychological, autonomic, and serotonergic correlates of parasuicide among adolescent girls*. *Development and Psychopathology*, 2005. **17**(04): p. 1105-1127.
60. Lin, P.Y., Tsai G (2004) Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism and suicide: results of a meta-analysis. *Biol Psychiatry* 55: 1023-1030.
61. Fliege, H., et al., *Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review*. *Journal of Psychosomatic Research*, 2009. **66**(6): p. 477-493.
62. Klonsky, E.D. and A. Moyer, *Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis*. *The British Journal of Psychiatry*, 2008. **192**(3): p. 166-170.
63. Skegg, K., *Self-harm*. *The Lancet*, 2005. **366**(9495): p. 1471-1483.
64. Wedig, M.M. and M.K. Nock, *Parental Expressed Emotion and Adolescent Self-Injury*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2007. **46**(9): p. 1171-1178.
65. Webb, L., *Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors*. *J Adv Nurs*, 2002. **38**(3): p. 235-44.
66. Prinstein, M., et al., *Peer Influence and Nonsuicidal Self Injury: Longitudinal Results in Community and Clinically-Referred Adolescent Samples*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2010. **38**(5): p. 669-682.
67. Nock, M.K. and M.J. Prinstein, *Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents*. *Journal of Abnormal Psychology*, 2005. **114**(1): p. 140-146.
68. Nock, M.K. and W.B. Mendes, *Physiological Arousal, Distress Tolerance, and Social Problem-Solving Deficits Among Adolescent Self-Injurers*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2008. **76**(1): p. 28-38.
69. Tolmunen, T., et al., *Dissociation, self-cutting, and other self-harm behavior in a general population of Finnish adolescents*. *J Nerv Ment Dis*, 2008. **196**(10): p. 768-71.
70. Nock, M.K., et al., *Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts*. *Psychiatry Research*, 2006. **144**(1): p. 65-72.
71. HAW, C., et al., *Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients*. *The British Journal of Psychiatry*, 2001. **178**(1): p. 48-54.
72. Hintikka, J., et al., *Mental Disorders in Self-Cutting Adolescents*. *Journal of Adolescent Health*, 2009. **44**(5): p. 464-467.
73. Hawton, K., et al., *Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England*. *BMJ*, 2002. **325**(7374): p. 1207-1211.
74. Hawton, K., et al., *Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors*. *Journal of Adolescence*, 1999. **22**(3): p. 369-378.
75. Cerutti, R., et al., *Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents*. *Journal of Adolescence*, 2011. **34**(2): p. 337-347.
76. Jacobson, C.M., et al., *Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm*. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2008. **37**(2): p. 363-75.
77. Bjarehed, J. and L.G. Lundh, *Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation?* *Cogn Behav Ther*, 2008. **37**(1): p. 26-37.
78. Brunner, R., et al., *Prevalence and Psychological Correlates of Occasional and Repetitive Deliberate Self-harm in Adolescents*. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2007. **161**(7): p. 641-649.

79. Kerr, P.L., J.J. Muehlenkamp, and J.M. Turner, *Nonsuicidal Self-Injury: A Review of Current Research for Family Medicine and Primary Care Physicians*. J Am Board Fam Med, 2010. **23**(2): p. 240-259.
80. Joiner, T.E., (2005). Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press.
81. Eker, E., (2006) 2005 Yılında İstanbul ortaöğretim kurumlarında eğitim gören ergenlerin yeme tutumlarının değerlendirilmesi ve kendine zarar verme ile intihar davranışları bakımından karşılaştırılması. İstanbul üniversitesi adli tıp enstitüsü sosyal bilimler anabilim dalı.Yüksek lisans tezi. İstanbul.
82. Sutton, J., (2004). Understanding dissociation and its relationship to self-injury and childhood trauma. Counseling & Psychotherapy Journal, 15,24-25.
83. Saxe, G.N., N. Chawla, and B. Van der Kolk, *Self-Destructive Behavior in Patients with Dissociative Disorders*. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2002. **32**(3): p. 313-320.
84. Zlotnick, C., et al., *The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation*. Comprehensive Psychiatry. **37**(1): p. 12-16.
85. Gratz, K.L., S.D. Conrad, and L. Roemer, *Risk Factors for Deliberate Self-Harm Among College Students*. American Journal of Orthopsychiatry, 2002. **72**(1): p. 128-140.
86. Matsumoto, T., et al., *Self-burning versus self-cutting: Patterns and implications of self-mutilation; a preliminary study of differences between self-cutting and self-burning in a Japanese juvenile detention center*. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2005. **59**(1): p. 62-69.
87. Kiesel, C.L., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. American Journal of Psychiatry, 158, 1034-1039.
88. Brown, M.Z., K.A. Comtois, and M.M. Linehan, *Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder*. J Abnorm Psychol, 2002. **111**(1): p. 198-202.
89. Messer, J.M. and W.J. Fremouw, *A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents*. Clinical Psychology Review, 2008. **28**(1): p. 162-178.
90. Damasio, A.R., *Emotion in the perspective of an integrated nervous system*. Brain Res Brain Res Rev, 1998. **26**(2-3): p. 83-6.
91. Gross, J., *The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review* Review of General Psychology, 1998. **2**(3): p. 271-299.
92. Sim, L., et al., *Adolescent Deliberate Self-Harm: Linkages to Emotion Regulation and Family Emotional Climate*. Journal of Research on Adolescence, 2009. **19**(1): p. 75-91.
93. Ross, S., N.L. Heath, and J.R. Toste, *Non-Suicidal Self-Injury and Eating Pathology in High School Students*. American Journal of Orthopsychiatry, 2009. **79**(1): p. 83-92.
94. Adrian, M., et al., *Emotional Dysregulation and Interpersonal Difficulties as Risk Factors for Nonsuicidal Self-Injury in Adolescent Girls*. Journal of Abnormal Child Psychology, 2011. **39**(3): p. 389-400.
95. !!! INVALID CITATION !!!
96. Dulit, R., et al., *Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder*. Am J Psychiatry, 1994. **151**(9): p. 1305-1311.
97. Klonsky, E.D. and T.M. Olino, *Identifying Clinically Distinct Subgroups of Self-Injurers Among Young Adults: A Latent Class Analysis*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2008. **76**(1): p. 22-27.
98. Klonsky, E. and C. Glenn, *Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS)*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2009. **31**(3): p. 215-219.

