

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

**KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN VE OLMAYAN
ERGENLERİN KİMLİK GELİŞİMİ VE BİLİNÇLİ
FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Neslihan Gökçe YAZGILI KAHVECİ

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

**ANKARA
2020**

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

**KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN VE OLMAYAN
ERGENLERİN KİMLİK GELİŞİMİ VE BİLİNÇLİ
FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Neslihan Gökçe YAZGILI KAHVECİ

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

**TEZ DANISMANI
Prof. Dr. Füsun ÇETİN ÇUHADAROĞLU**

**ANKARA
2020**

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitim ve öğretim sürecimde bana sürekli destek olan, motive eden, bilimselliği ile yoluma ışık tutan, her yönüyle kendime örnek aldığım, baş etmekte zorlandığım günlerde de duygusal desteğini hiç esirgemeyen, anlayışla ve sabırla kırılganlığımı onarıp dayanıklılığımı arttıran, zor günlerimi kolaylaştıran ve tezimin her aşamasında bilgi ve tecrübesini sabırla benimle paylaşan, sürekli öğreten, öğrencisi olmaktan büyük onur duyduğum çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Füsün Çetin Çuhadaroğlu'na,

Uzmanlık eğitimim boyunca mesleki açıdan kendilerinden çok şey öğrendiğim Prof. Dr. Fatih Ünal, Prof. Dr. Sadriye Ebru Çengel Kültür, Doç. Dr. Devrim Akdemir, Doç. Dr. Dilşad Foto Özdemir, Doç. Dr. Gülin Evinç, Doç. Dr. Tuna Çak Esen, Yrd. Doç. Dr. Dilek Ünal, Yrd. Doç. Burcu Alan Ersöz' e,

Birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarım, bölüm psikoloğumuz Şeniz Özusta, sosyal hizmet uzmanımız Ferda Karadağ, bölüm sekreterlerimiz Ayşe Mert ve Nuran İnceoğlu' na,

Rotasyonumu tamamladığım Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Hacettepe Üniversitesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı'ndaki değerli hocalarıma,

Meslek hayatıma ve yaşamıma anlam katan, bana çok şey öğreten hastalarım,

Her koşulda beni sınımsız sarıp destekleyen, yol gösteren, her türlü zorluğa göğüs gererek bu noktaya gelmem için çok katkıları olan annem Vesile Yazgılı, babam İsmail Yazgılı' ya,

Ablası olmaktan hep gurur duyduğum, en yakın arkadaşım, can kardeşim Ayşe Seda Yazgılı' ya,

Hayatıma kattığı sevgi ve huzur ile hep yanımda olan en büyük destekçim, yol arkadaşım, eşim Ahmet Kahveci' ye,

Varlığı ile hayatımı kıştan yaza çeviren, tüm zorları kolaylaştıran, beni anne yapan baskım Zeynep' e tüm içtenliğimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Neslihan Gökçe YAZGILI KAHVECİ

ÖZET

Yazgılı Kahveci, Neslihan Gökçe. Kendine Zarar Verme Davranışı Olan ve Olmayan Ergenlerin Kimlik Gelişimi ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Ankara, 2020. Kendine zarar verme davranışı (KZVD) bireyin ölme amacı taşımadan kasıtlı olarak kendine zarar vermesi olarak tanımlanmıştır. KZVD olan ve olmayan ergenlerin kimlik kargaşası, aile ilişkileri ve son dönemde davranışçı tedavi protokollerinde önemli yer alan bilinçli farkındalık (mindfulness) boyutlarında değerlendirildiği çalışma sayısı kısıtlıdır. Bu bilgiler ışığında bu çalışma kesitsel bir desenle oluşturulmuştur. Araştırmanın örneklemini Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Adolesan Birimi 'ne başvuran, 12-18 yaş arasında, klinik olarak zihinsel geriliği ve görüşme/test formlarını doldurmak için herhangi bir engeli olmayan, tıbbi açıdan stabil olan, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 118 ergen oluşturmuştur. Çalışmaya katılan ergenlerden 41 tanesi KZVD gösterirken, 40 tane ergen KZVD göstermeyip en az bir psikiyatrik tanı almıştır. KZVD göstermeyip herhangi bir psikiyatrik tanı almayan 37 ergen ise sağlıklı kontrol grubunu oluşturmuştur. Tüm katılımcılar psikopatolojilerini saptamak amacıyla Çocuk ve Gençler İçin Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği-Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu (ÇGDBŞÖ-ŞY) ile değerlendirilmiş, Kimlik Duygusu Değerlendirme Aracı (KDDA), Aile İlişkileri Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BBBFÖ) uygulanmıştır. Analizler sonucunda demografik özelliklerden yaş, cinsiyet, annenin eğitim durumunun gruplar arasında anlamlı bir fark gösterdiği, KZVD olan ergenlerin olmayanlara kıyasla daha sık kimlik kargaşası yaşadığı, aile içi ilişkilerinin daha olumsuz özellikler gösterdiği ve bilinçli farkındalık düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca, KZVD olan ergenlerde KZVD olmayan ergenlere kıyasla daha fazla depresyon ve daha fazla psikiyatrik tanı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kendine zarar verme davranışı (KZVD), kimlik kargaşası, bilinçli farkındalık

ABSTRACT

Yazgılı Kahveci, Neslihan Gökçe. Evaluation of Identity Development and Mindfulness in Adolescents with and without Nonsuicidal Self-Injurious Behavior Hacettepe University Faculty of Medicine Department of Child and Adolescent Psychiatry, Ankara, 2020. Nonsuicidal Self-injurious behavior (NSSI) is

defined as the deliberate, self-harm of an individual without intent to die. The frequency increases especially in adolescence, which is the period of identity development. In the psychiatric literature, identity and NSSI have been studied a lot independently, however the number of studies in which adolescents with and without NSSI are evaluated in terms of identity confusion, family relationships and mindfulness are limited. In this study we aimed to compare the identity development and mindfulness of adolescents with and without NSSI. This study is a cross sectional study with a sample consisting of 118 adolescents, 41 with NSSI, 40 non-NSSI psychiatric patients and 37 healthy controls. All participants were assessed with Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), Family Assessment Device (FAD), Sense of Identity Assessment Form (SIAF) and Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). The results of the analyzes showed statistically significant differences regarding the demographic characteristics of age, gender, education level of the mother. Adolescents with NSSI had more identity confusion, their family relations were more complicated and their mindfulness levels were lower compared to the other two groups. In addition, adolescents with NSSI had more depression and more comorbid diagnoses. This study provides data to understand some developmental factors which can be associated with self injury in adolescence. In order to understand the effects of identity status and mindfulness on the complexity of the self-injury, and the underlying mechanisms, there is a need for a closer examination of childhood psychopathologies, family attitudes and long term follow up of the self-injurious adolescents.

Key words: Non suicidal self injury (NSSI), identity confusion, mindfulness

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Konunun Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kendine Zarar Verme Davranışı	3
2.1.1. Tarih, Terminoloji, Tanım, İşlev.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	6
2.1.3. Etyoloji	7
2.1.3.1. Psikodinamik Modeller.....	7
2.1.3.2. Biyolojik Modeller.....	8
2.1.3.3. Biyopsikososyal Modeller.....	10
2.1.3.4. İşlevsel Model.....	11
2.1.4. Risk Etkenleri.....	11
2.1.4.1. Demografik Özellikler.....	11
2.1.4.2. Kendine Zarar Verme Öyküsü.....	12
2.1.4.3. Çocuk İstismarı.....	13
2.1.4.4. Sosyal Etkenler.....	13
2.1.4.5. Aile Özellikleri.....	14
2.1.4.6. Bireysel Psikolojik Özellikler.....	15
2.1.5. Koruyucu Etkenler.....	15
2.1.6. Kendine Zarar Verme Davranışının Tekrarlama Sıklığı, Kullanılan Yöntemler ve Ağrı Duyumu.....	16
2.1.7. Kendine Zarar Verme Davranışına Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar.....	17
2.1.8. Tedavi.....	18
2.1.8.1. Psiko eğitim.....	18
2.1.8.2. Psikoterapi.....	18
2.1.8.3. Psikofarmakoterapi	19

2.1.9. Gidiş.....	19
2.2. Kimlik.....	19
2.2.1. Tanım	19
2.2.2. Kimlik Gelişimi ve Kimlik Kuramları.....	20
2.2.3. Kimlik Durumu ve Kendine Zarar Verme Davranışı.....	23
2.2.4. Kimlik Durumu ve Psikopatoloji	24
2.2.5. Kimlik Durumu ve Aile İlişkileri	25
2.3. Bilinçli Farkındalık	25
2.3.1. Bilinçli Farkındalık Kavramı	25
2.3.2. Bilinçli Farkındalık ve Psikiyatrik Hastalıklar	26
2.3.3. Bilinçli Farkındalık ve Kendine Zarar Verme Davranışı.....	27
2.3.4. Bilinçli Farkındalık ve Aile İlişkileri	28
2.3.5. Bilinçli Farkındalık ve Kimlik Durumu.....	28
2.4. Araştırmanın Amacı.....	29
3. ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ.....	30
3.1. Araştırmanın Deseni.....	30
3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	30
3.2.1. Araştırmaya Alınma ve Alınmama Ölçütleri.....	31
3.3. Uygulama	31
3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	32
3.4.1. KZVD Tarama Anket Formu.....	32
3.4.2. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu	32
3.4.3. Kimlik Durumu Değerlendirme Aracı –KDDA	32
3.4.4. Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği –BBBFÖ (Five Facets Mindfulness Questionnaire-FFMQ).....	32
3.4.5. Aile İlişkileri Değerlendirme Ölçeği- ADÖ (Family Assessment Device- FAD)	33
3.4.6. Çocuk ve Gençler İçin Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇGDBŞÖ-ŞY) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime Version, K-SADS-PL).....	34
3.4.7. Kısa Semptom Envanteri- KSE	35
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler.....	35
4. BULGULAR.....	38

4.1. Araştırma Gruplarının Demografik Özellikleri.....	38
4.2. Kendine Zarar Verme Yöntemi ve Sıklıkları.....	40
4.3. Kimlik Durumu	41
4.3.1. Kimlik Durumunun Araştırma Gruplarına Göre Özellikleri.....	41
4.3.2. KZVD Gösteren Ergenlerde Kimlik Durumunun Yaş ve Cinsiyete Göre Özellikleri.....	41
4.3.3. Kimlik Durumu ile Bilinçli Farkındalığın İlişkisi	42
4.4. Bilinçli Farkındalık.....	42
4.4.1. Bilinçli Farkındalığın Araştırma Gruplarına Göre Özellikleri.....	42
4.4.2. KZVD Gösteren Ergenlerde Bilinçli Farkındalığın Yaş ve Cinsiyete Göre Özellikleri.....	44
4.5. Aile İlişkileri	44
4.5.1. Aile İlişkilerinin Araştırma Gruplarına Göre Özellikleri	44
4.5.2. KZVD Gösteren Ergenlerde Aile İlişkilerinin Yaş ve Cinsiyete Göre Özellikleri.....	45
4.5.3. Aile İlişkileri ile Kimlik Durumunun İlişkisi.....	45
4.5.4. Aile İlişkileri ile Bilinçli Farkındalığın İlişkisi.....	46
4.6. Psikiyatrik Tanı.....	46
4.6.1. KZVD ve Psikiyatrik Kontrol Gruplarında Psikiyatrik Tanı Dağılımları	46
4.6.2. KZVD Gösteren Ergenlerde Depresyon Tanısının Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı.....	48
4.7. Kendine Zarar Verme Davranışı için Koruyucu Etkenler ve Risk Etkenleri.....	49
5. TARTIŞMA.....	51
5.1. Kendine Zarar Verme Davranışında Kullanılan Yöntemler ve Kendine Zarar Verme Sıklığı	51
5.2. Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergenlerde Sosyodemografik Özellikler.....	52
5.3. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Kimlik Durumu	53
5.4. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Bilinçli Farkındalık.....	54
5.5. Kimlik Durumu ve Bilinçli Farkındalık	54
5.6. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Aile İlişkileri	55
5.7. Kimlik Durumu ve Aile İlişkileri.....	55
5.8. Bilinçli Farkındalık ve Aile İlişkileri.....	56
5.9. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar	56
5.10. Kendine Zarar Verme Davranışı için Koruyucu Etkenler ve Risk Etkenleri.....	57
5.11. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları.....	58

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
6.1. Klinik Öneriler.....	60
7. KAYNAKÇA.....	62
8. EKLER.....	
Ek-1: KZVD Anket Formu	
Ek-2: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu	
Ek-3: Kimlik Durumu Değerlendirme Aracı	
Ek-4: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği	
Ek-5: Aile İlişkileri Değerlendirme Ölçeği	
Ek-6: Kısa Semptom Envanteri	
Ek-7: Etik Kurul Onam Raporu.....	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADÖ	Aile İçi İlişkileri Değerlendirme Ölçeği
BBBFÖ	Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
CASE	Avrupa Çocuk ve Ergen Kendini Yaralama Çalışma Grubu
ÇGDBŞÖ-ŞY	Çocuk ve Gençler İçin Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu
DDT	Diyalektik Davranış Terapisi
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition, Text Revision (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-Beşinci Baskı; Gözden Geçirilmiş)
fMRI	Fonksiyonel Magnetik Rezonans Görüntüleme
ISSS	Uluslararası Kendine Zarar Verme Davranışı Çalışmaları Topluluğu (International Society for The Study of Self injury)
KDDA	Kimlik Duygusunu Değerlendirme Aracı
KOKGB	Karşıt Olma/Karşı Gelme Bozukluğu
KSE	Kısa Semptom Envanteri
KZVD	Kendine Zarar Verme Davranışı
MWU	Mann-Whitney U
n	Kişi sayısı
NSSI	Nonsuicidal Self-İnjurious
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
Ort	Ortalama
p	Anlamlılık düzeyi
SED	Sosyoekonomik düzey
SEM	Structural Equation Modeling
SPSS	Statistical Package of Social Science
SSGİ	Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
χ^2	Ki Kare

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Araştırma Gruplarının Demografik Özellikleri.....	39
Tablo 4.2. Kendine Zarar Verme Yöntemi ve Sıklıkları.....	40
Tablo 4.3. Kimlik Durumunun Araştırma Gruplarına Göre Özellikleri.....	41
Tablo 4.4. Kimlik Durumu ile Bilinçli Farkındalığın ile İlişkisi.....	42
Tablo 4.5. Bilinçli Farkındalığın Araştırma Gruplarına Göre Özellikleri.....	43
Tablo 4.6. Aile İlişkilerinin Araştırma Gruplarına Göre Özellikleri.....	44
Tablo 4.7. Aile İlişkileri ile Kimlik Durumunun İlişkisi.....	46
Tablo 4.8. KZVD ve Psikiyatrik Kontrol Gruplarında Psikiyatrik Tanı Dağılımları,.....	47
Tablo 4.9. Kendine Zarar Verme Davranışı için Koruyucu Etkenler ve Risk Etkenleri.....	49
Tablo 4.10. Kendine Zarar Verme Davranışı için Bilinçli Farkındalığın Koruyuculuğu.....	50

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) bireyin ölme amacı taşımadan kasıtlı olarak, tekrarlayıcı bir biçimde kendine zarar vermesi olarak tanımlanmıştır (1-7). Çocukluk döneminde az görülmekle birlikte özellikle orta ergenlikte görülme sıklığı artmaktadır. Ergenlik döneminin kimlik oluşumu için önemli bir dönem olması, bu dönemde ergenin bireyselleşmeye başlaması, aile içinde yaşanması olası çatışmalar ile risk almanın kolaylaşması ergenlik döneminde kendine zarar verme davranışının sıklığını açıklamaktadır (4, 6-11).

Yazında ergenlerde kimlik gelişimi ve KZVD ilişkisine bakıldığında KZVD gösteren ergenlerde daha sıklıkla kimlik kargaşası olduğu belirtilmiştir (6, 9-14). Kimlik gelişiminin olduğu bu dönemde her ergenin KZVD açısından sorgulanması tedavi sürecinin planlanması ve hastayı ele alış yönteminin belirlenmesi için kritik önem taşımaktadır.

Ergenlik dönemi aynı zamanda ikinci ayrışma ve bireyselleşme dönemi olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle ergenlik bireyselleşmeye çalışan ergen ile aile arasında çatışmanın daha sık görüldüğü bir dönemdir. Bu dönemde aile içi sağlıklı iletişim becerilerinin varlığı, ailenin uygun sınırlar koyarak ergenin bireyselleşmesine destek verebilmesi ergeni psikopatolojilerden korumaktadır (8, 15-18). Kendine zarar verme davranışını yordayacak etkenlerin en önemlilerinden biri olan aile içi ilişkilerinin tedavi sürecinde ele alınması ve bu konu ile ilgili araştırmaların arttırılmasına gerek vardır.

Bu araştırmada KZVD olan ve olmayan ergenlerin kimlik gelişimi ve aile içi ilişkilerinin yanı sıra, bilinçli farkındalıklarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Son yıllarda bilinçli farkındalık daha fazla araştırmaya konu olmaya başlayan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilinçli farkındalık kavramı, bireyin anlık deneyimlerine, duygularına, düşüncelerine yargılayıcı olmadan ve istemli olarak dikkatini yönlendirme olarak tanımlanmaktadır. Kabullenme ve dikkatini yönlendirme kaçınma davranışına sebep olmadan olumsuz duyguyu benimsemeyi ve duyguyu düzenlenmesini sağlar (19, 20). Bilinçli farkındalık bireyi olumsuz duygulanım,

ruminatif düşünceler, kaygı bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve depresyona karşı korur ve limbik sistem tepkilerinin denetiminde işe yarar (19-23). Yapılan araştırmalar, bilinçli farkındalık tekniklerini içeren tedavilerin hastaların üzerinde duygu düzenlenmesi ve empati yeteneğinin artması, tepkiselliğın azalması, kişisel ve kişiler arası ilişkilerin iyileşmesi gibi olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (23, 24).

Sonuç olarak aile ilişkileri, kimlik gelişimi ve bilinçli farkındalığın KZVD ile ilişkisinin belirlenmesi tedavide planlanacak müdahaleler açısından oldukça önemli bir yere sahiptir. Çalışmada elde edilen bulguların kendine zarar verme davranışı gösteren ergenler için, daha etkin ve kalıcı tedavi stratejilerinin ve terapilerin geliştirilmesinde yol gösterici olabileceğı düşünölmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kendine Zarar Verme Davranışı

2.1.1. Tarih, Terminoloji, Tanım, İşlev

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) insanlık tarihinden beri görülen bir durumdur. KZVD ile ilgili ilk yazılar Hıristiyan toplumu tarafından kutsal kabul edilen 27 kitapçıktan oluşan Yeni Ahit'e dayanmaktadır. Burada cinler tarafından esir alınmış bir adamın kendini kestiğinden bahsedilmektedir (5). Yunan mitolojisinde ise Kral Oedipus' un suçluluk duyguları içinde gözlerini çıkardığı yer almaktadır. Farklı mitolojilerde de kendine zarar verme davranışı ile ilgili örneklere bakıldığında ağırlıklı olarak kişinin kendi gözünü çıkarmasından bahsedilmektedir. Tıbbi olarak ise KZVD ilk olarak 1930' lu yıllarda psikotik hastalarda tanımlanmıştır ve bu dönemde yine suçluluk duygusu nedeni ile gözlerini çıkartan bir hastadan bahsedilmiştir (2, 25).

İlk dönemlerde kendine zarar verme davranışı ile intihar girişimi aynı davranışlar gibi değerlendirilse de zamanla bu davranışın intihardan farklı olduğu düşüncesi benimsenmiştir (5). Böylece zaman içerisinde KZVD ile ilgili tanımlamalar ve farklı isimlendirmeler yapılmıştır.

KZVD ile ilgili yazında tanımlanmış terminolojiye bakıldığında çok fazla sayıda isimlendirme görülmektedir. Karşımıza en sık çıkan terimler 'self-injury', 'self mutilation' ve ' self-harm' terimleridir. Bu terimlerden 'self-injury' daha çok gelişimsel geriliği olan kişilerde kullanılmakla birlikte, 'self mutilation' terimi de daha çok deride tırnakla yara oluşturmak ya da yara kabuklarını soyarak amaç ile kullanılmıştır. 'Delibrate self-harm' terimi ise geniş bir sınıflandırmayı kapsamaktadır. Bu terim intihar davranışını da içermektedir. Son yıllarda Uluslararası Kendine Zarar Verme Davranışı Çalışmaları Topluluğu(International Society for the Study of Self-injury (ISSS)) ve Avrupa Çocuk ve Ergen Kendini Yaralama Çalışma Grubu (Child and Adolescent Self Harm in Europe (CASE) Study Group) bu alanda tanım ve terminoloji birliğinin oluşması için araştırmalara ve tanımlamalara öncülük etmektedir. 2006 yılında oluşturulan ISSS terim olarak 'non-suicidal self injury' (NSSI) teriminin kullanılmasını uygun görmüşlerdir (26). İntihar girişimini içermemesi ile bu tanım 'delibrate self harm' teriminden ayrılmaktadır. Türkçe

yayınlarında ise bu terim için en sık kullanılan karşılık ‘kendine zarar verme davranışı’ olmuştur (1, 27-35).

1989 yılında Favazza KZVD’ yi tekrarlayıcı, yaşamı tehdit etmeyen, kendine fiziksel zarar verme davranışı olarak tanımlamıştır. KZVD’ nin amacını da kişinin olumsuz durumu tolere edememesinin yarattığı baskıya karşın, kendi kendini rahatlatma durumu olarak belirtmiştir. Favazza’ ya göre KZVD’ yi tanımlamak için 4 ölçüt kullanılmaktadır. Bu ölçütler:

- 1) KZVD’ nin sürekli tekrarlanması
- 2) Eylem öncesi gerilim duygusu
- 3) Eylem sonrasında rahatlama hissinin olması
- 4) Sosyal amaçla eylemin izlerini gizlemeye çalışmasıdır (2).

Günümüze kadar ağırlıklı olarak kullanılan tanım da bu şekilde olmuştur. ISSS grubu da kendine zarar vermeyi ‘ölüm niyeti veya sosyal yaptırım amacı olmadan, kişinin kendisi tarafından istemli olarak, vücut dokularında oluşturulan hasar olarak tanımlamıştır. Bu tanımlamaya kaza ile veya dolaylı olarak kendine zarar verme (madde kullanımı gibi), intihar girişimi ya da dövme gibi kültürel, sosyal ya da dini olarak kabul edilmiş yöntemler dahil edilmemiştir (36).

