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

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN ERGENLERDE VE ANNELERİNDE BAĞLANMA VE OKSİTOSİN, VAZOPRESSİN DÜZEYLERİ

UZMANLIK TEZİ

DR. FATMA BELGER

DANIŞMAN
PROF. DR. BURCU ÇAKALOZ

DENİZLİ-2017

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

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN ERGENLERDE VE ANNELERİNDE BAĞLANMA VE OKSİTOSİN, VAZOPRESSİN DÜZEYLERİ

UZMANLIK TEZİ

DR. FATMA BELGER

DANIŞMAN
PROF. DR. BURCU ÇAKALOZ

Bu çalışma Pamukkale Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'nin 23.09.2016 tarih ve 2016TIPF022 nolu kararı ile desteklenmiştir.

DENİZLİ-2017

Prof. Dr. Burcu ÇAKALOZ danışmanlığında Dr. Fatma BELGER tarafından yapılan "Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde ve annelerinde bağlanma ve oksitosin, vazopressin düzeyleri" başlıklı tez çalışması 07/12/2017 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN Prof. Dr. Burcu Çakaloz

ÜYE Yard. Doç. Dr. Gülşen Dalkıran

ÜYE Yard. Doç Dr. Semra Yeh Soysaz

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

../12/2017

Prof. Dr. Semra Mehabet FENKÇİ
Dekan

.....

Pamukkale Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanı

III

TEŞEKKÜRLER

Asistanlığım süresince ilgi, bilgi ve birikimlerini sıcak, hoşgörülü, yapıcı ve verimli çalışma koşulları içinde paylaşan ve mesleki kimliğimin oluşmasında büyük katkıları olan hocalarım Prof. Dr. Burcu ÇAKALOZ, Yrd. Doç. Dr. Gülşen ÜNLÜ, Yrd. Doç. Dr. Bürge KABUKÇU BAŞAY ve Yrd. Doç. Dr. Ömer BAŞAY'a;

Tez sürecinde ayırdığı değerli vakti, ihtiyaç duyduğum bilgi deneyim ve yardımını esirgemeyen, tezimin oluşmasında büyük emeği geçen tez danışmanım Prof. Dr. Burcu ÇAKALOZ'a;

Rotasyon sürecimde ve sonrasında brilikte çalıştığım ve birikimlerinden faydalandığım Psikiyatri Ana bilim Dalı'nın değerli hocaları Prof. Dr. Nalan KALKAN OĞUZHANOĞLU, Prof. Dr. İ. Osman ÖZDEL, Prof. Dr. Figen ÇULHA ATEŞCİ, Doç. Dr. Gülfizar VARMA, Doç. Dr. Selim TÜMKAYA ve Yrd. Doç. Dr. Ayşe Nur İnci KENAR ile Psikiyatri Ana bilim Dalı'nın tüm değerli çalışanlarına;

Birlikte çalışma şansı bulduğum ve bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Pamukkale Üniversitesi Çocuk Nörolojisi Ana bilim Dalı'nın değerli ekibine;

Asistanlık sürecimde yanımda olan ve birlikte çalışma şansı yakaladığım, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, benim için bir meslektaştan daha fazla anlam ifade eden Uzm. Dr. Ahmet BÜBER'e, Uzm. Dr. Yetiş IŞILDAR'a, Uzm. Dr. Nazlı KAPUBAĞLI ÇETİN'e, Uzm. Dr. ÖMER FARUK TUNCER'e, Dr. Elif İpek ERKEN'e, Dr. Üstün AYDIN'a ve Dr. Serdar AVUNDUK'a ve ayrıca birlikte çalıştığım ve çalışmaktan keyif aldığım tüm diğer asistan arkadaşlarıma;

Tezimin Biyokimya alanındaki yardımları için Prof. Dr. Hülya AYBEK'e;

Asistanlığım sürecinde birlikte çalışmaktan mutlu olduğum sekreter, psikolog, sağlık memuru, hemşire ve hastane personellerine;

Destek ve sevgilerini her zaman yanımda hissettiğim ve bugünlere gelmemde büyük emekleri olan anneme, babama ve ablama;

Çalışmaya gönüllü olarak katılan değerli çocuklar ve ailelerine;

Sonsuz teşekkürler…

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa No

ONAY SAYFASI …… III

TEŞEKKÜR …… IV

İÇİNDEKİLER DİZİNİ ……V

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ …… .IX

ŞEKİLLER DİZİNİ ……..……..X

TABLOLAR DİZİNİ ……..…XII

ÖZET ……XV

İNGİLİZCE ÖZET ……..…… XVII

GİRİŞ …….……1

GENEL BİLGİLER …….……....3

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI …….……..3

Tanım …….……..3

Tarihçe …….……6

Epidemiyoloji …….……7

Sınıflandırma …….……..9

Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar Girişimi ……11

Etiyoloji ……11

Kendine Zarar Verme Davranışı ve Psikiyatrik Bozukluklar ……..19

BAĞLANMA ……22

Bağlanmanın Gelişimi ……25

Bağlanmanın Nörobiyolojisi ……..26

Bağlanma Örüntüleri ……..27

Psikopatoloji ve Bağlanma Arasındaki İlişki ……29

Ergenlik Döneminde Bağlanma ve Psikopatoloji ……30

Ebeveyn Psikopatolojisinin Bağlanmaya Etkisi ……32

OKSİTOSİN ve VAZOPRESSİN ……33

Oksitosin ……33

Vazopressin ……36

YÖNTEM ……..38

ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ ……38

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI ……39
Sosyodemografik Veri Formu ……...39
Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri ……..39
Ottawa Kendine Zarar Verme Envanteri ……...40
Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II ……...41
Hamilton Depresyon Ölçeği ……...41
Hamilton Anksiyete Ölçeği ……42
İŞLEM ……42
OKSİTOSİN ve VAZOPRESSİN DÜZEYLERİ ÖLÇÜMÜ ……43
İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME ……44
BULGULAR ……..45
SOSYODEMOGRAFİK VERİLER ……..45
Yaş ……45
Cinsiyet ……..45
Eğitim Süresi ……45
Annenin Yaşı ……46
Annenin Eğitim Düzeyi ……46
Annenin Mesleği ……47
Babanın Yaşı ……48
Babanın Eğitim Düzeyi ……48
Babanın Mesleği ……49
Kardeş Sayısı ve Kaçıncı Çocuk Olduğu ……..50
Anne Baba Birlikteliği ve Ergenin Kimlerle Birlikte Yaşadığı ……50
Ailenin Gelir Durumu ……51
Ailede Tıbbi-Ruhsal Hastalık Öyküsü ……...52
Okul Başarısı ……52
Arkadaş İlişkileri ……...53
Ergenlerde Eşlik Eden Tıbbi Hastalık ……...53
Ergenlerdeki Sigara, Alkol, Madde Kullanımı ……..54
ERGENLERİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ……..55
Kendine Zarar Verme Şekilleri ……55
Kendine Zarar Verme Sayıları ……..56

Ergenlerin İntihar Girişimi Sayısı ve Şekli ……...57
İstismar Öyküsü ……58
Lezyonların Sayısı, Zamanı, Yerleşim Bölgesi, Müdahale Gerektirip Gerektirmediği ……..……..58
ANNELERİN ÖZELLİKLERİ……..60
Annenin Medeni Durumu ……..60
Ailede Marital Sorun Varlığı ……61
Annede Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar Girişimi ……61
ERGENLERİN TANISI ……62
ANNELERİN TANISI ……..64
ANNELERİN HAMİLTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ PUANI VE HAMİLTON ANKSİYETE ÖLÇEĞİ PUANLARI ……..64
Hamilton Anksiyete ve Depresyon Puanları Arasındaki İlişki …….65
KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI ENVANTERİ BULGULARI.66
Kendine Zarar Verme Şekli …….……..66
Kendine Zarar Verme Envnterine Göre Davanış Şekilerinin Sayısı..67
Kendine Zarar Verme Davranışına Başlama Yaşı ……69
En Son Kendine Zarar Verme Davranışında Bulunma Zamanı ……69
Kendine Zarar Verme Sırasında Fiziksel Acı Hissetme ……70
Kendine Zarar Verme Sırasında Yalnız Olup Olmama …….70
Kendine Zarar Verme Dürtüsü ile Eylem Arasındaki Geçen Süre …70
Kendine Zarar Verme Davranışını Sonlandırma İsteği …….71
Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevleri ……71
OTTAWA KENDİNE ZARAR VERME ENVANTERİ BULGULARI ….73
Son 1 Ayda ve Son 6 Ayda KZVD Düşüncesi ve Eylemi……..……73
İntihar Düşüncesi ve Eylemi …….74
KZVD Sonrası Tıbbi Müdahale ……75
KZVD Başlama Yaşı …… 76
İlk Nasıl Akıllarına Geldiği ……...76
KZV Düşüncesinin Rahatsızlık Verici, Rahatlatıcı Olup Olmama Durumu, Zihni Meşgul Edip Etmeme Durumu ……....…….……77
Başkalarına Söyleme Durumu ……...77

KZVD Lezyon Bölgeleri ……...78
KZVD Yöntemleri ……..……..……78
KZVD Sonrası Rahatlık Hissi ……79
KZVD'nin Gerginlik, Öfke, Engellenmişlik Duygusu, Sinirliliği, Üzgün ya da Çökkün Hissetmeyi Gidermede Yararı…….79
KZVD'nin Dürtüselliği ……80
KZVD ve Stresli Durumlar ……...81
Fiziksel Ağrı Hissetme …….82
KZVD ve Bağımlılık …….…… ….82
Kendine Zarar Vermemek İçin Yapılan Durumlar ……..…83
KZVD'yi Bırakma İsteği……84
KZVD için Tedavi Alma ……...84
YAKIN İLİŞKİLERDE YAŞANTILAR ENVANTERİ II BULGULARI...85
Ergenlerin YİYE-II Kaygı ve Kaçınma Puanları ……..85
Annelerin YİYE-II Kaygı ve Kaçınma Puanları ……...86
Ergenlerin Bağlanma Paternleri ……86
Annelerin Bağlanma Paternleri …….87
OKSİTOSİN, VAZOPRESSİN DÜZEYLERİ …….88
Bağlanma Şekilleri ve Oksitosin, Vazopressin Düzeyleri Arasındaki İlişki …….....89
Anne ve Ergenlerin Oksitosin, Vazopressin Düzeyleri Arasındaki İlişki …….....90
Ergenlerdeki İntihar Girişimi ile Ergen Oksitosin Vazopressin Düzeyleri Arasındaki İlişki ……...90
Oksitosin, Vazopressin Düzeyleri ile İstismar Öyküsü Arasındaki İlişki……...……91
Ergenlerdeki YİYE-II Kaygı, Kaçınma Puanları ile Ergenlerin Oksitosin, Vazopressin Düzeyleri Arasındaki İlişki.....92
TARTIŞMA ……..93
SONUÇ ……...122
KAYNAKLAR DİZİNİ ……..125
EKLER ……166

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACTH Adrenokortikotropik hormon

BOS Beyin omurilik sıvısı

c AMP siklik Adenozin monofosfat

CRH Kortikotropin salgılatıcı hormon

DSM IV TR Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision

DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed.

ELİSA Enzyme-linked Immunosorbent Assay

GABA g-Aminobütirik asit

HAM-A Hamilton anksiyete

HAM-D Hamilton depresyon

HPA Hipotalamik-hipofizer-adrenokortikal

ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision

ISSS International society for the study of self-injury

KZVD Kendine zarar verme davranışı

KZV Kendine zarar verme

ml Mililitre

NSSI Non-suicidal self injury

OT Oksitosin

pg Pikogram

TSSB Travma sonrası stres bozukluğu

VP Vazopressin

YİYE-II Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri-II

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1 Bartholomew ve Horowitz'e göre dörtlü bağlanma modeli ……...28

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1 Yazarların kendine zarar verme tanımları …….…….3
Tablo 2 Kendine zarar verme davranışıyla ilgili yapılan sınıflandırmalar ….….9
Tablo 3 Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin yaş dağılımı ……...45
Tablo 4 Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin cinsiyet dağılımı ……45
Tablo 5 Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin eğitim sürelerinin dağılımı …46
Tablo 6 Olgu ve kontrol grubundaki annelerin yaşlarının dağılımı ……..46
Tablo 7 Olgu ve kontrol grubundaki annelerin eğitim düzeyi ……..47
Tablo 8 Olgu ve kontrol grubundaki annelerin meslekleri ……47
Tablo 9 Olgu ve kontrol grubundaki babaların yaşlarının dağılımı ……..48
Tablo 10 Olgu ve kontrol grubundaki babaların eğitim düzeyi …….……..49
Tablo 11 Olgu ve kontrol grubundaki babaların meslekleri ……....49
Tablo 12 Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin kardeş sayısı ve ailenin kaçıncı çocuğu olma durumları ……...…….…….50
Tablo 13 Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin anne babalarının birliktelik durumu ve ergenin kimlerle yaşadığı …….....51
Tablo 14 Olgu ve kontrol grubunun ailelerinin gelir durumu …….51
Tablo 15 Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin birinci derece yakınlarındaki tıbbi-ruhsal hastalık öyküsü …….……52
Tablo 16 Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin okul başarısı düzeyleri …...…53
Tablo 17 Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin arkadaşlık ilişkileri ……53
Tablo 18 Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin eşlik eden tıbbi hastalık öyküsü ……...…54
Tablo 19 Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerdeki sigara, alkol, madde kullanımı ……...……54
Tablo 20 Olgu grubundaki ergenlerin kendine zarar verme şekli dağılımı …….55
Tablo 21 Kendine zarar verme davranışı yöntemlerinin sıklığı ……..56
Tablo 22 Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin hayat boyu, son 1 yıldaki, son 6 aydaki ve son 1 aydaki kendine zarar verme davranışı sayıları …….57
Tablo 23 Ergenlerin intihar girişimi öyküsü, sayısı ve şekli ……...…58

Tablo 24 Olgu grubundaki ergenlerin lezyonlarının sayısı, lezyon zamanı, lezyon yerleşim bölgesi ve lezyona tıbbi müdahale uygulanıp uygulanmadığı ……...59
Tablo 25 Kendine zarar verme davranışı lezyonlarının bulunduğu vücut bölgeleri dağılımı ……...….60
Tablo 26 Olgu ve kontrol grubundaki annelerin medeni durumunun dağılımı ...61
Tablo 27 Olgu ve kontrol grubundaki annelerin marital sorun yaşama durumu ……..……61
Tablo 28 Olgu ve kontrol grubundaki annelerin kendine zarar verme ve intihar girişimi öyküsü……..62
Tablo 29 Olgu grubundaki ergenlerin tanı dağılımı ……...….63
Tablo 30 Olgu grubundaki tanıların sıklığı …….64
Tablo 31 Olgu ve kontrol grubundaki annelerin tanısı ……64
Tablo 32 Annelerin Hamilton depresyon ve Hamilton anksiyete puanları dağılımı ……..…65
Tablo 33 Hamilton anksiyete (somatik, psişik, toplam) ve depresyon puanları arasındaki ilişki …….66
Tablo 34 Kendine zarar verme davranışı envanterine göre davranış şekilleri dağılımı ……..…66
Tablo 35 Olgu grubundaki ergenlerin kendine zarar verme davranışı envanterine göre davranış şekilleri sayısı ……..…67
Tablo 36 Kendine zarar verme envanterine göre davranış yöntemlerini tekrar etme sayıları ……..68
Tablo 37 En son kendine zarar verme davranışında bulunma zamanı dağılımı …….……69
Tablo 38 Olgu grubundaki ergenlerin KZVD sırasında fiziksel acı hissetme durumu ……..70
Tablo 39 Olgu grubundaki ergenlerin KZVD sırasında yalnız olup olmama durumu ……. …70
Tablo 40 Olgu grubundaki ergenlerin kendine zarar verme dürtüsü ile eylemi gerçekleştirme zamanı arasındaki geçen süre ……...……71
Tablo 41 Olgu grubundaki ergenlerin kendine zarar verme davranışını sonlandırma isteğinin olup olmama durumu ……....71