99. Zanarini, M.C., et al., *A screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD)*. J Pers Disord, 2003. **17**(6): p. 568-73.
100. Gratz, K. and L. Roemer, *Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2004. **26**(1): p. 41-54.
101. Neumann, A., et al., *Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale*. Assessment, 2010. **17**(1): p. 138-49.
102. Rugancı, R.N. and T. Gençöz, *Psychometric properties of a Turkish version of the difficulties in emotion regulation scale*. Journal of Clinical Psychology, 2010. **66**(4): p. 442-455.
103. Levine, J.B., C.J. Green, and T. Millon, *The Separation-Individuation Test of Adolescence*. J Pers Assess, 1986. **50**(1): p. 123-37.
104. Procidano, M.E. and K. Heller, *Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies*. American Journal of Community Psychology, 1983. **11**(1): p. 1-24.
105. Eskin, M., *Reliability of the turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal behavior, and suicide probability scale*. Journal of Clinical Psychology, 1993. **49**(4): p. 515-522.
106. Beck, A.T., et al., *An inventory for measuring depression*. Arch Gen Psychiatry, 1961. **4**: p. 561-71.
107. Hisli, N., (1989) Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji Dergisi, cilt 7, 23: 3-13.
108. Spielberg, C.D., Gorsuch RL, Lushene RE. 1970. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologist Press: Palo Alto.
109. Öner, N., Le Compte A (1983) Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri Elkitabı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası.
110. Kaufman, J., Birmaher B, Brent D ve ark. (1997) Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36:980-988. .
111. Gökler, B., Ünal F, Pehlivan Türk B. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-Türkçe uyarlaması'nın geçerlik ve güvenirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2004; 11:109-16.
112. Çorapçıoğlu, A., Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV eksen 1 ruhsal bozukluklarına göre Türkçe yapılandırılmış klinik değerlendirmenin güvenirliği. İlaç ve Tedavi Dergisi, 12: 33-36.
113. Spitzer, R.L., Williams JBW, Gibbon M (1990) Structured Clinical Interview for DSM-III-R. American Psychiatric Press, Washington, D.C. .
114. Samuel, G., Using SPSS for Windows and Macintosh, Lesson 41, 5th ed. 2008, sf 372-375, 418-419.
115. Crosne, R., K. Ericson, Glasgow, and S.M. Dornbusch, *Protective Functions of Family Relationships and School Factors on the Deviant Behavior of Adolescent Boys and Girls*. Youth & Society, 2002. **33**(4): p. 515-544.
116. Hawkins, J.D., et al., *Preventing Adolescent Health-Risk Behaviors by Strengthening Protection During Childhood*. Arch Pediatr Adolesc Med, 1999. **153**(3): p. 226-234.
117. Jessor, R., M.S. Turbin, and F.M. Costa, *Protective factors in adolescent health behavior*. J Pers Soc Psychol, 1998. **75**(3): p. 788-800.
118. Rae-Grant, N., et al., *Risk, Protective Factors, and the Prevalence of Behavioral and Emotional Disorders in Children and Adolescents*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1989. **28**(2): p. 262-268.

119. Landstedt, E. and K. Gillander Gådin, *Deliberate self-harm and associated factors in 17-year-old Swedish students*. Scandinavian Journal of Public Health, 2011. **39**(1): p. 17-25.
120. Haavisto, A., et al., *Factors associated with ideation and acts of deliberate self-harm among 18-year-old boys*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2005. **40**(11): p. 912-921.
121. Rossow, I., et al., *Cross-National Comparisons of the Association between Alcohol Consumption and Deliberate Self-Harm in Adolescents*. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2007. **37**(6): p. 605-615.
122. Low, G., et al., *Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: A pilot study*. British Journal of Medical Psychology, 2000. **73**(2): p. 269-278.
123. Gratz, K.L., *Risk Factors for Deliberate Self-Harm Among Female College Students: The Role and Interaction of Childhood Maltreatment, Emotional Inexpressivity, and Affect Intensity/Reactivity*. American Journal of Orthopsychiatry, 2006. **76**(2): p. 238-250.
124. van der Kolk, B., J. Perry, and J. Herman, *Childhood origins of self-destructive behavior*. Am J Psychiatry, 1991. **148**(12): p. 1665-1671.
125. Yates, T.M., E.A. Carlson, and B. Egeland, *A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample*. Development and Psychopathology, 2008. **20**(02): p. 651-671.
126. Muehlenkamp, J.J., et al., *Abuse Subtypes and Nonsuicidal Self-Injury: Preliminary Evidence of Complex Emotion Regulation Patterns*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 2010. **198**(4): p. 258-263 10.1097/NMD.0b013e3181d612ab.
127. Gardner, F., [2001]: *Self-harm: a psychotherapeutic approach*. London: Brunner-Routledge
128. Hilt, L.M., C.B. Cha, and S. Nolen-Hoeksema, *Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship*. J Consult Clin Psychol, 2008. **76**(1): p. 63-71.
129. Beautrais, A.L., *Risk factors for suicide and attempted suicide among young people*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2000. **34**(3): p. 420-436.
130. Rissanen, M.-L., J. Kylmä, and E. Laukkanen, *Self-mutilation among Finnish adolescents: Nurses' conceptions*. International Journal of Nursing Practice, 2011. **17**(2): p. 158-165.
131. De Leo, D. and T.S. Heller, *Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey*. Med J Aust, 2004. **181**(3): p. 140-4.
132. O'Connor, R.C., et al., *Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland*. The British Journal of Psychiatry, 2009. **194**(1): p. 68-72.
133. Klonsky, E.D., *The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation*. Psychiatry Research, 2009. **166**(2-3): p. 260-268.
134. Favazza, A.R. and K. Conterio, *Female habitual self-mutilators*. Acta Psychiatr Scand, 1989. **79**(3): p. 283-9.
135. Martin, G., et al., *Self-injury in Australia: a community survey*. Med J Aust, 2010. **193**(9): p. 506-10.
136. Pattison, E. and J. Kahan, *The deliberate self-harm syndrome*. Am J Psychiatry, 1983. **140**(7): p. 867-872.
137. Wong, J.P.S., et al., *Risk Factors Associated with Suicide Attempts and Other Self-injury Among Hong Kong Adolescents*. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2007. **37**(4): p. 453-466.
138. Cooper, J., et al., *Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-Year Cohort Study*. Am J Psychiatry, 2005. **162**(2): p. 297-303.

139. Whitlock, J. and K.L. Knox, *The Relationship Between Self-injurious Behavior and Suicide in a Young Adult Population*. Arch Pediatr Adolesc Med, 2007. **161**(7): p. 634-640.
140. Kim, H.H., S.I. Viner-Brown, and J. Garcia, *Children's mental health and family functioning in Rhode Island*. Pediatrics, 2007. **119**(1): p. S22-8.
141. Bjärehed, J. and L.G. Lundh, *Deliberate Self-Harm in 14-Year-Old Adolescents: How Frequent Is It, and How Is It Associated with Psychopathology, Relationship Variables, and Styles of Emotional Regulation?* Cognitive Behaviour Therapy, 2008. **37**(1): p. 26-37.
142. Nixon, M.K., P. Cloutier, and S.M. Jansson, *Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey*. Canadian Medical Association Journal, 2008. **178**(3): p. 306-312.
143. Kutcher, S., et al., *International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions*. European Neuropsychopharmacology, 2004. **14**(1): p. 11-28.
144. Herpertz, S., H. Sass, and A. Favazza, *Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings*. Journal of Psychiatric Research. **31**(4): p. 451-465.
145. Barkley, R.A., *Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD*. Psychol Bull, 1997. **121**(1): p. 65-94.
146. Gross, J.J., *Handbook of emotion regulation* 2007: New York, NY, US: Guilford Press. vii, 654.
147. Andover, M.S., et al., *Self-Mutilation and Symptoms of Depression, Anxiety, and Borderline Personality Disorder*. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2005. **35**(5): p. 581-591.
148. O'Donnell, M.L., M. Creamer, and P. Pattison, *Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma: Understanding Comorbidity*. Am J Psychiatry, 2004. **161**(8): p. 1390-1396.
149. Kessler, R.C., *Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society*. J Clin Psychiatry, 2000. **5**: p. 4-12.
150. Donegan, N.H., et al., *Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation*. Biological Psychiatry, 2003. **54**(11): p. 1284-1293.
151. Crowell, S.E., et al., *Parent-Child Interactions, Peripheral Serotonin, and Self-Inflicted Injury in Adolescents*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2008. **76**(1): p. 15-21.
152. Yüncü, Z., Kesebir S, Özbaran B, Çelik Y ve ark. Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin ebeveynlerinde psikopatoloji ve mizaç: Kontrollü bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2009;20:5-13.
153. Cole, P.M., S.E. Martin, and T.A. Dennis, *Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research*. Child Dev, 2004. **75**(2): p. 317-33.
154. Hankin, B.L. and J.R.Z. Abela, *Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½ year longitudinal study*. Psychiatry Research, 2011. **186**(1): p. 65-70.
155. Connell, A.M. and S.H. Goodman, *The Association Between Psychopathology in Fathers Versus Mothers and Children's Internalizing and Externalizing Behavior Problems: A Meta-Analysis*. Psychological Bulletin, 2002. **128**(5): p. 746-773.
156. Hilt, L.M., et al., *Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model*. The Journal of Early Adolescence, 2008. **28**(3): p. 455-469.