Çocuk ve ergen psikiyatrisinde kullanılan tanı ölçütlerine bakıldığında ise araştırmacılar kendine zarar verme davranışının DSM-IV tanı kitabına dürtü kontrol bozukluğu olarak girmesi için ne kadar çabalamış olsa da (37, 38), DSM-V oluşturulana kadar özel bir kategorisi olmadığı bilinmektedir. DSM-IV’ te KZVD dissosiyatif bozukluklar, sınır kişilik bozuklukları ve duygudurum bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir. KZVD’ nin farklı bir klinik durum olduğu konusunda fikir birliği oluşmasının ardından ve DSM-V’ te gelecek çalışmalara yön verecek ayrı bir klinik durum olarak ele alınmasına karar verilmiştir (39). Mevcut DSM-V önerisine göre, kendine zarar verme davranışının olası tanı ölçütleri şu şekildedir:

KZVD Bozukluğu İçin Önerilen DSM-V Ölçütleri:

A) Kişinin son bir yıl içinde, beş veya daha fazla günde, kendi bedeni üzerinde ağrı, kanama veya bereye yol açacak şekilde istemli olarak hasar oluşturması (örn., kesme,

yakma, bıçaklama, vurma, aşırı miktarda ovalama) ve bunu sosyal amaçlı (küpe piercing, dövme vb.) değil, sadece hafif veya orta düzeyde bir fiziksel zarara yol açma beklentisiyle yapması. Ölme niyeti olmadığı ya hasta tarafından bildirilir, ya da hastanın deneyimlerinden, ölüme yol açma potansiyeli olmadığını bildiği yöntemleri kullanmasından anlaşılır (Eğer emin olunamıyorsa, BTA (Başka Türlü Adlandırılmayan) Tip 2 ile kodlanır. Bu davranış sık görülen ve önemsiz bir nitelikte olmamalıdır, örneğin yara yolma veya tırnak yeme gibi.

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

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

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

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

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

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

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

Potansiyel BTA (BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN) Kategorileri:

Kendine Zarar Verme Davranışı, BTA, Tip 1, Eşik-altı: Hasta KZVD bozukluğunun tüm ölçütlerini karşılar, fakat son 12 ay içerisinde 5’den daha az sayıda kendine zarar verir. Bu kategori, davranışı az sayıda göstermesine karşın sıklıkla bu davranışı yapmayı düşünenleri kapsar.

Kendine Zarar Verme Davranışı, BTA, Tip 2: Niyet belirsizdir/açık değildir. Hasta KZVD bozukluğunun ölçütlerini karşılar, fakat B4’de belirtilen düşüncelerin yanı sıra, özkıyımına da eğilimlidir.

2.1.2. Epidemiyoloji

KZVD ile ilgili çalışmalar 2000 yılına kadar kısıtlı olsa da o dönemden itibaren yapılan farklı ülkelerden gelen çalışmalar karşılaştırıldığında KZVD oranları birbirlerinden farklı olarak bulunmuştur. Toplum örnekleminde yapılan çalışmalarda KZVD’ nin ergenler arasındaki yaşam boyu sıklığı %13-45 olarak bildirilmektedir (40, 41). KZVD’ nin epidemiyolojik araştırmalarının en kapsamlı gözden geçirmesinde adolesanlarda yaşam boyu en az bir kere KZVD oranı %17 olarak saptanmıştır (42). DSM-V kriterlerini karşılayan ergenlerin oranları, çocuk ve ergen toplum örneklemlerinde % 1,5 ile% 6,7 arasında değişmektedir (43).

Ülkemizde yapılan KZVD ile ilgili yayınlar son yıllarda bu konunun önemli bir ergen sağlığı meselesi haline gelmesi nedeni ile artmaktadır. Bu yayınlar incelendiğinde de yaşam boyu prevelans oranı uluslararası yazın ile benzer özellikler taşımaktadır (1, 28, 29, 44-47). Zeki ve Çuhadaroğlu’ nun 2012 yılında lise öğrencileri arasında yapmış olduğu çalışmada ergenlerin %18,9’ unun yaşam boyu en az bir kez kendine zarar verdiği bulunmuştur (34). Zoroğlu ve arkadaşlarının 2003 yılında lise öğrencileri arasında yapmış olduğu bir çalışmada ise KZVD sıklığı %21,4 saptanmıştır (35). Toprak ve arkadaşları tarafından 2011 yılında üniversite öğrencileri arasında yapılmış bir çalışmada KZVD sıklığı %15,4 bulunurken (48), Ögel ve arkadaşları sokakta yaşayan 21 yaş altı ergenler arasında yaptığı çalışmada KZVD oranını %21 olarak belirtmiştir (45).

Yazında farklı oranların yer alması kullanılan metodolojik yöntemlerin farklılığı, öz bildirim ölçeklerindeki yanlış cevaplar, öz bildirim ölçeklerinde tanıyı karşılamak için ergenin bir kere kendine zarar vermiş olmasının yetmesi, geniş örneklemlerle epidemiyolojik çalışmalar yerine küçük örneklemlerle çalışmaların olması ile açıklanabilir.

Tüm veriler ışığında KZVD sık görülen toplumsal bir problemdir ve çoğu psikiyatrik hastalıktan daha yüksek oranlarda karşımıza çıkmaktadır. KZVD bir psikiyatrik bozuklukla birlikte olabileceği gibi herhangi bir psikiyatrik tanı olmadan da tek başına görülebilir (49, 50).

2.1.3. Etyoloji

KZVD sebebi olan tek bir etken olmamakla birlikte bu davranışın oluşumu kompleks bir etkileşim sürecidir. KZVD bireysel dayanıklılık, kırılganlık, çevresel etkenler, genetik yatkınlıklar, stresörlerin etkileşimi sonucu oluşmaktadır (51-57).

2.1.3.1. Psikodinamik Modeller

Duygu Düzenleme Modeli

Bu modelde kişi KZVD öncesinde yoğun gerilim hissetmekte ve içinde olduğu duyguları fark etmekte zorlanmaktadır. İçinde bulunduğu bu duygusal durumlar kaygı, artan gerginlik hissi, düşmanlık, yoğun üzüntü gibi duyguları kapsamaktadır (5, 53). KZVD gösteren kişiler sağlıklı baş etme becerilerini kullanamadığı, kendi duygularını içsel olarak düzenleyemedikleri ve duygularını ifade edemeyeceklerini hissettikleri için olumsuz duyguların yarattığı gerginlikten kurtulmak adına KZVD' ye başvurmuşlardır fakat bu davranış sonucunda da kişi KZVD' den dolayı suçluluk, pişmanlık, iğrenme gibi duygular hissetmektedir (4, 51, 53).

Depersonalizasyon/ Disosiyasyon Modeli

Bu model kendiliği ve kimliği koruma amaçlı KZVD' nin ortaya çıktığını belirtmektedir. Bu modelde bireyde meydana gelen disosiyasyon duygusunun izolasyon sonucu meydana geldiği ve bu durumun da gerçekdışılık hissine yol açtığı ve bireyin bu duyguyu sonlandırabilmek için kendine zarar verdiği ifade edilmektedir.

KZVD sonucu akan kan kişinin canlı olduğunun kanıtıdır ve bu durum depersonalizasyon hissini sonlandırarak kendilik hissini yeniden kazanılmasına yardımcı olur (53, 56). Bu model yazında desteklenmiş bir modeldir. Rosental ve arkadaşları 1972 yılında yapmış oldukları çalışmada KZVD sırasında bireylerin sıklıkla depersonalize olduğunu ve akan kan ile birlikte rahatlama hissettiklerini belirtmiştir (56).

Dürtü/ Anti-özkıym Modeli

Geleneksel psikodinamik modellerden biri olan bu modele göre bireyde temel olarak yaşam ve ölüm dürtüleri bulunmaktadır. Bu dürtüler sürekli bilinç dışı çatışma halindedir. Bu çatışma sonucu ortaya çıkan bilinçdışı depresyonu çözümlenemeyen kısmi bir özkıym türü olan KZVD ile mümkün olur. Bu kişiler ölüm ile yaşam arasında bulmaya çalışmakta ve bu nedenle tehlikeli bir davranış olarak kendilerine zarar vermektedirler. Böylece ölüm korkusunu kontrol edebildiklerini düşünürler (5, 51, 52, 55).

Davranışsal/Çevresel Model

Bu model KZVD' nin başlamasını ve devam etmesini sağlayan çevresel etkenlere vurgu yapmaktadır. Bu modele göre KZVD olumlu ya da olumsuz pekiştirme sonucu meydana gelmektedir. Olumsuz pekiştirme olarak tarif edilen durumda birey KZVD ile hoş olmayan, sıkıntılı durumlardan kaçmaktadır. KZVD nedeni ile bireyin dikkat çekmesi ise olumlu pekiştirme olarak belirtilmektedir (53). Bu model duygu düzenleme ile yakından ilişkilidir. Olumsuz duygudurum ile uygun baş etme yöntemlerini deneyimleyemeyen birey bu olumsuz duygulardan kurtulabilmek adına kendine zarar vermektedir. Bu davranış, duygusunu düzenleme açısından olumsuz pekiştirme sağlamaktadır (2, 52, 57). Bu model özellikle bireyde KZVD' yi yordayan çevresel etkenleri ve bu etkenlerin işlevlerini anlamamız ve hastanın ele alınış süreci boyunca yapılacak müdahaleleri belirlememiz açısından önem taşımaktadır (52).

2.1.3.2. Biyolojik Modeller

Dürtüsellik, saldırganlık, bağımlılık ve duygu düzenlemede yer alan yollar serotonin, dopamin ve opiyat sistemidir. Bu nörotransmitter sistemlerinde aksamının

KZVD ile ilişkili olabileceğine dair yayınlar bulunmaktadır. Kendine zarar verme davranışının bağımlılık ve ağrı ile ilişkisinden dolayı endojen opiyatlar, saldırganlık doğasından dolayı serotonin, kompulsif doğasından dolayı ise dopamin üzerinde çalışmalar yoğunlaşmıştır (58). Aynı zamanda KZVD sıklıkla stresli olaylar veya durumlar ile ilişkili olduğundan ve hipotalamik-hipofizer adrenokortikal eksen de stresli durumlarla baş etmede KZVD davranışı için önemli rol oynamaktadır (59). Stresli durumlara odaklanan bir çalışmada ise fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) kullanılarak sosyal dışlanmanın nöral işlemindeki farklılıklar üzerinde etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada araştırmacılar KZVD olan depresif ergenler, yalnızca majör depresyon tanılı ergenler ve sağlıklı kontrolleri karşılaştırmıştır. KZVD olan depresif ergenlerin medial prefrontal korteks (mPFC) ve ventrolateral prefrontal kortekslerinde (vlPFC) daha fazla etkilenme izlenmiştir (60).

Dopaminerjik Sistem

Bu model ile ilgili çalışmalar zihinsel geriliği olan hastalarla yapılmış çalışmalara dayanmaktadır. Bu sistemde meydana gelen sinyalizasyon değişikliği veya artmış dopamin reseptör hassaslığı bu durumdan sorumlu tutulmaktadır (58). Klinik anlamda da zihinsel geriliği olan hastalarda antipsikotik tedavi ile kendine zarar verme davranışı azalmaktadır. Antipsikotiklerin esas etkisinin dopaminerjik reseptörler üzerinde olması bu etyolojiyi desteklemektedir (61). Kendini yaralamanın sürekli tekrar etmesi yani bağımlılık yaratan doğası da dopaminerjik sinyal yollarında meydana gelen değişikliklere bağlanmıştır (38).

Serotonerjik Sistem

İntihar girişimi ve KZVD' nin birlikte araştırıldığı çalışmalarda BOS serotonin metabolit düzeyleri düşük olarak saptanmış ve bu durum saldırganlık davranışı ile ilişkilendirilmiştir (62). Serotonin taşıyıcı için kodlayan ve SLC6A4 geninin taşıyıcıya bağlı polimorfik bölgesinin (5-HTTLPR) en az bir kısa alelini taşıyan bireylerin de kişilerarası strese karşı daha duyarlı olduğunu ve bu bireylerin daha kolay psikopatoloji gösterdikleri saptanmıştır. (63).

Opiyat Sistemi

Mental retardasyon, otizm ve sınır kişilik bozukluklarındaki KZVD davranışı ile endojen opiyat sistemi arasında ilişki olduğu ileri sürülmektedir (58). KZVD olan kişilerde yapılan bir çalışmada, kendine zarar veren grubun BOS β -endorfin ve metenkefalin düzeyleri belirgin derecede düşük tespit edilmiştir (64). Endojen opiyatlar ya ağrı eşliğini yükselterek ya da bu yolağın aşırı uyarılmasıyla bağımlılığa yol açarak bu davranışı pekiştirmektedir (58, 65). KZVD' li bireylerde ağrı eşliğinin yükseldiğini (66) ya da aynı kaldığını savunan yayınlar mevcuttur (67).

Hipotalamo-Hipofizer Aks

Yakın tarihli bir çalışmada KZVD olan 26 ergende tükürük ve kıl kortizolleri ölçülmüş ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmıştır. Saç kortizolü konusunda herhangi bir farklılık bulunmamasına rağmen, KZVD olan ergenlerde daha yüksek sabah kortizol değeri saptanmıştır (68). Yakın zamanda yapılan başka bir çalışmada, KZVD öyküsü olan ergen kızlarda HPA eksenini yanıtını değerlendirmek için deksametazon supresyon testi (DST) kullanılmıştır. KZVD olan ergenlerde DST' de kortizol seviyelerinin düşük olduğu gösterilmiştir (69).

2.1.3.3. Biyopsikososyal Model

Walsh tarafından 2006 yılında oluşturulan bu modelde KZVD' nin tek bir sebebi olmadığı; çevresel, biyolojik, duygusal, bilişsel ve davranışsal birleşenleri olduğu ve tüm bu boyutların karmaşık bir şekilde etkileşimde olması ile KZVD davranışının meydana geldiği açıklanmaktadır. Çevresel boyutta bireyin aile öyküsü ve gelişimsel süreçte ailesel ilişkilerin şekillenmesi yer almaktadır. Biyolojik bozukluk ise endojen nörotransmitter sisteminde aksama, limbik sistem işlev bozukluğu ve hipotalamo-hipofizer aks ile ilgili olmaktadır. Bilişsel boyutta olumsuz düşünceler ve bilişler ön plandayken, duygusal boyutta sık ve yoğun olan duygularla baş edememe, duygu düzenleme problemlerine vurgu yapılmaktadır. KZVD' nin davranışsal boyutunda ise sosyal izolasyon ana temadır (26). KZVD gösteren her bireyde bir ya da birden fazla boyut öne çıkmaktadır ve bu boyutlar birbirleri ile ilişki halindedir (58). Diğer etyolojilerden farklı olarak bu model bireyi tüm hatları ile değerlendirmeyi sağlar ve tedavi yaklaşımında uygun olan seçeneklere ulaşmayı öngörmektedir.

2.1.3.4. İşlevsel Model

Dört etkenli model, KZVD' nin işlevselliklerini tarif ederken sıklıkla belirtilir. Bu model, KZVD' yi hem olumlu hem de olumsuz olarak destekleyebilecek pekiştireçleri ve KZVD' nin kişilerarası (“sosyal”) sonuçları yanı sıra kişisel (“otomatik”) sonuçları da açıklar (70). Örneğin, otomatik negatif pekiştireç olarak, KZVD olumsuz duyguları veya düşünceleri azaltma işlevine hizmet edip kişinin kendi içsel durumunu düzenlemesine hizmet ederken (öfke, gerginlik vb), otomatik pozitif pekiştireç olarak da KZVD sırasında veya sonrasında kişinin hoş veya olumlu duygulara veya düşüncelere ulaşmasını sağlar (hayatta hissetmek). Sosyal pozitif pekiştirme, sosyal etkileşimi pekiştirmeye (dikkatini çekmeyi veya başkalarına mesaj göndermeyi), sosyal negatif pekiştirme ise, hoş olmayan sosyal etkileşimlerden kaçmaya araç olur (tartışmaya son vermek, spor derslerine katılmamak gibi) (40). Çalışmalar sıklıkla KZVD' nin işlevi olarak negatif güçlendirme çizgisine vurgu yapmaktadır (43, 71).

2.1.4. Risk Etkenleri

2.1.4.1. Demografik Özellikler

Cinsiyet

Yazında kadın ergenlerde ve yetişkinlerde KZVD' ye erkeklerden daha sık rastlanıldığı belirtilmiştir (72). Geçmiş çalışmalarda KZVD için kız olmak belirgin risk etkeni iken son zamanlarda yapılmış çalışmalarda cinsiyet farklılığı bulunmadığı vurgulanmıştır (35, 72-74). Ülkemizde Zeki ve Çuhadaroğlu' nun 2012 yılında lise öğrencileri arasında yapmış olduğu çalışmada KZVD gösteren ergenlerde kız erkek oranı benzer olarak bulunmuşken (34), Kara ve Çuhadaroğlu' nun 2014 yılında klinik örnekleme yaptığı çalışmada kızların erkeklere oranla daha sık KZVD gösterdiği saptanmıştır (31). 2003 yılında ülkemizde lise öğrencileri arasında yapılmış başka bir çalışmada da KZVD gösteren ergenlerinin çoğunun kız olduğu verisine ulaşılmıştır (35). Bu açıdan bakınca yazın tartışmalıdır.

Yaş

Çocukluk döneminde bu davranış az görülmekle beraber kimlik ediniminin olduğu ergenlik dönemi KZVD için belirgin bir risk etkenidir. Yazında sıklıkla orta ergenlik dönemi bu davranışın başladığı dönem olarak vurgulanmaktadır (3, 5, 11). 1997 yılında Tarlacı ve arkadaşları, 2012 yılında Zeki ve Çuhadaroğlu, 2014 yılında Kara ve Çuhadaroğlu, 2017 yılında Başay ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda da benzer yaş gruplarında KZVD' nin başladığı saptanmıştır(31, 33, 34, 75). Yazına bakıldığında özellikle orta ergenlik dönemi KZVD açısından riskli görünmektedir (11, 76-79).

Sosyokültürel ve Sosyoekonomik Düzey

Sosyoekonomik düzey ile ilgili net bir veri olmamasına karşın birkaç çalışma düşük sosyoekonomik düzeyin KZVD açısından risk teşkil ettiğini ileri sürmüştür (45, 78, 80, 81). 2012 yılında Zeki ve Çuhadaroğlu' nun lise öğrencileri arasında yapmış olduğu çalışmada ise KZVD gösteren ergenler arasında sosyoekonomik düzey açısından farklılık olmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmanın olgu kontrollü klinik basamağında da KZVD gösteren ergenler arasında sosyoekonomik düzey açısından farklılık olmadığı bulunmuştur (34). 2017 yılında ülkemizde yapılmış başka bir çalışmada ailesini ' fakir' olarak adlandıran ergenler arasında KZVD' nin daha sık olarak görüldüğü saptanmıştır (75).

Etnik Farklılık

KZVD' nin etnik kökenle ilişkisi bakıldığında bazı çalışmalarda beyaz ırkta daha fazla görüldüğü vurgulanırken (82) yapılan başka bir çalışmada KZVD' nin etnik farklılık göstermediği saptanmıştır (83).

2.1.4.2. Kendine Zarar Verme Öyküsü

KZVD' nin tekrarlama riski yüksektir. Tekrarlayan KZVD öyküsü olan ergenlerde psikiyatrik tanı da daha sıklıkta görülmektedir (84). Nock geçmiş KZVD öyküsü olanlarda KZVD ve intihar girişimi araştırılmış, kendine zarar verme davranışının sıklığının intiharı yordadığı bulgusuna varmıştır (55). 2014 yılında Kara

ve Çuhadaroğlu' nun yapmış olduğu çalışmada KZVD' nin intihar için bir risk etkeni olduğu belirtilmiştir (31).

2.1.4.3. Çocuk İstismarı

Çocukluk dönemi istismarının KZVD için risk etkeni olduğu, bu durumun TSSB belirtilerine yol açarak disosiyasyon/ depersonalizasyon modeli üzerinden KZVD davranışına sebep olduğu düşünülse de istismar ve KZVD arası ilişkinin çok net olmadığı ve her iki durumun da benzer psikiyatrik risklerle ilişkileri nedeni ile birbirleri ile doğrudan ilişki içinde olabilecekleri ileri sürülmüştür (85, 86).

2.1.4.4. Sosyal Etkenler

Uzunlamasına yapılmış bir çalışmada, fonksiyonel olmayan ilişkilerin KZVD için önemli bir risk etkeni olduğunu gösterilmiştir. Yine bu çalışmada akranlar arası zorbalığın da KZVD davranışı için risk oluşturduğu vurgulanmıştır (87). Çocukluk çağında ve erken ergenlik çağında akranlar tarafından zorbalığa maruz kalmış olmak, yetişkinlik döneminde kendine zarar verme riski ile yakından ilişkilendirilmiştir (87, 88).

Sistemantik bir derlemede KZVD' nin sosyal bulaşmayla ilişkili olduğu bulunmuştur (89). Sosyal etkiler doğrultusunda, belli bir gençlik alt kültürüyle özdeşleşmenin KZVD riskini arttırdığı gösterilmiştir (14).

Sosyal etkilerin başka bir yönü de bir kişinin cinselliğidir. Çalışmalarda cinsiyet disforisi ve cinsel yönelim farklılıklarının KZVD için risk oluşturduğunu göstermektedir (90-92).

KZVD' nin dünya çapında yayılmasıyla ilgili olarak, internet kullanımı ve özellikle sosyal medya kullanımı, araştırmacıların ilgisini çekmektedir. KZVD ile ilgili terimlerin sosyal medyada sık aranması, KZVD yöntemlerini içeren videoların izlenmesi ve görsellerine bakılması riski arttırmakla birlikte yapılan çalışmalarda ergenlerin sosyal medya üzerinden KZVD hakkında yardım arayışında buldukları da belirtilmiştir (93, 94).

2.1.4.5. Aile Özellikleri

Yapılan araştırmalarda KZVD' si olan ergenlerin olumsuz aile duygulanımlarının ve olumsuz aile ilişkilerinin daha sık olduğu belirtilmiştir. Bir alışmada KZVD olan ergenlerin aile içi iletişiminin daha kısıtlı olduğu, yardım aramadığı ve sorunları ile baş edemeyip bu yönteme başvurdukları saptanmıştır (95). Yapılan çalışmalarda olumlu aile ilişkilerine sahip ergenlerde KZVD riskinin daha az olduğu, ailesinden ayrı olan veya çocukluğunda ailesinden ayrı kalan, ebeveynleri ayrı yaşayan ergenlerin KZVD riskinin daha fazla olduğu, aile bağları, ailesel iletişim, problem çözme, duyarlılık gibi alanlarda daha başarılı ailelerde büyüyen ocuklarda KZVD görölme riskinin belirgin azaldığı belirtilmiştir (48, 95, 96). Bunun aksine ebeveynlerin ayrı olmasının KZVD açısından belirgin risk oluşturmadığını ifade eden çalışmalar da bulunmaktadır (40, 97). Ebeveynlerin kendi aralarında geçimsiz ilişkileri de KZVD için risk etkeni teşkil etmektedir (98). Türkiye' de yapılmış bir çalışmada KZVD olan ergenlerin sağlıklı ergenlere göre daha sıklıkla problem çözme sorunları olduğu, aile içi duyguların ifadesinde zorluklar yaşadıkları, iletişim becerilerinin kısıtlı olduğu ve aile ilişkilerinin olumsuz özellikte olduğu saptanmıştır (30). KZVD olan ergenlerin davranış kontrolü açısından ailelerin yetersiz kaldıkları ve aile içi genel işlevlerin aksadığı ve bu gençlerin denetimsiz/ kontrolsüz ortamda büyüdüğu, aynı zamanda uygun rol modellerinden yoksun kaldıkları belirtilmiştir (99). Ebeveyn ocuk iletişimindeki yetersizlik ve zayıf aile bağları yazında sıkça KZVD ile ilişkilendirilmiştir (18, 100).