Tablo 42 KZVD işlevlerinin ergenler için ne kadar uygun olup olmadığı …….72
Tablo 43 Ottawa kendine zarar verme envanterine göre son 1 ayda KZVD'yi düşünme ve KZVD'de bulunma durumu ……..….73
Tablo 44 Ottawa kendine zarar verme envanterine göre son 6 ayda KZVD düşünme ve KZVD'de bulunma durumu ……..74
Tablo 45 Ottawa kendine zarar verme envanterine göre son 1 yıldaki intihar düşüncesi, hayat boyu intihar girişimi sayısı ve intihar girişiminin ne zaman olduğu ……75
Tablo 46 Ottawa kendine zarar verme envanterine göre KZVD sonrası tedavi, hastanede kalma gerekip gerekmediği ……..….75
Tablo 47 Ottawa kendine zarar verme envanterine göre KZVD başlama yaşı ……76
Tablo 48 Ottawa kendine zarar verme davranışı envanterine göre ilk zarar verdiklerinde bu davranışı yapma düşüncesinin nasıl akıllarına geldiği ……..76
Tablo 49 Ottawa kendine zarar verme davranışı envanterine göre KZVD düşüncesinin rahatsızlık verici, rahatlatıcı, zihni meşgul edici olup olmadığı …….77
Tablo 50 Ottawa kendine zarar verme envanterine göre KZVD olan ergenlerin insanların kendine zarar verdiğini bilmelerine izin verme durumu ……..77
Tablo 51 Ottawa kendine zarar verme envanterine göre KZVD olan ergenlerin kendine zarar verdiklerini kime söyledikleri ……...78
Tablo 52 Ottawa kendine zarar verme envanterine göre ergenlerin kendilerine ilk zarar vermeye başladıklarında ve şu an en sık zarar verdiği vücut bölgeleri ……...78
Tablo 53 Ottawa kendine zarar verme envanterine göre ergenlerin kendilerine ilk zarar vermeye başladıklarında ve şu an en sık zarar verme yöntemleri ……...79
Tablo 54 Ottawa kendine zarar verme envanterine göre KZVD sonrası rahatlık hissinin ne kadar devam ettiği ……..…79
Tablo 55 KZVD'nin gerginliği, öfkeyi, engellenmişlik duygusunu, sinirliliği ve üzgün ya da çökkün hissetmeyi gidermede ne kadar faydalı olduğu ……...…80
Tablo 56 Ottawa kendine zarar verme envanterine göre olgu grubundaki ergenlerin kendine zarar vermeyi aklına her geldiğinde yapıp yapmadığı ve düşünmeyle davranış arasında geçen süre ……...81

Tablo 57 Ottawa kendine zarar verme envanterine göre KZVD olan ergenlerin stresli şeyler sonrası kendine zarar verip vermediği ve hangi durumlarda zarar verdiği ……81
Tablo 58 Ottawa kendine zarar verme envanterine göre fiziksel ağrı hissetme durumu ……..82
Tablo 59 Ottawa kendine zarar verme envanteri bağımlılıkla ilgili maddelere olgu grubundaki ergenlerin verdiği yanıtlar ……..83
Tablo 60 Ottawa kendine zarar verme envanterine göre kendine zarar vermemek için uğraşıyorsa en çok yardım eden durumlar …….84
Tablo 61 Ottawa kendine zarar verme envanterine göre KZVD olan ergenlerin KZVD'den vazgeçmek için bu sıralar ne kadar istekli oldukları …..…….……...84
Tablo 62 Olgu grubundaki ergenlerin KZVD için tedavi alma durumları ……..85
Tablo 63 Ergenlerin yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri II kaygı ve kaçınma puanları …….…….85
Tablo 64 Ergenlerin YİYE II kaygı ve kaçınma puanları arasındaki ilişki …….86
Tablo 65 Annelerin yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri II kaygı ve kaçınma puanları …….86
Tablo 66 Ergenlerin bağlanma biçimi dağılımı ……..87
Tablo 67 Annelerin bağlanma şekilleri ……...87
Tablo 68 Ergenlerin ve annelerin oksitosin, vazopressin düzeyleri ……89
Tablo 69 Anne ve ergenlerin oksitosin, vazopressin düzeyleri arasındaki ilişki……...……90
Tablo 70 Oksitosin, vazopressin düzeyleri ile istismar öyküsü arasındaki ilişki…….…...91
Tablo 71 Ergenlerdeki yakın ilişkilerdeki yaşantılar envanteri II kaygı, kaçınma puanları ile ergenlerin ve annelerin oksitosin, vazopressin düzeyleri arasındaki ilişki……...……92

ÖZET

Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde ve annelerinde bağlanma ve oksitosin, vazopressin düzeyleri

Dr. Fatma BELGER

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) kişinin intihar amacı olmadan kasıtlı olarak, sosyal olarak uygun görülmeyen şekilde kendi vücut dokularını tahrip etmesidir. KZVD işlevlerine yönelik geliştirilen modeller arasında en çok üzerinde çalışılan affekt regülasyonu modelidir. KZVD işlevsel olmayan bir duygu düzenleme stratejisi olarak kullanılmaktadır. Bowlby'nin bağlanma kuramı affekt regülasyonu kuramına ışık tutmaktadır. KZVD ve güvensiz bağlanma stilleri arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Oksitosin ve vazopressin bağlanma ve sosyal davranışlar üzerine etkili nöropeptidlerdir. Bu bulgular ışığında çalışmamızda KZVD'nin işlevleri de göz önüne alınarak ergenlerin ve annelerin bağlanma paternleriyle eş zamanlı olarak oksitosin ve vazopressin düzeylerini incelemek amaçlanmıştır. Pamukkale Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine 01.06.2016-31.11.2016 tarihleri arasında ardışık başvuran 12-18 yaş arası 32 KZVD olan ergen ve annesi ile ergenlerle yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik durum açısından eşleşmiş 32 kontrol grubu ergen ve annesi çalışmaya alınmıştır. Katılımcıların hepsine "Sosyodemografik Veri Formu" uygulanmıştır. Tüm ergenler ve anneleri ile klinik görüşme yapılmıştır. KZVD olan ergenlere "Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri", "Ottawa Kendine Zarar Verme Envanteri" ve bağlanma stilleri açısından "Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II" uygulanmıştır. Sağlıklı kontrol grubu olan ergenlere sadece bağlanma stilleri açısından "Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II" uygulanmıştır. Katılan tüm annelere "Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II", "Hamilton Depresyon Ölçeği" ve "Hamilton Anksiyete Ölçeği" uygulanmıştır. Oksitosin ve vazopressin düzeyleri için ELİSA yöntemi kullanılmıştır. KZVD olan ergenler daha fazla güvenli olmayan bağlanma stilleri ve daha yüksek kaygı ve kaçınma puanlarına sahiptir ve bununla ilişkili olarak da duygu düzenleme güçlükleri ve stresle baş etme zorlukları yaşamaktadır. KZVD olan ergenlerin daha fazla akran ilişkilerinde sorun yaşadığı ve annelerinin daha fazla marital sorun yaşadığı saptanmıştır ve bunlar KZVD için risk faktörü olabilir.

Oksitosin ve vazopressin düzeyleri açısından bir fark saptanmamakla birlikte bu alanda ileri araştırmalara ihtiyaç vardır. KZVD risk faktörleri ve etyolojisi açısından neden sonuç ilişkileri kurulabilmesi, uygun tedavi yaklaşımları oluşturulabilmesi için daha büyük ve toplum tabanlı örneklemde izlem çalışmaları yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bağlanma, ergenler, kendine zarar verme davranışı, oksitosin, vazopressin

SUMMARY

Attachment and oxytocin, vasopressin levels of adolescents with non-suicidal self injury and their mothers

Fatma BELGER, M.D.

Non- suicidal self injury (NSSI) is deliberate and socially maladaptive way of one's destruction of his/her body tissues, without suicidal ideation or intent. Among models developed to provide plausible theoretical explanations to the function of NSSI, most commonly studied one is the affect regulation model. NSSI is utilized as a maladaptive emotion regulation strategy. Bowlby's attachment theory might shed light on affect regulation theory. It has long been thought that a relationship between NSSI and insecure attachment style might exist. Oxytocin and vasopressin have been identified as neuropeptides that affect attachment and social behavior. With these piece of information, we have aimed to evaluate levels of oxytocin and vasopressin in adolescents and their mothers, as well as the attachment patterns of both parties, all while taking functions of NSSI into consideration. Thirty- two adolescents aged between 12-18 years old with NSSI and their mothers that had applied consecutively to Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Unit of Pamukkale University Hospital in between dates 01.06.2016 to 31.11.2016, and 32 adolescents matched by age, gender and socioeconomic status with their counterparts and their mothers, as the control group were included in the study. "Sociodemographic Data Form" was applied to all participants. Clinical interview was conducted with each adolescent and their mothers. "Inventory of Statements about Self Injury (ISAS)", "Ottawa Self Injury Inventory" and "Experiences in Close Relationships Inventory- Revised", to assess attachment styles were applied to adolescents with NSSI. "Experiences in Close Relationships Inventory- Revised" was applied solely to adolescents within healthy control group, to identify attachment styles. "Experiences in Close Relationships Inventory- Revised", "Hamilton Depression Scale" and "Hamilton Anxiety Scale" was applied to all participating mothers. Oxytocin and vasopressin levels were measured via ELISA method. Adolescents with NSSI had higher rates of insecure attachment styles as well as higher levels of anxiety and avoidance scores, in turn, experienced more difficulties in emotion regulation and coping with stress. We have also found that adolescents with

NSSI had higher odds of encountering peer problems as well as higher rates of marital discordance among their mothers; that might be suggestive of elevated risk for NSSI. Though no significant difference was found regarding oxytocin and vasopressin levels, further studies would be warranted within this field. To maintain a causative relationship between risk factors for NSSI and its aetiology and in order to plan more favorable treatment approaches, follow up studies conducted in a larger scale community based samples are highly warranted.

Keywords: attachment, adolescents, non suicidal self injury behavior, oxytocin, vasopressin

GİRİŞ

Kendine zarar verme davranışı (KZVD), kişinin intihar amacı olmadan kasıtlı olarak, sosyal olarak uygun görülmeyen şekilde kendi vücut dokularını tahrip etmesidir (1). Son yıllarda özellikle de ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde batı ülkelerinde kendine zarar verme davranışlarının artması KZVD'yi önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir (2,3). KZVD, özellikle sorgulanmadığında hastalar tarafından belirtilmediği için saptanması zor olan bir davranıştır.

Swannell ve ark. (2014) toplum örneklemindeki KZVD prevalansına ilişkin yaptıkları meta-analizde ergenlerin %17,2'sinde ve genç yetişkinlerin %13,4'ünde yaşam boyu en az bir kez KZVD olduğunu bildirmektedir (4), yetişkinlerde ise bu oran sadece %5,5 olarak saptanmıştır (5). Ergen yatan hastaların klinik örneklerini içeren bir çalışmada KZVD'nin yaşam boyu oranı %37-80 arasında değişmektedir (6-11). KZVD, DSM-5'e (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed.)* ileri çalışma gerektiren bir bozukluk olarak dahil edilmiştir (12).

KZVD işlevlerine yönelik geliştirilen modeller arasında, en çok üzerinde çalışılan affekt regülasyonu modelidir (13,14). Bu modele göre duygu düzenlemede güçlük yaşayan ergen, kendine zarar verme davranışını bir duygu düzenleme yöntemi olarak kullanmaktadır. Bu yolla sağlanan geçici rahatlama, KZVD'yi pekiştirerek işlevsel olmayan bir duygu düzenleme stratejisi olarak kullanılmasına yol açar (15).

Çalışmalar KZVD ve güvensiz bağlanma stilleri arasında ilişki olduğunu göstermiştir (16-18). Bowlby bebeklerin doğum sonrasından itibaren bakıcıları ile ilişki kurma gereksiniminde olduklarını vurgulamıştır. Anne ile bebek arasındaki ilişki yakınlık arayışı ile belirginleşmektedir (19). Bağlanma kuramı, bağlanma sürecinin nasıl oluştuğunu, nasıl geliştiğini ve zaman içinde nasıl değişime uğrayabileceğini, anne ve bebek arasındaki bağın işlevini, bağın zarar görmesinin çocuğun gelişimi üzerindeki olumsuz etkilerinin sonuçlarını inceler. Bowlby tarafından tanımlanan bağlanma kuramı, Ainsworth ve arkadaşları (1978) tarafından geliştirilmiştir (20). Ainsworth yabancı durum testi ile laboratuar ortamında önce annesinden ayrılan ve sonra annesiyle buluşan çocukların tepkilerine göre bağlanma örüntülerini değerlendirmiştir. Bunları güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçıngan olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır. Daha sonra Main ve Solomon tarafından dezorganize-dezoryante bağlanma örüntüsü eklenmiştir (21). Bebeğin emosyonel sinyallerine bakım verenin verdiği

yanıtın bebeğin kendi emosyonel deneyimlerini organize etme ve düzenleme yeteneğini geliştirmede çok değerli olduğu düşünülmektedir. Bu anlamda bağlanma teorisi, affekt regülasyonu kuramına ışık tutmaktadır. Bartholomew ve Horowitz (1991), Bowlby'nin bağlanma sisteminin benliğe ve başkalarına ilişkin içsel modelleri içerdiği görüşünden yola çıkarak "Dörtlü Bağlanma Modeli"ni oluşturmuşlardır. Buna göre, benlik ve başkaları modelleri olumlu ve olumsuz olma durumuna göre güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu olarak dört kategoride değerlendirilmektedir (22). Bowlby'nin çalışmalarından başlamak üzere güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir (23).

Annelik, bakım verme, çocuğu koruma ve cinsellik gibi davranışlarda etkili olan vazopressin (VP) ve oksitosin (OT) tek bir aminoasit değişimi ile vasotosin maddesinden türemektedirler (24). Oksitosin, vazopressine göre daha çok dişilerin cinsel ve sosyal davranışlarında etkiliyken; vazopressin erkek cinsel davranışında daha fazla etkili olup, daha çok saldırganlıkla ilişkilidir (25).