157. Turner, S.M., et al., *Parenting behaviors in parents with anxiety disorders*. Behaviour Research and Therapy, 2003. **41**(5): p. 541-554.
158. Kendler, K.S., et al., *Generalized anxiety disorder in women. A population-based twin study*. Arch Gen Psychiatry, 1992. **49**(4): p. 267-72.
159. Donner, J., et al., *An Association Analysis of Murine Anxiety Genes in Humans Implicates Novel Candidate Genes for Anxiety Disorders*. Biological Psychiatry, 2008. **64**(8): p. 672-680.
160. Whaley, S.E., A. Pinto, and M. Sigman, *Characterizing Interactions Between Anxious Mothers and Their Children*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1999. **67**(6): p. 826-836.
161. Steck, B., et al., *Disease variables and depression affecting the process of coping in families with a somatically ill parent*. Psychopathology, 2007. **40**(6): p. 394-404.
162. Başay, Ö., (2011). Nonsuicidal self injury among Turkish high school students:the relationship with psychopathology according to a brief symptom inventory. World Psychiatric Association Thematic Conference. Oral presentation OP:41. İstanbul.
163. Ramchandani, P. and L. Psychogiou, *Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development*. The Lancet, 2009. **374**(9690): p. 646-653.
164. Zeman, J., et al., *Emotion regulation in children and adolescents*. J Dev Behav Pediatr, 2006. **27**(2): p. 155-68.
165. Linehan, M.M., *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Diagnosis and treatment of mental disorders.1993: New York, NY, US: Guilford Press. xvii, 558.
166. Chapman, A.L., K.L. Gratz, and M.Z. Brown, *Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model*. Behaviour Research and Therapy, 2006. **44**(3): p. 371-394.
167. Gratz, K.L. and L. Roemer, *The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university*. Cognitive Behaviour Therapy, 2008. **37**(1): p. 14-25.
168. Gratz, K.L. and A.L. Chapman, *The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates*. Psychology of Men & Masculinity, 2007. **8**(1): p. 1-14.
169. Farber, S., (2000). When the body is the target: Self-harm, pain, and traumatic attachments. Northvale, NJ: Aronson.
170. Kafka, J.S., *The body as transitional object: A psychoanalytic study of a self-mutilating patient*. British Journal of Medical Psychology, 1969. **42**(3): p. 207-212.
171. Freud, A., *Child observation and prediction of development: a memorial lecture in honor of Ernst Kris*. Psychoanal Study Child, 1958. **13**: p. 92-116.
172. Glasser, M., *Problems in the psychoanalysis of certain narcissistic disorders*. The International Journal of Psychoanalysis, 1992. **73**(3): p. 493-503.
173. Simpson, C.A. and G.L. Porter, *Self-mutilation in children and adolescents*. Bull Menninger Clin, 1981. **45**(5): p. 428-38.
174. Josselson, R., (1988). The embedded self: I and thou revisited. In D. K. Lapsley & F. C. Power (Eds.), *Self, ego, and identity: Integrative approaches* (pp. 91-106). Springer-Verlag: New York.
175. Cohen, S. and T.A. Wills, *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. Psychological Bulletin, 1985. **98**(2): p. 310-357.
176. Tuisku, V., et al., *Factors associated with deliberate self-harm behaviour among depressed adolescent outpatients*. Journal of Adolescence, 2009. **32**(5): p. 1125-1136.
177. Hawton, K., J. Fagg, and S. Simkin, *Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford, 1976-1993*. Br J Psychiatry, 1996. **169**(2): p. 202-8.

178. Martin, G., et al., *Adolescent suicide, depression and family dysfunction*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1995. **92**(5): p. 336-344.
179. Kerfoot, M., et al., *Correlates and short-term course of self-poisoning in adolescents*. The British Journal of Psychiatry, 1996. **168**(1): p. 38-42.
180. Tulloch, A.L., L. Blizzard, and Z. Pinkus, *Adolescent-parent communication in self-harm*. J Adolesc Health, 1997. **21**(4): p. 267-75.
181. Rubenstein, J.L., et al., *Suicidal behavior in adolescents: stress and protection in different family contexts*. Am J Orthopsychiatry, 1998. **68**(2): p. 274-84.
182. McLaughlin, J.-A., P. Miller, and H. Warwick, *Deliberate self-harm in adolescents: hopelessness, depression, problems and problem-solving*. Journal of Adolescence, 1996. **19**(6): p. 523-532.
183. Kerr, D., L. Preuss, and C. King, *Suicidal Adolescents' Social Support from Family and Peers: Gender-Specific Associations with Psychopathology*. Journal of Abnormal Child Psychology, 2006. **34**(1): p. 99-110.
184. Gratz, K.L., *Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review*. Clinical Psychology: Science and Practice, 2003. **10**(2): p. 192-205.
185. Conterio, K., & Lader, W. (1998). Bodily harm: The breakthrough healing program for self-injurers. New York: Hyperion.
186. Tantam, D. and J. Whittaker, *Personality disorder and self-wounding*. British Journal of Psychiatry, 1992. **161**: p. 451-464.
187. Repetti, R.L., S.E. Taylor, and T.E. Seeman, *Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring*. Psychological Bulletin, 2002. **128**(2): p. 330-366.
188. Cummings, E.M., P.T. Davies, and S.B. Campbell, *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications* 2000: New York, NY, US: Guilford Press. xiv, 493.
189. Penn, J.V., et al., *Suicide Attempts and Self-Mutilative Behavior in a Juvenile Correctional Facility*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2003. **42**(7): p. 762-769.
190. Nock, M.K. and M.J. Prinstein, *A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2004. **72**(5): p. 885-890.
191. Mahler, M., & Kaplan, L. (1977). Developmental aspects in the assessment of narcissistic and so-called borderline personalities. In Mahler (Ed.), *Separation-individuation: The Selected Papers of Margaret Mahler*. Volume II (pp. 195-209). New Jersey: Jason Aronson, Inc. .
192. Walsh, B.W., (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Pres.
193. Salak Latif Shearer, (1994) Peters, C.P., Quaytman, M. S., Ogden, R. L. Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. American Journal of Psychiatry. 147. 214-216. .
194. Gunderson, J.G., & Sabo, A. N. (1991). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. American Journal of Psychiatry. 150. 19-27. .
195. Ross, S. and N. Lee Heath, *Two Models of Adolescent Self-Mutilation*. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2003. **33**(3): p. 277-287.
196. Nixon, M.K., P.F. Cloutier, and S. Aggarwal, *Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self-Injury in Hospitalized Adolescents*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2002. **41**(11): p. 1333-1341.
197. Muehlenkamp, J. and P. Gutierrez, *Risk for Suicide Attempts Among Adolescents Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury*. Archives of Suicide Research, 2007. **11**(1): p. 69-82.