Bakım veren ebeveynle yakın ilişki sağlıklı kimlik gelişiminin öngörücüsüdür. Ergenlerle yapılan kapsamlı araştırmalar ebeveynlerle yakın ilişkinin psikopatolojilere karşı güçlü ve koruyucu etkilerini göstermiştir (101). Ebeveyn ile uygun iletişim, ebeveynin kendisini duygusal olarak ifade edebilme becerisi, ergenin duygusunu tanıması ve uygun yanıtlanması ergenin uygun duygu düzenleme ve baş etme stratejileri geliştirmesini sağlamaktadır (102). Ailenin atışmaları çözmek için kullandığı stratejiler ve ergen üzerindeki aile denetiminin yeterli olması da ergeni psikopatolojilerden korumaktadır. (103, 104) Buna ek olarak, araştırmacılar, ebeveynlerin birbirine bağlılığının da KZVD olan ergenler üzerindeki koruyucu etkilerini ortaya koymuşlardır (101, 105-107).

2.1.4.6. Bireysel Psikolojik Özellikler

Bireyin sosyal problem çözme becerilerinin düşük olması (108), duygu düzenleme becerilerinin yetersiz olması ve olumsuz duygulanımının fazla olması, duygularını ifade etmekte zorluk yaşaması (22, 109, 110) ve olumsuz kendilik algısı (109, 111, 112) KZVD için risk teşkil etmektedir. 2012 yılında Zeki ve Çuhadaroğlu'nun lise ve klinik örnekleme yapmış olduğu çalışmada uygun duygu düzenleme stratejileri kullanamayan, stresle uygun şekilde baş edemeyen, durumluk kaygı düzeyi düşük olan, olumsuz beden imgesi olan, benlik saygısı düşük olan ergenlerde KZVD' nin daha sık görüldüğü saptanmıştır (34). Ülkemizde Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmış bir çalışmada KZVD olan ergenlerde benlik saygısının daha düşük olduğu bulunmuş fakat bu durumun KZVD' nin kendisinden çok KZVD' ye eşlik eden psikopatolojilerden kaynakladığı belirtilmiştir (76).

2.1.5. Koruyucu Etkenler

Olumsuz duyguların dışı vurumu KZVD için koruyucu bir etkidir (113). Her şeyden kendini arındırarak o ana odaklanmak ve duyguların farkındalığı, koşulsuz kabulü tedavi süresince ele alınması gereken konulardan biridir. Bilinçli farkındalık olarak adlandırılan bu durumun koruyucu bir faktör olması nedeniyle KZVD tedavi stratejilerinde kullanılması önemlidir (54).

Olumlu duygulanımın varlığı ve uygun duygu düzenleme becerileri, olumsuz duygulanımı çözümlene aracılığıyla KZVD' ye karşı koruyucudur (55).

Olumlu aile ilişkilerinin desteklenmesi, tedavi sürecinde aile içinde iletişim becerilerinin artırılması KZVD açısından ergeni korumaktadır. Yüksek sosyal desteğin varlığı baş etme becerilerini güçlendirmektedir (114).

Olumlu akran ilişkilerinin varlığı, akran zorbalığının olmaması, akademik başarının iyi olması da KZVD açısından koruyucudur (107).

Zeki ve Çuhadaroğlu tarafından 2012 yılında lise öğrencileri arasında yapılmış çalışmada duygularının farkında olmak, güvenli bağlanma örüntüsüne sahip olmak, olumsuz olaylara karşı iyimser bir yaklaşımda olabilmek ve sosyal yardım arama ihtiyacının olması KZVD için koruyucu etkenler olarak vurgulanmıştır (34). Aktepe

ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmış bir çalışmada da sağlıklı aile ilişkilerinin varlığı, olumlu beden algısı ve yüksek benlik saygısının KZVD açısından koruyucu olduğu belirtilmiştir (27).

2.1.6. Kendine Zarar Verme Davranışının Tekrarlama Sıklığı, Kullanılan Yöntemler ve Ağrı Duyumu

Yazında KZVD' nin tekrarlama sıklığı ile ilgili geniş bir aralık olduğu gözlemlenmektedir. Favazza' nın çalışmasında bu sayı 50 olarak bildirilmiştir (2). Soloff ise KZVD tekrarının yaşam boyu 3,4 olduğunu iletmiştir (115). 2007 yılında yapılmış başka bir çalışmada ise KZVD olan ergenlerin %2 si 1 kez, %3' ü 2-3 kez, %20' si de 4 kezden fazla kendine zarar verme girişiminde bulunmuştur (106). Psikiyatri servisinde yatan hastalarda bu oran daha yüksek belirtilmiştir (70). Kara ve Çuhadaroğlu' nun 2014 yılında yapmış olduğu çalışmada ise son 6 ay içerisinde kendine zarar veren ergenler arasında intihar girişiminin daha sık olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada KZVD olan ergenlerin %17,5' unun her gün, %22' sinin ayda bir kendine zarar verdiği belirtilmiştir (31). Zeki ve Çuhadaroğlu' nun 2012 yılında yapmış olduğu çalışmada lise düzeyindeki ergenlerin son 1 ayda %4,3' nün her gün, %8,7' sinin haftada bir kendine zarar vermiş olduğu bulunmuştur (34).

KZVD olarak en çok kullanılan yöntemler kesme, tırmalama, vurma, oyma ve kazımadır (3, 43, 89, 116). Araştırmalar, ergenlerin sıklıkla çoklu zarar verme yöntemlerini kullandığını, yöntemler içerisinde de kendini kesmenin en sık olduğunu, bunu yumruk atma ve vurmanın takip ettiğini göstermektedir (3, 89, 116). Ülkemizde Zeki ve Çuhadaroğlu tarafından yapılmış bir çalışmada en sık yöntem vurma davranışı olarak saptanırken (34), Kara ve Çuhadaroğlu' nun 2014 yılında yapmış olduğu çalışmada ise en sık yöntem kesme olarak saptanmıştır (31). Yine ülkemizde başka bir çalışmada da kesme ve vurma en sık KZVD yöntemleri olarak belirtilmiştir (35). Başay ve arkadaşları tarafından yapılmış çalışmada ise en sık yöntem vurma olarak bildirilmiştir (75).

KZVD gösteren bireyler ağrı duyumunun aksine KZVD ile birlikte bir rahatlama yaşarlar (2, 3, 5, 25). Yapılan çalışmalarda bu kişilerin hiç ağrı hissetmediği ya da ağrı

eşiklerinin çok yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu durumun tam nedeni bilinmemektedir (55, 117).

2.1.7. Kendine Zarar Verme Davranışına Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

KZVD tanılı ergenlerde en sık rastlanılan tanı depresyondur. Depresyon dışında anksiyete bozuklukları ve TSSB tanıları da KZVD' ye sıklıkla eşlik etmektedir (41). KZVD tanısı olan hastaların en az bir psikiyatrik tanı aldığı belirtilen bir çalışmada KZVD olan ergenlerde eş tanı olarak distimik bozukluk oranını da %29,6 olarak değerlendirmiştir (118). Duygudurum bozuklukları ve KZVD yazında sık araştırılan bir konudur. Yazında KZVD aynı zamanda erken başlangıçlı bipolar bozukluk ile de ilişkilendirilmiştir (6). Kaygı bozuklukları da KZVD ile ilişkilidir (41). Bir çeşit kaygı bozukluğu çeşidi olan TSSB de KZVD ile yakından ilişkilidir. Örselenme sonrası gelişen TSSB' nin ana belirtileri olan stresi tekrarlayan şekilde yeniden deneyimleme, olayı hatırlatan şeylerden sürekli olarak kaçınma ve genel tepkilerde azalma veya sürekli aşırı uyarılmanın tümü, kendine zarar verici dürtüler ve davranışları hızlandırıcı bir temel oluşturabilmektedir (58).

KZVD' nin dürtüsel doğasının varlığı bu hastalarda dışa vurum bozuklukları ile sık alkol/ madde kullanımını da birlikte getirmektedir (79). Aynı zamanda kendine zarar verme davranışı gibi, madde kullanımı da tipik olarak duygudurumu düzenlemek için kullanılmaktadır. Örneğin, bazı gençler ilk başta madde kullanarak duygudurumunu düzenlemeye çalışmakta, ancak bu işe yaramadığı zaman KZVD' ye başvurmaktadır. Kendini kesen 21 kızla yapılan bir çalışmada olguların üçte birinde alkol ve madde kullanımı olduğu belirtilmiştir (119). Uyuşturucu ve alkol gibi duygudurumu değiştiren maddeler, KZVD' si olan gençler tarafından değişik şekillerde kullanılmaktadır. Bu maddelerin içeriği, kullanım şartları ve kullanıldıkları ortama göre farklı riskler ortaya çıkmaktadır (120).

Yeme bozukluğu tanısı alan ergenlerde de KZVD oranları yüksek olarak bildirilmiştir. Yazında %13-%68 arasında saptanmıştır (120). Her iki bozukluk da ergenlik döneminde başlamaktadır ve bu ergenler kendi bedeninden memnun değillerdir, kendilerini sürekli cezalandırma isteği içerisindedirler (4, 120).

KZVD ve disosiyatif bozukluklar arasında da bir ilişki olduğu öne sürülmektedir. D' Onofrio KZVD gösterenlerin sıklıkla çocukluk dönemlerinde istismara (cinsel veya fiziksel istismar) maruz kaldıklarını ve bu durumun ileride TSSB, disosiyatif bozukluk veya disosiyatif belirtilere neden olduğunu ve sonunda da KZVD' yi ortaya çıkardığını öne sürmüştür (120). Zoroğlu ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı bir çalışmada artmış disosiyasyon ile kendine zarar verme davranışının çok yüksek oranda birliktelik gösterdiği ortaya konmuştur (35).

2.1.8. Tedavi

Hastanın etyolojik açıdan farklı boyutlarda değerlendirilmesi ve ek psikiyatrik tanıların belirlenmesi tedavi süreci açısından önemlidir (121).

2.1.8.1. Psikoeğitim

KZVD ile ilgili psikoeğitim KZVD ile gelen her bireye ilk aşamada verilmesi gerekir. KZVD hakkında net bilgi vermek ve kriz sırasında müdahale tekniklerinin terapi süresince ergen ile konuşulması faydalı olacaktır. Aynı zamanda hasta yakınlarının da durum hakkında bilgilendirilmesi tedavi sürecini kolaylaştıracaktır. Ergenin problem çözme becerilerinin desteklenmesi de KZVD üzerinde olumlu etkiye sahiptir (36). Miller ve Rollnick (1991) hastanın değişimine yönelik ivmesini korumak için, terapistin hastanın direncine karşı kabullenici olması ve hastaya yansıtımlı dinleme ile karşılık vermesi gerektiğini söylemektedir ve bu tarz motivasyonel bir görüşme gençlerin aktif katılımında bulunmalarını sağlar. Böyle bir görüşme bireye deneyimlerinin kabul edilerek aynalandığını hissettirmektedir (54).

2.1.8.2. Psikoterapi

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Diyalektik Davranış Terapisi (DDT) ergenin duygu düzenlemede yaşadığı güçlükler için uygun baş etme stratejileri geliştirmesi amacıyla kullanılmaktadır (122). Yakın tarihli bir sistematik derlemede, KZVD gösteren ergenlerde diyalektik davranışçı terapi ve ergenlerde mentalizasyona dayalı tedavinin faydalı olduğu ifade edilmiştir (123). Yazında aynı zamanda aile içi ilişkilerin olumlu hale getirilmesi ve olumsuz problem çözme, iletişim gibi aile içi becerilerin geliştirilmesi açısından aile terapisinin faydalı olduğunu belirtilmektedir (36).

2.1.8.3. Psikofarmakoterapi

Diğer psikoterapotik yaklaşımlar yetersiz kaldığında, kişinin işlevselliği bozulduğunda ve terapilere ek tedavi rejiminin bir parçası olarak KZVD olan ergenlerde farmakolojik tedavi planlanmalıdır (36). Tedavide SSRI grubu ilaçlar ilk seçenek olarak kullanırken, bu ilaçların uygun doz ve uygun süre kullanımında KZVD' yi azalttığı (124), özellikle ikinci kuşak antipsikotik grubu ilaçların serotonerjik ve dopaminerjik yolaklar üzerinden etkili olduğu (125), opioid antagonistlerinin daha sıklıkla gelişimsel geriliği olan çocuklarda kullanıldığı (126), düşük doz benzodiazepinlerin geçici dönemde kullanılabilse de uzun dönemde bağımlılık ve disinhibisyon açısından dikkatli olunması gerektiği (125), duygudurum düzenleyicilerin özkıyım, dürtüsellik ve öfkeyi azalttığı (125) yazında belirtilmektedir.

2.1.9. Gidiş

Yapılan çalışmalarda kendine zarar verme davranışlarının (intihar davranışları dahil), ergenlikte süregelenleşme ile devam edip, yaklaşık 15 yıl içerisinde genç erişkinliğe kadar önemli ölçüde azaldığı gösterilmiştir (13, 38, 127). Yataklı serviste herhangi bir tanı ile takip edilen, KZVD olan ergenleri inceleyen başka bir çalışmada KZVD oranlarının tedavi ile %60 'dan %30 'a indiği fakat depresyon tanısı alan KZVD olan ergenlerin tedaviye daha dirençli oldukları ve KZVD sıklıklarındaki azalmanın daha yavaş olduğu bulunmuştur (128). KZVD sıklığının geç adolesan dönemden sonraki azalma eğilimine karşın, tekrarlayan KZVD için en önemli risk etkenlerinden biri de geçmişte KZVD' de bulunmuş olmaktır (84). Bu açıdan KZVD olan ergenlerin yakından takip edilmesi ve KZVD seyrinin uzunlamasına çalışmalarla araştırılması gerekmektedir.

2.2. Kimlik

2.2.1. Tanım

Ergenlik dönemi bireyde fiziksel değişimlerle birlikte ruhsal değişimlerin de meydana geldiği önemli bir dönemdir. Erikson' nun kimlik kuramına göre ergenlik dönemi tüm çocukluk döneminde özdeşleşilen tasarımların ve rollerin bileşimi ile kimlik bütünleşmesinin olduğu bir gelişimsel dönemdir. Kimlik oluşumu ergenler için temel bir gelişimsel görevi temsil etmektedir (129).

Ergenlik dönemindeki bu hızlı değişimlerle birlikte, ebeveynlerden ayrışma çabası, ödipal çatışmaların alevlenmesi, karşı cinsle yakınlaşma gibi durumlar bu dönemin gelişimsel özelliği olan kimlik krizine yol açmaktadır. Kimlik krizi sağlıklı olarak çözümlenirse sağlıklı kimlik bütünleşmesi sağlanırken eğer kriz çözülemezse patolojik bir durum olan kimlik kargaşası gelişmektedir (129).

2.2.2. Kimlik Gelişimi ve Kimlik Kuramları

Ergenlik dönemi erişkinlik dönemine geçişte önemli bir yaşam evresi olarak kabul edilmektedir. Arayışların ön planda olduğu, bireyin mesleki, cinsel ve sosyal kimlik anlamında kendisine sürekli 'ben kimim?' sorusunu sorduğu bu dönem, kimlik duygusunun kazanıldığı dönemdir. Birey, nereden geldiği, kim olduğu ve ne olacağı sorularına yanıt arayarak aynılık ve süreklilik sağlama peşine düşer (130). Tüm bu soruların varlığına ek olarak hormonal, bedensel ve ruhsal değişiklikler, aile içi ilişki değişiklikleri, ergenin bağımsız olmaya çalışması gibi etkenlerin varlığı bu gelişim sürecini karmaşık hale getirmektedir. Klinik örnekleme bu dönemde olan hastaları değerlendirirken sürecin normal gelişimsel bir süreç mi yoksa patolojik bir süreç mi olduğu ayırımı tedavi yaklaşımı açısından çok önemlidir. Çünkü bu dönemin normal gelişimsel özelliği olan kimlik krizi uygun ele alınıp desteklenmezse ergen bu dönemden kimlik kargaşası ile çıkmaktadır (129). Yazında kuramcılar bu dönem için farklı görüşler bildirirse de ağırlıklı olarak bu dönem kimliği oluşturmak için çabalanan zorlu bir dönem olarak tanımlanmıştır, tüm zorluğuna rağmen yine de kimlik duygusunun gelişimi bu dönemin olması gereken temel bir işlevidir (131).

Ergenin yaşam sorunlarıyla baş edebilmesi bu dönemde zor olmaktadır. Bu dönemdeki çatışmaların çeşitli nedenlerle çözümlenememesi kimlik kargaşasına yol açmaktadır. Kimlik kargaşası içinde olan ergenler geçmiş tüm dönemdeki çekirdek çatışmaları uygun şekilde çözümlenememe, ne olduğunu veya ne olacağını bilememe ile birlikte 'ben kimim?' sorusuna uygun yanıt bulamama ile ilgili zorluklar yaşar. Bu zorluklar ergeni psikopatolojilere daha açık hale getirmektedir. Aynı zamanda kimlik kargaşasının, ruh sağlığı kliniklerine herhangi bir psikopatoloji ile başvuran gençlerde semptomların altında yatan problemlerin anlaşılması ve tedavi planının belirlenmesi için ışık tutacak nitelikte olduğu kabul edilmektedir (132). Ergenin kimlik krizini çözümlenmesi ve sağlıklı kimlik edinimi için ise gerçekçi bir yaşam çizgisinin

belirlenmiş olması, devamında bireyin bu çizgiye yönelmiş olması ve son olarak da bireyin var oluş çizgisinin yakın çevresinde ve gitgide içinde bulunduğu toplumda tanınmaya başlaması gerekmektedir (133). Sağlıklı kimlik ediniminin bireyin genel psikolojik iyi oluşuyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (134).

Kimlik gelişimi Erikson' un psikososyal gelişim kuramının 5. Evresi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu evrede temel çekirdek çatışma kimlik duygusu edinimine karşı kimlik kargaşasıdır. Erikson' un bu kuramında benlik, kimlik oluşumunda bireyin ihtiyaç duyduğu gereksinimleri sağlamaktadır (135). Ergenin benliği tarafından karşılanan gereksinimler ve ergenin kendini algıladığı mesleki, sosyal ve cinsel kimlik öğeleri başkaları tarafından da aynı şekilde algılandığında ve kişinin zamanda benlik algısının sürekliliğinin sağlanması ile kimlik duygusunun gelişimi tamamlanmaktadır (136).

Erikson' a göre kimlik krizi farklı şekillerde sonuçlanabilir. Bunlar:

- 1) Uygun özdeşimler ile uygun iç yatırımlarını yapmış olan ergenlerde kimlik duygusu kazanımı (identity achievement) görülmektedir.
- 2) Yetişkinliğin getirdiği sorumluluğu almakta hazır olmayan ergenler zaman kazanma açısından askıya alma (moratorium) sürecine girmektedir.
- 3) Uygun özdeşimler yapamayıp, benlik sürekliliğini ve aynılığını sağlayamayan bireylerde kimlik kargaşası (identity confusion) ortaya çıkmaktadır.
- 4) Ergenin dışarıdan gelen bilgileri düzenleyememesi sonucunda ise durum daha da ağırlaşarak kimlik dağınıklığı (identity diffusion) boyutuna ilerleyebilir.
- 5) Ters kimlikte (negative identity) ise ergen kimlik kargaşasından kurtulmak için toplumsal beklentilerin tam karşıtı olan rolleri benimsemektedir (137).

Marcia' nın kimlik kuramında ise kimlik dürtülerin, yeteneklerin, değerlerin, inançların ve geçmişin dinamik bir şekilde örgütlenmesinden oluşan yapı olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamda Marcia dört kimlik statüsü tanımlamıştır: 1) Dağınık kimlik statüsü (identity diffusion) 2) İpotekli kimlik statüsü (foreclosure) 3) Askıya

alınmış kimlik statüsü (moratorium) 4) Başarılı kimlik statüsü (identity achievement) (138).

- 1) Dağınık kimlik statüsünde (identity diffusion) kişi, çeşitli rol denemelerinde bulunmaz ve herhangi bir yaşam alanına bağlılık geliştirmez. Hiçbir şeye bağlılık olmadığı için kişi dışardan gelebilecek her türlü etkilere açıktır. Bu statünün uzaması, bireyde kimliğin bütünleşmemesine yol açar. Dağınık kimlik statüsü psikopatolojiler için de risk etkenidir.
- 2) İpotekli kimlik statüsünde (foreclosure) kişi rol denemeleri olmadan yaşam alanlarıyla ilgili bağlılık geliştirmektedir. Bu bireyler sıklıkla ebeveynlerinin yönlendirmesi altındadır. Bireylerin tarzı, anne ve babalarının onlar için biçtikleri rollere göre şekillenir ve bu şekilde toplumsallaşırlar.
- 3) Askıya alınmış kimlik statüsünde (moratorium) ise kişi, rol denemeleri yapmakta fakat yaşam alanlarıyla ilgili iç yatırımlar gösterememektedir. Ergenin pek çok sorusunun çözülmemiş halde olduğu, ancak bu sorulara yanıt aradığı ve farklı rolleri denemek için çabaladığı ama henüz iç yatırımın olmadığı kimlik statüsüdür.
- 4) Başarılı kimlik statüsünde kişi (identity achievement), çeşitli rol denemelerinin ve farklı alanlardaki düşünceleri incelemeleri sonucunda kimlik bunalımını başarıyla çözmekte ve çeşitli yaşam alanlarında kendine özgü iç yatırımlar geliştirmektedir. Başarılı kimlik, tutarlılık ve süreklilik gösteren, yaşama anlam ve amaç sağlayan, sağlıklı bir şekilde bütünleşmiş bir kimlik yapısını ifade etmektedir (138).

Ergen ebeveynlerin etkisiyle ve yönlendirmeleriyle, ergenlik dönemine kadar onların bakış açısına ve dünya görüşlerine sahip olmuştur. Bu döneme kadar hayatta rol denemesi yapmadan yaşam alanları ile bağlılık geliştirmiştir. Çoğu ergen kimlik oluşumuna bu nedenlerle ipotekli kimlik statüsünde girer. Bu statüden askıya alınmış kimlik statüsüne giren ergen, ebeveynlerinin onu yönlendirmesi ile elde ettiği bakış açılarını sorgulamaya ve değerlendirmeye başlar, çeşitli roller dener. Eğer bu süreçte kalıcı bağlanmalar oluşturabilirse başarılı kimlik statüsüne erişir. Burada tarif edilen olumlu geçiş sürecidir ancak ergen farklı süreçlerle de kendi kimlik statüsünü oluşturabilir (139).