Yazında KZVD ile bağlanma paterni arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az sayıda çalışma vardır (17,18, 26-28). Annelerin kendi bağlanma paternleriyle ilişkili olarak kendi çocuklarına davranışsal yaklaşımlarının çocuklarının bağlanma paterninde etkili olduğu ve çocuklarına affekt regülasyonu, stresle başetme becelerilerini kazandırdığı gözönüne alındığında, annenin bağlanma paterninin de KZVD olan ergenler için önemli rol oynayabileceği düşünülmüştür. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin ve annelerinin bağlanma paterninin incelendiği bir çalışma bildiğimiz kadarıyla yazında bulunmamaktadır. Bu bulgular ışığında çalışmamızda KZVD'nin işlevleri de göz önüne alınarak ergenlerin ve annelerin bağlanma paternleriyle eş zamanlı olarak oksitosin ve vazopressin düzeylerini incelemek amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI

Tanım

Son yıllarda kendine zarar verme davranışı (KZVD) ile sağlık kuruluşlarına başvuran ergenlerin sayısında bir artış olmuştur ve sık görülen bir ruh sağlığı problemi haline gelmiştir. KZVD, kişinin kendi vücut dokularına özkıyım niyeti olmaksızın kasıtlı olarak ve doğrudan zarar vermesi olarak tanımlanmaktadır (29). KZVD yazında; kasten kendine zarar verme, kendini yaralama, kendine zarar verme, kendini tahrip etme, ölüm amacı taşımayan intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları, kendine yönelik agresyon, kasıtlı sakatlama, sembolik yaralama, kasten kendini kesme gibi çeşitli tanım ve terimler ile ele alınmıştır.

2006 yılında oluşturulan *International Society for the Study of Self-Injury (ISSS)* grubu kendine zarar vermeyi "ölüm niyeti veya sosyal yaptırım amacı olmadan, kişinin kendisi tarafından, istemli olarak, vücut dokularında oluşturulan hasar" olarak tanımlamış ve *"non-suicidal self injury (NSSI)"* teriminin kullanılmasını uygun bulmuştur.

Yazarların yaptığı KZVD tanımlamaları Tablo-1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Yazarların kendine zarar verme tanımları

Yazar	Tanım
Farberow, 1980 (30)	Kişinin kendini ciddi bir şekilde zarar verecek biçimde kesmesi ya da vücudunun belirli bölümlerine zarar vermesi olarak tanımlamıştır.
Walsh ve Rosen, 1988 (31)	İsteyerek ve amaçlı olarak yapılan, genellikle ölümcül olmayan ve toplumsal olarak kabul edilmeyen bir davranış olarak belirtilmiştir.
Favazza, 1989 (32)	Tekrarlayıcı, yaşamı tehdit etmeyen, kendine fiziksel zarar verme davranışı olarak tanımlanmıştır.
Favazza ve Conterio, 1989 (33)	Şahsın durumuna katlanamaması, başa çıkamaması sonucu oluşan tahammülsüzlüğün yarattığı baskıya karşın, kendi kendine yardım etme ve rahatlama durumu olarak tanımlamışlardır.

Tablo 1 (devam): Yazarların kendine zarar verme tanımları

Yazar	Tanım
Ghaziuddin ve ark., 1992 (34)	Kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişimi olarak belirtilmiştir.
LeBlanch, 1993 (35)	Ortama uyamamanın ve hoşnutsuzluğun aynada bir yansıması olarak belirtilmiştir.

Favazza (1998), KZVD'yi "kişinin yaşamını sonlandırma amacı olmaksızın kasıtlı olarak ve tekrarlayıcı biçimde beden dokularına zarar vermesi" olarak tanımlamıştır (36). Yazında KZVD ile ilgili ortak olan özellikler; vücudun belirli bölümlerine zarar verilmesi, tekrarlayıcı olması, kasıtlı olması ve ölüm niyetinin olmamasıdır (37,36). Vücut bütünlüğünün zarar gördüğü ancak kültürel olarak kabul gören piercing, dövme yaptırma gibi durumlar ya da nesiller arası aktarılan kültürel ritüeller, dinsel ayinler bu kavramın dışında bırakılmıştır (38). Kasıtlı olarak yapılan kendini kesme, çizme, deriyi yolma, kazıma, yakma ve benzeri davranışlar KZVD'ler arasında yer almaktadır.

Favazza'ya göre KZVD'yi tanımlamakta kullanılan dört ölçüt şunlardır:

1) Kendini kesme ya da yakma davranışlarından birisini sürekli tekrarlaması,

2) Kendine zarar vermeden önce gerilim duygusuna sahip olması,

3) Fiziksel acıyla beraber rahatlama, zevk alma ve hoşuna gitme duygusunu yaşaması,

4) Utanma duygusu ve sosyal olarak damgalanma korkusu karşısında kendine zarar vermenin izlerini ya da kanı gizlemeye çalışmasıdır (39).

Çocuk ve ergen psikiyatrisinde kullanılan tanı ölçütleri incelendiğinde, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-Son Gözden Geçirilmiş Baskısı (DSM-IV-TR)d (40) ve Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması Onuncu Baskısında (ICD-10) (41) ayrı bir klinik durum olarak tanımlanmamıştır. DSM-IV-TR'de basmakalıp davranış bozukluğunda "işlevselliği bozan ya da tedavi almayı gerektirecek kadar; kendi kendini ısırma, derisini yolma, kafa vurma, vücuduna vurma gibi yineleyici ve işlevsel olmayan motor hareketler" ve borderline kişilik bozukluğunda "kendine zarar veme (kendine kıyım) davranışları" olarak yer almaktadır (40).

KZVD'nin farklı bir klinik durum olduğu konusunda fikir birliği oluşmasının ardından ve DSM-5 (*Section 3- Emerging Measures and Models- Condition for*

Further Study)'te gelecek çalışmalara yön verecek ayrı bir klinik durum olarak ele alınmasına karar verilmiştir (12). Mevcut DSM-5 önerisine göre, kendine zarar verme davranışının olası tanı ölçütleri şu şekildedir:

Kendine zarar verme davranışı

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

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

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

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

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

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

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

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

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

F. Davranış, psikotik atak sırasında, deliryum ya da entoksikasyon halinde ortaya çıkmamıştır. Gelişimsel bozukluğu olan kişilerdeki stereotipik davranışın bir parçası değildir. Başka bir ruhsal ya da tıbbi hastalığın parçası değildir (ör: psikotik

bozukluk, yaygın gelişimsel bozukluk, mental retardasyon, Lesch-Nyhan Sendromu, kendine zarar verme ile giden stereotipik davranış bozukluğu, trikotillomani, deri yolma bozukluğu).

Tarihçe

KZVD ile ilgili yazılar antik çağlardan beri bulunmaktadır. Herodot, Tarih'in Altıncı Cildi'nde "Bıçağı eline alır almaz Kleomenes incik kemiğinden başlayarak kendini kesmeye başladı. Uyluklarına, kalçalarına ve yanlarına doğru ilerleyerek kendini dilim dilim kesti ve göbeğine vardığında onu da kuşbaşı doğradı." şeklinde anlatmıştır (36).

Eski Ahit'te bıçak ve neşter ile kendilerini kesen bir gruptan bahsedilmektedir. Yeni Ahit'te Markos İncili'nde "Cinlerin hükmündeki bir adamın gece gündüz mezarların etrafında ve tepelerin eteklerinde bağırdığı ve kendisini taşla kestiği" belirtilmiştir (36).

Yunan mitolojisinde Sophocles'in Kral Oedipus trajedisinde Oedipus'un babasını öldürüp annesiyle evlendiğini öğrendiğinde suçluluk ve günahkarlık duyguları içinde gözlerini çıkarıp Tebai kentini terk ettiği anlatılmaktadır. Norveç mitolojisinde Odin, sularında bilgelik ve zeka taşıyan Mirmir Irmağı'nın suyundan tek bir yudum içebilmek için gözlerinden birini vermiştir (32,42).

İlk genital kendini yaralama vakası 1882'de yayınlanmıştır (36). Lewis (1927-1928, 1931) ensest mekanizmasının harekete geçtiğini ifade etmek için kendilerini fiili ya da sembolik olarak hadım eden hastaların psikodinamiklerini açıklamak için Eshmun kompleksi terimini ortaya atmıştır. Eshmun, annesi tanrıça Astroane'nin cinsel teşebbüslerinden sakınmak için kendini hadım eden yakışıklı bir Fenike doğa tanrısıdır (36,43,44).

"*Man Against Himself* (Kendine Karşı İnsan)" adlı kitabında Menninger (1938), KZVD'nı intiharı önlemeye yönelik hafifletilmiş bir intihar girişimi olarak tariflemiştir. Menninger genital organları kesmeyi tüm kendini yaralama davranışlarının prototipi olarak almış ve kesilen herhangi bir beden parçasının genital organı temsil ettiğini öne sürmüştür. "Bir yandan hafifletilmiş bir intihar biçimi gibi görünürken kendini yaralama aslında toptan yok olmayı yani intiharı önlemeye yönelik bir feda oluşumudur" sonucuna varmıştır. Menninger kendine zarar verme

derecesinin önemine, hangi vücut parçasını hedef aldığına, davranışın arkasındaki psikodinamik etkenlere ve kendine zarar vermenin kişinin kültürel içeriğindeki anlamına vurgu yapmıştır (36,45).

Tıbbi litaratürde KZVD ile ilgili olarak 1946'da suçluluk duyguları içinde her iki gözünü çıkaran ilk kadından bahsedilmiştir. Bu kadın sokaklarda çırılçıplak dolaşıp herkesten kendisiyle evlenmesini istedikten sonra hastaneye kaldırılmış ve orada gözlerinin günah dolu olduğunu hissetmiş, İncil'de Matta'nın harama bakan gözleri çıkarmakla ilgili sözlerini okuduktan sonra her iki gözünü de çıkarmış ve doktordan bacak ve ayaklarını kesmesini istemiştir (33).

1990'lı yıllardan sonra kendine zarar verme ile ilgili çalışmalarda belirgin artış olmuştur.

Epidemiyoloji

Ergenlik döneminin intihar düşünceleri, intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışı açısından riskli bir dönem olduğu düşünülmektedir. KZVD, özellikle sorgulanmadığında hastalar tarafından belirtilmediği için saptanması zor olan bir davranıştır.

KZVD, genellikle ergenlik döneminde başlamaktadır; ergenlik ve genç yetişkinlikte, erişkin yaş grubuna göre daha fazla görülmektedir. Swannell ve ark. (2014)'nın yaptığı KZVD prevalansına ilişkin toplum örneklemli meta analizde ergenlerin %17,5'inde ve genç yetişkinlerin %13,4'ünde yaşam boyu en az birkez KZVD'de bulunduklarını bildirmişlerdir, bu oran erişkinlerde %5,5 olarak tespit edilmiştir (4). Kendine zarar verme davranışının görülme sıklığı klinik örneklemlerde artmaktadır. Klinik örneklemli çalışmalarda bu oran %40-61 arasında bulunmuştur (6,7); erişkinlerde ise bu oran %19-25'dir (38). Üniversite öğrencileri arasında ise yaşam boyu en az bir kez kendine zarar verme davranışı sıklığı %17'dir (46).

Jacobson ve Gould (2007), kendine zarar verme davranışı olan ergenlerle yapılmış araştırmaları gözden geçirdikleri çalışmalarında; KZVD'nin hayat boyu yaygınlığını %13-23,2 (47-51); bir yıllık yaygınlığını da %2,5-12,5 olarak bildirmişlerdir (49,52). Yazarlar, derledikleri araştırmaların okula devam eden ergenlerle yapılmış oluğunu eklemişler, bu doğrultuda okula devam etmeyen ergenlerde psikopatolojinin daha yaygın olması nedeniyle gerçek KZVD oranlarının

daha yüksek olabileceğini vurgulamışlardır. Yaygınlık araştırmalarında rapor edilen geniş aralığın, çalışmalarda farklı değerlendirme yöntemleri ve tanımların kullanılmasına bağlı olabileceğini ileri sürmüşlerdir (53).

Ülkemizde son dönemde yapılan bir çalışmada lise çağındaki gençlerin %20'sinin yaşamında en az bir kez KZVD gösterdiği saptanmıştır (54). Başka bir çalışmada gençler arasında KZVD oranı %25,4 olarak bildirilmiştir (42). İstanbul'da lise öğrencileri arasında Zoroğlu ve ark. (2003) tarafından yapılmış olan bir çalışmada, KZVD sıklığı %21,4 olarak bulunmuştur; kız ve erkek katılımcılar arasında fark bulunmamıştır (51). İstanbul'da 1258 ergenin katıldığı bir çalışmada, çalışmaya katılan olguların oldukça yüksek bir oranda; %57'sinin en az bir kez kendine zarar verdiği bildirilmektedir (55). 2006 yılında iki devlet üniversitesinden 636 katılımcının yer aldığı bir çalışmada ise öğrencilerin %15,4'ünde kendine zarar verme davranışı saptanmıştır (56). Sokakta yaşayan ve 21 yaşından küçük olan çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada KZVD %20,6 bulunmuştur (57).

Genellikle 10-24 yaş arasında başlamaktadır ve ortalama başlama yaşı 13-14 yaş olarak bildirilmektedir (58,59). İzmir' de lise öğrencileri arasında yapılmış bir çalışmada KZVD başlama yaşı 13,6 olarak saptanmıştır (60).

KZVD bazı gençlerde tekrarlayıcı bir davranış olarak sürmektedir. KZVD sıklığı bireyden bireye değişmektedir. Muehlenkamp ve Gutierrez'in çalışmasında olguların %2'i 1 kez, %3'ü 2-3 kez, %20'si de 4'den fazla kez KZVD'de bulunmuşlardır (49). Ross ve Heath'in çalışmasında ise olguların %13'ünün her gün, %27,9'unun haftada 2 kez, %19,6'sının ayda 2 kez, %18'inin 1 kez, %19,6'sının da epizodik olarak kendilerini yaraladıkları saptanmıştır (50).

Ergenlerin %40'ının 1 sene içinde, %80'inin de 5 yıl içinde kendine zarar vermeyi bıraktığı bulunmuştur (46). Genellikle ergenlik döneminde başlayan KZVD'nin zamanla artma, azalma ya da süreğenleşme ile seyredip birçok kişide 10-15 yıl sonra sonlandığı görülmektedir (61,62).

Ergenlerde yapılan çalışmalarda en sık kullanılan KZVD yöntemlerinin; kendini kesme ve vurma olduğu belirtilmiştir (51). Saptanan diğer metodlar yara iyileşmesini engelleme, yarayı kazıma ve kendini ısırmaktır (63). Kendini kesme, deriyi kazıma, yakma, vb. eylemler, KZVD'nin daha ağır formları olarak görülürken vücudu bir yere çarpma, iğne batırma, saçını çekme, yara iyileşmesine engel olma gibi

davranışları da daha hafif formlar olarak nitelendirmişlerdir. Daha ağır formlar daha ağır psikopatoloji ile ilişkilendirilmiştir (64).

Yazında KZVD'nin kızlar ve erkekler arasında dağılımı konusunda farklı sonuçlar mevcuttur. Kimi çalışmalar KZVD'yi, kızlarda ve erkeklerde eşit oranlarda (38,51) raporlamışken; bazılarında kızlarda, erkeklere göre daha sık bildirilmiştir (50,65).

Sınıflandırma

Kendine zarar verme davranışı ilk olarak dinsel, nevrotik ve psikotik olmak üzere sınıflandırılmıştır (33). Kendine zarar verme davranışıyla ilgili olarak birçok farklı tanımlamanın yapılması, sınıflandırmanın gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Kendine zarar verme davranışı için yapılan sınıflandırmalar Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Kendine zarar verme davranışıyla ilgili yapılan sınıflandırmalar

Yazar	Sınıflandırma
Pattison ve Kahan, 1983 (37)	Kendine zarar verme davranışını ölümcül olup olmama, kullanılan yöntem ve sayısına göre sınıflandırmışlardır.
Feldman, 1988 (66)	Kuramsal temelden bağımsız olarak, zarara uğrayan beden bölgelerine göre kendini kesme, gözünü ve cinsel organını kesme olarak sınıflandırmışlardır.
Winchel ve Stanley, 1991 (67)	Hastaların tipi ve ortaya çıkan klinik durumlara göre zeka geriliği olan kişilerde, psikotik hastalarda ve ön planda borderline ve kişilik bozukluğu olanlarda görülen kendine zarar verme davranışı olarak tanımlanmıştır.
Favazza ve Rosenthal, 1993 (61)	Yüzeysel ya da hafif derecede, major ve stereotipik kendine zarar verme olarak üç grupta sınıflandırmışlardır.