198. Odağ, C., (2009) Nevrozlar-3. Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri, Org. Ltd. Şti Yayınları No:12, İzmir
199. Friedman, M. and et al., *Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: Some observations from a psychoanalytic research project*. The International Journal of Psychoanalysis, 1972. **53**(2): p. 179-183.
200. Podovall, E.M., (1969) Self-mutilation within a hospital setting: A study of identity and social compliance, British Journal of Medical Psychology 42 (1969), pp. 213-221.
201. Doctors, S., *The symptom of delicate self-cutting in adolescent females: a developmental view*. Adolesc Psychiatry, 1981. **9**: p. 443-60.

BÖLÜM X

EKLER

EK 1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:

Kod no: _____

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

1)Doğum tarihiniz:/...../..... 2)Doğum yeriniz:

2)Cinsiyetiniz: 1.Erkek 2.Kadın

3)Okul başarınız size göre nasıl?
1.Çok iyi 2. İyi 3.Orta 4.Kötü 5.Çok kötü

4)Arkadaşlarınızla aranız size göre nasıl?
1.Çok iyi 2. İyi 3.Orta 4.Kötü 5.Çok kötü

5)Arkadaşlarınız arasında kendine kasıtlı olarak zarar verme davranışı olan kişi
1. Hayır 2. Evet

6)Arkadaşlarınız arasında intihar girişiminde bulunmuş olan var mı?
1. Hayır 2. Evet

7)Aileniz kimlerden oluşur?
1.Anne-baba-çocuk(lar) 2.Anne-baba-çocuk-başka akrabalar
3.Anne ve/veya babanın olmadığı aile

8)Anne ve Babanız
1.Birlikteler 2.Boşandılar 3.Boşanmadılar ancak ayrı yaşıyorlar
4.Annem vefat etti 5. Babam vefat etti 6. Annem ve babam vefat etti

9)Öz anneniz :
1)Sağ (yaş:.....) 2)Ölü 3)Fikrim yok
Eğitim: Çalışma şekli:..... Meslek:.....

10)Öz babanız:
1)Sağ (yaş:.....) 2)Ölü 3)Fikrim yok
Eğitim: Çalışma şekli:..... Meslek:.....

11)Bulunduğunuz yere başka bir yerden göç ederek mi geldiniz?
1. Hayır 2. Evet

12)Aileniz nereden göç etti?
1.Köyden 2.İlçeden 3.İlden 4. Yurt dışından

13)Sigara kullanımınız

- 1.Hiç denemedim 2.Bir kez denedim 3. Nadiren içiyorum 4. Düzenli içiyorum

14)Düzenli içiyor iseniz miktarı:

- 1.Günde 5 adetten az 2.Günde 5-10 adet 3.Günde 10-20 adet 4.Günde 20 adet ve fazla

15)Alkol kullanımınız

- 1.Hiç denemedim 2.Denedim ama tekrar kullanmadım 3. Nadiren içiyorum 4. Düzenli içiyorum

16)Alkol kullanıyor iseniz kullanım sıklığınız

- 1.Hemen hemen her gün 2.Haftada 1-2 kez 3.Ayda1-2 kez 4. Son bir ay içinde hiç kullanmadım

17)Uyuşturucu madde kullanımınız

- 1.Hiç denemedim 2.Bir kez denedim 3.Nadiren kullanıyorum 4.Düzenli kullanıyorum

18)Uyuşturucu madde kullanımınız varsa kullanım sıklığı nedir?

- 1.Hemen hemen her gün 2.Haftada 1-2 kez 3.Ayda1-2 kez 4. Son bir ay içinde hiç kullanmadım

19)Bugüne kadar uyuşturucu madde kullanımınız oldu ise hangi maddeleri kullandınız?
(Yazınız).....

20)Şimdiye dek hiç psikiyatrist ya da psikoloğa gittiniz mi?

1. Hayır 2. Evet

21)İmkanınız olsa bir psikiyatrist ya da psikolog ile görüşmek ister miydiniz?

1. Hayır 2. Evet

22)Hiç intihar etme düşünceniz oldu mu?

1. Hayır 2. Evet

23)Hiç intihar etme planınız oldu mu?

1. Hayır 2. Evet

24)Hiç intihar etme girişiminiz oldu mu?

1. Hayır 2. Evet
Evetse kaç kere, hangi yöntem ile ?
(Açıklayınız).....

25) Hiç Kendinize zarar verme davranışınız oldu mu?

1. Hayır 2. Evet

26) Hiç tıbbi yardım gerektirecek kendine zarar verme davranışınız oldu mu?

1. Hayır 2. Evet

27) Aile bireyleri arasında kendine kasıtlı olarak zarar verme davranışı olan var mı?

1. Hayır 2. Evet

Evetse kim/kimler, ne şekilde? (Açıklayınız).....

28) Aileniz içinde şiddet var mı?

1. Hayır 2. Evet

29) Ailenizde evlilik sorunları var mı?

1. Hayır 2. Evet

30) Ailenizde ekonomik sorunlar var mı?

1. Hayır 2. Evet

31) Ekonomik durumunuz size göre nasıl?

1. Fakir 2. Dar gelirli 3. Refah 4. Zengin

32) Bugüne kadar hiç cinsel istismara maruz kaldınız mı?

1. Hayır 2. Evet

33) Bugüne kadar hiç fiziksel istismara (şiddet görme vb) maruz kaldınız mı?

1. Hayır 2. Evet

Evetse kim tarafından

(açıklayınız).....

EK 2

ARKADAŞLARDAN ve AİLEDEN ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek:

Aşağıda, çoğu insanın **arkadaşlarıyla ilişkilerinde** yaşadıkları duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her bir ifade için: Evet, Hayır ve Bilmiyorum olmak üzere üç yanıt vardır. Lütfen, her ifadeyi okuyarak, duygularınızı yansıtan cevabı her bir ifadenin önündeki karelerden uygun birinin içine bir (x) çarpı koyarak belirtiniz.

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1. Arkadaşlarım bana gereğince manevi destek olurlar.			
2. Pek çok insan arkadaşlarına benim arkadaşlarıma olduğumdan daha yakındır.			
3. Arkadaşlarım fikirlerimi duymaktan hoşlanır			
4. Bazı arkadaşlarım sorunları olduğunda veya danışmak amacıyla bana başvururlar.			
5. Arkadaşlarımdan birinin veya birkaçının bana kızgın olduklarını sezsem bunu kimseye söylemem.			
6. Kendimi arkadaş çevrem dışına hissediyorum.			
7. Bir derdim olduğunda, sonradan komik kaçacağımı düşünmeden gidip konuşabileceğim bir arkadaşım var.			
8. Arkadaşlarımla çeşitli konulardaki düşüncelerimizi birbirimize açık açık söyleriz.			
9. Arkadaşlarım benim kişisel gereksinimlerime karşı duyarlıdır.			
10. Arkadaşlarım duygusal desteğe ihtiyaç duyduklarında bana başvururlar.			
11. Arkadaşlarım sorunlarımı çözmede bana yardımcı olurlar.			
12. Arkadaşlarımdan bazısıyla aramda karşılıklı derin bir ilişki vardır.			
13. Arkadaşlarım neyi nasıl yapacakları konusunda benden faydalı fikirler alırlar.			
14. Arkadaşlarıma sırlarımı açmak beni rahatsız eder			
15. Arkadaşlarım tarafından aranan biriyimdir.			
16. Arkadaşlarımdan problemlerini çözmede onlara yardımcı olduğumu düşündüklerini sanıyorum.			
17. Arkadaşlarımdan aramda, diğer insanların arkadaşlarıyla arasındaki kadar yakın bir ilişki yok.			
18. Geçenlerde bir şeyi nasıl yapacağım konusunda arkadaşlarımdan birisinden iyi bir fikir aldım.			
19. Arkadaşlarımdan çok daha farklı olmasını isterdim.			