Kimlik statüsü çeşitli yaşam olaylarıyla, bireysel farklılıklarla, ebeveyn veya arkadaş ilişkileri ile değişim gösterebilir, hatta bu değişim ergenlikte olabileceği gibi yetişkinlikte dahi olabilir. Bu değişim bir gerileme ya da olumlu şekilde olabilir (139).

Berzonsky' ın kimlik kuramında ise kimlik oluşturma süreçleri dinamiktir ve kişilerin kimlik oluşturma sürecinde durumları tekrar tekrar değerlendirildiği belirtilmektedir (140). Berzonsky, Marcia' nın kimlik statüleri modelinde yer alan dört ayrı kimlik statüsünün altında yatan sosyal bilişsel sebeplerini açıklamak adına dört ayrı kimlik statüsünde üç ayrı kimlik oluşturma tarzı olduğunu iddia etmiştir (141). Bunlar: 1) Bilgi yönelimli kimlik 2) Norm yönelimli kimlik 3) Kaçınma yönelimli kimlik olarak sınıflandırılmaktadır (141-143).

- 1) Bilgi yönelimli kimlikte bireyler nitelikli bilgiyi arar, değerlendirir ve kendisi için uygun gördüklerini kabul ederler. Bu bireyler problem odaklı başa çıkma stratejileri izler, kendi değer yargılarına sahip çıkar, yeni bakış açılarına da açıktırlar. Sorgulayıcı bir bakış açısına sahiptirler ve sorgulayarak bakış açılarını da değiştirebilirler. Bu kişiler bilişsel kapasiteleri yüksek ve karar alırken dikkatli ve temkinli davranan bireylerdir (140, 142).
- 2) Norm yönelimli bireyler kendileri ile ilgili kararlarda başkalarının düşüncelerini temel alarak onların onayları için hareket ederler. Yeni bilgiler bu bireyler için tehdit edicidir, yeni bilgilere karşı bilişsel önyargıları vardır. İçselleştirdikleri iç yatırımı korumak öncelikli hedefleridir (141). Bununla birlikte, özdisiplinleri yüksek bireylerdir (140).
- 3) Kaçınma yönelimli bireyler ise problemle yüzleşmekten kaçınırlar. Genellikle, nevrotik kişilik özelliklerine sahiptirler. Karar verme süreçlerinde genellikle çevrenin taleplerinden etkilenmektedirler. Davranışları değişkendir, kimle ve nerede olduklarına bağlı olarak değişir (140).

2.2.3. Kimlik Durumu ve Kendine Zarar Verme Davranışı

Ergenlik döneminde kimlik krizi ile baş etmekte zorlanan ergenlerde çeşitli ruhsal hastalıklar daha sık oranlarda görülmektedir (132).

Farklı gençlik akımları (Emo, gotik) ile özdeşleşen ergenlerin sık olarak kendine zarar verme davranışında buldukları bildirilmiştir fakat bu konudaki araştırmalar

hala kısıtlıdır (144-146). 2001 yılında yapılan bir çalışmada ağır metal dinleyen ve kendilerini gotik olarak tanımlayan bir grup ergende KZVD yüksek olarak saptanmıştır (147). 2006 yılında da yapılan bir çalışmada kimliğini ‘farklı’ (toplumsal roller ile uyumlu olmayan) olarak tanımlayan ergenlerde KZVD daha sık olarak bulunmuştur (148). Batı kaynaklı çalışmalarda okulda ‘asi genç’ olarak kendini tanımlayan ergenlerde daha sık KZVD gözlenirken, ‘inek’ olarak kendini tanımlayan ergenlerin riskli davranışlarda daha az bulunduğu saptanmıştır (149, 150). Toplumsal roller ile uyumlu olmayan kimlikleri benimseyen gençlerde KZVD daha sık görülmektedir ve bu girişimlerin intihar ile sonuçlanma oranı %20 olmaktadır. Kendini ‘sporitif’ olarak tanımlayan ergenlerde KZVD oranı daha az olup bu durumun düzenli fiziksel egzersiz ve olumlu akran ilişkilerinin koruyucu etkisi ile olabileceği belirtilmiştir (14). Çalışmalarda cinsiyet kimliği ile ilgili yaşanan kargaşanın da KZVD riskini artırdığı ifade edilmiştir (90-92). Kimlik krizi sürecinde baş etme becerileri düşük olan bireyler stres yönetiminde duygu düzenleme amacı ile KZVD’ yi sık olarak kullanmaktadır (151). Araştırmalar, KZVD ile kimlik ve patolojik davranış arasındaki bağlantılara odaklanmaktadır (9, 11, 152).

Ergen istikrarlı ve tutarlı bir kimlik duygusu oluşturamazsa, kimlik kargaşası ve entegrasyon problemleri nedeni ile ergen daha sık KZVD, depresyon, alkol-madde kullanım bozukluğu gibi psikiyatrik tanılar alır (136, 137, 153, 154). Kimlik kargaşasının stres ile işlevsel başa çıkmayı engellediği ve muhtemelen ergenlerde depresyon gibi psikopatolojilerin gelişimine katkıda bulunduğu düşünülmektedir (155, 156).

2.2.4. Kimlik Durumu ve Psikopatoloji

Kimlik edinimi döneminde yaşanan aksamalar depresyon, anksiyete bozuklukları, duygu düzenleme bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir. Bu dönemde zorlanan ergenlerin gelişimsel görevlerinin aksadığı ve ruhsal sorunlar yaşadığı bildirilmektedir (132, 136, 155). Ergenlikte yaşanan kimlik sorunları erişkinlik döneminde kişilik bozukluklarının yordayıcısı olarak belirtilmiştir (156, 157). Bir çalışmada kimlik kargaşası yaşayan ergenlerde sadece sınır kişilik bozukluğu değil tüm kişilik bozukluğu alt tiplerinin daha sık görüldüğü vurgulanmıştır (158). Çuhadaroğlu tarafından yapılmış bir çalışmada fiziksel ve ruhsal sorunları olan

ergenlerde kimlik gelişimi incelenmiş, ruhsal belirtileri olan grupta kimlik gelişiminde problemlerin olduğu, özellikle kaygı ve depresyon ile kimlik duygusu arasında olumsuz ilişki olduğu bulunmuştur (155). Kimlik kargaşası olan ergenlerde eksen I tanıları da daha sık olarak saptanmıştır (155-157).

2.2.5. Kimlik Durumu ve Aile İlişkileri

Olumlu ve güçlü bir aile ilişkileri olan gençlerin, kimlik krizini daha kolay atlattıkları ve olumlu kimlik edindikleri belirtilmektedir. Kimlik kargaşası olan ergenlerin aileleri ile daha sıklıkla problem çözme becerilerinde zorluklar yaşadığı, davranış kontrolü açısından ailelerin yetersiz kaldığı ve aile içi genel işlevlerin aksadığı, bu gençlerin denetimsiz ortamda büyüdüğü aynı zamanda uygun rol modellerinden yoksun kaldıkları bildirilmiştir (9, 107)

2.3. Bilinçli Farkındalık

2.3.1. Bilinçli Farkındalık Kavramı

Bilinçli farkındalık prensiplerini doğu meditasyon kökenlerinden alan son dönemde batı kültüründe de tedavi süreçlerinde yaygınlaşmaya başlayan bir kavramdır (159). Bilinçli farkındalık teriminin kökeni 2500 yıl öncesinin Budist psikoloji dili olan Pali dilindeki Sati kelimesidir. Sati hatırlama, farkındalık ve dikkat anlamlarına gelir (160). Buradaki hatırlamak kelimesi anıların oluşturduğu duyguları kabullenme, yargılamadan ve tepki göstermeden ortaya çıkmasına izin verme ve dikkati şu ana odaklama anlamına gelmektedir. Bilinçli farkındalığın bu tanımında düşüncelerimizin oluşturduğu duygusal zorlanmaların farkındalıkla azaltılabileceği belirtilmiştir (160, 161). Bilinçli farkındalık olumlu, olumsuz ve nötr tüm deneyimlerimizle acı çekmenin bütün düzeylerinin azaltılması ile ilişkilidir (160, 162).

Bilinçlilik hali aynı zamanda dikkati de içerir, dikkati yönlendirme kaçınma davranışına yol açmadan duygu düzenlenmesini de sağlamaktadır, bu durumda bireyi olumsuz duygulanıma karşı koruyucudur (163, 164). İçinde yaşanan zaman diliminde oluşan olayların farkında olma durumu ve dikkatlilik bilinçli farkındalığın en yaygın tanımıdır (165). Kabat- Zinn 'e göre, yargılamadan, amaçlı bir şekilde ana dikkat vermektir (166). Brown' a göre de var olan deneyim üzerinde artırılmış bir

dikkat ve farkındalık olarak tanımlanmıştır (167). Yazında bilinçli farkındalık kavramının;

1) Şu andaki zihinsel olayları tanımak için deneyim üzerinde dikkati sürdürme anlamına gelen ‘dikkat regülasyonu’

2) Deneyime karşı meraklılık, kabul edicilik ve açıklık ile karakterize olan ‘anlık deneyimi yönlendirme’ olarak iki bileşeninden söz edilmiştir (19).

Bilinçli farkındalık içsel deneyimi kabullenmeyi, duyguları ve duygu durumunu düzenleyebilme yeteneğini ve bilişsel esnekliği içeren duygusal bir denge durumunu ifade etmektedir(168).

Germer’ e göre, bilinçli farkındalık anlarının ortak özellikleri vardır (160). Bunlar:

- *Kavramsal değildir.* Düşünce süreçlerimizden geçmeden meydana gelir.
- *Ana odaklıdır.* Bilinçli farkındalık daima şu andadır.
- *Yargılayıcı değildir.*
- *Amaçlıdır.* Bilinçli farkındalık daima dikkati bir yere yönlendirmeye dair bir amaç içerir.
- *Katılımcı gözlemine gerektirir.*
- *Sözel değildir.* Sözcükler zihinde doğmadan önce bilinçli farkındalık oluşur.
- *Keşfe dayalıdır.*
- *Özgürleştiricidir.* Olumsuz duygudan özgürleşmeyi sağlar.

2.3.2. Bilinçli Farkındalık ve Psikiyatrik Hastalıklar

Ergenlik dönemi kimlik krizinin yaşandığı karışık bir süreçtir. Karışık süreç nedeni ile ergenin zihninde olumsuz duygulanım ve ruminatif düşünceye (169) yatkınlığın arttığı ve daha sık oranda ruhsal patolojilerin görüldüğü bilinmektedir (170). Bilinçli farkındalık kabullenmeyi ve dikkatini yönlendirmeyi kaçınma davranışına sebep olmadan olumsuz duyguyu benimsemeyi ve duygu düzenlenmeyi

sağlar. Bilinçli farkındalık bireyi olumsuz duygulanım, ruminatif düşünceler, kaygı bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), depresyon, yeme bozukluğuna karşı korur ve limbik sistem tepkilerinin denetiminde faydalıdır (19-23, 96). Yapılan araştırmalar, bilinçli farkındalık tekniklerini içeren tedavilerin hastaların üzerinde duygu düzenlenmesi ve empati yeteneğinin artması, tepkiselliğin azalması, kişisel ve kişiler arası ilişkilerin iyileşmesi gibi olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (24, 96). Bilinçli farkındalık temelli terapi yöntemlerinin erişkin depresyonunda olduğu gibi ergen depresyonunda da etkili olduğu, ergen depresyonunun bilinçli farkındalık düzeyleri ile ilişkili olduğu yazında belirtilmiştir (108, 171, 172). Bu bilgiler ışığında bilinçli farkındalık temelli terapilerin içe vuruk bozukluklarda faydalı olabileceği yorumunu getirilmiştir (173). Bu müdahalelerde bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi (174) ve bilinçli farkındalık temelli stres azaltma (175) olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin aynı zamanda dışa vuruk hastalıklarda da faydalı olabileceği yazında belirtilmiştir (176). Bu müdahalelerin dikkati iyileştirdiği ve ruminatif düşüncelerden bireyi uzaklaştırarak yürütücü işlevlerde olumlu etkisinin olduğu gösterilmiştir (175, 176). Psikiyatrik hastalıklarda iyi oluş açısından bilinçli farkındalık temelli tedavilere ilgi giderek artmaktadır (1, 69, 159, 177). Yazından anlaşıldığı üzere bilinçli farkındalık temelli terapiler birden fazla psikiyatrik tanının tedavisinde kullanılabilir (159, 177).

Bilinçli farkındalığı yüksek olan bireylerde uyumlu başa çıkma stratejileri daha sıklıkla kullanılırken, kaçınan başa çıkma stratejilerini daha az kullandığı ve bu bireylerin stresörler ile daha iyi başa çıkabildiği yazında belirtilmiştir (167). Kaygı bozukluğu ve depresyon tanısı alan bireylerde bilinçli farkındalık düzeyinin daha düşük olduğu belirtilmiş ve bu bireylerin bilinçli farkındalık destekli tedavi ile yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır (178). Yine bilinçli farkındalık düzeyi daha iyi olan bireylerde yaşam memnuniyeti daha fazla bulunmuştur (167, 173, 175, 179).

2.3.3. Bilinçli Farkındalık ve Kendine Zarar Verme Davranışı

Bishop her bireyin farklı düzeyde olsa da bilinçli farkındalık becerisinin olduğunu, farkındalığın pratik ile geliştirilebilen psikolojik bir süreç olduğunu, bilinçli farkındalık temelli müdahaleler ile bilinçli farkındalığın arttırılabildiğini öne sürmüştür (19). Son yayınlarda bilinçli farkındalığı arttırmak, kendine zarar veren

ergenlere yardım etmek için yararlı bir yaklaşım olarak önerilmiştir (180, 181). Bilinçli farkındalık Diyalektik Davranış Terapisi' nde kullanılan müdahalenin önemli bir komponentidir (182, 183). KZVD olan ergenlerde Diyalektik Davranışçı Terapi etkinliği en fazla olan terapi yöntemidir (122, 184-187). Yakın zamanda KZVD olan 70 erişkin hastada yapılan bir çalışmada bilinçli farkındalığın KZVD için koruyucu etken olduğu belirtilmiştir (188). 2014 yılında yapılmış başka bir araştırmada 'kendine kasıtlı zarar verme' ve bilinçli farkındalık ilişkisi incelenmiş olup bilinçli farkındalığın kendilik kontrolü ile pozitif, saldırganlık ve KZVD ile negatif ilişki gösterdiği bulgusu elde edilmiştir (189). Lundh 2007 yılında 123 ergen ile 'kasıtlı kendini yaralama' ve bilinçli farkındalık ilişkisini çalışmış ve kendine zarar veren grupta bilinçli farkındalık düzeylerini anlamlı olarak düşük bulmuştur (181). Son zamanlarda yapılan başka bir çalışmada da bilinçli farkındalık düzeyi ile KZVD arasında ters bir ilişki olduğu saptanmıştır (180). Ergenlerde KZVD, depresif semptomlar ve bilinçli farkındalık arasında yapılan başka bir çalışmada depresif şikayetler ile bilinçli farkındalık arası negatif ilişkinin KZVD olmayan ergenlerde KZVD olan ergenlere kıyasla daha anlamlı olması yazınla uyumsuzdur. Araştırmacı bu durumu KZVD olan gençlerin negatif dikkat ve duyu odaklanmasının artması ile açıklamıştır (190).

2.3.4. Bilinçli Farkındalık ve Aile İlişkileri

Bilinçli farkındalık bakım verenlerin kendi ruh sağlığının daha güçlü ve tutarlı olmasını sağlar, anne-baba-çocuk etkileşimi ve çocukların kendileri ile ilgili algılarını güçlendirir. Dolaylı olarak olumlu aile ilişkileri ve ebeveynlerin yüksek bilinçli farkındalık düzeyleri ergenin stres durumu ile daha iyi başa çıkabilmesini sağlar, ergeni daha iyi duygu kontrolünü sağlayarak depresyon, kaygı bozukluğu, KZVD gibi psikiyatrik hastalıklara karşı korur (191).

2.3.5. Bilinçli Farkındalık ve Kimlik Durumu

Aydın ve Çuhadaroğlu tarafından 2017 yılında yapılan kimlik kargaşası olan ve olmayan ergenleri karşılaştıran kesitsel bir çalışmada kimlik kargaşası olan ergenlerin bilinçli farkındalığın özelliklerinden olan tanımlama yani gözlemlenen deneyimleri kelimelerle etiketleme becerisinde ve anlık deneyimlere dikkatini verebilmeyi içeren farkındalıkla davranabilme becerilerinde daha fazla zorluk yaşadıkları bulunmuştur

(192). Ayrıca kimlik kargaşası olan gençlerde KZVD ve farklı psikopatolojilerin yönetiminde bilinçli farkındalık temelli terapiler oldukça etkin olarak belirtilmektedir (193, 194)

2.4. Araştırmanın Amacı

Tüm bu bilgiler ışığında, bu çalışma 12-18 yaş aralığındaki, kliniğe başvuran ergenlerde kendine zarar verme davranışını değerlendirmek, kendine zarar verme davranışı olan ve olmayan ergenlerin kimlik gelişimi ve bilinçli farkındalık özelliklerini incelemek ve bu özelliklerin klinik tanılarına göre gösterdikleri farklılıkları değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Klinik örnekleme kendine zarar verme davranışı olan ve olmayan ergenlerde kimlik gelişimi, bilinçli farkındalık becerilerinin araştırılması ve sosyodemografik özellikler ve tanı farklılıklarının etkisinin bilinmesinin düzenlenebilecek psikoterapik müdahalelerde yön gösterici olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmanın hipotezleri şunlardır:

- 1) Kendine zarar verme davranışı olan ergenler arasında kimlik kargaşasının daha fazla oranda olacağı,
- 2) Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin olmayanlara göre bilinçli farkındalık düzeylerinin daha düşük olacağı,
- 3) Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin olmayanlara göre daha fazla sayıda ve daha sık olarak psikiyatrik tanı alacağı,
- 4) Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin olmayanlara göre aile içi ilişkilerinin daha sağlıklı örüntüde olacağı öngörülmüştür.

3. ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Deseni

Araştırma karşılaştırmalı ve kesitsel bir klinik çalışma olarak planlanmıştır. Bu tez çalışması Nisan 2018-Eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Tez çalışmasının gruplarını Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Adölesan Birimi'ne başvuran, 12-18 yaş arasında, klinik olarak zihinsel geriliği olmayan, görüşme ve test formlarını doldurmak için herhangi bir engeli olmayan, tıbbi açıdan stabil olan, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ergenler oluşturmaktadır. Çalışmanın grupları KZVD gösteren araştırma grubu, KZVD göstermeyip psikiyatri başvurusu olan kontrol grubu ve sağlıklı kontrol grubundan oluşmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran ergenler KZVD soru formu ile değerlendirilmiş olup KZVD' si olduğu saptanan ve araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayan ardışık olarak alınan 41 ergen araştırma grubunu oluştururken, KZVD olmadığı saptanıp psikiyatrik yakınması olan ve araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayan ardışık olarak alınan 40 ergen birinci kontrol grubunu oluşturmuştur. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Adölesan Birimi'ne başvuran 86 ergen ise Kısa Semptom Envanteri ile değerlendirilmiş, herhangi bir psikopatoloji göstermeyen ve araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayan ardışık olarak alınan 37 ergen ikinci kontrol grubunu oluşturmuştur. Tüm ölçek ve uygulamalar poliklinik koşullarında uygulanmıştır.

Tüm ergenlere DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şimdiki psikopatolojilerini saptamak amacıyla tüm hastalar Çocuk ve Gençler İçin Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği-Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu (ÇGDBŞÖ-ŞY) ile değerlendirilmiştir. Daha sonra Sosyodemografik Veri Formu, Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği ve Kimlik Durumu Değerlendirme Aracı ile Aile İlişkileri Değerlendirme Ölçeği uygulanmış ve kendine zarar verme davranışı olan ve olmayan gruplar arasında kimlik kargaşası, aile ilişkileri ve bilinçli farkındalık skorlarının istatistiksel karşılaştırılması yapılmıştır. Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Tıp

Fakültesi Etik Kurul onayı alınmıştır ve ailelerden ve ergenlerden yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

3.2.1. Araştırmaya Alınma ve Alınmama Ölçütleri

Araştırmada ergenler aşağıdaki ölçütlere göre alınmışlardır:

- a. 12-18 yaş aralığında olmak
- b. Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- c. Klinik olarak zihinsel geriliği olmamak
- d. Tıbbi açıdan stabil olmak
- e. Görüşmeye katılmaya ve anket formlarını doldurmaya engel bir durumu olmamak

Araştırmada ergenler aşağıdaki ölçütlere göre dışlanmışlardır:

- a. 12 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olmak
- b. Klinik olarak zeka geriliğine sahip olmak
- c. Anket formlarını doldurmaya bir engeli olmak
- d. Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

3.3. Uygulama

Çalışmaya katılım kriterleri sağlayan hastalara ve ebeveynlerine araştırma hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılmayı kabul edenlerin kendilerinden ve ebeveynlerinden sözlü ve yazılı onayları alınmış ve ayrıntılı değerlendirme yapmak üzere randevu verilmiştir. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı polikliniğine gelen katılımcılar ile DSM-IV' e dayalı klinik görüşme yapılmış, Çocuk ve Gençler İçin Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu uygulanmıştır. Yine tüm ergenler Kendine Zarar Verme Davranış Formu, Sosyodemografik Veri Formu, Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Kimlik Durumu Değerlendirme Aracı ile Aile İlişkileri Değerlendirme Ölçeğini doldurmuşlardır. Tüm uygulamalar hastane ortamında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

3.4.1. KZVD Tarama Anket Formu

Bu form, gençlerin adı ve soyadı, cinsiyeti, yaşı, ev ve cep telefon numaraları, gençte ve ailesinde fiziksel ve ruhsal hastalık olup olmadığı ve kendine zarar verme davranışının varlığı ve sıklığı hakkında sorular içeren Zeki ve Çuhadaroğlu tarafından 2012 yılında oluşturulmuş bir formdur (34). (Bkz. EK 1)

3.4.2. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Zeki ve Çuhadaroğlu tarafından 2012 yılında hastanın yaşı, cinsiyeti, hastanın anne babasının yaşı, mesleği ve iş durumu, eğitim düzeyi, hastanın fiziksel ve psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik bozukluk ve hastalık öyküsü gibi sosyodemografik ve klinik özelliklerinin kaydedildiği veri formu aileler ve ergenlerden alınan bilgilerle doldurulmuştur (34). (Bkz. EK 2)

3.4.3. Kimlik Durumu Değerlendirme Aracı –KDDA

Erikson' un kimlik gelişimi kavramları temelinde geliştirilmiş, 28 soruluk bir öz-bildirim ölçeğidir. Sorular beşli Likert skalası üzerinde yanıtlanmaktadır (1=Bana hiç uymuyor, 5= Bana tümüyle uyuyor). Ölçekten alınabilecek toplam skor 28 ile 140 arasında değişebilmektedir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları üniversite öğrencilerinde yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0,89 olarak saptanmıştır. Ölçeğin kimlik için kesim noktası 70 puan olarak belirlenmiştir (133). Yüksek skorlar kimlik kargaşasıyla bağlantılı yaşantıların yoğunluğunu düşündürmektedir. Bu ölçekle yapılan araştırmalar, klinik amaçlı bireysel değerlendirmelere elverecek ölçüde güvenilir olduğunu ortaya konmuştur. Bu araştırmada, ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur (195). (Bkz. EK 3)

3.4.4. Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği –BBBFÖ (Five Facets Mindfulness Questionnaire-FFMQ)

BBBFÖ günlük yaşamdaki anlık deneyimler farkındalık ve bunlara karşı dikkatli olma durumunu ölçmek amacıyla Baer ve ark. tarafından geliştirilmiştir (196). Ölçeğin Türkçe formu için geçerlik güvenilirlik çalışması üniversite öğrencilerinden oluşan bir grup üzerinde Kınay tarafından yapılmıştır (197). 1 (kesinlikle doğru değil)

ile 5 (her zaman doğru) arasında puanlanan 5 dereceli Likert tipi 39 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı .67 ile .85 arasında değişmektedir.