Favazza ve Rosenthal (1993), kendine zarar verme davranışını hem birçok psikiyatrik bozukluğun bir semptomu, hem de bağımsız bir sendrom olarak değerlendirmişler ve bu davranışları üç temel grupta sınıflandırmışlardır (61).

1)Major kendine zarar verme

2)Stereotipik kendine zarar verme

3) Yüzeysel veya hafif-orta derecede kendine zarar verme

Daha sonra geliştirilerek major, stereotipik, kompulsif ve impulsif kendine zarar verme şeklinde dört gruba ayrılmıştır (61).

Major kendine zarar verme; yaşamı ciddi olarak tehdit edebilen veya geri dönüşümsüz vücut hasarı oluşturan kendine zarar verme davranışlarını tanımlamaktadır. Gözünü çıkartma, kastrasyon, kol ve bacak ampütasyonu gibi bu grupta yer alan zarar verme davranışları, özellikle psikotik bozukluklarda görülmektedir. Psikotik hastalar altta yatan ağır algı ve düşünce bozukluğunun sonucunda kendilerini yaralarlar ve davranışlarındaki mantık dışılığın farkında değildirler. Psikotik hastaların ağrı duymadıkları ve sıklıkla zarar vermenin onları huzura kavuşturduğu ileri sürülmektedir. Kendi genitallerine zarar veren erkek hastalarda yapılan bir çalışmada, %87'sinin olay sırasında psikotik olduğu tespit edilmiştir (36,61).

Stereotipik kendine zarar verme; herhangi bir kişisel ve sosyal içerikten bağımsız, tekrarlayıcı, monoton, ritmik, çoğu zaman dürtüsel şekilde hafif veya yaşama zarar verici boyutta olabilen kendini zarar verme davranışlarını içermektedir. Bunlara örnek olarak başını çarpma, kendine vurma, yüzünü tokatlama, dudak ve parmak ısırma, kendini ısırma ve saç yolma, kafa sallama, göz yuvalarına baskı uygulama verilebilir. Mental retardasyonu ve ağır yaygın gelişimsel bozukluğu olan olgularda görülmektedir. Ek olarak, bu davranışlar otistik bozukluk, akut psikotik durum, şizofreni, Lesch-Nyhan Sendromu, Tourette Sendromu, Corneila de Lange Sendromları, temporal lop epilepsisi ve obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkili semptomlar veya özellikler olarak ortaya çıkabilir. Bilinçli bir eylemden çok biyolojik yönü güçlü dürtüsel davranışlardır (68).

Kompulsif kendine zarar verme; gün içerisinde sıklıkla tekrar eden, genelde bilinçsiz ve ritüalistik şekilde saç yolma, tırnak yeme, deriyi kopartma ve çizme gibi davranışları tanımlar. Kompulsif kendine zarar verme davranışı, DSM-IV-TR tanılarından trikotillomani ve kendine zarar verme davranışının eşlik ettiği stereotipik hareket bozukluğu ile uyumludur. Kronikleştikten sonra bu davranışları yapmamak kişide stres oluşturabilir ve devam eden davranışlar vücutta şekil bozukluklarına yol açabilmektedir (68).

İmpulsif kendine zarar verme; impulsif agresyonun dışa vurma şekilde ortaya çıkması sonucunda, eylemi yapan kişiye stres karşısında hızlı ve kısa süreli rahatlama

sağlayan davranışları içerir. Deriyi kesme, yakma, yontma, şekil kazıma, yara iyileşmesine engel olma, kendine vurma, kemiklerini kırma, iğne batırma gibi davranışlar bu grupta sık görülmektedir. İntihar niyeti taşıyan davranışlar ile açlıktan ölme ve madde kullanma gibi dolaylı yollardan kendine zarar verme bu tanımın dışında bırakılmıştır. İmpulsif kendine zarar verme epizodik ve tekrarlayıcı kendine zarar verme şeklinde ikiye ayrılmaktadır. *Epizodik tip*, düzensiz bir şekilde ve sınırlı sayıda kendine zarar vermeyi içermektedir. Bu kişiler kendilerini daha iyi hissetmek veya duygularını kontrol altına almak için kendilerine zarar vermektedir. *Tekrarlayıcı tipte* ise sık ve çok sayıda kendine zarar verme davranışı görümektedir (68). İmpulsif kendine zarar verme davranışı tipik olarak erken ergenlik döneminde ortaya çıkar ve erişkinlikte kronik hale gelir.

Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar Girişimi

İntihar girişimi ile kendine zarar verme davranışının birlikte ele alınması kavram karışıklığına yol açmakta; aslında iki fenomenin birbirinden farklı amaçlara hizmet ettiği gerçeğinin üzerini örtmektedir (69).

Kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi arasında karmaşık bir ilişki vardır. KZVD daha sonraki intihar girişimi riskini arttırmaktadır (4). Bir çalışmada kendine zarar verenlerin 6 ay içinde acil servise intihar girişimi ile başvurma oranı %0,6 olarak saptanmıştır (70). Bir başka bakış açısıyla da, kendine zarar verme davranışının işlevleri arasında intihardan kaçınma, intihar dürtüsünü kendine zarar vererek engelleme olduğu hipotezi öne sürülmektedir (14,59). Böylece kendine zarar verme davranışları, hem intihar davranışına zemin hazırlayan hem de intihardan kaçınma işlevi gören bir role sahiptir.

Etiyoloji

Kendine zarar verme davranışının etiyolojisi birçok açıdan araştırılmaya çalışılmıştır ve genel olarak psikodinamik, nörobiyolojik ve psikososyal etmenler sorumlu tutulmuştur.

Psikodinamik Etkenler

Tüm diğer duygulanımlar gibi saldırganlık için de aynı gelişimsel sekans bulunmaktadır. Özellikle irritabilite ve öfke doğumdan itibaren bulunmaktadır ancak

yoğunlukları büyük oranda genetik faktörlerden etkilenmektedir. Öfke, zararlı uyarandan organizmanın kurtulma reaksiyonudur. Bebeğin otonomisinin giderek gelişmesine yönelik çabaları, dokuz ve onaltıncı aylar arasında, kaçınılmaz olan çatışmayı başlatır ve içte artan bir ambivalans halini alır. İnhibisyon, inkar, düşmanlığın yer değiştirmesi ve bölünme ortaya çıkmaya başlar. Bunu annenin hükümlerinin içselleştirilmesinin başlaması izler. Bu erken dönem içselleştirmeler süperego öncülleridir. Çocuk yalnız annenin onaylamaması durumuyla ve sevgisini yitirmek ile değil, aynı zamanda kendisinin öfkesinin ona yönelmesi ve onun yıkıcılığı konusunda da endişelidir. Çocuk iyi ilişkiler kurma yönünde hareket ederken ve simbiyoz alarmı ile otonominin çekici yönü arasında kalmışken, içselleştirilmiş olan içerleme ve düşmanlık duyguları artık nefret olarak yapılanabilir. Böyle bir duygu obje olarak kendiliğine yönelik olarak canını acıtma ve mazoşizm olarak yer değiştirebilir (71).

Kişilerin kendine zarar verme motivasyonunu anlamaya çalışan Kafka (1969), Winnicott'un geçiş objeleri kavramına başvurmuştur. Kendine zarar veren bir hastanın kendi kanı ile rahatladığını fark etmesi ile hastanın kendi kanının internalize anne temsilcisi olduğunu, kriz dönemlerinde rahatlatıcı bir geçiş objesi şeklinde eksternalize etmeye çalıştığını ileri sürmüştür. Dolayısıyla, kendine zarar verme motivasyonu, dayanılmaz gerilim hissini azaltma gereksiniminden kaynaklanmaktadır (72).

Erken dönemde yaşanılan örseleyici deneyimler ve birincil nesnelerle ilişkilerden kaynaklanan saldırganlık, kendini kesme ile sonuçlanır. Kendine zarar verme, içselleştirilmiş örseleyici acı veren deneyimlerin ve içsel çatısmaların, "somut" şekilde kendini tekrar etmesidir. Örseleyen ve örseleyici, aynı bireyde birleşik durumdadır. Kendine zarar verme; aynı zamanda güç gösterisi, meydan okuma, özerkliğin ve bağımsızlığın dışavurumu ve umutsuz bir kendini kontrol çabası olarak işlev görür. Kendine zarar verenler ne içinde bulundukları tehlikeyi algılar, ne de korunma gereği duyarlar. Aynı zamanda, tehlikeli eylemler tümgüçlülüğün sergilenmesidir (73).

Duygu düzenleme modeline göre kişi baskı yaratan ve acı veren duygularla baş edebilmek ve duygudurumunu düzenlemek için KZVD'ye yönelmektedir. Bu kişiler kendi kaygı ve öfkelerini içsel olarak düzenleyemedikleri, gerginliği azaltmak için

gerekli sağlıklı baş etme becerilerinden yoksun oldukları için, kendi duygularını ifade edemeyeceklerini hissetmektedirler. Bu gerginlikten kurtulmak ve sakinlik duygusu sağlamak için KZVD gösterirler (74). Yazında bu modele destek gün geçtikçe artmaktadır.

Tüm insanlar birbiriyle rekabet eden yaşam dürtüsüne ve kendiliğe zarar verici dürtülere sahiptir. Bu iki dürtü arasında bilinçdışı çatışmadan dolayı ortaya çıkan depresyona verilen tepki, kısmi bir özkıyım türü olan KZVD ile sonuçlanır. Bu kişiler depresyonlarıyla baş edebilmek için yaşam ve ölümün arasını bulmaya çalışmakta ve kendilerine zarar vermektedir (32). Böylece kişiler tehlikeli bir davranışta bulunarak ölüm korkusunu kontrol edebildikleri yanılsaması yaratmaktadır.

Disosiyasyon duygusunun, terk edilmişlik veya izolasyon duygusu sonucu meydana geldiği kabul edilmektedir. Bu durum gerçekdışılık veya hissizlik duygusuna yol açmaktadır. Sonuç olarak gençlerin depersonalizasyon deneyimini sona erdirmek ve kendilik hissini yeniden kazanmak için KZVD gösterdiği varsayılmaktadır. KZVD sonucu akan kanın kişilerin canlı ve gerçek olduğunun kanıtı olduğu, yara izlerinin kendi kimliklerinin hatırlatıcısı olduğu öne sürülmektedir. Bu modeli destekleyen çalışmalar genellikle Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile birliktelik göstermektedir (75).

Nörobiyolojik Etkenler

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

Opiyat Sistemi

KZVD'nin opiyat reseptörlerinin uyarılması sonucunda oluştuğu belirtilmiştir. KZVD gösteren etiyolojileri farklı mental retardasyon olgularında opiyat antagonistleri verildiğinde hastaların 2/3'ünde iyileşme olduğu belirtilmiştir. KZVD'de opiyat sistem düzensizliğinin diğer bir göstergesi endojen opiyat ölçümlerinden kaynaklanmıştır. KZVD olan birçok hastada, ağrıya duyarsızlığın opioid aktivitede epizodik artış teorisi ile açıklanabileceği belirtilmiştir (76). Opiyat reseptör antagonistlerinin borderline kişilik bozukluğu, mental retardasyon ve otizmde

kendine zarar verici davranışları azalttığı gösterilmiştir (77). Stanley ve ark. (2010) kontrollere göre kendine zarar verme davranışında bulunanların β-endorfin ve endojen opioid seviyelerini belirgin derecede daha düşük saptamıştır ve bunun kendine zarar verici davranış geliştirmek için bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte düşük endorfin düzeylerinin kendine zarar vermenin bir nedeni veya sonucu olup olmadığı belirsizdir (78). Endojen opiyatlar, ağrı eşiğini yükselterek eylem sırasında ağrı duyulmasını önlemektedir. Kendine zarar veren ve yüksek ağrı eşiği olan kişilerle yapılmış olan çalışmalarda, merkezi ve periferik opiyat düzeylerinin yüksek olduğunun gösterilmesi bu görüşü desteklemektedir (79).

Dopamin Sistemi

Opiyat antagonistlerinin KZVD'yi azaltıcı etkilerini dopamin sistemi üzerindeki dolaylı etki ile göstermiş olabilecekleri, bu nedenle de KZVD'nin patofizyolojisine opiyat disfonksiyonunu katmamak gerektiği öne sürülmüştür (76). Kendine zarar verme davranışlarının kompulsif ve stereotipik olarak gözlendiği Lesch-Nyhan Sendromunda, kendine zarar verici davranışlar ile dopaminerjik sistem bozukluğu ve dopamin reseptör aşırı duyarlılığı arasında bağlantı kurulmuştur (80).

Bu bulguların aksine intihar niyeti olmadan kendine zarar veren kişilerin BOS dopamin metabolitleri açısından kontrol grubundan farklı olmadığı bildirilmiştir (78). Araştırmacılar tarafından Lesch-Nyhan Sendromu (81-83) ve Tourette Sendromu (84,85) bulunan hastalarda kendine zarar verici davranışların, dopaminerjik aktivite disregülasyonu ve dopamin reseptörü aşırı duyarlılığıyla ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür. Lloyd ve ark. 1981 yılında yaptıkları çalışmada merkezi sinir sistemi dopamin ve metabolitlerinin Lesch-Nyhan Sendromu bulunan hastalarda belirgin derecede daha düşük olduğunu göstermişlerdir (86).

Sokol ve ark. 1987 yılında yaptıkları bir çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu bulunan dört hastada, uyarıcılar (dekstroamfetamin ve metilfenidat) verilmesiyle kendini ısırma davranışının ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Bu vaka serisinde araştırmacılar hiperaktivite ve dikkat eksikliği bozukluğunda dopamin hipoteziyle uyumlu olarak bu hastalarda dopamin işlevinde disregülasyon bulunduğunu ileri sürmüşlerdir. Araştırmacılar ayrıca, süpersensitif dopaminerjik sistemde bu uyarıcıların dopamin agonisti aktivitesinin, Lesch-Nyhan Sendromu bulunan kişilere ilişkin olarak da belirtildiği gibi, kendini ısırmayla sonuçlanıyor

olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Ancak bu hastalara uyarıcı verilmesinin diskineziler ve tik ortaya çıkardığı bilinmekle birlikte, kendini ısırma davranışının sık olarak görülmediğini belirtmişlerdir (87).

6-hidroksidopaminle dopaminerjik nöronlara kimyasal denervasyon yapılan sıçanlarda dopamin agonistleri (örneğin L-dopa ya da apomorfin) verildiğinde kendini ısırma davranışı ortaya çıkmasının gözlemlenmesi bu modeli savunanları desteklemiştir (88). Goldstein ve arkadaşları 1985 yılında yaptıkları çalışmada bu bulguyu desteklemişlerdir (89).

Serotonin Sistemi

İntihar niyeti olmayan kendine zarar verici davranışlarda da intihar davranışında olduğu gibi BOS serotonin düzeyinin azaldığı bildirilmektedir (67). Kendine zarar verme davranışının yaygın olduğu borderline kişilik bozukluğunda, serotonin geri alım inhibitörlerinin kendine zarar verme davranışını azalttığı gösterilmiştir (90).