Aileden Algılanan Sosyal Destek:

Yönerge: Aşağıda, çoğu insanın **ailesiyle ilişkilerinde** yaşadıkları duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her bir ifade için: Evet, Hayır ve Bilmiyorum olmak üzere üç yanıt vardır. Lütfen, her ifadeyi okuyarak, duygularınızı yansıtan cevabı her bir ifadenin önündeki karelerden uygun birinin içine bir (x) çarpı koyarak belirtiniz.

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1. Ailem bana gereğince manevi destek olur.			
2. Neyi nasıl yapacağım konusunda ailemden faydalı öğütler alırım.			
3. Pek çok insan ailesine benim aileme olduğundan daha yakındır.			
4. Ailemde kendime en yakın hissettiğim kişilere bir derdimi açtığımda bunun onları rahatsız ettiği fikrine kapılıyorum			
5. Ailem fikirlerimi duymaktan hoşlanır.			
6. Ailemdeki kişilerle ilgi alanlarımız büyük ölçüde çakışır.			
7. Ailemdeki bazı kişiler sorunları olduğunda veya danışmak amacıyla bana başvururlar.			
8. Ailemin duygusal desteğine güvenirim.			
9. Ailemde, bir derdim olduğu zaman sonradan komik kaçacağını düşünmeden gidebileceğim bir kişi var.			
10. Ailemle çeşitli konulardaki düşüncelerimizi birbirimize açık açık söyleriz.			
11. Ailem benim kişisel gereksinimlerime karşı duyarlıdır.			
12. Ailemdeki kişiler duygusal desteğe ihtiyaçları olduğunda bana başvururlar.			
13. Ailem sorunlarımı çözmede bana yardımcı olur.			
14. Bazı aile fertleriyle aramda karşılıklı derin bir ilişki vardır.			
15. Ailemdeki kişiler neyi nasıl yapacakları konusunda benden faydalı fikirler edinirler.			
16. Ailemdeki kişilere sırlarımı açmak beni rahatsız eder.			
17. Aile fertleri tarafından aranan biriyimdir.			
18. Ailemin problemlerini çözmede onlara yardımcı olduğumu düşündüğünü sanıyorum.			
19. Ailemdeki hiç kimseyle, diğer insanların ailesindeki kişilerle olan ilişkisi kadar yakın bir ilişkim yok.			
20. Ailemin çok daha farklı olmasını isterdim.			

EK 3**ADOLESAN AYRILMA BİREYLEŞME TESTİ**

1-Annem ve babam bazen öyle koruyucu olur ki kendimi boğuluyormuş gibi hissedirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
2-Bazen kendimi öyle güçlü hissedirim ki kazanamayacağım hiçbir başarı yokmuş gibi gelir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
3-Yalnız kalmak benim için korkunç bir düşüncedir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
4-Annem ve babamdan ayrı, kendi başıma yaşayacağım günü sabırsızlıkla bekliyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
5-Bazen insanlar gerçekten beni incitmek istiyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
6-Ölüm beni endişelendiriyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
7-Birçok anne baba aşırı kontrolcü, aslında çocuklarının büyümesini istemiyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
8-Bazen ihtiyaçlarımı başkaları karşıladığında, küçük bir çocuk olmanın hoş olduğunu düşünürüm.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
9-Sıcak ve duygusal ilişkileri anlamıyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
10-Aynada özellikle vücuduma bakmaktan hoşlanırım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
11-Eğer bir sorunumu birine anlatacak olsam, büyük olasılıkla beni anlamayacaktır.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
12-Arkadaşlarımla bir şeyler yaparken genellikle lider gibi davranırım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
13-Ne kadar sürerse sürsün annem ve babamdan uzak kaldığımda yalnız hissedirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
14-Bütün hislerimi paylaşabileceğim arkadaşlarımla birlikteyken rahat olurum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
15-Sık sık arkadaşlarım tarafından reddedilmekten korkarım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
16-Sık sık kız/erkek arkadaşımdan ayrılmaktan korkuyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
17-Annem ve babam kendi planlarıyla benimkilerden çok daha fazla ilgileniyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
18-En yakın arkadaşlarımla bile ihtiyacım olduğunda yanımda olmayacaklarını düşünürüm.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
19-Başkalarına yakın olmak beni rahatsız eder.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
20-Diğer insanları düşündüğümde kendimi onlara göre daha iyi hissedirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
21-Annem ve babamın yapmam gereken şeyleri söylemesi beni rahatsız eder.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
22-Çok sevdiğim öğretmenimden ayrılırken onunla vedalaşmaktan üzüntü duyarım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
23-Yalnız kaldığım zamanlarda bazı arkadaşlarımı düşünürüm çünkü onları çok özlerim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
24-Gelecek 10 yılda olabilecek ve dünyanın büyük bölümüne zarar verebilecek nükleer bir savaşın çıkmasından korkuyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
25-Arkadaşlık anlayışım "en iyi arkadaş" olma yönündedir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum

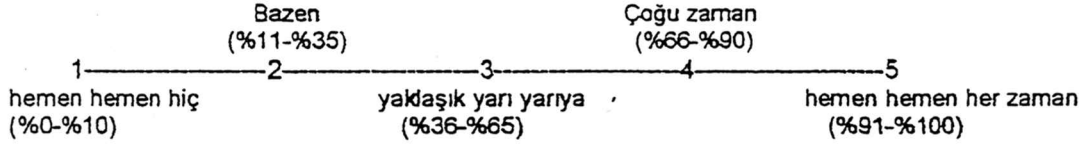
26-Diğer insanların bana hayran kaldıklarını ve bana baktıklarını hissedirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
27-Beni çok iyi tanıyan arkadaşlarımdan bazıları düşüncelerimi de okuyabilir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
28-Arkadaşlık çok emek harcamaya değmez.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
29-Öğretmenimin benim hakkımdaki düşüncelerine çok önem veririm.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
30-Bazı arkadaşlarımı o kadar iyi tanırım ki düşüncelerini bile okuyabilirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
31-Arkadaşlarımla birlikteyken bazen grubun lideri gibi bazen de gruba katılımcı gibi davranırım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
32-En sevdiğim öğretmenimle bazı kişisel korku ve kaygılarımı paylaşabilirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
33-Tanrının beni gözlediğine ve tehlikelerden koruduğuna inanırım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
34-Bazen ailemin, benim hiç doğmamış olmamı istediğini düşünürüm.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
35-Annem ve babamdan bağımsız bir kişi olmak için mücadele ederim, çünkü bu benim için çok önemlidir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
36-Annem veya babamdan biri ölürse diye korkarım	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
37-Arkadaşlarımla bir şeyler yaparken kendimi yalnız olduğumdan daha rahat hissedirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
38-Söylemeseler bile bazen insanların bana hayran gözlerle baktığını biliyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
39-Gerçekte hiç kimseyi sevmiyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
40-Annem ve babam özgürlüğümü çok fazla kısıtlar.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
41-İnsanlar yeteneklerim karşısında bazen şaşırır.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
42-Yakın arkadaşlarım benim hem iyi hem de kötü yanlarımı bilir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
43-İnsanlarla birlikteyken bile yalnızlık hissedirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
44-Ne zaman birilerinin benim için bir şeyler yapacağını ümit etsem çoğunlukla hayal kırıklığına uğrarım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
45-Hiç kimse beni anlamıyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
46-Uyumadan önce bazen kendimi yalnız hissedirim ve etrafımda konuşacak birilerini arar ya da sadece birilerinin orada olmasını isterim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
47-Eğer birilerinin bana yaklaşmasına izin veririm bundan zarar görürüm diye düşünürüm.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
48-Tanrı beni nereye yönlendirirse o yöne giderim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
49-Diğer insanlar benden çok kolay etkilenir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
50-Ailem benden nefret ediyormuş gibi hissediyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
51-Birisine bağımlı olmadığım sürece incinmem.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
52-İnsanların benim fiziksel görünümümü çekici bulmaları beni memnun eder.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
53-Çevremdeki insanlar sık sık bana hayranlık duyar.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
54-Hiç kimseyi tanımadığım büyük bir	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum

partie gitme fikri bana korkutucu gelir.	Katılıyorum	Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
55-Diğer insanlarla karşılaştırdığımda kendimi özel hissedirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
56-Arkadaş grubumun içinde çoğunlukla ilgi odağı olurum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
57-Çocukluk yıllarımdaki gibi annem ve babamın kontrolünde yaşamayı tercih ederim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
58-İhtiyaçlarım yakın arkadaşlarım tarafından yeterince karşılanmıyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
59-Öğretmenim beni yeterince beğenmeyecek diye korkarım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
60-Diğer insanlar yeteneklerimden etkilenir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
61-Her zaman annem, babam ve kardeşlerimle daha fazla birlikte olabilmek için onlarla aynı şehirde yaşamayı tercih ederim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
62-Öğretmenlerim sosyal yaşantımla ilgili öğütler verir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
63-Yakın arkadaşlarımdan olduğu samimi partileri çok severim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
64-Annem ve babamın kurallarından kurtulmayı sabırsızlıkla bekliyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
65-Eğer öğretmenimi hayal kırıklığına uğrattıysam ya da kızdırsam çok üzülürüm	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum

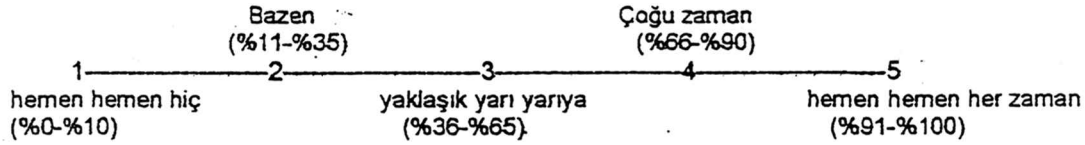
DUYGU DÜZENLEMEDE GÜÇLÜKLER ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinde değerlendiriniz. Her bir cümlenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakkamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

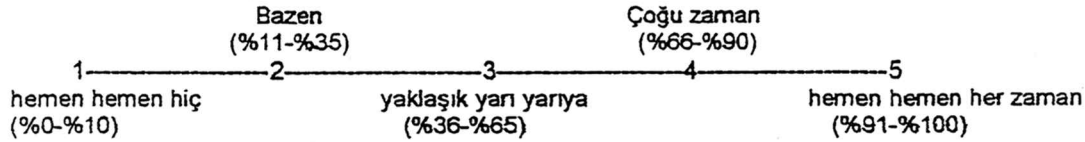
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.



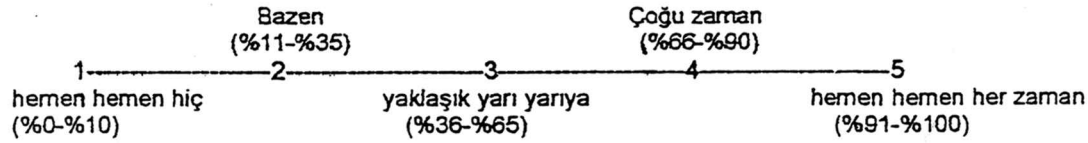
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.



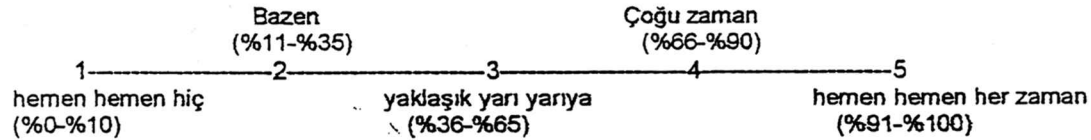
3. Duygulanm bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.



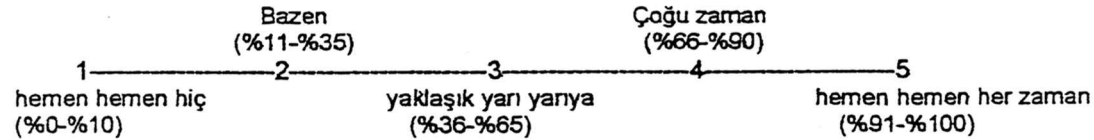
4. Ne hissettiğim konusunda hiç bir fikrim yoktur.



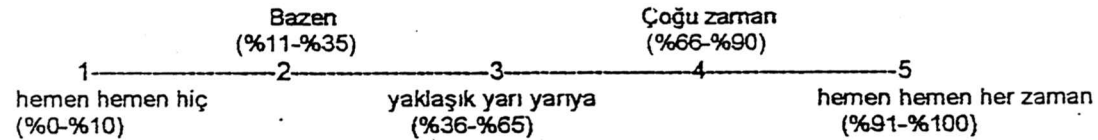
5. Duygulanma bir anlam vermekte zorlanırım.



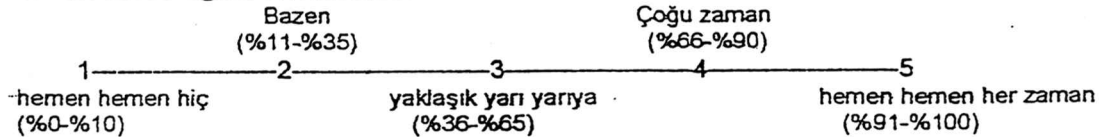
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.



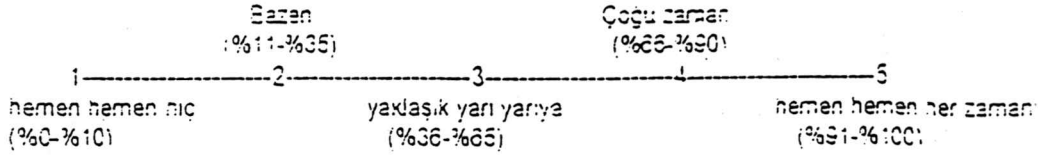
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.



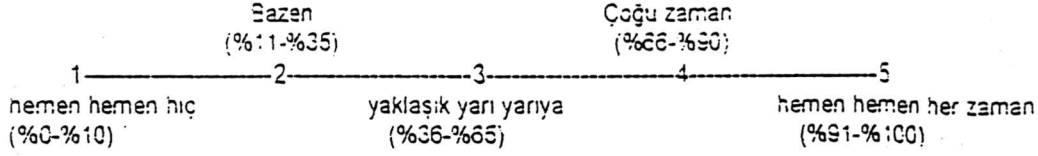
8. Ne hissettiğimi önemserim.