Ölçek; “Gözleme”, “Tanımlama”, “Farkındalıkla Davranma”, “İçsel Deneyimleri Yargulamama”, “İçsel Deneyimlere Tepkisizlik” olmak üzere 5 farklı alt boyuttan oluşmaktadır.

Gözleme alt ölçeği, hisler, duygular, bilişler, kokular, sesler ve görüntüler gibi içsel ve çevresel uyaranları fark etmeyi ve onlara dikkatini vermeyi ölçen maddelerden,

Tanımlama alt ölçeği, gözlemlenen deneyimleri kelimelerle etiketleme becerisini ölçen maddelerden,

Farkındalıkla davranma, anlık deneyimlere dikkatini vermeyi içeren veya kişinin hareketlerinin farkında olmadığı otomatik pilotun veya mekanik davranışın tersi davranışları ölçen maddelerden,

İçsel deneyimleri yargulamama, biliş ve duygulara karşı değerlendirme yapmayan tutum almayı ölçen maddelerden,

İçsel deneyimlere tepkisizlik alt ölçeği ise düşüncelerin ve hislerin, onlara esir olmadan veya yakalanmadan, gelip gitmesine izin verme eğilimini ölçen maddelerden oluşmaktadır. Bu araştırmada, ölçeğin iç tutarlık katsayısı, 60 olarak bulunmuştur. (Bkz. EK 4)

3.4.5. Aile İlişkileri Değerlendirme Ölçeği- ADÖ (Family Assessment Device- FAD)

Ailenin işlevlerini hangi alanlarda yerine getirdiği ya da getiremediğini ailelerin algılamalarına göre değerlendirmeyi sağlayan bir öz bildirim (self-report) ölçeğidir. ADÖ, ABD’ de Brown Üniversitesi ve Butler hastanesi tarafından 1983 yılında geliştirilmiş olup Mc Master Aile İşlevleri Modelinin (Mc Master Model of Family Functioning) klinik olarak aileler üzerine uygulanmasıyla elde edilmiştir (198). Ölçeğin, ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirliği I. Bulut (1990) tarafından yapılmıştır (199). Toplam 60 madde ve yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar *problem çözme*,

iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevlerdir.

Problem çözme; aileyi ilgilendiren sorunları, ailenin işlevselliğini bozmayacak şekilde çözebilme yeteneğidir.

İletişim; aile bireyleri arasındaki bilginin değişimi olarak tanımlanmaktadır.

Roller; ailenin sorumluluklarını ele alışlarını ve bu sorumlulukların nasıl dağıldığı ve yerine getirildiğiyle ilgili davranış modelleri oluşturma ve sürdürme becerileridir.

Duygusal tepki verebilme; aile bireylerinin duygularını ifade edebilme becerisini değerlendirir.

Gerekten ilgiyi gösterme; aile bireylerinin birbirlerinin etkinliklerine ve onları ilgilendiren şeylere karışma boyutu ile ilgilenir.

Davranış kontrolü; bir ailenin bireylerinin davranış standartlarının belirleme ve sürdürme yollarını değerlendirir.

Genel işlevler ise; ailenin diğer tüm alanlardaki işlevselliğini değerlendirir.

Seçenekler likert şeklindedir. Elde edilen puanlar her alt boyut için toplanarak ortalaması alınır. Böylece her bir aile üyesi için yedi alt ölçek puanı elde edilmiş olur. Kuramsal olarak 2 ayırt edici bir sayıdır ve 2' nin üzerindeki puan ortalamaları aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru gidişin bir göstergesi olarak kabul edilmiştir. Toplam puan ne kadar yüksek ise aile içi işlevselliğin bozulması o kadar fazladır (198). (Bkz. EK 5)

3.4.6. Çocuk ve Gençler İçin Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇGDBŞÖ-ŞY) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime Version, K-SADS-PL)

ÇGDBŞÖ-ŞY, çocuk ve ergenlerin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şimdiki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Ölçek üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çocuğun/gencin demografik bilgileri, gelişim

öyküsü, sağlık durumu, okul durumu ve arkadaş ilişkileri gibi bilgiler yapılandırılmamış bir görüşme ile alınır. İkinci bölüm 200 kadar özgül belirti ve davranışı değerlendirmektedir. Üçüncü bölüm ise genel değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşmaktadır. Klinisyenin gözlemleri, anne-babalardan ve çocuklardan/gençlerden ayrı ayrı alınan bilgilerle birleştirilerek değerlendirilir ve tanı konulur. Ölçeğin standardizasyon çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yapılmıştır (200). Dört ana tanı grubu için (kaygı bozuklukları, DEHB, dışa atım bozuklukları ve tik bozuklukları) dört hafta aralıklı yapılan test-tekrar test güvenilirliğinin ise 0.62 ile 0.87 arasında olduğu bildirilmektedir.

3.4.7. Kısa Semptom Envanteri- KSE

Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş (201) ve Şahin ve Durak (1994) tarafından Türk toplumuna uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir ölçektir (202). Kısa semptom envanteri, çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla ergen ve yetişkinlere uygulanabilen Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. 53 madde, dokuz alt ölçek ve üç global indeksten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler sırasıyla; “somatizasyon”, “obsesif-kompulsif bozukluk”, “kişilerarası duyarlılık”, “depresyon”, “anksiyete”, “hostilite”, “fobik anksiyete”, “paranoid düşünceler”, “psikotizm” olarak isimlendirilmektedir. Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılan Türkiye uyarlamasında KSE’ nin “anksiyete”, “depresyon”, “olumsuz benlik”, “somatizasyon” ve “hostilite” olmak üzere beş etkenden oluştuğu bulunmuştur. Global rahatsızlık belirleyicisi üç indeks ise “Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi” (RCİ), “Belirti Toplamı İndeksi” (BTİ) ve “Semptom Rahatsızlık İndeksi” (SRI) olarak isimlendirilmiştir. Belirti puanının yükselmesi, psikolojik belirti düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayılarının 0,96 ve 0,95; alt ölçekler için elde edilen katsayıların ise 0,55 ile 0,86 arasında değiştiği bildirilmiştir. (Bkz. EK 6)

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler

KZVD olan ve olmayan ergenlerde kimlik gelişimi ve bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması hedeflenen bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olup, araştırmadan elde edilen verilen SPSS 16 (Statistical Package for Social

Sciences-16) paket programına kaydedildikten sonra hastaların genel özellikleri (Sosyodemografik özellikler, ölçek ortalama ve standart sapma puanları gibi) için tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler normal dağılan sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma şeklinde, normal dağılmayan sürekli değişkenler için ortanca (minimum- maksimum) şeklinde, kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve (%) olarak gösterilmiştir.

Ölçümle belirtilen verilerin istatistiksel analizi parametrik test varsayımlarının karşılandığı durumlarda t-testi ve varyans analizi ile parametrik test varsayımlarının karşılanmadığı durumlarda ise Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır. Sayımla belirtilen verilerin değerlendirilmesinde ki-kare (χ^2) testi ya da Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

Varyans analizleri için ANOVA ve KRUSKAL WALLİS kullanılmıştır. Ailenin eğitim durumu, meslek gibi değişkenlerdeki farklılıkları görebilmek amacıyla da tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Kendine zarar verme davranışının kimlik gelişimi, aile içi ilişkilerle bağlantısı ve bilinçli farkındalık düzeyleri ile ilişkisini incelemek amacıyla Kimlik Duygusu Değerlendirme Aracı, Aile İlişkileri Değerlendirme Ölçeği ve Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık ölçekler toplam puanları ve alt ölçekleri Pearson'un korelasyon testi uygulanmıştır.

(Tüm testlerde $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir).

KZVD olan ve olmayan ergenlerde, tüm ölçeklerin alt ölçeklerinde grup farklılıklarını araştırmak için Bağımsız iki grup arası farkların testi (Independest Samples "t" test) yapılmıştır. Ayrıca tanı grupları arasındaki ölçek puan farklılıkları için, tanı gruplarına Bağımsız iki grup arası farkların testi (Independest Samples "t" test) yapılmıştır.

Kullanılan her ölçek ve alt ölçekleri için Cronbach alfa (iç tutarlılık) katsayıları hesaplanmıştır.

Ayrıca kullanılan ölçeklerin araştırmadaki iç tutarlılığı Cronbach alfa ile ölçüldü ve iç tutarlılık katsayısı için 0,80 – 1,00 arası 'yüksek güvenilirlik', 0,60 – 0,80 arası 'oldukça güvenilir', 0,40 – 0,60 arası 'düşük derece güvenilir', 0 – 0,40 arası 'güvenilir değil' olarak kabul edilmiştir.

KZVD için risk oluşturan ve koruyucu etkenleri ortaya koymak için araştırmada kullanılan ölçeklerin alt ölçek puanları ve K-SADS-PL sonucu elde edilen tanılara lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Gruplarının Demografik Özellikleri

Araştırmaya alınan ergenler kendine zarar verme davranışı olanlar, kendine zarar verme davranışı olmayıp psikiyatri başvurusu olanlar ve sağlıklı kontroller şeklinde 3 gruba ayrılarak sosyodemografik özelliklerin gruplara etkisi incelenmiştir.

KZVD grubuna 41 (%34,7), psikiyatrik kontrol grubuna 40 (%33,9) ve sağlıklı kontrol grubuna 37 (%31,4) ergen dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılan ergenlerin %71,2'si kız, %28,8' i erkektir. Ergenlerin yaş ortalaması 15,03'tür.

Araştırmada gruplarının demografik özellikleri Tablo 4.1' de verilmiştir.

Cinsiyet açısından KZVD grubunda kız oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($\chi^2 = 9,54$; $p = 0,008$). KZVD grubunda kız ergen oranı %88 iken, psikiyatrik kontrol grubunda kız ergen oranı %68, sağlıklı kontrol grubunda ise %57 olarak bulunmuştur. KZVD göstermeyen gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Yaş açısından KZVD grubundaki ergenlerin yaşı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. (KW:10,1, $p = 0,006$). KZVD gösteren grupta yaş ortalaması 15.7 iken, psikiyatrik kontrol grubunda yaş ortalaması 14.8, sağlıklı kontrol grubunda ise 14.6 olarak bulunmuştur. KZVD göstermeyen gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Annenin eğitim durumu açısından sağlıklı kontrol grubu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($\chi^2 = 20,01$; $p = 0,003$). Sağlıklı kontrol grubunda anne eğitim düzeyin en yüksek bulunurken gruplar arasındaki anne eğitim durumu farkının da sağlıklı kontrol grubundaki lisans ve üstü eğitim alan annelerden kaynaklandığı saptanmıştır. KZVD grubu ve psikiyatrik kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.1. Araştırma Gruplarının Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	KZVD n(%)	Psikiyatrik Kontrol n(%)	Sağlıklı Kontrol n(%)	İstatistiksel Analiz	P değeri
Cinsiyet					
Kız	36 (%88)	27 (%68)	21 (%57)	Ki-Kare: 9,54	0,008
Erkek	5 (%12)	13 (%32)	16 (%43)		
Toplam	41 (%100)	40 (%100)	37(%100)		
Yaş (Yıl)	15.7±1 ^a	14.8±1.8	14.6±1.8	KW: 10.1	0.006
Ebeveyn Yaşları					
Anne	43.1±6.1	42.6±5.42	40.8±6.3	Anova F:1.5	0.23
Baba	46.4±6.14	45.4±5.67	43.2±6.95		
Ebeveyn Eğitim Durumu (Anne)					
İlkokul	10	12	5	Ki-Kare 20,01	0.003
Ortaokul	6	9	5		
Lise	23	11	12		
Üniversite ^b	2	8	14		
Yüksek Lisans ^b	0	0	1		
Ebeveyn Eğitim Durumu (Baba)					
İlkokul	6	8	3	Ki-Kare 6,02	0.64
Ortaokul	8	11	6		
Lise	14	11	12		
Üniversite	9	9	14		
Yüksek Lisans	2	1	2		
Anne Çalışıyor Mu?					
Evet	16 (%39)	11 (%27,5)	16 (%43)	Ki-Kare 2,23	0,32
Hayır	25	29	21		
Çocuk Sayısı	2.4±1	2.6±1.6	2.7±1.3	KW H:1.9	0,38
Kaçıncı Çocuk	2±1.2	1.8±1.1	1.5±0.8	KW H:5.35	0.07
Aile Yapısı					
Çekirdek	36	35	25	Ki-Kare 6,75	0,03
Geniş	5	5	12 ^b		
Ebeveyn İlişki Durumu					
Beraber	30	35	30	Ki-Kare 7,2	0,26
Ayrı	2	1	3		
Boşanmış	5	4	4		
Baba Vefat	4	0	0		

a: Kruskal Wallis Testinde Fark Yaratan Grup

b: Ki-Kare Testinde Fark Yaratan Grup

Aile yapısı açısından çalışma grupları incelendiğinde KZVD grubu ile psikiyatrik kontrol grubunun aile yapısı dağılımları birbirine çok yakın olup sağlıklı kontrolde geniş ailenin yüksek bir yüzdeye sahip olduğu görülmektedir. Oluşan bu fark istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2 = 6,75$; $p = 0,03$) bulunmuştur.

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) varlığı cinsiyete göre karşılaştırıldığında kız öğrencilerin %42,9'unda KZVD bulunduğu, erkek öğrencilerin ise yalnızca %14,7'sinin KZVD olduğu görülmektedir. (Toplamda 84 kız ergenden 36 tanesi KZVD gösterirken, toplamda 34 erkek öğrenciden KZVD gösteren ergen erkek sayısı 5 olarak bulunmuştur). Kız öğrencilerde görülen bu yüksekliğin istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 8,46$; $p = 0,004$).

Sosyodemografik özelliklerden ebeveyn yaşı, babanın eğitim durumu, annenin çalışma durumu, ailedeki çocuk sayısı ve ebeveynlerin ilişki durumu ile KZVD arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

4.2. Kendine Zarar Verme Yöntemi ve Sıklıkları

KZVD yöntemi ve sıklıkları Tablo 4.2' de verilmiştir.

Tablo 4.2. Kendine Zarar Verme Yöntemi ve Sıklıkları

Kendine Zarar Verme Yöntemi	Kesme : 33 (%80)
	Kesme+ Vurma : 4 (%10)
	Batırma : 2 (%5)
	Kesme+ Saç Yolma: 1 (%2,5)
	Kesme+ Vurma+ Batırma: 1(%2,5)
Kendine Zarar Verme Sıklığı	1 kez : %19,5
	2-5 kez : %43,9
	5-11 kez: %12,2
	>11 kez : %24,4
En son Kendine Zarar Verme Zamanı	Son 1 yıl: %68,2
	Son 6 ay: %53,6
	Son 1 ay: %41,4

KZVD yöntemi olarak en sık kendini kesme saptanmıştır. Kendini kesme yöntemini vurma yöntemi takip etmektedir.

Ergenler arasında toplam KZVD sayısı 2-5 kez olan grup en yüksek sayıdadır. Bu ergenlerin hepsinin son 1 yıl içinde kendine zarar verdiği bulgusu elde edilmiştir. Bu grubu kendisine son 1 yılda >11 kezden fazla zarar veren ergen grubu takip etmektedir.

KZVD gösteren ergenlerin %68,2'si son 1 yıl içerisinde bu davranışı sergilemişken, %53,6'sı son 6 ay içerisinde, %41,4'ü de son 1 ay içerisinde KZVD' de bulunmuştur.

4.3. Kimlik Durumu

4.3.1. Kimlik Durumunun Araştırma Gruplarına Göre Özellikleri

Kimlik durumunun araştırma gruplarına göre özellikleri Tablo 4.3' de verilmiştir.

KZVD grubunda kimlik kargaşası puanları psikiyatrik kontrol grubu ve sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Yine psikiyatrik kontrol grubunda kimlik kargaşası sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. ($\chi^2 = 21,1$; $p < 0,001$).

Tablo 4.3. Kimlik Durumunun Araştırma Gruplarına Göre Özellikleri

Kimlik Kargaşası	KZVD n(%)	Psikiyatrik Kontrol n(%)	Sağlıklı Kontrol n(%)	Total	χ^2	p değeri
Var(KDDA \geq 70)	32 (%53,3)	18 (%30)	10 (%16,7)	60 (%100)		
Yok(KDDA < 70)	9 (%15,5)	22 (%37,9)	27 (%46,6)	58 (%100)	21.1	<0,001

4.3.2. KZVD Gösteren Ergenlerde Kimlik Durumunun Yaş ve Cinsiyete Göre Özellikleri

Kendine zarar verme davranışı olan 41 ergen içerisinde yaş grubuna göre kimlik kargaşası açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 1,03$; $p=0,99$). Cinsiyete göre karşılaştırıldığında ise kızlarda kimlik kargaşası %83,3'ken erkeklerde bu oran

%40'tır. İki cinsiyet arasında kimlik kargaşası sıklığına göre görülen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($\chi^2 = 4,91$; $p=0,06$).

4.3.3. Kimlik Durumu ile Bilinçli Farkındalığın İlişkisi

Kimlik durumu ile bilinçli farkındalığın ilişkisi Tablo 4.4' de verilmiştir.

Kimlik kargaşası olanlarda bilinçli farkındalığın daha az olduğu saptanmıştır. Ortalamalar arasındaki farklar istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (Student T, $p < 0,001$).

Tablo 4.4. Kimlik Durumu ile Bilinçli Farkındalığın İlişkisi

BBBFÖ Toplam ve Alt Grupların Puanları	Kimlik Kargaşası		Student T testi T değeri	p değeri*
	Var n=60	Yok n=58		
BBBFÖ	108.7±15	130.3±17.8	-7.15	<0.001
Gözlemeleme	24.5±6.6	27±5,24	-2.24	0.03
Tanımlama	23.6±5.9	28.6±5.23	-4.83	<0.001
Farkındalıkla Davranma	22±7	29.3±5.6	-6.19	<0.001
İçsel Deneyimleri Yargılamama	22.9±6.2	27.1±6.1	-3.74	<0.001
İçsel Deneyimlere Tepkisizlik	15.6±4.3	18.2±5	-3.05	0.003

*İstatistiksel Analiz Student T Testi ile Yapılmıştır.

Kimlik kargaşası olan ergenlerin BBBFÖ ölçeğinin tüm alt gruplarında kimlik kargaşası olmayan ergenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük puan aldığı verisi elde edilmiştir.

4.4. Bilinçli Farkındalık

4.4.1. Bilinçli Farkındalığın Araştırma Gruplarına Göre Özellikleri

Bilinçli farkındalığın araştırma gruplarına göre özellikleri Tablo 4.5' de gösterilmiştir.

KZVD grubunda BBBFÖ toplam puanları en düşükken, psikiyatrik kontrol grubunda da toplam BBBFÖ puanları sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Farklar tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olup (KW, $p < 0,001$) BBBFÖ puanlarının en yüksek sağlıklı kontrol grubunda olduğu saptanmıştır.

Tanımlama alt ölçeğinden alınan toplam puan açısından gruplar arasında istatistiksel fark anlamlı olup (KW, $p = 0,03$) KZVD grubunda tanımlama alt ölçek toplam puanı en düşük, sağlıklı kontrol grubunda en yüksek bulunmuştur. KZVD göstermeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo 4.5. Bilinçli Farkındalığın Araştırma Gruplarına Göre Özellikleri

BBBFÖ Toplam ve Alt Grupların Puanları	KZVD	Psikiyatrik Kontrol	Sağlıklı Kontrol	Kruskal Wallis	p değeri*
				H değeri	
BBBFÖ	110.6±12.4	118.1±15.2	130±24.9	18.3	< 0.001
Gözlemlene	25.1±6.6	25.6±5.5	26.6±6.09	1.62	0.44
Tanımlama	24.4±6.48b	27.7±5.95	26.2±5.46	7.15	0.03
Farkındalıkla Davranma	23.2±6.68	24.9±8.4	29.1±5.46	14.4	< 0.001
İçsel Deneyimleri	22.8±5.39	23.8±6.08	28.9±6.49b	19.5	< 0.001
Yargılamama					
İçsel Deneyimlere Tepkisizlik	15.2±4.84	16.3±3.25	19.4±5.29b	13.7	< 0.001

*İstatistiksel Analiz Kruskal Wallis Testi ile Yapılmıştır.

^bİstatistiksel Fark Yaratın Grup.

Farkındalıkla davranma alt ölçeğinden alınan toplam puanlar KZVD grubunda en düşük, sağlıklı kontrol grubunda en yüksek bulunmuştur. Farklar tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlıdır (KW, $p < 0,001$).

İçsel deneyimleri yargılamama alt ölçeğinde toplam puanlar KZVD grubunda en düşük, sağlıklı kontrol grubunda en yüksek bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı olan bu farkın (KW, $p < 0,001$) sağlıklı kontrol grubundaki yüksek alt ölçek puanlarından kaynaklandığı verisi elde edilmiştir. KZVD grubu ve psikiyatrik kontrol grubu arasında içsel deneyimleri yargılamama alt ölçeği toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

İçsel deneyimlere tepkisizlik alt ölçeğinde toplam puanlar KZVD grubunda en düşük, sağlıklı kontrol grubunda en yüksek bulunmuştur. Farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW, $p < 0,001$). Farkın sağlıklı kontrol grubundaki yüksek alt ölçek toplam puanlarından kaynaklandığı saptanmıştır. KZVD grubu ve psikiyatrik

kontrol grubu arasında içsel deneyimlere tepkisizlik alt ölçeği toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

4.4.2. KZVD Gösteren Ergenlerde Bilinçli Farkındalığın Yaş ve Cinsiyete Göre Özellikleri

Yaş grubuna göre BBBFÖ toplam puanları birbirine yakın olup istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur (Student t =0,34;p=0,73). Cinsiyete göre karşılaştırıldığında ise erkek ergenlerin puanları bir miktar yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmamıştır (Student t= 1,07;p=0,29).