İntihar niyeti olmadan kendine zarar verme öyküsü olan kız ergenlerde yapılan bir çalışmada periferik serotonin düzeyi kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur (91). Bu bulgularla birlikte yetişkinlerde yapılan bir çalışmada ise intihar niyeti olmadan kendine zarar veren kişilerle kontrol grubu karşılaştırılmış ve BOS 5-hidroksiindolasetikasit düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (78). Serotoninle ilgili genetik araştırmaların değerlendirildiği metaanaliz çalışmasında serotonin taşıyıcı gen polimorfizmiyle kendine zarar verme ve intihar davranışları arasında bir bağlantı bulunamamış; benzer psikiyatri tanısı olan hastalardan kendine zarar verme davranışı olanların genotipinde daha sık "S" alleli saptanmıştır (92).

Agresyonu serotonerjik eksikliğe bağlayan hayvan deneyleri verileri ve kendine zarar verme davranışının bir çeşit agresyon olduğu önerisi ışığında, Mizuno ve Yugari (1975) yaptığı bir çalışmada Lesch-Nyhan Sendromu bulunan ve kendine zarar verme davranışları gösteren dört hastaya bir serotonin öncülü olan 5-hidroksitriptofandan 1-8 mg/kg/gün dozunda uygulamışlardır. Araştırmacılar dört hastada da ilaca başlandıktan sonraki üç gün içinde kendine zarar verme davranışlarında çarpıcı bir iyiye gitme olduğunu bildirmiştir. İlaç tedavisi kesildikten sonraki 15 saat içinde bütün hastalar kendilerine zarar vermeye yeniden başlamıştır. Bu cesaret verici deneyim Lesch-Nyhan Sendromu bulunan çocuklarda kendine zarar

verme davranışların tedavisinde başkalarının da serotonin öncülleri kullanmasıyla sonuçlanmıştır (93)

Kendine zarar verme davranışında serotonerjik sistemin rolüne ilişkin düşünülecek başka bir yön, özelliklerinden bazılarının serotonerjik işlevde değişiklikle ilişkili olduğu düşünülen başka bir sendrom olan obsesif kompulsif bozukluk ile ortak olmasıdır (94). Her iki hastalığın ortak özellikleri; kişinin mantıksız bulacağı bir eylemi yapmak için dayanılmaz bir dürtü hissetmesi, bu davranışa direnme girişimiyle ilişkili olarak giderek artan bir gerginlik ve eylemi yaptıktan sonra anksiyetenin azalmasıdır. Obsesif kompulsif bozukluk bulunan hastalarda serotonerjik işlevde değişme olduğuna ilişkin kanıtlar, hem serotonin geri alım inhibitörleriyle tedavinin etkili olmasından hem de BOS'ta serotonin metaboliti 5-hidroksi indolasetik asit konsantrasyonu çalışmalarından elde edilmiştir (94,95). Bunun yanı sıra obsesif kompulsif bozukluk bulunan sekiz hastaya bir serotonin reseptör agonisti olan m-klorofenilpiperazin uygulanmıştır. Altı hastada semptomlarda önemli ölçüde alevlenme ortaya çıkmıştır (96).

Patel ve ark. (1988) tekrarlayan major depresyonu bulunan bir hastanın kendine zarar verme davranışlarının trazodon tedavisi ile belirgin düzeyde azaldığını belirtmişlerdir (97). 5- hidroksi indol asetik asit, serotoninin major bir metabolitidir ve BOS'taki konsantrasyonunun beyinde serotonin konsantrasyonunun güvenilir bir endeksi olduğu belirtilmektedir (98). Yapılan bir çalışmada major depresyon bulunan 21 hastada BOS'ta 5- hidroksi indol asetik asit düzeyleri ve hastalarda kendine zarar verme davranışı olup olmadığı değerlendirilmiştir. 21 hastanın 5'inde kendine zarar verme davranışı olduğu görülmüştür. Kendine zarar verme davranışı olan bu 5 hastanın BOS 5- hidroksi indol asetik asit düzeyleri kendine zarar verme davranışı olmayan 16 hastaya göre önemli ölçüde daha düşük bulunmuştur (99).

Hipotalamik-hipofizer-adrenokortikal eksen

Erken dönemde travmatik olaylara maruz kalmanın, kişilerin hipotalamik-hipofizer-adrenokortikal (HPA) ekseninde ve beynin ağrı işleme merkezlerinde bozukluklara yol açtığı ileri sürülmüş; aynı zamanda her iki sistemin emosyon regülasyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (100). Daha yeni bir çalışmada, deneysel olarak uyarılan bir sosyal stres programını takiben HPA eksenindeki düzensizlik KZVD ile ilişkili bulunmuştur(101).

Psikososyal Etkenler

İstismara uğrayan kişi zaman zaman yaşadığı bu travmatik yaşam deneyimlerini hatırlar ve bu durum kişiye sıkıntı verir. Geçmişte kendilerine karşı yapılan istismar akıllarına geldiğinde kendilerini daha çok zarar verdikleri görülmektedir. Çocukluğunda cinsel istismara uğrayan kadınların duygusal acılarını bastırmak için kendilerini kestikleri belirtilmektedir. Ensest vakalar kendilerinden utandıkları için kendilerine yönelik cezalandırıcı davranışlarda bulunmaktadırlar. Suçluluk, utanma, olumsuz kendilik algısı, ihanete uğrama hisleri çocuklukta yaşadıkları istismarlar sonucunda oluşmaktadır. Kendinden utanma, nefret etme ve değersiz hissetmenin sonucunda ortaya çıkmaktadır. Öfke ve kendini cezalandırma olarak da karşımıza çıkmaktadır (102).

Muehlenkamp ve ark. (2010) cinsel ve fiziksel istismar ile KZVD ilişkisini araştırdıkları çalısmalarında fiziksel istismar ile KZVD arasında cinsel istismara göre daha güçlü bir ilişki bulmuşlardır (103).

Kendine zarar veren ergen ve yetişkinlerle yapılan çok sayıda araştırma kendine zarar verme davranışı ile çocukluk çağında yaşanan travmalar arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Çocukluk döneminde fiziksel istismar ve duygusal ihmale uğrayan kişilerde kendine zarar verme davranışları daha sıktır (104). 43 araştırmanın değerlendirildiği bir metaanaliz çalışmasında cinsel istismarın kendine zarar verme için ılımlı bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (105).

Vakalarda kendine zarar verme davranışının yüksek kaygı düzeylerinde ortaya çıktığı, yalnız kaldıklarında denedikleri ve yara izlerini saklama eğilimi içinde oldukları gözlenmektedir. Biçimi nedeniyle kendine zarar verme davranışının manipulatif olmaktan çok, yüksek derecedeki kaygının bedensel acı ile yer değiştirerek azaltılmasına yardımcı olduğu belirtilmiştir (106).

Aile özellikleriyle ilgili olarak yapılan izlem çalışmalarına göre çocukluğunda bir süre de olsa ailesinden ayrı kalan veya ailesi boşanmış ergenlerin kendine zarar verme riski daha yüksekken; olumlu ailesel ilişkilere sahip olan ergenlerin kendine zarar verme riski düşük bulunmuştur (56). Ailesel faktörlerin başka dışsal faktörlerle birlikte ergenlerin sorunlarını çözmede yetersizliğe neden olduğu ve ergenlerde kendine zarar verme için riskli psikolojik süreçlere yol açtığı öne sürülmektedir. Ayrıca uygun olmayan ailesel ve dışsal süreçlerin ergenlerin özsaygı ve kimlik

oluşumuna olumsuz etki ettiği, bunun da kendine zarar verme ile ilişkili olduğu gösterilmiş, depresyon ve umutsuzluğa yol açtığı belirtilmiştir (107). Kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerin ailelerinde kendine zarar verme öyküsü sıktır. Aile bireylerinden birinde fiziksel bir hastalık veya psikopatoloji olmasının, alkol ve madde kullanım bozukluğunun bulunmasının, ergenlerde ortaya çıkan kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (104,108).

Ailesel yüksek emosyonel dışavurumun da ergenlerin kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (109). Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin sırlarını aileleriyle daha az paylaştığı bildirilmiştir (110). Kendine zarar verme davranışı olanların annelerinin daha fazla oranda intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (111).

Kendine zarar veren ergenlerin en azından bir kısmında bulaşma etkisinin kendine zarar verme davranışına yol açtığı belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %82,1'i en az bir kendine zarar veren arkadaşı olduğunu bildirmiştir (112). Kızların ve yaşı küçük ergenlerin bulaşma etkisine daha çok maruz kaldıgı ifade edilmektedir (113).

Kişisel Psikolojik Etkenler

Duyguları dışa vurmada güçlükler: Kendine zarar veren ergenlerin deneyimlerine uygun duygulanım yaşamadıkları, duygulanımlarını uygun şekilde ifade edemedikleri ve duygularının tam olarak farkında olmadıkları gösterilmiştir (59).

Olumsuz kendilik algısı: Kendine zarar veren ergenlerde; kendini aşırı eleştirme, kendinden hoşlanmama, kendine yöneltilmiş yoğun öfke bulunmaktadır. Kendini cezalandırma isteği ve kendine öfke duyma kendine zarar verme davranışı için güçlü motivasyon sağlayan öğelerdir. Kendine zarar verme davranışı olumsuz kendilik algısını artırırken, özsaygıyı azaltmakta ve böylelikle kendine zarar verme için bir kısır döngü oluşmaktadır (59).

Olumsuz duygulanım: Kendine zarar veren bireylerin kendine zarar vermeyen bireylere göre günlük hayatlarında daha sık ve şiddetli olumsuz duygulanımlar yaşadığı bilinmektedir. Kendine zarar verenlerde olumsuz mizaç, emosyon disregülasyonu, depresyon ve anksiyetenin daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur (58,114,115). Olumsuz duygulanım kendine zarar verme için bir risk faktörü

olabileceği gibi, kendine zarar verme davranışı olumsuz duygulanımdan kurtulmak için bir işlev görüyor olabilir.

Sosyal problem çözme becerisindeki güçlükler: Bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin sosyal problem çözme becerilerinin kendine zarar vermeyen ergenlere göre daha kötü olduğu gösterilmiştir (116).

Düsük stres toleransı: Kendine zarar veren 12-19 yaş aralığındaki ergenlerin sağlıklı ergenlerle karşılaştırıldığı bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin stres karşısında daha az dayanıklı oldukları bulunmuş, problemler karşısında fizyolojik olarak yüksek stres düzeylerine ulaştıkları deri iletkenlik testiyle gösterilmiştir (116).

İmpulsivite: Kendine zarar veren kişilerin kontrollere göre daha impulsif olduğu belirtilmektedir. Kendine zarar verenlerin çoğu eylemi beş dakikadan daha kısa bir süre içerisinde gerçekleştirmektedirler. Ayrıca alkol-madde kullanımı, patolojik kumar, tıkınırcasına yeme bozukluğu gibi impulsivitenin belirgin olduğu durumlarda kendine zarar verme daha sık görülür. Glenn ve Klonsky (2010) çalışmalarında KZVD'si olan kişilerin impulsivitenin, olumsuz durumlarda ani karar verme, eylem öncesi plan yapabilmek için eylemi geciktirme, heyecan arama gibi alt boyutlarının kendine zarar verme davranışını yordadığını bulmuşlardır (117).

Disosiyatif yaşantılara yatkınlık: Yapılan çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerin sağlıklı ergenlere göre daha çok disosiyatif belirti gösterdiği bulunmuştur. Özellikle kendini keserek zarar veren ergenlerde bu belirtilerin yüksek olduğu bildirilmiştir (118).

İkincil kazançlar: Bazı KZVD'ler kişinin kendisini yaralaması sonucu elde edeceği ikincil kazançlar sağlar. Bu gruplarda kendine zarar verme davranışı sorumluluktan kaçmak, can sıkıntısından kurtulmak, fiziksel tehlikelerden korunmak ve daha az kısıtlayıcı ortamlara gönderilmeyi sağlamak amacını taşır (38,76). Bu kişilerdeki semptomlar amaca ulaşıldıktan hemen sonra yatışmaktadır (29).

Kendine Zarar Verme Davranışı ve Psikiyatrik Bozukluklar

Kendine zarar veren ergenler arasında en sık rastlanan tanı major depresif bozukluk olmakla birlikte (9,119,120), dışsallaştırma bozuklukları, madde kullanım bozukluğu (120), yeme bozuklukları (46,121-123) ve erişkin kendine zarar verme davranışı olanlarda borderline kişilik bozukluğu (124) sık görülen ruhsal

bozukluklardır. Klinik örneklemde yapılan çalışmalarda kendine zarar vermeye yüksek oranda psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. Yapılan bir çalışmada 15 yaşından büyük kendine zarar veren (intihar girişimini de içeren) kişilerin %92'sinin en az bir psikiyatrik tanı kriterini karşıladığı saptanmıştır (125). Finlandiya'da yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %79'una bir eksen I psikiyatrik tanı konulmuştur (126).

Major Depresyon

Yapılan çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerin %41,6-58'inde major depresyon saptanmıştır. Diğer depresif bozukluklar eklendiğinde bu oran yaklaşık %88,9'a çıkmaktadır (9,119,120). Toplum örneklemli bir çalışmada ise kendine zarar veren ergenlerin %63'ü major depresyon tanısı almıştır (126). Kendine zarar veren ergenlerle yapılan toplum örneklemli çalışmalarda ölçeklerle değerlendirilen depresif belirtiler sağlıklı ergenlere göre anlamlı olarak fazla bulunmuş ve depresif belirtiler kendine zarar verme için bir risk faktörü olarak saptanmıştır (50,127). Kendine zarar verenlerde depresif belirtiler artmıştır ve tekrarlayan kendine zarar vermeleri olanlar daha az sıklıkta KZVD bildiren kişilerden daha şiddetli depresif belirtiler bildirmiştir (128).

Anksiyete Bozuklukları

Klinik örneklemde kendine zarar veren ergenlerle yapılan bir çalışmada ergenlerin %39,3'ünde bir anksiyete bozukluğu saptanırken (120), toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada ise kendine zarar veren ergenlerin %37'sinde bir anksiyete bozukluğu saptanmştır (126). Ergenlerle yapılan toplum örneklemli çalışmalarda ölçeklerle değerlendirilen anksiyete belirtileri sağlıklı ergenlere göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuş ve anksiyete kendine zarar verme için bir risk faktörü olarak saptanmıştır (50,127).

Yıkıcı Davranış Bozuklukları

Ülkemizde toplum örnekleminde kendine zarar veren ergenlerin alındığı bir çalışmada yıkıcı davranış bozuklukları %24,7 olarak bulunmuştur (55). Klinik örneklemin değerlendirildiği çalışmalarda yıkıcı davranış bozuklukları kendine zarar veren ergenlerin %62,9'unda saptanmıştır (120). Ergenlerle yapılan bir başka çalışmada ise hem davranış bozukluğu belirtilerinin hem de karşıt olma karşı gelme bozukluğu belirtilerinin kendine zarar verme ile ilişkili olduğu görülmüştür (129).