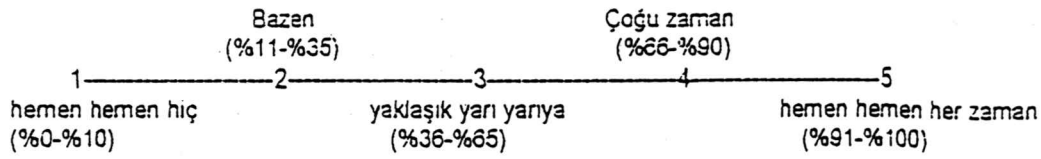
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşam.ım.



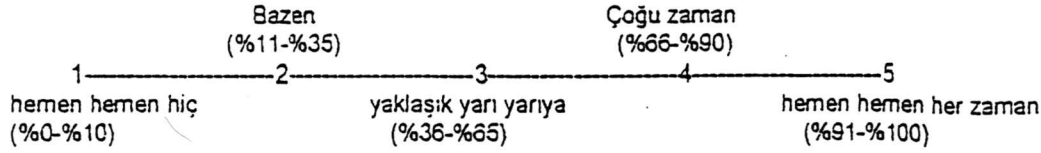
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.



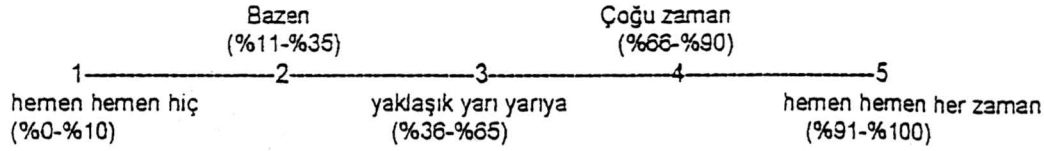
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.



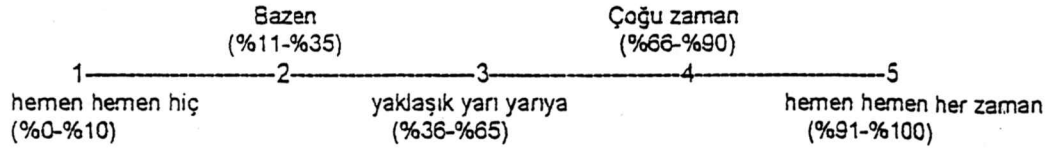
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.



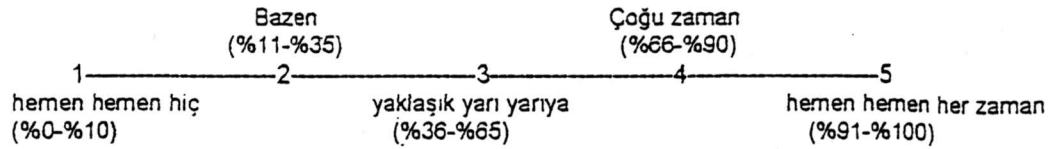
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.



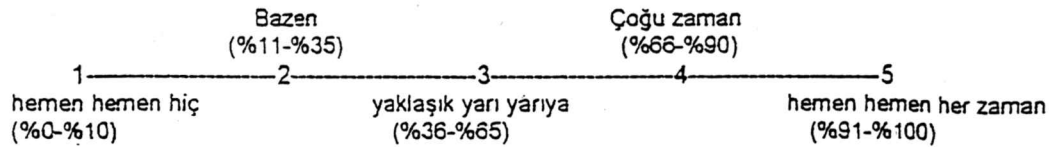
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.



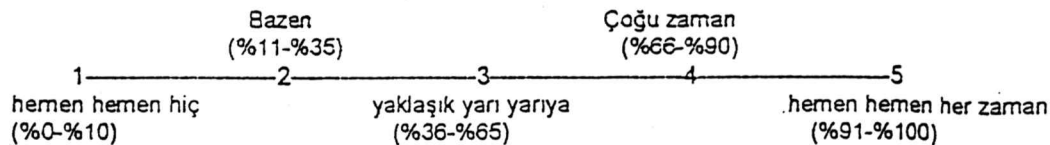
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.



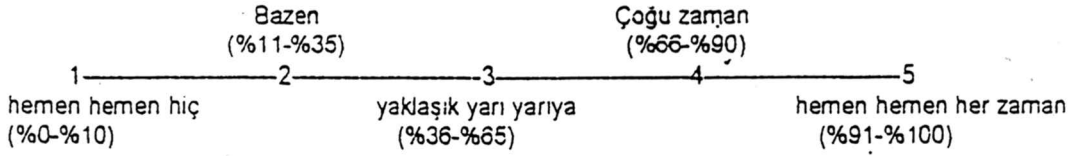
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.



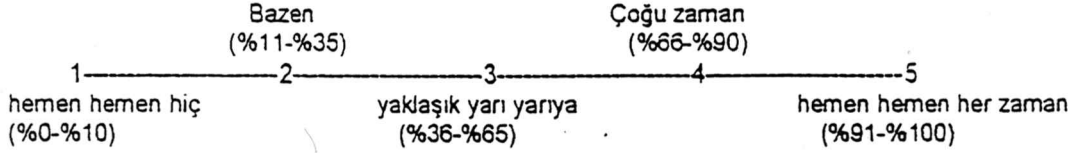
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.



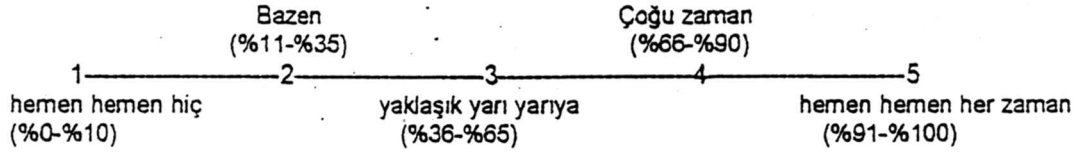
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.



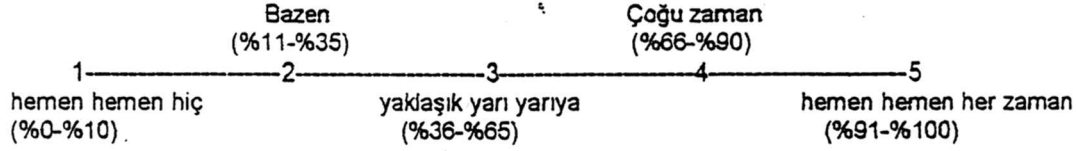
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşıyorum.



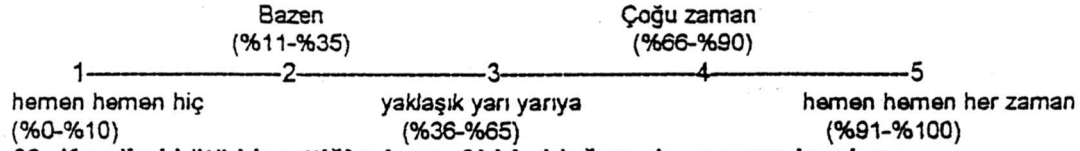
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim.



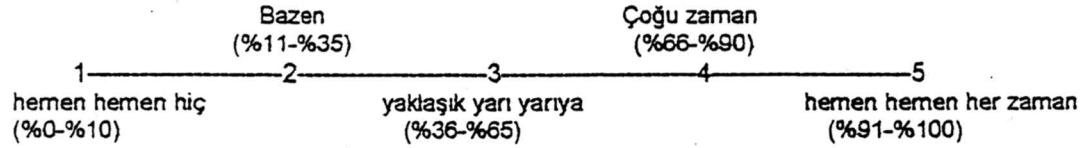
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.