4.5. Aile İlişkileri

4.5.1. Aile İlişkilerinin Araştırma Gruplarına Göre Özellikleri

Aile ilişkilerinin araştırma gruplarına göre özellikleri Tablo 4.6' da verilmiştir

ADÖ toplam puanı psikiyatrik kontrol grubunda diğer gruplara göre daha düşük olup daha sağlıklı aile ilişkileri olduğu anlamına gelmektedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup (KW, p = 0,002) farkın psikiyatrik kontrol grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. KZVD grubu ve sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo 4.6. Aile İlişkilerinin Araştırma Gruplarına Göre Özellikleri

	KZVD	Psikiyatrik Kontrol	Sağlıklı Kontrol	İstatistiksel Test Adı	p değeri
ADÖ Toplam Puan	142.4±25.7	120.15±23.83 ^a	137.8±33.3	KW H :12.7	0,002
Problem Çözme	2.39±0.71	2.15±0.71	2.22±0.63	Anova F:1.29	0.27
İletişim	2.40±0.52 ^b	1.90±0.48 ^b	2.26±0.57	Anova F:9.45	<0.001
Roller	2.37±0.48 ^b	2.06±0.45 ^b	2.28±0.52	Anova F:4.31	0.016
Duygusal Tepki Verebilme	2.40±0.74 ^b	1.95±0.69 ^b	2.29±0.52	Anova F:4.87	0.009
Gereken İlgiyi Gösterme	2.46±0.39	2.28±0.37	2.37±0.69	Anova F:1.31	0.27
Davranış Kontrolü	2.30±0.68	2.06±0.37	2.30±0.65	Anova F:2.11	0.12
Genel İşlevler	2.32±0.68 ^b	1.75±0.68 ^b	2.32±0.63	Anova F:9.44	<0.001

a: Kruskal Wallis Testinde Fark Yaratan Grup

b: ANOVA Testinde Fark Yaratan Grup

Sağlıksız iletişim ilişkileri olan ergenlerin sıklıkla KZVD grubunda olduğu görülmekle birlikte sağlıklı iletişim ilişkileri olan ergenlerde de psikiyatrik kontrol grubunda olanların sıklığı daha fazladır. Gruplar arasındaki farklar istatistiksel anlamlı bulunmuş olup ($p < 0,001$) farkı oluşturanın KZVD grubu ile psikiyatrik kontrol grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. Psikiyatrik kontrol grubu bu alt ölçekten en düşük puanı alırken, KZVD grubu en yüksek puanı almıştır.

Roller alt ölçeğinden yüksek puan alan ergenler sıklıkla KZVD grubundayken, düşük puan alanların çoğunlukla psikiyatrik kontrol grubunda olduğu bulunmuştur. Gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmuş olup ($p = 0,016$) farkın KZVD grubu ile psikiyatrik kontrol grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. Psikiyatrik kontrol grubu bu alt ölçekten en düşük puanı alırken, KZVD grubu en yüksek puanı almıştır.

ADÖ' nün duygusal tepki verebilme alt ölçeğinde farklar istatistiksel olarak anlamlı olup ($F = 12,3; p = 0,009$) farkı oluşturanın KZVD grubu ile psikiyatrik kontrol grubundan kaynaklandığı verisi elde edilmiştir. Psikiyatrik kontrol grubu bu alt ölçekten en düşük puanı alırken, KZVD grubu en yüksek puanı almıştır.

ADÖ' nün genel işlevler alt ölçeğine göre KZVD grubundaki ergenlerin aile içi işlevselliklerinin daha kötü olduğu, psikiyatrik kontrol grubunda olan ergenlerin ise aile içi işlevselliklerinin en iyi olan grup olduğu görülmektedir. Farklar istatistiksel açıdan anlamlı olup ($p < 0,001$) bu farklara neden olan grubun psikiyatrik kontrol grubu olduğu belirlenmiştir.

4.5.2. KZVD Gösteren Ergenlerde Aile İlişkilerinin Yaş ve Cinsiyete Göre Özellikleri

Yaş grubuna göre ADÖ toplam puanları da birbirine yakın olup aralarında anlamlı bir fark yoktur ($MWU=0,25;p=0,79$). Cinsiyete göre ADÖ puanlarına bakıldığında kız ergenlerin puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($MWU=1,47;p=0,14$).

4.5.3. Aile İlişkileri ve Kimlik Durumunun İlişkisi

Aile ilişkileri ve kimlik durumunun ilişkisi Tablo 4.7' de verilmiştir.

Kimlik kargaşası olan ergenlerin ADÖ' den daha yüksek puan aldığı, yani daha sağlıklı aile ilişkileri olduğu görülmektedir. Değerler arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (MWU, $p < 0,001$).

Problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevler alt ölçeğine göre kimlik kargaşası olan bireylerde daha sağlıklı aile içi ilişkiler vardır. Farklar istatistiksel açıdan da anlamlıdır ($p = 0,011$; $p = 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,001$; $p < 0,026$; $p < 0,001$).

Tablo 4.7. Aile İlişkileri ve Kimlik Durumunun İlişkisi

	Kimlik Kargaşası		Analiz	p değeri
	Var n=60	Yok n=58		
ADÖ Toplam Puan	144.4±27.6	122±26.6	Mann-Whitney U: -4.43	< 0,001
Problem Çözme	2.4±0.7	2.09±0.65	Student T : 2.58	0.011
İletişim	2.36±0.54	2.01±0.53	Student T :3.50	0.001
Roller	2.41±0.52	2.05±0.40	Student T :4.16	<0.001
Duygusal Tepki Verebilme	2.48±0.74	1.93±0.50	Student T :4.69	<0.001
Gereken İlgiyi Gösterme	2.51±0.44	2.22±0.51	Student T :3.27	0.001
Davranış Kontrolü	2.34±0.65	2.09±0.50	Student T :2.25	0.026
Genel İşlevler	2.36±0.72	1.88±0.62	Student T :3.89	<0.001

4.5.4. Aile İlişkileri ile Bilinçli Farkındalığın İlişkisi

ADÖ' den alınan puan ile BBBFÖ' den alınan toplam puan arasındaki ilişki Spearman Korelasyon testiyle değerlendirilmiştir. Test sonucu iki değişken arasında ters yönde, orta kuvvette ve istatistiksel anlamlılık düzeyinde ilişki saptanmıştır ($r = -0,39$; $p < 0,001$). ADÖ' den alınan puan arttıkça BBBFÖ' den alınan puan azalmaktadır. Aile içi sağlıklı ilişki örüntülerinin artması ergende bilinçli farkındalık düzeyini düşürmektedir.

4.6. Psikiyatrik Tanı

4.6.1. KZVD ve Psikiyatrik Kontrol Gruplarında Psikiyatrik Tanı Dağılımları

KZVD ve psikiyatrik kontrol gruplarında psikiyatrik tanı dağılımları Tablo 4.8' de verilmiştir.

Tablo 4.8. KZVD ve Psikiyatrik Kontrol Gruplarında Psikiyatrik Tanı Dağılımları

Güncel Tanılar (ÇGDBŞÖ-ŞY)	Psikiyatrik		p değeri ^a
	KZVD n (%)	Kontrol n (%)	
Depresyon	26 (%63,4)	10 (%40)	0.001
DEHB	17 (%41,5)	16 (%40)	0.89
YAB	13 (%31,7)	6 (%15)	0.08
Sosyal Fobi	5 (%12)	2 (%5)	
KOKGB	5 (%12)	2 (%5)	
Anoreksi	0 (%0)	6 (%15)	
Sigara	5 (%12)	0 (%0)	
OKB	1 (%2,4)	3 (%7,5)	
Ayrılık Anksiyetesi	0 (%0)	4 (%10)	
Panik Bozukluk	4 (%9,7)	0 (%0)	
Özgül Fobi	2 (%5)	1 (%2,5)	
Davranım Bozukluğu	2 (%5)	1 (%2,5)	
Alkol	3 (%7,3)	0 (%0)	
Enürezis	1 (%2,4)	0 (%0)	
PTSD	1 (%2,4)	0 (%0)	
Madde	1 (%2,4)	0 (%0)	
Tik	0 (%0)	0 (%0)	
Psikoz	0 (%0)	0 (%0)	
Enkoprezis	0 (%0)	0 (%0)	
Bulumnia	0 (%0)	0 (%0)	
Mani	0 (%0)	0 (%0)	
Güncel Tanı Alan Hasta Sayısı	2.12±1.17	1.25±0.93	
Tanı Almayanlar	3 (%7,3)	7 (%17,5)	
1 Tanı Alanlar	10 (%24,4)	21 (%52,5)	P<0.001
>1 Tanı Alanlar	28 (%68,3)	12 (%30)	
Toplam	41 (%100)	40 (%100)	
Geçmiş Tanı Alan Hasta Sayısı^b	1.59±1.24	1.30±1.30	0.43±0.55 p<0.001

^aİstatistiksel Analiz Ki Kare Testi ile Yapılmıştır.

^bİstatistiksel Analiz Kruskal Wallis Testi ile Yapılmıştır.(p:<0.001)

KZVD grubu ortalama $2,12 \pm 1,17$ tanı alırken psikiyatrik kontrol grubunda tanı sayısı ortalama $1,25 \pm 0,93$ şeklindedir. KZVD grubunun psikiyatrik kontrol grubuna göre daha çok tanı aldıkları görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (MWU, $p < 0,001$).1'den fazla tanı alan ergenler(2+) "çoklu tanı var"

olarak tanımlanmıştır. KZVD grubunda %68,3'ünde çoklu tanı varken psikiyatrik kontrol grubunda bu oran %30'dur. Oranlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($\chi^2 = 11,9$; $p = 0,001$).

KZVD grubunda %63,4'ünde depresyon tanısı bulunurken psikiyatrik kontrol grubunda bu oran %25,0'tir. KZVD olanların daha sık depresyon tanısı aldığı görülmektedir ve bu değerler istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 12,1$; $p = 0,001$).

DEHB sıklığı KZVD grubunda %41,5, psikiyatrik kontrol grubunda ise %40,0'tır. DEHB için gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark görülmemiştir ($\chi^2 = 0,02$; $p = 0,89$).

Yaygın anksiyete bozukluğu için oran KZVD grubunda %31,7 iken psikiyatrik kontrol grubunda %15 olarak bulunmakla birlikte bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 3,14$; $p = 0,08$).

Çalışma grupları geçmiş tanı sayısı açısından incelendiğinde geçmiş tanıyı en sık alan grubu KZVD grubu olmakla birlikte en az geçmiş tanı alan grup sağlıklı kontrollerdir. Geçmiş tanı sayıları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (KW, $p < 0,001$). Anlamlı olan bu farkın sağlıklı kontrol grubundan kaynaklandığı, KZVD grubunda ve psikiyatrik kontrol grubunda geçmiş tanı sayısı açısından anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır. Geçmiş tanı olarak sıklıklara bakılacak olursa ilk sırada %27 oranında DEHB, ikinci sırada %14 ile ayrılık anksiyetesi ve yaygın anksiyete bozukluğu, üçüncü sırada ise % 11 ile enürezis tanıları yer almaktadır.

4.6.2. KZVD Gösteren Ergenlerde Depresyon Tanısının Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş gruplarına göre depresyon sıklıkları birbirine çok yakın olup anlamlı fark bulunmamaktadır ($\chi^2 = 0,03$; $p=0,99$). KZVD olan ergenler içerisinde cinsiyete göre depresyon sıklığı incelendiğinde ise kız ergenlerin %69,4'ünün depresyon tanısı varken, erkek ergenlerin yalnızca %20'sinde tanı mevcuttur. Sıklıklar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlılık sınırındadır ($\chi^2 = 4,63$; $p=0,05$).

4.7. Kendine Zarar Verme Davranışı için Koruyucu Etkenler ve Risk Etkenleri

KZVD için koruyucu etkenler ve risk etkenleri Tablo 4.9’ da ve 4.10’ da verilmiştir.

Bağımlı değişken olan KZVD ‘ nin risk etkenlerini ve bu davranışla ilişkilerini belirlemek için daha önceki istatistiklerde anlamlı çıkan sosyo-demografik etkenler, ölçekler ve hastalık tanılarının dahil edildiği bir lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur.

Yaş, cinsiyet, anne eğitimi, aile yapısı, ADÖ’ den alınan toplam puan, BBBFÖ’ den alınan toplam puan, bu ölçeklerin alt grupları, kimlik kargaşası, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı, DEHB ve depresyon tanısı modele dahil edilmiştir.

Lojistik regresyon analizine göre annenin lisans ve üstü eğitim seviyesinde olması daha düşük eğitim seviyelerine göre 0.14 kat koruyucu olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,045; OR=0,14; %95 GA = 0,02 – 1,07). KDDA’ dan alınan puana göre kimlik kargaşası olanların KZVD riski kimlik kargaşası olmayanların 3,07 katıdır (p=0,032; OR=3,07; %95 GA= 1,10- 8,58). Depresyon tanısı olanların KZVD riski depresyon tanısı olmayanların 4,79 katıdır (p=0,004; OR=4,79; %95 GA = 1,63 – 14,1).

Tablo 4.9. Kendine Zarar Verme Davranışı için Koruyucu Etkenler ve Risk Etkenleri

Risk etkeni	P	Odds Ratio (OR)	%95 Güven Aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yaş	0,136	1,30	0,92	1,86
Cinsiyet	0,656	1,34	0,36	4,93
Anne eğitimi	0,045	0,14	0,21	0,96
Kimlik kargaşası	0,032	3,07	1,10	8,58
ADÖ puanı	0,664	1,01	0,99	1,02
BBBFÖ puanı	0,360	0,98	0,85	1,02
Aile yapısı	0,114	2,86	0,77	10,5
Depresyon	0,004	4,79	1,63	14,1

BBBFÖ alt ölçeklerinden oluşturulan modelde alt ölçeklerin artan puanıyla KZVD riskinin değişimi incelenmiştir. İçsel deneyimlere tepkisizlik alt ölçeğinden alınan yüksek puanın KZVD koruyuculuğu açısından istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bu ölçekten alınan puanın 1 birim artışı KZVD riskini %10 azaltmaktadır ($p=0,044$; $OR=0,90$; %95 GA = 0,81 – 0,99). Bu veriler Tablo 4.11’de gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Kendine Zarar Verme Davranışı için Bilinçli Farkındalığın Koruyuculuğu

BBBFÖ alt ölçekleri	P	Odds Ratio (OR)	%95 Güven Aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Gözlemlene	0,840	1,01	0,93	1,09
Tanımlama	0,651	0,98	0,91	1,06
Farkındalıkla Davranma	0,138	0,95	0,89	1,01
İçsel Deneyimleri Yargılamama	0,137	0,94	0,87	1,02
İçsel deneyimlere Tepkisizlik	0,044	0,90	0,81	0,99

ADÖ alt ölçekleriyle oluşturulan model KZVD koruyuculuğu açısından istatistiksel anlamlı sonuç vermemiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, 12- 18 yaşları arasında KZVD olan ve olmayan ergenlerde kimlik gelişimi ve bilinçli farkındalık düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmada bu amaçla toplamda üç grup alınmış olup, bu gruplar KZVD gösteren ergen grubu, KZVD göstermeyip psikiyatri başvurusu olan ergen grubu ve sağlıklı kontrol grubundan oluşmaktadır.

5.1. Kendine Zarar Verme Davranışında Kullanılan Yöntemler ve Kendine Zarar Verme Sıklığı

Çalışmanın sonucunda ergenlerin KZVD yöntemi olarak en sık kendini kesme metodunu kullandığı saptanmıştır. Bu yöntemi sert bir cisme vurma takip etmektedir. Yazında KZVD yöntemi olarak karşımıza sıklıkla kesme, tırmalama, vurma veya oyma ve kazıma çıkmaktadır (3, 43, 89, 116). Ülkemizde Zeki ve Çuhadaroğlu tarafından 2012 yılında yapılmış çalışmada en sık yöntem sert bir cisme vurma olarak saptanmışken (34), yine Kara ve Çuhadaroğlu' nun 2014 yılında yapmış olduğu çalışmada en sık yöntem kesme olarak belirtilmiştir (31). Ülkemizde diğer çalışmalarda da en sık KZVD yöntemi olarak kesme ve vurma davranışının kullanıldığı saptanmıştır (35, 75). Çalışmamızda çoklu yöntem ile kendine zarar veren ergen sayısı iki olarak bulunmuştur. Yazında ergenlerin sıklıkla çoklu zarar verme yöntemi kullandığını ve bu yöntemlerin içerisinde de kendini kesmenin en sık olduğu, bunu yumruk atma ve vurmanın takip ettiği belirtilmiştir (25, 43, 89, 116). Bizim çalışmamızda kendine çoklu zarar veren ergenlerin sayısının azlığının örneklem kısıtlılığı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan KZVD gösteren ergenlerin çoğunluğunun kendine birden fazla (2-5 kez) zarar verdiği bulgusu elde edilmiştir. Kendine tek sefer zarar veren ergen sayısı düşük olarak bulunmuştur. Yazında KZVD' nin tekrarlama sıklığı ile ilgili geniş bir aralık bulunmaktadır. Favazza' nın bir çalışmasında bu sayı 50 olarak bildirilmiştir (2). Soloff ise KZVD' nin tekrarını yaşam boyu 3.4 olarak iletmiştir (115). 2007 yılında yapılmış başka bir çalışmada ise KZVD gösteren ergenlerin % 2 si 1 kez, %3' ü 2-3 kez, %20' si de 4 kezden fazla kendine zarar verme girişiminde bulunmuştur (106).

Kara ve Çuhadaroğlu' nun 2014 yılında yapmış olduğu çalışmada KZVD olan ergenlerin %17,5' unun her gün, %22'sinin ayda bir kendine zarar verdiği saptanmıştır (31). Zeki ve Çuhadaroğlu' nun 2012 yılında yapmış olduğu çalışmada lise öğrencileri arasında KZVD olan ergenlerin son 1 ayda %4,3' nün her gün, %8,7' sinin haftada bir kendine zarar vermiş olduğu bulunmuştur (34).

5.2. Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergenlerde Sosyodemografik Özellikler

Ergenlerin cinsiyeti, yaşı, kardeş varlığı, anne babanın yaşı, eğitimi, ailede veya kendisinde fiziksel hastalık ve psikiyatrik bozukluk öyküsünün olup olmadığı, sosyodemografik özellikler KZVD grubu, psikiyatrik kontrol grubu ve sağlıklı kontrol gruplarıyla karşılaştırılmalı olarak incelendiğinde yaş, cinsiyet, anne eğitim durumu ve aile yapısı alt gruplarında istatistiksel anlamlı bir bulgu elde edilmiştir.

KZVD gösteren ergenlerin büyük kısmının kız olduğu, bu ergenlerin daha yüksek yaş ortalamasına sahip oldukları ve sıklıkla orta ergenlik döneminde oldukları, anne eğitim durumlarının daha düşük olduğu, daha çok çekirdek ailelerde yaşadıkları saptanmıştır. Anne eğitim durumu ve aile yapısı haricindeki sosyodemografik anlamlı farklılığın KZVD gösteren ergenler nedeniyle olduğu bulgusu elde edilmiştir. Sağlıklı kontrol grubu anne eğitim seviyesinin daha yüksek olmasıyla diğer iki gruptan ayrılmıştır.

Yazında KZVD ve cinsiyet ilişkisine bakıldığında bir meta-analizde, kadın ergenlerde ve yetişkinlerde KZVD' ye erkeklerden daha sık rastlanıldığı belirtilmiştir (72). Daha yakın zamanlarda yapılmış çalışmalarda ise KZVD için cinsiyet farklılığının bulunmadığı vurgulanmıştır (35, 72, 73). Bazı çalışmalarda ise KZVD sıklığında etkisi olmayan cinsiyetin KZVD yöntemleri arasında farklılık oluşturduğu belirtilmektedir (35, 72, 80). Zoroğlu ve arkadaşlarının 2003 yılında, Kara ve Çuhadaroğlu' nun 2012 yılında yapmış olduğu çalışmalarda klinik örnekleme kızların erkeklere oranla daha sık KZVD gösterdiği bulunurken (31, 35), Zeki ve Çuhadaroğlu' nun 2012 yılındaki lise öğrencileri arasında yapmış olduğu çalışmada kız erkek oranı benzer olarak saptanmıştır (34). Yazında yaş konusunda hemen hemen fikir birliği olmasına rağmen, cinsiyet konusunda tartışmalı sonuçların olması muhtemelen metodolojik yöntemler ve örneklem farklılığı nedeniyle yorumlanabilir.

KZVD ve yaş etkeni açısından yazına bakıldığında KZVD' nin en sık orta ergenlik döneminde başladığı belirtilmiştir (3, 5, 111, 112). 2002 yılında yapılan bir çalışmada ise lise düzeyinde KZVD olan ergenlerin %25 inde bu davranışın 12 yaş altı başladığı bildirilmektedir (41). Kara ve Çuhadaroğlu tarafından 2014 yılında ve Zeki ve Çuhadaroğlu tarafından 2012 yılında yapılmış iki ayrı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (31, 34). Ülkemizde yapılmış diğer yayınlarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (27, 31, 33, 35, 48).

Anne eğitim düzeyi ile KZVD ilişkisi de yazında erken çocukluk döneminde duygu düzenlemenin bebeğe/çocuğa bakan kişi ile ilişkiden öğrenilmesi temelinde açıklanmaktadır. Bu bağlamda annenin eğitim düzeyinin düşük olması çocuk için duygu düzenleyici işlevleri yeterince sağlayamamış olmasıyla ve bu durumun da KZVD' nin duygu düzenleme psikodinamik modeli ile ilişkili olabileceği öngörülebilir (73, 74).

Aile yapısı ve KZVD ilişkisi ile ilgili yazına bakılabildiği kadarıyla farklı sonuçlar bildirilmiştir. Bazı yayınlarda boşanmış ebeveynlerin çocuklarında bu ilişki sık görülürken (48, 98) bazı yayınlarda aile yapısı ile KZVD ilişkisi saptanmamıştır (11, 70, 73, 78, 79, 117).

5.3. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Kimlik Durumu

Çalışmamızda gruplara göre ergenler kimlik durumu açısından karşılaştırılmıştır. KZVD gösteren gençlerde anlamlı düzeyde fazla oranda kimlik kargaşası saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda ise kimlik kargaşası en az oranda görülmektedir. KZVD gösteren grupta kimlik kargaşası sıklığı %53,3 iken, KZVD göstermeyip psikiyatri başvuru olan ergenlerde bu oran %30, sağlıklı kontrollerde ise oran %16,7 olarak hesaplanmıştır.

Yazında kimlik kargaşası yaşayan ergenlerin daha sık KZVD gösterdiği belirtilmekle beraber bu konuda araştırmalar hala kısıtlıdır (144-146). Sıklıkla Batı kaynaklı olan çalışmalarda kendini ' alternatif grup' olarak tanımlayan ergenlerde KZVD oranları sık olarak belirtilmiştir (14, 147-151). Alternatif kimlikleri benimseyen gençlerde KZVD daha sık görülmektedir aynı zamanda kendini 'sportif' ve 'inek' olarak tanımlayan ergen grubunda KZVD' nin daha az sıklıkta görüldüğü belirtilmiştir (14). Ergen kimlik edinimi sürecinde kimlik kargaşası ile yaşarsa daha

sık KZVD ve psikiyatrik problemler görüldüğü yazında çeşitli çalışmalarda vurgulanmıştır (136, 137, 153, 154). Yine yazında bir çalışmada KZVD' nin başladığı dönemin orta ergenlik olması ve bu dönemde kimlik edinimi ile yakından ilişkili olması üstünde durulmuştur ve KZVD' nin ortaya çıkmasında özellikle kimlik kargaşasının rol oynadığı belirtilmiştir (152). Claes ve Luyckx 2015 yılında yapmış oldukları çalışmada ise sadece kimlik kargaşasının değil aynı zamanda kimlik formasyonunun da KZVD ile ilişkisinin araştırılması gerektiği belirtilmiştir (11).