Yeme Bozuklukları

Artan teorik ve ampirik literatür yeme bozukluklarının duygu regülasyonundaki sorunlarla ilişkili olduğunu göstermektedir (130-132). Yeme bozukluğu olan bireyler sıklıkla KZVD'de bulunur ve prevalans tahminleri %15,3 ile %55,2 arasında değişmektedir (133-135). Toplumumuzda yapılan bir alan çalışmasında ise ergenlerin yeme tutumları değerlendirilmiş, patolojik yeme tutumları olan ergenlerde kendine zarar verme %11,7 oranında saptanmıştır ve bu oran sağlıklı ergenlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (136).

Madde Kullanım Bozuklukları

Klinik örneklemde kendine zarar veren ergenlerin %59,6'sında bir madde kullanım bozukluğu saptanmıştır (120). Avrupa'da yedi ülkede çok merkezli olarak yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenler kendine zarar verme epizodlarının %19,9'unda alkol etkisinde, %12,8'inde madde etkisinde olduklarını bildirilmişlerdir (137). Madde kullanımı ve kendine zarar verme davranışının birlikte ya da ardışık olmayan biçimde aynı kişide görülme oranının yüksek olduğu ve özellikle yineleyen kendine zarar verme davranışı olan kişilerde madde kullanımının sıklıkla görüldüğü belirtilmiştir (61).

Disosiyatif Bozukluklar

Disosiyatif bozukluğu olan kişilerin %69'unda kendine zarar verme öyküsü saptanmıştır (38). Disosiyatif belirtilerin ergenlerdeki kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi adli, klinik ve toplum örneklemlerinde yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (51,118,138,139). Yetişkinlerde kendine zarar verme ile disosiasyon bozuklukları arasındaki ilişki klinik örneklemde (140) ve erken yetişkinlik döneminde toplum örnekleminde gösterilmiştir (16).

Borderline Kişilik Bozukluğu

Kendine zarar verme davranışı borderline kişilik bozukluğu için bir DSM-V tanı kriteridir. Borderline kişilik bozukluğu tanısında kullanılan dokuz ölçütten bir tanesi tekrarlayan intihar davranışları, tehditleri ya da kendine zarar verme davranışıdır (12). Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan kişilerin yaklaşık olarak %70-75'inde kendine zarar verme davranışı vardır (141-143). Kendine zarar veren ergenlerle klinik örneklemde yapılan çalışmalarda borderline kişilik bozukluğu belirtileri %36 oranında saptanmıştır (9). İtalya'da yapılan bir çalışmada ergenlerin kendine zarar verme

davranışı ile borderline kişilik bozukluğu semptomları arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (144). Olumsuz kendilik ve emosyon regülasyonu bozukluğunun hem borderline kişilik bozukluğunda hem de kendine zarar verme davranışında temel çekirdek özellikler olarak yer alması iki durum arasındaki yoğun ilişkiyi açıklamak için kullanılmıştır (59). Borderline kişilik bozukluğu olan hastaların diğer tanı gruplarına göre kendine zarar verme davranışında bulunma riskinin ve sıklığının fazla olduğu belirtilmiştir (145).

Psikotik Bozukluklar

Kendine zarar verme davranışı psikoz ile ilişkili olabilir. Otokastrasyon, enükleasyon, parmak ve ekstremitelerin amputasyonu ve hatta kendine cerrahi girişim yapmak gibi örneklere rastlanabilir (146).

BAĞLANMA

Bağlanma kuramının temeli John Bowlby (1907-1990) tarafından 1950'lerin sonlarında atılmıştır. Bowlby'nin bu konudaki araştırmaları ise 1944 yılında 44 çocuk hırsızı incelediği çalışması sırasında çocuk ve ergen hırsızların bebeklik ve erken çocukluk döneminde annelerinden uzun süre ayrı kaldıklarını fark etmesi ile başlamıştır (147).

Bowlby bebeklerin doğum sonrasından itibaren bakıcıları ile ilişki kurma gereksiniminde olduklarını vurgulamıştır. Anne ile bebek arasındaki ilişki yakınlık arayışı ile belirginleşmektedir (19). Bağlanma kuramı; bağlanma sürecinin nasıl oluştuğunu, nasıl geliştiğini ve zaman içinde nasıl değişime uğrayabileceğini, anne ve bebek arasındaki bağın işlevini, bağın zarar görmesinin çocuğun gelişimi üzerindeki olumsuz etkilerinin sonuçlarını inceler.

Bağlanma yalnızca çocukluk ile sınırlı olmayıp yaşam boyunca sürer. Çocuklar ve ergenler için bağlanma figürleri psikolojik ve duygusal uyum açısından önemlidir. Çocuk büyüdükçe, ona güvenlik ve bakım sağlayan kişilerle bağlanma örüntüsü gelişmeye başlar. Bağlanma devam eder ancak doğası ve ifade ediliş şekli değişir. İlk temel ilişki olan anne çocuk ilişkisi sonraki yaşam dönemlerindeki bağlanmalar için örnek oluşturur.

Bowlby'nin bağlanma kuramına göre yeni doğan bebekler, yalnızca onlara bakmaya ve korumaya istekli bir yetişkinin varlığında yaşamlarını sürdürebilirler. Bebekler bakım veren kişi ile etkileşimi sağlamaya yardımcı davranışlar (emme, izleme, gülümseme, ağlama, dokunma) ile donanımlı olarak dünyaya gelirler. Bebeğin doğuştan getirdiği bu özellikleri, bakım veren ile düzenli ve tutarlı bir etkileşim sonucu giderek gelişir (148).

Bağlanma sürecini dönemlere ayırdığımızda doğumdan 8-12 haftaya kadar olan bağlanma öncesi dönemde bebek annenin uyaranları ile hareketlenir (148). Çevresindeki kişilere yönelme davranışı gösterir ancak kişileri ayırt edebilme yetisi yoktur ya da çok kısıtlıdır. Bağlanmanın ilk işaretleri 8-12 haftadan 6 aya kadar uzanan ikinci dönemde ortaya çıkar. Bu dönemde bebek anneyi yabancılardan ayırt etmeye ve dikkatini daha çok anneye yönlendirmeye başlar. Bağlanmanın tam olarak gözlendiği üçüncü dönem 6-24 ay arasıdır (149). Bağlanma davranışı yakınlık arayışı ile kendini gösterir ve küçük çocuklarda bağlanılan kişilerden ayrılma ile belirginleşir. Annenin yokluğunda gerginlik-huzursuzluk, varlığında ise rahatlık duygusu olur.

Bowlby'e göre, dünya ile daha iyi başa çıktığı düşünülen bir kişi ile yakınlığı koruma bağlanmanın tanımlayıcı özelliğidir. Bağlanmanın temel işlevi ise tehlikelerden korunmadır. Bağlanma davranışı ile keşfetme, araştırma davranışı arasında karşılıklı bir ilişki vardır (149).

Bowlby'e göre, erken çocukluk döneminde bağlanma figürü olan anne ve babaların tekrarlayan davranış örüntüleri çocukların bağlanma temelinde zihinsel şemalarını şekillendirir. Bu şemalar çocuk üzerinde yaşam boyu süren etkiler göstermektedir. Bağlanma kuramına göre, ebeveyn davranışları ve etkileşim biçimi daha sonraki yıllarda yakın ilişkilerdeki beklenti, inanç ve tutumları yönlendiren "içsel çalışma modelleri" nin içeriğini oluşturur. Kurama göre anne ve çocuk etkileşimi sürecinde çocuklar iki temel zihinsel model geliştirir: Benlik ve Başkaları (diğerleri) modelleri. Benlik modeli daha çok yakın ilişkilerde yaşanan bağlanma kaygısı ile ilişkilidir. Başkaları modeli ise daha çok yakın ilişkilerde mesafeyi koruma ve kaçınma davranışı ile ilişkilidir (148-150). Oluşturulan bilişsel şemalarla bakım verenin ulaşılabilirliği ve ne tür tepkiler verebileceği kestirilir. Bağlanmanın tam olarak biçimlenme süreci ikinci ve üçüncü yıla yayılmaktadır. Bu süreçte bağlanmayı

etkileyen diğer etmenler annenin sosyal desteği, anne-baba ilişkisi, babanın geleneksel rolü ve kültürel farklılıklardır (150).

Bowlby tarafından tanımlanan bağlanma kuramı, Ainsworth ve arkadaşları (1978) tarafından geliştirilmiştir (20). Ainsworth yabancı durum testi ile laboratuar ortamında önce annesinden ayrılan ve sonra annesiyle buluşturulan çocukların tepkilerine göre bağlanma örüntülerini değerlendirmiştir. Bunları güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçıngan olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır.

Ainsworth'a göre normal gelişmekte olan çocuğun bağlanma davranışı iki çeşit gözlem ile yapılmaktadır. Bunlardan birincisi, bebeğin sosyal tepkilerini diğer kişilerden çok bakım veren kişiye yönlendirmeyi tercih etmesi, ikincisi bebeğin bakım veren kişiden ayrılma ve yeniden birleşmeye anlamlı tepki göstermesidir (20).

Güvenli bağlanma gösteren çocuklar, annelerinin her zaman yanlarında olup, stres durumlarında yardımcı olacaklarından emin olan çocuklardır (149). Anne ayrıldığında tepki göstermelerine karşın döndüğünde kolaylıkla yatışırlar. Güvenli bağlanmanın gelişmesi için çocuğun kesintisiz, tutarlı tepki veren, duyarlı ve her zaman ulaşılabilir bir bakım verene sahip olması önemlidir. Ebeveyne karşı geliştirilen güvenli bağlanma; benlik saygısı, yaşam kalitesi, affektif durum, psikolojik iyilik hali, kimlik ve okula karşı geliştirilen uyumla ilişkili bulunmuştur (151).

Kaygılı-kararsız bağlanma örüntüsü olan çocuklar, çağırdıklarında annenin yanıt vereceğinden ya da yardımcı olacağından emin olamayan çocuklardır (149). Bu nedenle ayrılığa direnirler ve anne döndüğünde yatışmazlar. Araştırıcı davranışlarda bulunmaya ilişkin kaygıları vardır. Bu anneler tepkilerinde tutarlı olmayan ve kontrol amaçlı terk etme tehdidinde bulunan annelerdir.

Kaçıngan bağlanma örüntüsü olan çocuklar ise annelerinin yardımcı olacağına ilişkin hiç güveni olmayan çocuklardır (148). Sürekli olarak çocuklarını geri çeviren ya da reddeden anneleri olan bu çocuklar ayrılığa tepkisiz kalıp anne döndüğünde yakın durmazlar. Çeşitli nedenlerle doğumdan hemen sonra annelerinden ayrılarak, özel bakıma alınan bebeklerde gelişmenin yavaşladığı ya da durduğu, bu bebeklerin yemek yemedikleri, sosyal geri çekilme yaşadıkları ve yüzlerinde sürekli üzüntülü bir ifade taşıdıkları belirtilmiştir (152).

Güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçıngan bağlanma örüntülerine daha sonra Main ve Solomon tarafından dezorganize-dezoryante bağlanma örüntüsü eklenmiştir (21)

Stres ile baş etmede organize bir davranış göstermeme, yabancı durum testinde stereotipik, asimetrik ve zamansız hareketlerin varlığı, donup kalma ya da hareketlerde yavaşlama dezorganize bağlanma ölçütü sayılmaktadır. Bu çocukların annelerinin fiziksel taciz ya da ihmalde bulunan, psikiyatrik bozukluk oranları yüksek olan ya da kendi bağlanma nesneleri ile olan sorunlarını çözememiş anneler olduğu bildirilmektedir. Dezorganize bağlanma örüntüsünün altında yatan nedenin bakım verenden korkma olduğu belirtilmektedir (153).

Bağlanmanın Gelişimi

Bağlanma biçimi annenin bebekliğindeki kendi bağlanma biçiminden etkilenir. Aynı zamanda anne gebelik ve lohusalık döneminde, kendisinin bebekken, annesine bağlanma geliştirdiği süreçte yaşadığı güçlük ve çatışmaları tekrar yaşayabilir (154-156). Eğer anne kendi anne babası ile sıcak, sevgi dolu ve güvenli bir bağlılık ilişkisi kurmuşsa bu durum evliliğine ve çocuğu ile olan ilişkisine de yansımaktadır (156,157).

Bakım verenin, çocuğun emosyonel sinyallerine verdiği tepki sayesinde bebek kendi duygularını organize etmeye ve anlamaya başlar. Eğer bebek belli bir strese karşı sağlıklı tepki veren bir bakım veren ile karşılaşırsa, kendi stresiyle baş etmek için uygun yollar ve destekler aramayı öğrenecektir. Bu da onun güvenli bağlanma geliştirmesini sağlayacaktır (20,158). Eğer stres sinyallerine karşı bakım verenden duyarsız ya da tutarsız yanıtlar alırsa, çocuk kendi stresini uygun olmayan baş etme yöntemleriyle, yani ikincil stratejiler ile uzaklaştırmaya çalışacak, bunun sonucunda da güvensiz bağlanma geliştirecektir. Temel olarak kabul edilen ilke, bağlanmanın özelliklerinin anne ve bebeğin erken dönemdeki etkileşimi tarafından belirlendiğidir. Bebeğin emosyonel sinyallerine bakım verenin verdiği yanıtın bebeğin kendi emosyonel deneyimlerini organize etme ve düzenleme yeteneğini geliştirmede çok değerli olduğu düşünülmektedir. Bu anlamda bağlanma teorisi, affekt regülasyonu kuramına ışık tutmaktadır.

Bağlanmanın gelişmesi alınan bakımın kalitesiyle doğrudan ilişkili değildir. Çünkü duyarsız ya da istismar eden bakım verenlere karşı da çok yoğun bir bağlanma gelişebilmektedir (159).

Bağlanmanın Nörobiyolojisi

Anne beyni daha fazla bakım verme için hazırlanmıştır. Limbik sistemin evriminde dişilerin beyni bebeğin stresli çağrılarına daha duyarlı olma, çocuklarla daha yakın ilişki içinde olma ve daha çok oyun oynamak üzere yapılanmıştır (160,161).

Çeşitli deneylerle anatomik olarak incelenen bağlanmada en önemli beyin bölgelerinin amigdala, septal alan ve singulat korteks olduğu bildirilmiştir (162,163). Sosyal bağlanmanın ele alındığı çalışmalar sonucunda, bakım verenleri tarafından yeteri kadar bakım, sevgi ve destek alan çocukların bağımsız ve ilişkilerinde güvenli erişkinler olmasının temellerinde nörobiyolojik dengelerin de bulunduğu söylenebilir (164,165). Bir karşılıklılık içeren anne çocuk ilişkisinde, eğer çocuk iyi bakım alırsa beyin de biyokimyasal düzenini "her şey yolunda" olarak oluşturmakta ve kaydetmekte, eğer çocuk reddediliyor veya ihmal ediliyorsa nöronal düzenekler de ona göre oluşmaktadır (166-170). Sonuç olarak araştırmalardan elde edilen veriler doğrultusunda bağlanmanın bilişsel süreçler yanında nörohormonların da etkisiyle şekillendiği anlaşılmaktadır. Tartışılması gereken bir diğer durum da bunun tam tersi olarak bağlanma sorunları nedeniyle de bazı nörohormonal düzensizliklerin meydana gelebilmesi olasılığıdır (171).

Canlılardaki bakım verme davranışı, bazı nörokimyasal maddelerin etkisinde gelişmektedir. Bu maddelerin evrimsel olarak öncülü vasotosindir (172). Vasotosin maddesi annelik davranışını düzenlemektedir. Memelilerde annelik, bakım verme, çocuğu koruma ve cinsellik gibi davranışlarda etkili olan vazopressin (VP) ve oksitosin (OT) tek bir aminoasit değişimi ile vasotosin maddesinden türemektedirler (24). Vazopressin ve oksitosin erkek ve dişi beyninde farklı davranış şekillerine neden olmaktadır. Oksitosin, vazopressine göre daha çok dişilerin cinsel ve sosyal davranışlarında etkiliyken; vazopressin erkek cinsel davranışında daha fazla etkili olup, daha çok saldırganlıkla ilişkilidir (25).