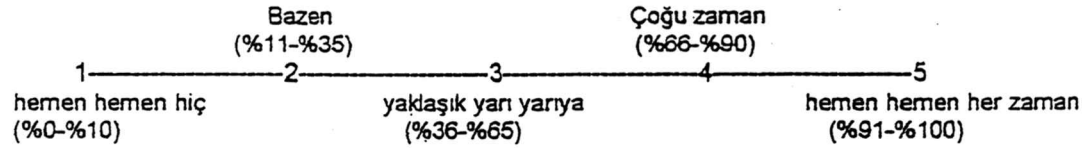
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.



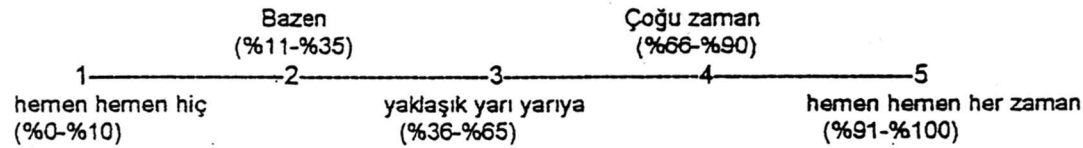
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılıyorum.



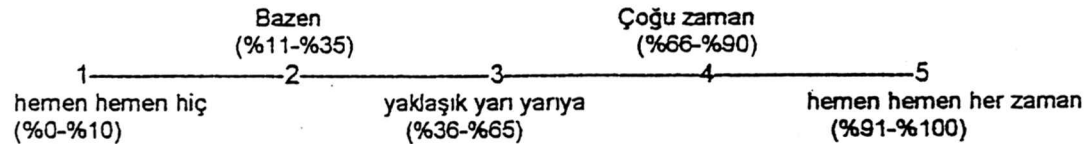
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolümün altındadır.



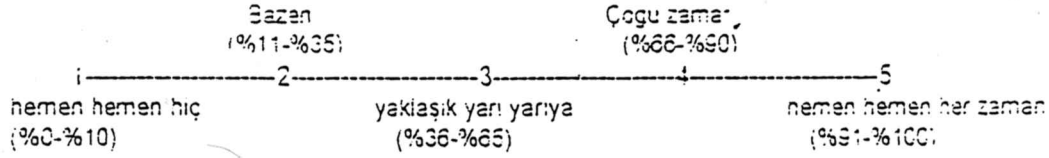
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.



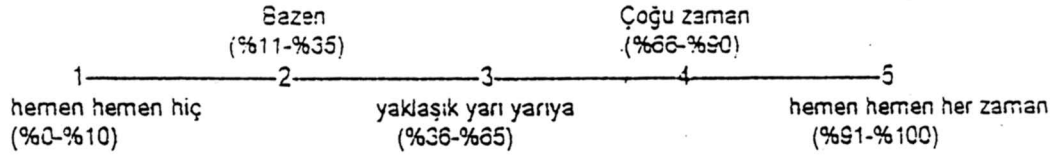
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olamakta zorlanırım.



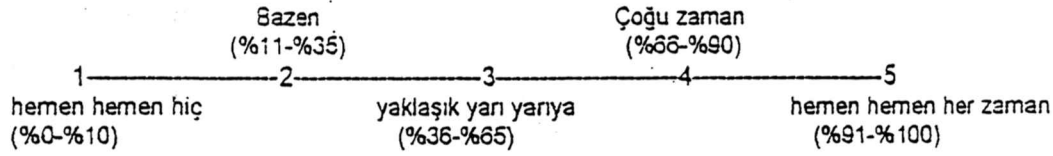
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.



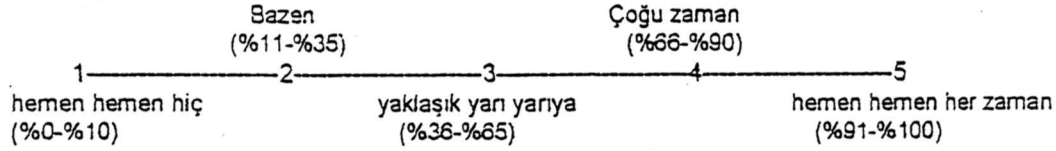
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.



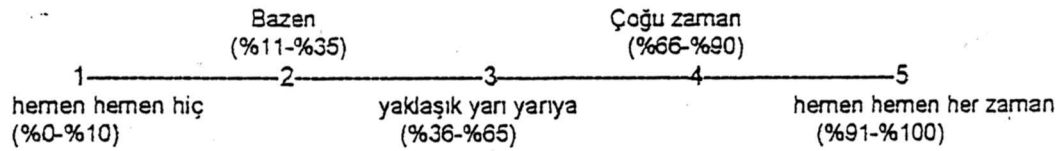
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.



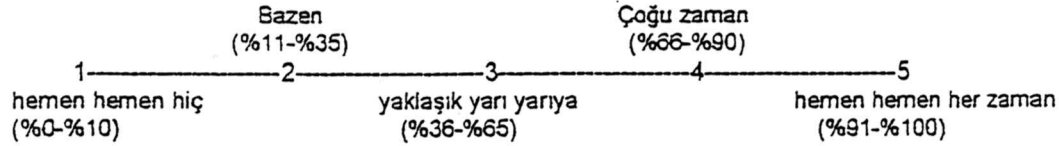
30. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimle ilgili olarak çok fazla enişenlenmeye başlarım.



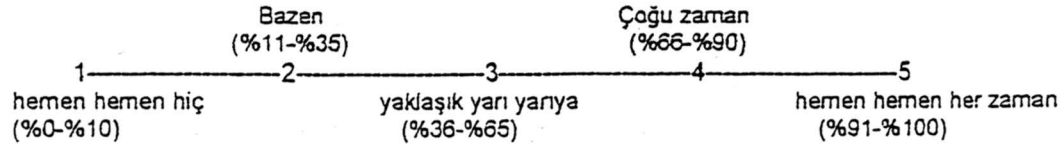
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.



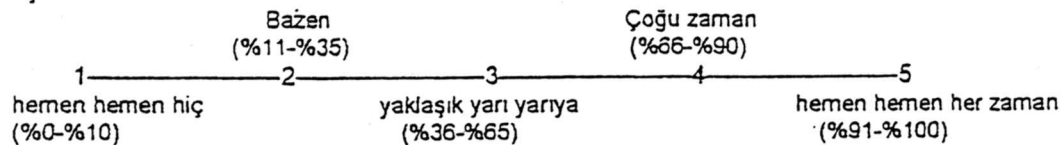
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.



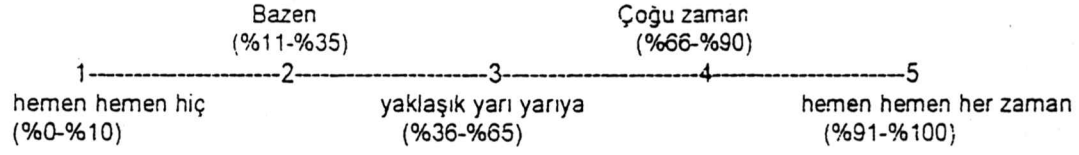
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.



34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım



35. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır



36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.