5.4. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Bilinçli Farkındalık

KZVD olan, KZVD olmayıp psikiyatri başvurusu olan ergenler ile sağlıklı kontroller bilinçli farkındalık açısından karşılaştırıldığında bilinçli farkındalığın KZVD olan grupta anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Bilinçli farkındalığı değerlendirmek için kullandığımız ölçeğin alt gruplarından gözlemlene dışında hepsinde KZVD gösteren ergenler daha düşük puan almışlardır.

Yakın zamanda 70 erişkinin katıldığı bir çalışmada bilinçli farkındalığın KZVD' den koruyucu bir etken olduğu vurgulanmıştır (188). 2014 yılında yapılmış başka bir çalışmada 'kendine kasıtlı zarar verme' ve bilinçli farkındalık ilişkisi incelenmiş olup bilinçli farkındalığın kendini kontrol etme ile pozitif, saldırganlık ve KZVD ile negatif ilişki gösterdiği bulunmuştur (189). Lundh ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim verilerimizle uyumlu bulgular anlatılmıştır (181). Yine son yıllarda yapılmış başka bir çalışmada bilinçli farkındalık düzeyi ile KZVD arasında ters bir ilişki olduğu gösterilmiştir (180). Bilinçli farkındalığın KZVD gösteren ergenlerde çalışılması özellikle tedaviyi yönlendirirken klinisyene fayda sağlamaktadır. Bilinçli farkındalık temelli terapiler farkındalığı artırarak duygusal ve sosyal işlevselliği arttırmaktadır (54, 183).

5.5. Kimlik Durumu ve Bilinçli Farkındalık

Çalışmamıza katılan hasta grubunda kimlik kargaşası durumuna göre de bilinçli farkındalık düzeyleri de bakılmıştır. Sonuçlarda kimlik kargaşası yaşayan grubun daha düşük bilinçli farkındalık düzeylerinin olduğu bulgusuna varılmıştır. Ülkemizde Aydın ve Çuhadaroğlu tarafından 2017 yılında yapılmış kimlik kargaşası olan ve olmayan ergenleri karşılaştıran kesitsel bir çalışmada da benzer bir sonuç elde edilmiştir (192).

5.6. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Aile İlişkileri

Çalışmamızdaki tüm gruplarda aile ilişkileri incelendiğinde en olumsuz aile içi ilişkilerin KZVD gösteren ergen grubunda olduğu, en sağlıklı ilişkilerin KZVD göstermeyip psikiyatrik başvurusu olan ergenlerde olduğu saptanmıştır. Bu durum çalışmamızın başındaki hipotez ile uyuşmamaktadır. Çalışmamızın başında en olumlu aile içi örüntülerin sağlıklı kontrollerde olmasını beklerken en sağlıklı ilişkilerin KZVD göstermeyip psikiyatri başvurusu olan ergenler arasında saptanması yazınla uyuşmamaktadır. Bu durum psikiyatrik kontrol grubunun psikiyatri polikliniğine başvurmuş olması nedeni ile daha savunucu cevaplar verirken sağlıklı kontrol grubunun ölçekleri sağlam çocuk polikliniğinde doldururken daha yansız cevaplar vermiş olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Aynı zamanda bu durum sağlıklı kontrol grubunun aile içi ilişkilerini daha yansız şekilde aktarıp, psikiyatrik kontrol grubunun ise aile ilişkilerindeki olumsuzlukları daha çok normalize etmesi ile de açıklanabilir.

Yazında KZVD olan ergenlerde yapılmış çalışmalarda olumsuz aile içi ilişkilere vurgu yapılmıştır (18, 48, 97). Olumsuz aile ilişkilerine sahip olan ergenlerin aileden yardım alamadığı için bu yönetime başvurdukları üzerinde durulmaktadır (95). Yazında olumlu aile ilişkisine sahip olan ergenlerin KZVD riskinin daha az olduğu, ailesinden ayrı olan veya çocukluk döneminde ailesinden ayrı kalan ergenlerin bu davranışı daha sık olarak gösterdiği, ailesel bağların, aile içi iletişimin ve problem çözmenin daha iyi olduğu ailelerde büyüyen ergenlerin daha az sıklıkta psikopatoloji gösterdiği vurgulanmıştır (18, 48). 1996 yılında Mclaughlin tarafından yapılan bir çalışmada iletişim becerileri sağlıksız olan ailelerde KZVD' nin daha sık görüldüğü belirtilmiştir (99). Ülkemizde KZVD gösteren ergenlerle yapılmış bir çalışmada bu ergenlerin sağlıklı kontrollere göre daha sık aile içinde problem çözme sorunları yaşadığı, iletişim becerilerinin düşük olduğu bulgusuna varılmıştır (30).

5.7. Kimlik Durumu ve Aile İlişkileri

Kimlik kargaşası olan ve olmayan ergenlerin aile içi özellikleri de çalışmada ayrıca değerlendirilmiştir. Kimlik kargaşası olan ergenlerin aileleri ile daha sıklıkla problem çözme becerilerinde zorluk yaşadıkları, davranış kontrolü açısından ailelerin yetersiz kaldıkları ve aile içi genel işlevlerin aksadığı ve bu gençlerin denetimsiz/kontrolsüz ortamda büyüdüğü, aynı zamanda uygun rol modelden yoksun kaldıkları

saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (9, 107). Bu durum aile içi destek mekanizmalarının olumlu örüntüde olduğu ailelerde ergenlerin kimlik krizini sağlıklı kimlik edinimi ile çözebileceği şeklinde yorumlanmaktadır (107).

5.8. Bilinçli Farkındalık ve Aile İlişkileri

Çalışmaya katılan tüm ergenlerin bilinçli farkındalık düzeyleri ile aile içi ilişki örüntülerinin analizinde ise aile içi ilişkinin olumluluk paterni ile bilinçli farkındalık düzeyinin pozitif anlamda körele olduğu saptanmıştır. Yazında bir çalışma bu durumu bilinçli farkındalık düzeylerinin yüksek olmasının annenin ruhsal sağlığının daha iyi olması, çocuğu daha iyi aynalaması şeklinde açıklamaktadır (191).

5.9. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

Araştırmamıza katılan tüm ergenler eşlik eden psikopatoloji tanısı için ÇGDDDBŞÖ-ŞY ile değerlendirilmişlerdir. Bu değerlendirme sonucunda KZVD olan grup, KZVD olmayan ama psikiyatri başvurusu olan gruba göre istatistiksel olarak daha anlamlı sık ve çoklu tanı almıştır. Bu sonuç aynı zamanda üçüncü hipotezimizi doğrulamaktadır. Tüm çalışma grubunda en sık görülen güncel tanılar sırayla depresyon, DEHB ve YAB olarak bulunmuştur. KZVD gösteren ergenler arasında depresyon görülme sıklığı %63,4 iken, KZVD göstermeyip psikiyatrik başvuru olan ergenler arasında bu oran %40 olarak saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olan bu veri biz klinisyenlere KZVD gösteren ergenleri değerlendirirken özellikle depresyon komorbiditesi açısından dikkatli olmamız gerektiğini göstermektedir. Aynı zamanda DEHB ve YAB tanısının da anlamlı olmasa da KZVD gösteren grupta daha sık olduğu bulgusu elde edilmiştir.

Yazında da KZVD' ye en sık eşlik eden tanının depresyon olduğu vurgulanmıştır. Depresyon dışında distimi, anksiyete bozuklukları, DEHB tanısının da sık olarak eşlik ettiği ve KZVD gösteren ergenlerde daha sık ve daha çoklu sayıda tanı alındığı belirtilmiştir (118, 120). Aynı zamanda KZVD' nin dürtüsel doğasına vurgu yapılmış bu nedenle bu hastaları değerlendirirken mutlaka DEHB, KOKGB, alkol ve madde kullanımı gibi bozuklukların değerlendirilmesi gerektiği önemle belirtilmiştir (79, 117-120). Bizim çalışmamızda KZVD gösteren ergenler arasında alkol- madde kullanım oranı %9 olarak saptanmıştır. Yine yazında yeme bozukluğu ve KZVD

ilişkisi üzerinde sık durulmakla birlikte (120) bizim çalışmamızda muhtemelen örneklem kısıtlılığından dolayı anlamlı bulgu elde edilememiştir. Ülkemizde yapılmış bir çalışmada KZVD gösteren ergenlerde distimi, YAB, DEHB ve KOKGB tanılarının KZVD göstermeyen ergenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir (34).

Yarı yapılandırılmış görüşme ile geçmiş tanı oranlarına bakıldığında da KZVD gösteren grupta geçmiş tanı sayısının istatistiksel anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur. En sık görülen geçmiş tanı DEHB, ayrılık anksiyetesi ve enürezis olarak saptanmıştır. Yazın ile uyumlu sonuçlar elde edilmiştir (10, 78, 80). DEHB 'nin geçmiş tanılarda sık olması KZVD etyolojisinde dürtüselliğin önemli bir yer kapladığını, hastayı değerlendirirken gelişimsel süreç öyküsünü iyi sorgulamamız gerektiğini, tedavi edilmemiş DEHB tanısının da KZVD' ye sebebiyet verebileceğini bizlere anlatmaktadır.

5.10. Kendine Zarar Verme Davranışı için Koruyucu Etkenler ve Risk Etkenleri

Bu çalışmada yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda, muayene sırasında depresyon tanısı almış olmanın KZVD riskini yaklaşık 5 kat arttırabileceği bulunmuştur. Bu veri yukarıda da özetlendiği gibi yazın ile uyumlu saptanmıştır. Depresyonun KZVD açısından çok önemli bir risk teşkil etmesi nedeniyle hem depresyon tanısı konulan ergenlerin KZVD açısından ayrıntılı sorgulanması ve takibi, hem de KZVD olan ergenlerin depresyon açısından değerlendirilip tedavisinin o şekilde planlanması klinik açıdan önem taşımaktadır.

Lojistik regresyon analizinde muayene sırasında YAB ve DEHB tanısı almış olmanın da KZVD' yi sırayla 4,5 ve 5 kat arttırabileceği bulunmuştur. Bu veri yine yukarıda özetlenmiş olduğu üzere yazın ile uyumludur. YAB ve DEHB tanısı ile takipli ergenlerin KZVD açısından ayrıntılı değerlendirilmesi klinik açıdan önemlidir.

Yine lojistik regresyon analizi ile ergende kimlik kargaşasının varlığının KZVD riskini yaklaşık 3 kat arttırabileceği bilgisine ulaşılmıştır. Ergenin kimlik edinimi sürecinde yaşadığı kimlik krizinin uygun ele alınması, farklı kimlik gelişim alanlarında ergenlerin desteklenmesi ve kendisini uygun bir şekilde ifade etmesine izin verilmesi, bu krizin sağlıklı kimlik edinimi ile sonlanması KZVD açısından koruyucu olacaktır. KZVD ve kimlik kargaşası ile ilgili çalışmamızda bulunan bu bulgu yazınla uyumlu olarak gözlemlenmektedir.

Bu analiz sonucunda KZVD açısından koruyucu olabilecek etkenler ise annenin eğitim düzeyi ve bilinçli farkındalığın bir çeşidi olan içsel deneyimlere tepkisizlik olarak bulunmuştur. Annenin eğitim düzeyinin lisans ve üstü olmasının ergende KZVD riskini azaltabilmesi yukarıda belirtildiği gibi yazın ile uyumludur. Annenin daha yüksek eğitim düzeyinin olması bağlanma, çocuğun uygun aynalanması, duygu ifadesi ve düzenlenmesi, uygun aile ortamı gibi çoklu etkenler ergenin duygu düzenlemesine yardımcı olarak KZVD için koruyucu olabilir. Analizde diğer bir koruyucu etken olabileceği saptanan içsel deneyimlere tepkisizlik puanı yani düşüncelerin ve hislerin, onlara esir olmadan veya yakalanmadan, gelip gitmesine izin verme eğiliminin de KZVD' yi azaltabileceği verisi elde edilmiştir. Bu durum yazına bakılabildiği kadarı ile yazında saptanmamış bir bulgu olup ilk defa bizim çalışmamızda ortaya çıkmıştır.

5.11. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Bu çalışma KZVD, kimlik durumu, bilinçli farkındalık ve aile ilişkilerinin birlikte değerlendirilmesi açısından yazındaki ilk çalışmadır. Ayrıca araştırma grubunun verilerinin iki farklı kontrol grubu ile karşılaştırılarak analizlerin yapılmış olması bu çalışmanın diğer güçlü yanlarıdır. Bu çalışmada ayrıca istatistiksel analizler ayrıntılandırılarak KZVD için koruyucu veya riskli olabilecek etkenler belirlenmeye çalışılmıştır. Bunun yanı sıra, tüm klinik araştırma gruplarının K-SADSD-PL gibi uluslararası kabul görmüş yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeği ile tanılandırılmış olması da bir diğer güçlü yanlarıdır.

Çalışmada elde edilen veriler KZVD' nin önlenmesi, riskli durumlara yönelik koruyucu önlemler geliştirilebilmesi, bu gençlerin izleminde nelere dikkat edilmesi gerektiği ve bu gençler ile çalışırken hangi risk etkenlerinin KZVD' yi yordayacağı ve ergenin hangi konularda özellikle desteklenmesi gerektiğine ait ipuçları vermektedir. Bu ipuçları uygulanacak tedavinin belirlenmesi açısından klinisyene yardımcı olacaktır.

Tüm bunlarla birlikte, araştırmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Kesitsel desenle oluşturulmuş bu çalışmanın bir kısıtlılığıdır. İleride uzunlamasına çalışmalar yapılarak bu eksikliklerin giderilmesi ve KZVD ile ilgili daha geçerli bilgilerin elde edilmesi mümkündür. Örneklem kısıtlılığı nedeniyle KZVD, kimlik kargaşası, aile

ilişkileri ve bilinçli farkındalık ilişkisinin yapısal eşitlik modeli (SEM- structural equation modeling) üzerinden değerlendirilmesi yapılamamıştır. İleride daha geniş örneklem ile KZVD, kimlik kargaşası ve bilinçli farkındalık düzeylerinin yapısal eşitlik modeli ile analizi planlanarak klinik açıdan daha farklı ipuçları elde edilmesi mümkündür. Çalışmada bir diğer kısıtlılık ise, kullanılan üç ölçeğin (KDDA, ADÖ, BBBFÖ) öz bildirim ölçeği olmasıdır. Bazı katılımcıların hastane ortamında kendilerini olduğundan farklı gösterme eğiliminin olabileceği ve buna göre yanıt vermiş olabilecekleri, hastanede doldurulan formlarda daha savunucu olabilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada elde edilen veriler özet olarak şu sonuçları göstermiştir:

1. KZVD daha çok orta ergenlikte görülmektedir.
2. Kliniğe başvuran KZVD olgularında kız ergen oranı daha fazladır.
3. KZVD gösteren ergenlerin annelerinin eğitim düzeyi daha düşüktür.
4. KZVD gösteren ergenlerin çoğu kimlik kargaşası yaşamaktadır.
5. KZVD gösteren ergenlerin bilinçli farkındalık düzeyleri düşüktür.
6. KZVD gösteren ergenler daha fazla olumsuz aile içi ilişki örüntülerine sahiptir.
7. KZVD gösteren ergenler daha sık oranda ve daha fazla sayıda güncel ve geçmiş psikiyatrik tanı almıştır.
8. KZVD gösteren ergenler en sık olarak depresyon tanısı almaktadır.

İleride yapılacak çalışmaların uzunlamasına ve daha geniş örneklemlili olması KZVD' nin daha geniş boyutlarıyla değerlendirilmesi açısından önemlidir. Daha geniş örneklemlili çalışmalarda aynı zamanda yapısal eşitlik modeli(SEM-structural equation modeling) kullanılarak KZVD, kimlik kargaşası ve bilinçli farkındalık ilişkisinin daha net olarak aydınlatılması gerekmektedir.

6.1.Klinik Öneriler

Bu çalışmanın sonuçları KZVD gösteren ergenleri değerlendirirken sadece tanısal olarak değerlendirmenin yeterli olmayacağına, bu ergenler takip edilirken kimlik kargaşasının mutlaka değerlendirilmesi ve sağlıklı kimlik oluşumunun desteklenip aileler ile de bu sürecin çalışılması gerektiğine işaret etmektedir.

Aynı zamanda zayıf olan aile iletişiminin güçlendirilmesinin tedavinin önemli bir basamağı olduğu akılda tutulmalı, gerekirse aile terapisi ile bu durum desteklenmelidir.

Yine KZVD gösteren ergenlerde bilinçli farkındalık düzeylerinin anlamlı olarak düşük çıkmasının tedavi sürecinde bize yardımcı bir etken olabileceği akılda tutularak bilinçli farkındalık temelli terapilere ağırlık verilmesi planlanabilir.

KZVD' ye eşlik eden tanıların saptanması da KZVD' ye klinik yaklaşımı belirlemek açısından önemlidir.

Özetle, KZVD gösteren ergenlerde bozulmuş aile içi ilişkiler, kimlik gelişimi, bilinçli farkındalık ve psikiyatrik tanı parametrelerinin iç içe olması nedeni ile bu ergenlerin tanı ve tedavisinde bütüncül yaklaşım önemlidir. Kliniğe başvuran her ergen KZVD açısından sorgulanmalı, özellikle orta ergenlik döneminde klinisyen KZVD açısından daha dikkatli olmalıdır. KZVD olan ergen klinikte değerlendirilirken depresyon tanısının atlanmaması, depresif şikayetlerle gelen her hastada KZVD sorgulanması, kimlik kargaşasının iyi değerlendirilmesi ve bilinçli farkındalık becerilerinin arttırılmaya çalışılması KZVD' nin azaltılması ve tedavi sürecinde etkili olacaktır.

7. KAYNAKÇA

1. Aksoy A, Ögel K. Kendine zarar verme davranisi/Self-injurious behavior. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4(4):226.
2. Favazza A, Conterio K. Habitual female self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79:283-9.
3. Favazza AR. Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals*. 1992;22(2):60-3.
4. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *The Journal of nervous and mental disease*. 1998;186(5):259-68.
5. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Psychiatric Services*. 1993;44(2):134-40.
6. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*. 2012;379(9834):2373-82.
7. Hilt LM, Nock MK, Lloyd-Richardson EE, Prinstein MJ. 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):455-69.
8. Darche MA. Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *Psychiatric Hospital*. 1990.
9. Claes L, Luyckx K, Bijttebier P. Non-suicidal self-injury in adolescents: Prevalence and associations with identity formation above and beyond depression. *Personality and individual differences*. 2014;61:101-4.
10. Claes L, Luyckx K, Bijttebier P, Turner B, Ghandi A, Smets J, et al. Non-suicidal self-injury in patients with eating disorder: Associations with identity formation above and beyond anxiety and depression. *European Eating Disorders Review*. 2015;23(2):119-25.
11. Luyckx K, Gandhi A, Bijttebier P, Claes L. Non-suicidal self-injury in high school students: Associations with identity processes and statuses. *Journal of Adolescence*. 2015;41:76-85.
12. Breen AV, Lewis SP, Sutherland O. Brief report: Non-suicidal self-injury in the context of self and identity development. *Journal of Adult Development*. 2013;20(1):57-62.
13. Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J. Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008;37(4):725-35.
14. Young R, Sproeber N, Groschwitz RC, Preiss M, Plener PL. Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC psychiatry*. 2014;14(1):137.
15. Antonishak J, Sutfin EL, Reppucci ND. Community influence on adolescent development. *Handbook of adolescent behavioral problems*: Springer; 2005. p. 57-78.
16. Cassels M, van Harmelen AL, Neufeld S, Goodyer I, Jones PB, Wilkinson P. Poor family functioning mediates the link between childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2018;59(8):881-7.
17. Gandhi A, Claes L, Bosmans G, Baetens I, Wilderjans TF, Maitra S, et al. Non-suicidal self-injury and adolescents attachment with peers and mother: The mediating role of identity synthesis and confusion. *Journal of Child and family Studies*. 2016;25(6):1735-45.
18. Tulloch AL, Blizzard L, Pinkus Z. Adolescent-parent communication in self-harm. *Journal of Adolescent Health*. 1997;21(4):267-75.
19. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*. 2004;11(3):230-41.

20. Crane B. Full catastrophe living; using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. Jon Kabat-Zinn, 1996 Publisher: Piatkus, London ISBN: 0-749-915-854. Spirituality and Health International. 2002;3(2):52-.
21. Cassone AR. Mindfulness training as an adjunct to evidence-based treatment for ADHD within families. Journal of Attention Disorders. 2015;19(2):147-57.
22. Desrosiers A, Vine V, Klemanski DH, Nolen-Hoeksema S. Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. Depression and anxiety. 2013;30(7):654-61.
23. Kuyken W, Crane R, Dalgleish T. Does mindfulness based cognitive therapy prevent relapse of depression? Bmj. 2012;345:e7194.
24. Lutz A, Slagter HA, Dunne JD, Davidson RJ. Attention regulation and monitoring in meditation. Trends in cognitive sciences. 2008;12(4):163-9.
25. Favazza AR, DeRosear L, Conterio K. Self-mutilation and eating disorders. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1989;19(4):352-61.
26. Walsh BW. Treating self-injury: A practical guide: Guilford Press; 2012.
27. Aktepe E, Çaliskan S, Sönmez Y. Kendine zarar veren ergenlerin aile işlevlerinin ve benlik saygılarının saptanması: Olgu-kontrol çalışması/Determining the family functions and self-esteem of the self-injurious adolescents: a case-control study. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2014;15(1):69.
28. ALTINDAĞ A, BOZGEYİK Ö. Kendine Zarar Verme Davranışları. Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics. 2009;2(1):92-8.
29. Bildik T, Somer O, Kabukçu Başay B, Başay Ö, Özbaran B. Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Turk Psikiyatri Derg. 2013;24(1):49-57.
30. Eyüboğlu D, Güvenir T, Kavurma C, Taş FV. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin aile işlevselliği. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2018;21(4).
31. Kara M, Çetin Çuhadaroğlu F. İntihar Girişimi Olan Ve Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı Gösteren Ergenlerde Gelişimsel Ve Psikiyatrik Özellikler, Uzmanlık Tezi. 2014.
32. Oktan V. Ergenlerde Kendine Zarar Verme Davranışının Risk Alma Davranışı ve Benlik Saygısı Açısından İncelenmesi. Eğitim ve Bilim. 2014;39(175).
33. Tarlacı N, Yeşilbursa D, Türkcan S, Saatçioğlu Ö, Yaman M. kümesi kişilik bozukluklarında kendini yaralamanın özellikleri. Turk Psikiyatri Derg. 1997;8:29-35.
34. Zeki A, Çetin Çuhadaroğlu F. Ergenlerde kendine zarar verme davranışının gelişimsel ve psikopatolojik değerlendirmesi, Uzmanlık tezi. 2012.
35. Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, Tutkun H, Savaş HA, Ozturk M, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2003;57(1):119-26.
36. Nixon MK, Heath NL. Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention: Taylor & Francis; 2008.
37. Tantam D, Whittaker J. Personality disorder and self-wounding. The British Journal of Psychiatry. 1992;161(4):451-64.
38. Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. The American journal of psychiatry. 1991.
39. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
40. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. Psychological medicine. 2007;37(8):1183-92.

41. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of youth and Adolescence*. 2002;31(1):67-77.
42. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2014;44(3):273-303.
43. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2015;9(1):31.
44. Aksoy A, Ögel K. Tutuklu ve hükümlü ergenlerin özellikleri: Türkiye’de yapılan çalışmaların gözden geçirilmesi. adalet bakanlığı ceza ve tevkifevleri genel müdürlüğü’nün gözetimindeki çocuklara yönelik hizmetlerin iyileştirilmesi projesi ihtiyaçların belirlenmesi çalışması. Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği, İstanbul. 2004.
45. Aksoy A, Ögel K. Sokakta yaşayan çocuklarda kendine zarar verme davranisi ve madde kullanimi/Drug abuse and self injuring behavior (SIB) among the adolescents who live on the streets. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005;6(3):163.
46. Canat S. Kendini Yaralama Davranışı (Self-Mutilasyon). *Klinik Psikiyatri*. 1999;1:46-8.
47. Mercan S, Altunay I. Dermatolojide Görülen Kendini Yaralama Davranışları ve Psikiyatrik Bozukluklarla ilişkileri. *Dermatose*. 2006;5:226-34.
48. Toprak S, Cetin I, Guven T, Can G, Demircan C. Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry research*. 2011;187(1-2):140-4.
49. In-Albon T, Ruf C, Schmid M. Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of nonsuicidal self-injury in female adolescents: diagnostic and clinical correlates. *Psychiatry journal*. 2013;2013.
50. Nitkowski D, Petermann F. Non-suicidal self-injury and comorbid mental disorders: a review. 2011.
51. Alderman T. *The scarred soul: Understanding & ending self-inflicted violence*: New Harbinger Publication; 1997.
52. Leibenluft E, Gardner DL, Cowdry RW. Special feature the inner experience of the borderline self-mutilator. *Journal of Personality Disorders*. 1987;1(4):317-24.
53. Messer JM, Fremouw WJ. A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical psychology review*. 2008;28(1):162-78.
54. Miller AL, Nathan JS, Wagner EE. *Engaging suicidal multiproblem adolescents with dialectical behavior therapy*. 2010.
55. Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current directions in psychological science*. 2009;18(2):78-83.
56. Rosenthal RJ, Rinzler C, Wallsh R, Klausner E. Wrist-cutting syndrome: The meaning of a gesture. *American Journal of Psychiatry*. 1972;128(11):1363-8.
57. Suyemoto KL, MacDonald ML. Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1995;32(1):162.
58. Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. *American journal of Psychiatry*. 1991;148(12):1665-71.
59. Nater UM, Bohus M, Abbruzzese E, Ditzen B, Gaab J, Kleindienst N, et al. Increased psychological and attenuated cortisol and alpha-amylase responses to acute psychosocial stress in female patients with borderline personality disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;35(10):1565-72.
60. Groschwitz RC, Plener PL, Groen G, Bonenberger M, Abler B. Differential neural processing of social exclusion in adolescents with non-suicidal self-injury: An fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2016;255:43-9.
61. Goldstein M. Dopaminergic mechanisms in self-inflicting biting behavior. *Psychopharmacology bulletin*. 1989;25(3):349-52.

62. Kishore S, Stamm S. The snoRNA HBII-52 regulates alternative splicing of the serotonin receptor 2C. *science*. 2006;311(5758):230-2.
63. Hankin BL, Barrocas AL, Young JF, Haberstick B, Smolen A. 5-HTTLPR \times interpersonal stress interaction and nonsuicidal self-injury in general community sample of youth. *Psychiatry research*. 2015;225(3):609-12.
64. Ballard E, Bosk A. Invited commentary: Understanding brain mechanisms of pain processing in adolescents' non-suicidal self-injury. Springer; 2010.
65. Coid J, Allolio B, Rees L. Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *The lancet*. 1983;322(8349):545-6.
66. Ludäscher P, von Kalckreuth C, Parzer P, Kaess M, Resch F, Bohus M, et al. Pain perception in female adolescents with borderline personality disorder. *European child & adolescent psychiatry*. 2015;24(3):351-7.
67. Osuch E, Ford K, Wrath A, Bartha R, Neufeld R. Functional MRI of pain application in youth who engaged in repetitive non-suicidal self-injury vs. psychiatric controls. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2014;223(2):104-12.
68. Reichl C, Heyer A, Brunner R, Parzer P, Völker JM, Resch F, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology*. 2016;74:203-11.
69. Beauchaine TP, Crowell SE, Hsiao RC. Post-dexamethasone cortisol, self-inflicted injury, and suicidal ideation among depressed adolescent girls. *Journal of abnormal child psychology*. 2015;43(4):619-32.
70. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004;72(5):885.
71. Bentley KH, Nock MK, Barlow DH. The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*. 2014;2(5):638-56.
72. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2015;38:55-64.
73. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004;34(1):12-23.
74. Shapiro S. Addressing self-injury in the school setting. *The Journal of School Nursing*. 2008;24(3):124-30.
75. BAŞAY BK, BAŞAY Ö, BİLDİK T, ÖZBARAN B, OLCAY RK, ÖZTÜRK Ö, et al. Türk Örnekleminde Lise Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışının Doğası, İşlevleri ve İlişkili Risk Faktörleri. 2017.
76. Akdemir D, Zeki A, Ünal DY, Kara M, Çetin FÇ. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde psikiyatrik belirtiler, kimlik karmaşası ve benlik saygısı. *Anatolian Journal Of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14 (1). 2013:69-76.
77. Alan BE, Akdemir D. Ergenlerde kendine zarar verme davranışları: Risk etkenleri, değerlendirme ve önleme. *Cocuk Sagligi ve Hastaliklari Dergisi*. 2017;60(3).
78. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2012;6(1):10.
79. Nock MK, Joiner Jr TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*. 2006;144(1):65-72.
80. Barrocas AL, Hankin BL, Young JF, Abela JR. Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*. 2012;130(1):39-45.

81. Engström K, Diderichsen F, Laflamme L. Parental social determinants of risk for intentional injury: a cross-sectional study of Swedish adolescents. *American journal of public health*. 2004;94(4):640-5.
82. Glenn CR, Klonsky ED. Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*. 2009;46(1):25-9.
83. Canetto SS. Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1997;27(4):339-51.
84. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. 2015;2(1):2.
85. Glassman LH, Weierich MR, Hooley JM, Deliberto TL, Nock MK. Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour research and therapy*. 2007;45(10):2483-90.
86. Weierich MR, Nock MK. Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008;76(1):39.
87. Hankin BL, Abela JR. Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½ year longitudinal study. *Psychiatry research*. 2011;186(1):65-70.
88. Lereya ST, Copeland WE, Costello EJ, Wolke D. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(6):524-31.
89. Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*. 2013;17(1):1-19.
90. Arcelus J, Claes L, Witcomb GL, Marshall E, Bouman WP. Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016;13(3):402-12.
91. Marshall E, Claes L, Bouman WP, Witcomb GL, Arcelus J. Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: a systematic review of the literature. *International review of psychiatry*. 2016;28(1):58-69.
92. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychological medicine*. 2012;42(4):717-26.
93. Lewis SP, Heath NL, St Denis JM, Noble R. The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics*. 2011;127(3):e552-e7.
94. Lewis SP, Mahdy JC, Michal NJ, Arbuthnott AE. Googling Self-injury: the state of health information obtained through online searches for self-injury. *JAMA pediatrics*. 2014;168(5):443-9.
95. Bureau J-F, Martin J, Freynet N, Poirier AA, Lafontaine M-F, Cloutier P. Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *Journal of Youth and Adolescence*. 2010;39(5):484-94.
96. Kerfoot M, Dyer E, Harrington V, Woodham A, Harrington R. Correlates and short-term course of self-poisoning in adolescents. *The British Journal of Psychiatry*. 1996;168(1):38-42.
97. Fliege H, Lee J-R, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*. 2009;66(6):477-93.
98. Rissanen ML, Kylmä J, Laukkanen E. Self-mutilation among Finnish adolescents: Nurses' conceptions. *International Journal of Nursing Practice*. 2011;17(2):158-65.
99. McLaughlin J-A, Miller P, Warwick H. Deliberate self-harm in adolescents: hopelessness, depression, problems and problem-solving. *Journal of Adolescence*. 1996;19(6):523-32.

100. Rubenstein JL, Halton A, Kasten L, Rubin C, Stechler G. Suicidal behavior in adolescents: Stress and protection in different family contexts. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1998;68(2):274-84.
101. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Jama*. 1997;278(10):823-32.
102. Sim L, Adrian M, Zeman J, Cassano M, Friedrich WN. Adolescent deliberate self-harm: Linkages to emotion regulation and family emotional climate. *Journal of research on adolescence*. 2009;19(1):75-91.
103. Bulut F. Ergenlerde görülen kural dışı davranışların aile işlevselliği, aile risk faktörü ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Adana. 2010.
104. Dishion TJ, McMahon RJ. Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. *Clinical child and family psychology review*. 1998;1(1):61-75.
105. Blum RW. Healthy youth development as a model for youth health promotion: A review. *Journal of Adolescent Health*. 1998;22(5):368-75.
106. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of suicide research*. 2007;11(1):69-82.
107. Taliaferro LA, Jang ST, Westers NJ, Muehlenkamp JJ, Whitlock JL, McMorris BJ. Associations between connections to parents and friends and non-suicidal self-injury among adolescents: The mediating role of developmental assets. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2019:1359104519868493.
108. Nock MK, Mendes WB. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008;76(1):28.
109. Muehlenkamp JJ, Engel SG, Wadson A, Crosby RD, Wonderlich SA, Simonich H, et al. Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour research and therapy*. 2009;47(1):83-7.
110. Zlotnick C, Shea MT, Pearlstein T, Simpson E, Costello E, Begin A. The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive psychiatry*. 1996;37(1):12-6.
111. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*. 2007;27(2):226-39.
112. Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry research*. 2009;166(2-3):260-8.
113. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American journal of Psychiatry*. 2003;160(8):1501-8.
114. Claes L, Houben A, Vandereycken W, Bijttebier P, Muehlenkamp J. Brief report: The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence*. 2010;33(5):775-8.
115. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius JR, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 1994.
116. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical psychology review*. 2012;32(6):482-95.
117. Nock MK. Self-injury. *Annual review of clinical psychology*. 2010;6:339-63.

118. Antochi R, Stavrakaki C, Emery P. Psychopharmacological treatments in persons with dual diagnosis of psychiatric disorders and developmental disabilities. *Postgraduate Medical Journal*. 2003;79(929):139-46.
119. Conterio K. Bodily harm. The Breakthrough healing program for self-injurious. 1998.
120. D'Onofrio A. Adolescent self-injury: A comprehensive guide for counselors and health care professionals: Springer Publishing Company; 2007.
121. Cloutier P, Martin J, Kennedy A, Nixon MK, Muehlenkamp JJ. Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *Journal of Youth and Adolescence*. 2010;39(3):259-69.
122. Stanley B, Brodsky B, Nelson JD, Dulit R. Brief dialectical behavior therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self injury. *Archives of Suicide Research*. 2007;11(4):337-41.
123. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2015;54(2):97-107. e2.
124. Goodyer I, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: randomised controlled trial. *Bmj*. 2007;335(7611):142.
125. Plener PL, Libal G, Nixon MK. Use of medication in the treatment of nonsuicidal self-injury in youth. *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*. 2009:275-308.
126. Roth AS, Ostroff RB, Hoffman RE. Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behavior: An open-label trial. *The Journal of clinical psychiatry*. 1996.
127. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*. 2006;117(6):1939-48.
128. Guerry JD, Prinstein MJ. Longitudinal prediction of adolescent nonsuicidal self-injury: Examination of a cognitive vulnerability-stress model. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2009;39(1):77-89.
129. Erikson EH. *Childhood and Society* WW Norton & Company. Inc(New York) 1950EriksonChildhood and Society1950. 1963.
130. Cote JE, Levine C. A formulation of Erikson's theory of ego identity formation. *Developmental review*. 1987;7(4):273-325.
131. Enright RD, Ganiere DM, Buss RR, Lapsley DK, Olson LM. Promoting identity development in adolescents. *The Journal of Early Adolescence*. 1983;3(3):247-55.
132. Çuhadaroğlu Çetin F. Kendilik patolojisi belirtisi olarak kimlik kargaşası. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(4):309-14.
133. Dereboy İ, Dereboy Ç, Coşkun A, Coşkun B. Özdeğer duygusu, öz imgesi ve kimlik duygusu-II: Bir kimlik duygusu değerlendirme aracına doğru-ön çalışma. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 1994;1(2):61-9.
134. Erikson EH. Identity and the life cycle: A reissue. 1980.
135. BURGER JM, Kişilik Ç. İnan Deniz Erguvan Sarıoğlu. *Kaknüs Yayınları*, İstanbul. 2006.
136. Çuhadaroğlu F. Ergenlik döneminde psikolojik gelişim özellikleri. *Katkı Pediatri Dergisi*. 2000;21(6):863-8.
137. Erikson EH. Identity: Youth and crisis: WW Norton & company; 1968.
138. Marcia JE. Development and validation of ego-identity status. *Journal of personality and social psychology*. 1966;3(5):551.
139. Marcia JE. Adolescence, identity, and the Bernardone family. *Identity: An international journal of theory and research*. 2002;2(3):199-209.

140. Berzonsky MD. Identity style and coping strategies. *Journal of personality*. 1992;60(4):771-88.
141. Berzonsky MD. Self-theorists, identity status, and social cognition. *Self, ego, and identity*: Springer; 1988. p. 243-62.
142. Berzonsky MD. Self-construction over the life-span: A process perspective on identity formation. 1990.
143. Luyckx K, Schwartz SJ, Berzonsky MD, Soenens B, Vansteenkiste M, Smits I, et al. Capturing ruminative exploration: Extending the four-dimensional model of identity formation in late adolescence. *Journal of Research in Personality*. 2008;42(1):58-82.
144. Baker F, Bor W. Can music preference indicate mental health status in young people? *Australasian Psychiatry*. 2008;16(4):284-8.
145. Miranda D. The role of music in adolescent development: Much more than the same old song. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2013;18(1):5-22.
146. Phillipov M. 'Generic Misery Music'? Emo and the Problem of Contemporary Youth Culture. *Media International Australia*. 2010;136(1):60-70.
147. Lacourse E, Claes M, Villeneuve M. Heavy metal music and adolescent suicidal risk. *Journal of youth and adolescence*. 2001;30(3):321-32.
148. Young R, Sweeting H, West P. Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture: longitudinal cohort study. *Bmj*. 2006;332(7549):1058-61.
149. La Greca AM, Prinstein MJ, Fetter MD. Adolescent peer crowd affiliation: Linkages with health-risk behaviors and close friendships. *Journal of pediatric psychology*. 2001;26(3):131-43.
150. Prinstein MJ, La Greca AM. Peer crowd affiliation and internalizing distress in childhood and adolescence: a longitudinal follow-back study. *Journal of Research on Adolescence*. 2002;12(3):325-51.
151. Robertson CD, Miskey H, Mitchell J, Nelson-Gray R. Variety of self-injury: is the number of different methods of non-suicidal self-injury related to personality, psychopathology, or functions of self-injury? *Archives of Suicide Research*. 2013;17(1):33-40.
152. Schwartz SJ, Beyers W, Luyckx K, Soenens B, Zamboanga BL, Forthun LF, et al. Examining the light and dark sides of emerging adults' identity: A study of identity status differences in positive and negative psychosocial functioning. *Journal of Youth and Adolescence*. 2011;40(7):839-59.
153. Demir HK, Dereboy F, Dereboy Ç. Identity Confusion and Psychopathology in Late Adolescence. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2009;20(3).
154. Schwartz SJ, Mason CA, Pantin H, Szapocznik J. Effects of family functioning and identity confusion on substance use and sexual behavior in Hispanic immigrant early adolescents. *Identity: An International Journal of Theory and Research*. 2008;8(2):107-24.
155. Cuhadaroğlu F. Identity confusion and depression in groups of adolescents having psychiatric and physical symptoms. *The Turkish journal of pediatrics*. 1999;41(1):73-9.
156. Türkbay T, Özcan C, Doruk A, Sekmen K. Ergenlerdeki kimlik bocalaması üzerine cinsiyetin etkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2005;12(2):69-74.
157. Schwartz SJ, Pantin H. *Identity Development in Adolescence and Emerging Adulthood: The Interface of Self, Context, and Culture*. 2006.
158. Lewinsohn PM, Rohde P, Klein DN, Seeley JR. Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999;38(1):56-63.
159. Kabat-Zinn J. *Letting everything become your teacher: 100 lessons in mindfulness*: Delta; 2010.

160. Germer C. What is mindfulness. *Insight Journal*. 2004;22(3):24-9.
161. Özyeşil Z, Arslan C, Kesici Ş, Deniz ME. Bilinçli farkındalık ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*. 2011;36(160).
162. Dimidjian S, Segal ZV. Prospects for a clinical science of mindfulness-based intervention. *American Psychologist*. 2015;70(7):593.
163. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2010;30(2):217-37.
164. Schäfer JÖ, Naumann E, Holmes EA, Tuschen-Caffier B, Samson AC. Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence*. 2017;46(2):261-76.
165. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*. 2007;18(4):211-37.
166. Kabat-Zinn J. *Mindfulness for beginners: Reclaiming the present moment—and your life*: Sounds True; 2012.
167. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003;84(4):822.
168. Hayes AM, Feldman G. Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: science and practice*. 2004;11(3):255-62.
169. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*. 2003;27(3):247-59.
170. Allen NB, Sheeber LB. The importance of affective development for the emergence of depressive disorder during adolescence. *Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders*. 2008:1-10.
171. Kallapiran K, Koo S, Kirubakaran R, Hancock K. Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*. 2015;20(4):182-94.
172. Raes F, Griffith JW, Van der Gucht K, Williams JMG. School-based prevention and reduction of depression in adolescents: A cluster-randomized controlled trial of a mindfulness group program. *Mindfulness*. 2014;5(5):477-86.
173. Semple RJ, Reid EF, Miller L. Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2005;19(4):379.
174. Lee S-H. Effects of Mindfulness-Based Therapy on Depressive Disorder. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 2018;57(2):133-8.
175. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International journal of stress management*. 2005;12(2):164.
176. Van der Oord S, Bögels SM, Peijnenburg D. The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of child and family studies*. 2012;21(1):139-47.
177. Mendelson T, Greenberg MT, Dariotis JK, Gould LF, Rhoades BL, Leaf PJ. Feasibility and preliminary outcomes of a school-based mindfulness intervention for urban youth. *Journal of abnormal child psychology*. 2010;38(7):985-94.
178. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior therapy*. 2009;40(2):142-54.

179. Siegel DJ. Mindfulness training and neural integration: Differentiation of distinct streams of awareness and the cultivation of well-being. *Social cognitive and affective neuroscience*. 2007;2(4):259-63.
180. Garisch JA, Wilson MS. Prevalence, correlates, and prospective predictors of non-suicidal self-injury among New Zealand adolescents: Cross-sectional and longitudinal survey data. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2015;9(1):28.
181. LUNDH LG, Karim J, Quilisch E. Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian journal of psychology*. 2007;48(1):33-41.
182. Miller AL. Dialectical behavior therapy: A new treatment approach for suicidal adolescents. *American Journal of Psychotherapy*. 1999;53(3):413-7.
183. Wagner EE, Rathus JH, Miller AL, Baer R. Mindfulness in dialectical behavior therapy (DBT) for adolescents. *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. 2006:167-89.
184. Fischer S, Peterson C. Dialectical behavior therapy for adolescent binge eating, purging, suicidal behavior, and non-suicidal self-injury: A pilot study. *Psychotherapy*. 2015;52(1):78.
185. McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J, Korslund K, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2018;75(8):777-85.
186. Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2014;53(10):1082-91.
187. Saito E, Tebbett-Mock AA, McGee M. Dialectical Behavior Therapy Decreases Depressive Symptoms Among Adolescents in an Acute-Care Inpatient Unit. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2020.
188. Wupperman P, Fickling M, Klemanski DH, Berking M, Whitman JB. Borderline personality features and harmful dysregulated behavior: The mediational effect of mindfulness. *Journal of clinical psychology*. 2013;69(9):903-11.
189. Yusainy C, Lawrence C. Relating mindfulness and self-control to harm to the self and to others. *Personality and Individual Differences*. 2014;64:78-83.
190. Heath NL, Carsley D, De Riggi ME, Mills D, Mettler J. The relationship between mindfulness, depressive symptoms, and non-suicidal self-injury amongst adolescents. *Archives of Suicide Research*. 2016;20(4):635-49.
191. Corthorn C, Milicic N. Mindfulness and parenting: A correlational study of non-meditating mothers of preschool children. *Journal of Child and Family Studies*. 2016;25(5):1672-83.
192. Aydın İ, Çetin Çuhadaroğlu F. Kimlik Kargaşası Olan Ve Olmayan Ergenlerde Duygu Düzenleme Ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi. 2017.
193. Baer RA. *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*: Elsevier; 2015.
194. Wisner BL. *Mindfulness and meditation for adolescents: Practices and programs*: Springer; 2017.
195. Dereboy İF, Dereboy Ç, Sevinçok L, Kaynak H. Gençlerde kimlik gelişimi sürecini değerlendirmekte kullanılan iki ölçeğin psikometrik özellikleri: karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999;10(2):9-101.
196. Baer RA, Smith GT, Lykins E, Button D, Krietemeyer J, Sauer S, et al. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*. 2008;15(3):329-42.

197. Kınay F. Beş boyutlu bilinçli farkındalık ölçeği'ni türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması: İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.; 2013.
198. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. Journal of marital and family therapy. 1983;9(2):171-80.
199. Bulut FI. Aile değerlendirme ölçeği el kitabı. 1990.
200. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARI İÇİN DUYGULANIM BOZUKLUKLARI VE ŞİZOFRENİ GÖRÜŞME ÇİZELGESİ-ŞİMDİ VE YAŞAM BOYU ŞEKLİ-TÜRKÇE UYARLAMASININ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ.
201. Derogatis LR. The brief symptom inventory (BSI): administration, scoring & procedures manual-II: Clinical Psychometric Research; 1992.
202. Şahin N, Durak A. Kısa semptom envanteri (Brief symptom inventory-BSI). Türk gençleri için uyarlanması, Türk Psikoloji Dergisi. 1994;9(31):44-56.