Oksitosin, babaların çocuklarına karşı daha az saldırgan ve destekleyici olmasını sağlarken, vazopressin ise annelik davranışının daha saldırgan yanı ile ilişkilidir; bu durum annenin çocuğunu kötülükten korumasına yardımcı olma şeklinde açıklanabilmektedir. Oksitosinin özellikle ilk doğumda annelik bağlanma davranışının başlatılması için gerekli olduğu ve anneliğin devamında gerekli olmadığı, ilk

doğumdan sonraki doğumlarda ise artık oksitosin gerekmeksizin annelik davranışının sürdüğü bildirilmektedir. Erişkin kadın-erkek bağlanmasına (arkadaşça veya olgun aşk) eşlik eden sükûnet, güvenlik ve emosyonel birliktelik duygularını sağlayan sistem de oksitosin ve vazopressin gibi nöropeptidlerle ilişkili olan sistemdir (173). Eğer bir ikilinin sosyal ilişkisi oksitosin, vazopressin ve opioid düzeylerinde yükselmeye yol açıyorsa, bu ikilinin daha sonra da vakit geçirdikleri saptanmıştır. Sosyal bağlanmada olumlu duygular ortaya çıkmasını sağlayan bu hormonlar, aynı zamanda bu duyguların belleğe kaydedilmesini de kolaylaştırmaktadır (174,175). Arkadaşça sosyal ilişki ve cinsel davranışları kolaylaştıran bu maddeler aynı zamanda da bu ilişkileri sonucu oluşan anıları da güçlendirmektedir (171).

Bağlanma örüntüleri

Ainsworth bağlanma şekillerini güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçıngan olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır (20). Son yıllarda bu sınıflandırmaya dezorganize-dezoryante bağlanma da eklenmiştir (21).

Son yıllarda ergen ve yetişkin yakın ilişkilerinde bağlanmanın rolünü inceleyen Bartholomew ve Harowitz, Bowlby'nin bağlanma sisteminin benliğe ve başkalarına ilişkin içsel modelleri içerdiği görüşünden yola çıkarak "Dörtlü Bağlanma Modeli"ni oluşturmuşlardır. Buna göre, benlik ve başkaları modelleri olumlu ve olumsuz olma durumuna göre dört kategoride değerlendirilmektedir (22).

Benlik modelinin olumlu olması başkalarının onayından bağımsız olarak var olan, içselleştirilmiş öz saygı ve sevebilirlik duygusu olarak betimlenebilir. Benlik modelinin olumsuz olması ise düşük özsaygı ve başkalarından onay alma gereksinimiyle ilişkilidir. Başkaları modelinin olumlu olması, yakın ilişkilerde destek ve yakınlık aramaktan çekinmemeye ve başkaları hakkında olumlu beklentilere sahip olmaya; başkaları modelinin olumsuz olması ise başkalarına ilişkin olumsuz beklentiler taşımaya karşılık gelmektedir. Bu bağlanma örüntüleri güvenli, saplantılı, kayıtsız, korkuludur (Şekil 1) (22).

Şekil 1: Bartholomew ve Horowitz'e göre dörtlü bağlanma modeli.

		KENDİLİK MODELİ	
		Olumlu	Olumsuz
BAŞKALARI MODELİ	Olumlu	GÜVENLİ	SAPLANTILI
	Olumsuz	KAYITSIZ	KORKULU

1. Güvenli bağlanma örüntüsünde hem benlik hem de başkaları modelleri olumludur. Bu örüntüye sahip kişiler kendilerini değerli olarak algılar ve diğerlerini kabul eder ve destekleyici olarak görürler. Bu kişiler hem başkalarıyla kolaylıkla yakınlık kurar hem de özerk kalmayı başarabilirler (22). İhtiyaç duyduklarında diğerlerinden destek alma konusunda rahattırlar.

2. Saplantılı bağlanma örüntüsü olumsuz benlik modeli ve olumlu başkaları modeliyle ilişkilidir (176). Kendilerini değersiz hissetme eğilimindedirler. Temelde kaygılıdırlar. Negatif duygudurumlarını abartılı ve sürekli bir biçimde eşlerinin onayını arayarak gösterirler. Başkalarının onay ve görüşüne bağımlıdırlar. Kaygılı-kaçıngan olarak sınıflandırılabilirler. Diğerlerine yakın olmayı isterler fakat ihtiyaç duyduklarında diğerlerinin hazır bulunması veya elde edilebilirliği konusunda güvenleri eksiktir. Bir insanın iyi olduğunu düşünüp yakınlaşmak isterler fakat reddedilecekleri veya terk edilecekleri konusunda yüksek düzeyde kaygı yaşarlar (177). Bu kişiler sürekli olarak ilişkileri konusunda takıntılıdır ve ilişkilerinde pek gerçekçi olmayan beklentilere sahiptirler (178).

3. Kayıtsız bağlanma örüntüsü benlik modelinin olumlu olduğu fakat başkaları modelinin olumsuz olduğu örüntüdür. Kayıtsız bağlananlar temelde kaçınmacıdırlar çünkü kendileri ile ilgili olumlu ama başkaları ile ilgili olumsuz görüşlere sahiptirler. Negatif duyguları baskı altında tutma eğilimindedirler ve kaçınma stratejilerini temel başa çıkma stratejileri olarak kullanırlar. Bu örüntüde başkalarına karşı reddeder bir tutum vardır. Kişi özerkliğine aşırı derecede önem verir (178). Bağlanma figürünü elde edilemez ve sorumsuz olarak kabul ederler. Diğerlerinden uzak durarak ve bağlanma ihtiyaçlarını reddederek olası bir reddedilmeye karşı olumlu kendilik imajını korumaktadırlar (177).

4. Korkulu bağlanma örüntüsü her iki modelinde olumsuz olduğu örüntüdür. Diğerlerine aşırı bağımlılardır. Bunlar kendilerini değersiz ve sevilmez olarak algılarken başkalarını da güvenilmez ve reddedici olarak algılar. Diğerleri tarafından kabul edilmeyi istemelerine rağmen reddedilme beklentileri ya da korkuları yüzünden yakın olmaktan korkarlar. Kendilerini başkalarına açma, yakınlık kurma ve stres anında başkalarından destek isteme konusunda rahatsızlık duydukları, kendilerine güvenlerinin az olduğu, sosyal ortamlarda atılganlık gösteremeyen kişiler oldukları bulunmuştur (22).

Psikopatoloji ve Bağlanma Arasındaki İlişki

Son yıllarda, anne-çocuk ilişkisi konusunda yapılan araştırmaların önemli bir bölümünü bağlanma konusunun oluşturduğu görülmektedir. Bu durumun en önemli nedeni ise anne-baba ve çocuk ilişkisini araştırmanın her iki nesil için de giderek önem kazanmasıdır. Çünkü bağlanma çift yönlü bir süreçtir. Anne-çocuk ilişkisinin sürekliliğinin sonraki yaşantıların temelini oluşturduğu ileri sürülmektedir (179). Bowlby'nin çalışmalarından başlamak üzere güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir (23).

Greenberg'in psikopatoloji gelişimini açıklamaya çalıştığı modelde 4 temel risk faktörü tanımlanır. Bunlar; çocuğun karakteri yani mizacı, kendine ait özellikleri, bağlanma öyküsü, ebeveynlerin anne-babalık örüntüsü ve aile içi dengedir (180). Kişinin bağlanma biçimi annenin bireysel özelliklerinden ve anne çocuk ilişkisinin doğasından olduğu kadar, çocuğun bireysel özelliklerinden de etkilenmektedir. Bu

noktada annenin ve çocuğun mizacının, çocuğun bağlanma biçiminin belirleyicilerinden olduğu ileri sürülebilir. Mizaç güvenli bir bağlanmayı öngörür mü yoksa sadece özgün bir bağlanma biçimi ile mi ilişkili olduğu sorusunun yanıtı, olasılıkla güvenli ya da güvensiz olarak öngörebilme gücü olduğudur. Fakat ebeveynle ilişki bu öngörüden dışlanamaz. İkinci olarak mizacın negatif duygusallık boyutunun daha öngörücü özellik olduğu düşünülmektedir (181).

Brockington (2006) bağlanma bozukluğu ile istenmeyen gebelikler ve gebelik sırasında fetusla ilişki kurulmaması arasında güçlü bir ilişki olduğunu ileri sürmüştür. Özellikle prematüre bebekler, çoğul gebelikler, duyu kusuru veya ciddi hastalığı olan bebekler, istismar edilenler ile evlatlık alınan bebeklerde bağlanma sorunları yaşanabilir (182). Çocuğunu kaybedecek olma olasılığı bile anne-babanın yakın ilişkiye girmesine engel olabilmektedir.

Çocuk ve anne-baba özellikleri dışında genetik, kardeş ilişkileri ve yaşam koşullarının da bağlanma üzerinde etkili olduğu kabul edilir (183).

Ergenlik Döneminde Bağlanma ve Psikopatoloji

Bebeklikte şekillenen bağlanma örüntüleri bireyin yaşamının her adımında önemli rol oynamaktadır. Süt çocuklarında saptanan bağlanma özelliklerinin ergenlik döneminde de devam ettiğine ilişkin kanıtlar vardır. Güvensiz bağlanan çocuklardaysa okul dönemi ve ergenlikte daha fazla duygusal sorun yaşandığı tespit edilmiştir (184).

Ergenliğin bağlanma açısından önemi, içsel çalışan modellerin bu dönemde gelişim sürecini tamamlayarak kişiler arası ilişkileri etkileyen genel birer rehber konumuna gelmesinden kaynaklanmaktadır (185). Erişkin hayatındaki bağlanma davranışı, çocuklukta, ergenlikte ve gençlikte gösterilen bağlanma davranışının bir devamı olarak düşünülmektedir (150).

Ergen, gençlik dönemine ulaştıkça ebeveynlerle olan bağlanma ilişkilerinden uzaklaşma eğilimindedir. Genç ile ebeveynleri arasında var olan bağlar artık sığınılacak güvenli bağlar olarak algılanmaktan çok sınırlayıcı bağlanmalar olarak görülmeye başlanır. Bu yüzden bir gencin temel hedefi hiç kimseye bağlı kalmaksızın dünyada kendi yolunu bulmaktır (186,187). Yine de unutulmamalıdır ki gençlik döneminde ebeveynler ile çocuklar arasındaki ilişki daha az önemli hale gelmez sadece çocuk ebeveynlerine daha az bağımlı hale gelir. Gençler bu yıllarda bağımsızlıklarına

ulaşmaya çalışmaktadırlar, fakat aynı zamanda ihtiyaç duyduklarında ebeveynlerinden destek alabileceklerinin farkında olmak istemektedirler (187).

Güvenli bağlanma biçimine sahip gençler aile ve arkadaşlarıyla daha fazla uyumlu, kendilerine ve başkalarına daha çok güvenen ve daha az sosyal problemler yaşayan kişilerdir. Güvensiz modellere sahip olan gençler daha az uyuma sahiptir ve kendi duygularını düzenlemede daha az beceriklidirler, stresle başa çıkmaları gerektiğinde daha az dayanıklıdırlar. Genç bir bireyin çocukluk dönemi bağlanma yaşantıları, zihinsel modellerinde temsil edildiği gibi, sosyal ilişkilerdeki başarısını ve hayatın güçlüklerine uyum sağlama başarısını belirlemektedir (187,188).

Güvensiz bağlanması olan ergenlerde suç işleme, antisosyal davranış, düşük benlik saygısı, yakın ilişki kurma güçlüğü, ilişkilerde sorun yaşama, yalnızlık hissi ve utanç gibi duygular daha yoğun olarak yaşanmaktadır (189).

Ortalama yaşları 15 olan ergenlerde duygusuz kontrolü olan (*affectionless control*) ebeveyn davranışının özkıyım düşünceleri için risk etmeni olduğu, kendine zarar verici davranışı 3 kat, depresyonu 5 kat arttırdığı gösterilmiştir (190). İleriye dönük bir çalışmada, kaygılı bağlanma biçimine sahip küçük çocukların çocukluk çağı ve ergenlik dönemi boyunca anksiyete bozukluğu geliştirme açısından yüksek risk altında oldukları gösterilmiştir (191). Başka bir ileriye dönük çalışmada, ergenlikte güvenli olmayan bağlanmanın (özellikle kaçıngan bağlanmanın) erişkin dönemdeki olumsuz ilişkiler açısından bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (192).

Panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve kronik ağrı bozukluğunun güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkileri çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (127,193-199). Güvenli olmayan bağlanma biçimlerinin ergenlerde ve erişkinlerde kişilik patolojisi ile; kaygılı/kararsız bağlanmanın geri çekilme ve içe vuruk patolojilerle; kaçıngan bağlanmanın ise içe vuruk ve dışa vuruk patolojilerin bir karışımını yansıtan çeşitli kişilik bozuklukları ile birlikte olduğu gösterilmiştir.

Güvensiz bağlanma yeme bozukluğu gelişiminde ve hastalığın sürmesinde rol oynayabilmektedir. Güvensiz bağlanan bireylerde olduğu gibi yeme bozukluğu hastalarında da düşük benlik saygısı, yetersizlik ve işe yaramazlık duyguları gelişebilmektedir. Bulimik hastaların normal bireylere göre güvensiz bağlanma alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları dikkati çekmiştir. Daha da önemlisi bulimik

hastaların %36'sının (normallerin %17'si) güvensiz bağlanma puanları patolojik olarak değerlendirilebilecek kadar yüksek bulunmuştur (202). Yeme bozukluğu hastalarının önemli bir kısmında söz konusu olan güvensiz bağlanma, bireysel yatkınlık ile bir araya geldiğinde yeme bozukluğu belirtileri ortaya çıkmaktadır (203).

Major depresyon, sosyal kaygı bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve kronik ağrı bozukluklarının güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkileri araştırmalarda gösterilmiştir (198,199,204).

Ebeveyn Psikopatolojisinin Bağlanmaya Etkisi

Çocuğun kendi kendini yöneten, yüksek benlik saygısına sahip, doyumlu bir birey olarak gelişmesi, büyük ölçüde ona sağlanan fırsatlara ve anne babanın tutumuna bağlıdır. Anne baba tutumlarının ise çocuğa ilişkin bakım tartışmaları, evlilikle ilgili problemler ve anne babaya ait psikopatoloji gibi değişkenlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (205).

Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon, annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımını ve ebeveyn rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir (206). Ayrıca depresyondaki annenin şefkatinde, ebeveynlik duyarlılığında, çocuğunun duygularına karşılık verebilme yeteneğinde azalma, çocuğuna ceza vermesinde ve gereğinden fazla müdahale etmesinde artış olduğu gösterilmiştir (156,207).

Doğum sonrası yaşamın erken evrelerinde annenin hastalık belirtilerinin zaten olumsuzluklara duyarlı süt çocuğuna getirdiği ek yük, çocuğun bağlanmasını olumsuz yönde etkileyecektir. Bebeğin, sosyal ve duygusal açıdan gelişebilmesinde, kendini ifade edebilmesinde ve ortaya koyabilmesinde zihinsel ve ruhsal açıdan sağlıklı ebeveynin önemli olduğu düşünülmüştür (208,209).

OKSİTOSİN ve VAZOPRESSİN

Oksitosin (OT)

Oksitosine Genel Bakış

Oksitosin (OT) organizmanın çok farklı amaçlar doğrultusunda kullanabildiği biyolojik moleküllere iyi bir örnektir. Klasik bir bilgi olarak OT, hipotalamusun supraoptik ve paraventrikuler çekirdeklerinden salınan ve dokuz amino asitten oluşan peptid yapılı bir hormon olarak bilinir. Bu iki çekirdeğin yanı sıra OT hipotalamusun yakınındaki diğer çekirdeklerden de (forebrain bundle, bed stria terminalis, zona incerta, substantia innominata vb.) salınır, arka hipofize gelir ve buradan sistemik dolaşıma verilerek özellikle uterus kası, meme bezi ve seminifer tübüller üzerine etki eder (210).

Bunun yanında OT hipotalamusun kaudal paraventriküler çekirdeklerindeki daha küçük sinirler üzerinde klasik bir nörotransmitter olarak etki gösterir. Bu sinirler ön beyin (korteks, medial septum, amygdala, ventral hipokampus), beyin kökü (substantia nigra, mezensefalik gri bölge, dorsal raphe, raphe magnus, tractus solitarius, vagusun dorsal vagal çekirdeği, nükleus ambigus, lateral retikuler ve komissural çekirdekler) ve omuriliğe (lamina I, lamina X ve intermediolateral kornu) oksitosinerjik projeksiyonlar gönderir (211). Bu bulgular sayesinde, OT'nin cinsel, beslenme ve annelik davranışları ile ağrı duyusu ve stresle baş etme üzerine olan etkilerinin anlaşılması kolaylaşmıştır (212,213).

Santral salınımının diürnal ritmi mevcut olmakla birlikte plazmada böyle bir durum söz konusu değildir (214).

Çevresel dolaşıma verilen OT'nin meme bezi miyoepitel hücreleri ve uterus kası dışında, timüs ve pankreasta da reseptörleri belirlenmiştir (215,216). Böylelikle OT'nin hem timüs fizyolojisinde hem de pankreasın işlevleri ve şeker metabolizması üzerine etkileri olduğu anlaşılmıştır. Öte yandan çevresel dolaşımdaki OT aynı zamanda kalp damar sistemi üzerine doğrudan ve dolaylı olarak da etki gösterir (217).

Oksitosin genel olarak bir dişi hormonu olarak biliniyorsa da, Murphy ve ark. (1987) dolaşım kanında, beyin-omurilik sıvısında ve hipotalamustaki immunreaktif ve biyoaktif OT düzeylerinin dişi ve erkekte birbirine çok yakın olduğunu belirlemişlerdir (218).

Gebe olmayan ratların beynine infüzyon ile OT verilerek yavru ratlara karşı annelik davranışı oluşturulabilmiştir. Koyunlarda da benzer bulgular elde edilmiş, OT uygulanan koyunların başka koyunlara ait kuzulara düşmanca tavır takındığı gözlemlenmiştir. Oksitosinin merkezi sinir sistemindeki davranış üzerine olan etkileri çevresel sinirlerde oluşturduğu etkilere benzetilebilir ve annelik duygusunun kazanılmasında rolü olan fizyolojik mekanizmalar ve davranışsal düzenlemeler üzerinde kimyasal bir etken olarak rol aldığı söylenebilir (219). Sıçanlardaki annelik davranışının beynin bazı bölgelerindeki oksitosin reseptörü düzeyiyle korele olduğu görülmüştür (220).

Oksitosin verilen yeni anne sıçanlarda olfaktör bölge, amigdala, prefrontal korteks, ventral tegmental alan, nükleus akumbens ve insulada beyin aktivasyonu artışı olduğu gösterilmiştir. Oksitosin antagonistlerinin verilmesiyle bu alanlarda görülen faaliyet azalması sosyal ve duygusal bağlarda oksitosinin rolüne amigdala, prefrontal korteks ve dopaminerjik sistemlerin aracılık ettiğini düşündürmektedir (221).

Tarla farelerinde yapılan araştırmalar duygu işleme ve sosyal bilişsel fonksiyonlara oksitosinin aracılık ettiğini desteklemektedir. Çayır tarla fareleri, sosyal, tek eşli ve ebeveyn olmaya eğilimliyken, dağ tarla farelerinin yalnız yaşamaya ve ebeveyn davranışından uzak durmaya eğilimi vardır. Her iki türde oksitosin olmasına rağmen reseptör dağılımı farklıdır. Kır farelerinde ödülle ilişkili merkezler olan nükleus akkumbens ve prelimbik kortekste OT reseptörü vardır. Normalde sosyal olmayan dağ farelerinde doğumu takip eden birkaç gün boyunca annelik davranışlarının olduğu ve bu dönemde beyindeki OT reseptörlerinin çayır farelerindekilere benzediği tespit edilmiştir. Hayvan çalışmaları sosyal bellek, bağlanma ve ebeveyn davranışları ile oksitosinerjik sistemleri; insan çalışmaları yüz duygu algısı, güven ve stresle başa çıkma gibi sosyal davranışlar ile oksitosini ilişkilendirmektedir (222).

Otuz sağlıklı erkeğe gözlerden zihin okuma testi uygulanıp kişilerden bu gözlerin hangi duyguyu ifade ettiğine karar vermeleri istenmiştir. Plasebo verilenlerle kıyaslandığında intranazal oksitosin verilen deneklerin özellikle zor maddelere daha iyi cevaplar verdiği görülmüştür (223).

Çocuklarıyla ilgilenen anneler ve romantik ilişkide olduğu insanlarla temasta olan çiftlerin karşılaştırıldığı bir çalışma da her iki grupta ödül mekanizmasının olduğu beyin bölgelerinde OT reseptör aktivitesinde paralellik saptanmıştır (224).

Oksitosin, insanlarda strese davranışsal tepkileri ve kortizol düzeyini azaltır, güven duymayı teşvik eder (225), bağlanma ve sosyal ilişki kurmayı kolaylaştırır (226). Hipokampüste çok fazla oksitosin reseptörü bulunmaktadır ve oksitosin salınımı HPA aks aktivitesini düzenleyen aynı hipokampal projeksiyonlarla düzenlenir (227). Oksitosin hipokampüsü stress hormonlarının zararlı etkisinden korumaktadır (228).

Oksitosin ve Psikiyatrik Bozukluklar

İnsan davranışı üzerindeki fizyolojik özellikleri nedeniyle çeşitli psikiyatrik bozukluklarda oksitosin araştırılmıştır. Oksitosinin duygudurumun düzenlenmesinde etkili olduğu yönünde bulgular vardır. Adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve bazal kortizol seviyelerini düşürerek hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) eksen üzerinden strese yanıtın düzenlenmesinde rol oynadığı ve oksitosin seviyelerindeki düzensizliklerin anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (229). Depresyonlu hastalar ile sağlıklı kontroller arasında santral oksitosin-serum oksitosin düzeyi açısından farklılık olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (230-232). Ayrıca plazma oksitosin düzeyi ile motor aktivite ve nöropsikolojik test sonuçları ile aralarında ilişki bulunamamıştır (233,234).

Özsoy ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadın cinsiyette depresif duyguduruma sahip bireylerde kontrol grubuna göre daha düşük oksitosin seviyeleri görülmekle birlikte erkeklerde anlamlı fark bulunamamıştır (235). Tek bir çalışmada sağlıklı kontrollere göre major depresyonda nokturnal plazma oksitosin düzeyinde yükseklik saptanmıştır (236).

Bir çalışmada davranım bozukluğu olan erkeklerde kontrol grubundan farklı olarak oksitosin reaktif otoantikor seviyelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (237).

Oksitosin disfonksiyonu otistik spektrum bozuklukları gibi nörogelişimsel kökenli hastalıklarda sosyal bilişsel kusurların oluşmasında rol oynuyor olabilir (238). Bunu destekler şekilde oksitosinin tek doz infüzyonu otizm ya da Asperger bozukluğu

olan bireylerde sosyal uyaranları işleme ve sosyal ilgiyi arttırmada etkili bulunmuştur (239).

Vazopressin (VP)

Vazopressine Genel Bakış

Geçtiğimiz yüzyılın başlarında posterior hipofizden elde edilen maddelerin kan basıncını artırıcı ve idrar çıkışını azaltıcı etkileri gösterilmiştir. Ancak 50 yıl sonra Vincent du Vigneaud tarafından kan basıncını artırıcı ve antidiüretik etkiye sahip bu madde kimyasal olarak izole edilerek tanımlanmış ve vazopressin olarak adlandırılmıştır (240).

Vazopressin periferal ve merkezi sinir sistemi içinde, biyolojik olarak aktif olan 9 amino asitten oluşan bir peptittir. Vazopressin hipotalamusun supraoptik ve paraventriküler nükleuslarında sentezlenip nörohipofizden oksitosin ile beraber dolaşıma salınmaktadır. Bu hormonlardan oksitosin esas olarak paraventriküler nükleusta sentezlenirken, vazopressin ise hipotalamusun supraoptik nükleusunda sentezlenmektedir. Ancak her iki hormon aynı zamanda eser miktarda da olsa her iki nükleusta da sentez edilebilmektedir (241).

Vazopressin, plazmada nanomolar konsantrasyonlarda bulunur ve etkisini esas olarak böbrekte ve damarlarda olmak üzere iki yerde gösterir ve bu sebeple antidiüretik hormon (ADH) ve vazopressin olmak üzere etkinlik bölgesine göre anılan iki ismi mevcuttur (241).

VP vücut sıvı dengesindeki rolüyle tanınır, fakat bir nörotransmitter gibi beyinde de önemli rollere sahip olduğu (242) ve hipofizdeki kortikotrop hücrelerin işlevlerini düzenlediği (243) yönünde kanıtlar giderek artmaktadır.

Vazopressin, insanlarda tek başına uygulandığında, ortamdaki endojen kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) seviyesine bağlı olarak ACTH salıverici özelliğe sahiptir (244). VP ve CRH kombinasyonu uygulamasını takiben, çok daha büyük bir sinerjik ACTH salınımı görülür (245) ve maksimal hipofiz-böbrek üstü uyarılması için her iki peptit de gereklidir (246). Bu sinerjik etkinin kesin doğası çok sayıda hayvan çalışmalarından elde edilen bilgilerle kısmen anlaşılmaktadır. CRH'nin cAMP yolu aracılığıyla pro-opiomelanokortin geninin transkripsiyonu ve peptid sentezini ve depolamayı arttırdığı gösterilmiştir. Ayrıca, ön hipofizde belirgin

kortikotrop hücre popülasyonları mevcuttur ve bunlardan ACTH serbest bırakılması için VP ve CRH gereklidir (247).

Yapılan fare deneylerinde periferik VP uygulanmasının sosyal tanıma süresini (ilişki kurabilme süresi) uzattığı ve VP V1a reseptör antagonisti verilince bu sürenin kısaldığı tespit edilmiştir (248).

Vazopressin ve Psikiyatrik Bozukluklar

İnsan çalışmalarında VP'nin sosyal hafıza ve duygusallık gibi birtakım bilişsel fonksiyonlarda da etkili olduğu gösterilmiştir. Bozulmuş sosyal yetenekler, özellikle otizm gibi gelişimsel bozukluğu olan bireylerde gözlenmektedir. Fries ve ark. yetimhanede büyüyen çocukların ebeveynlerle büyüyen çocuklara oranla idrarlarında daha düşük VP seviyeleri bulmuşlardır. Yetimhanelerde büyüyen çocukların sıklıkla sosyal bağlar kurmada ve sosyal davranış düzenlenmesinde sorunlar yaşadığı öne sürülmüştür. Erken yaşta ihmal edilmiş bebeklerde ailede yetiştirilen çocuklardan daha düşük bazal VP seviyeleri görülmüştür (249).

Parvoselüler nöronlardaki VP, plazma glukokortikoid seviyelerindeki değişimlere ve strese cevap olarak salgılanır (243).

Geçmiş hikayesinde genel olarak saldırganlık olan veya tekrarlayan saldırgan davranışları olan kişilerin bu davranışlarıyla Beyin Omurilik Sıvısı (BOS) VP seviyeleri arasında pozitif korelasyon bulunmuştur, bu göstermektedir ki santral VP etkisiyle impulsif agresif davranış gelişmektedir (250).

Depresyonu olan hastalarda plazma VP düzeyleri ile gün boyu motor aktivite arasında negatif (233), hafıza fonksiyonlarıyla pozitif korelasyon (234) bulunduğu rapor edilmiştir.

Bazı hayvan çalışmaları pitüiter VP reseptör antagonisti kullanıldığında anksiyete semptomlarının azaldığını göstermektedir (251).

Akut psikotik hastalarda antipsikotik tedavi kullansın ya da kullanmasın artmış plazma VP seviyeleri gösterilmiştir. Ancak nöroleptik ilaç (örn. haloperidol) kullanımı şizofrenik hastalarda psikiyatrik semptomları azaltırken plazma VP seviyelerinin de normal seviyelere gelmesine katkı sağladığı ileri sürülmektedir (252).

YÖNTEM

Araştırma; tek merkezli, multidisipliner, olgu-kontrol çalışması olarak planlanmıştır. Çalışma 03.05.2016 tarihindeki 09 sayılı Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu toplantısında görüşülerek çalışmanın yapılmasına etik açıdan sakınca olmadığına karar verilmiştir ve Pamukkale Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından 23.09.2016 tarih ve 05 sayılı komisyon toplantısında görüşülerek 2016TIPF022 proje numarası ile desteklenmesi uygun bulunmuştur.

ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Bu araştırmada kendine zarar verme davranışı olan ergenler ile yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik durum olarak onlarla eşleşmiş sağlıklı gönüllüler olmak üzere iki grupta çalışmalar yürütülmüştür.

01.06.2016-31.11.2016 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı genel polikliniklerine 6.532 kere hasta muayene giriş kaydı yapılmıştır. Bunlardan 2.860 tanesini 12-18 yaş arası ergenler oluşturmaktadır. 6 aylık süreçte 67 ergenden yaşam boyu en az bir kez kendine zarar verme davranışı öyküsü alınmıştır. Bu 67 ergenden 19 ergen ya da ailesinin bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmak istememesi nedeniyle, 12 ergenin sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumunda kaldığı için ya da annesi vefat ettiği için annesine ulaşılamaması nedeniyle, 4 ergenin de eşlik eden mental retardasyonu olması nedeniyle toplamda 35 ergen çalışmaya alınamamıştır. 12-18 yaş arasındaki 32 ergen ve annesi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen ergenler ile yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından eşleşmiş aynı sayıda sağlıklı ergen ve anneleri kontrol grubu olarak çalışmaya alınmıştır. Kontrol grubunu herhangi bir nedenle Pamukkale Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran ancak aktif psikopatoloji saptanmayan ergen ve anneleri ile çalışmaya katılmayı onaylayan hastane personeli ve çocukları oluşturmuştur.

Klinik izlem olarak mental kapasitesinde gerilik olduğu düşünülen ergenler, kronik bedensel rahatsızlığı olanlar, kafa travması öyküsü olanlar, 12 yaşının altında olanlar ve annesine ulaşılamayan ergenler çalışmaya dahil edilmemiştir.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sosyodemografik Veri Formu

Bu form ergenlerin ve annelerinin sosyodemografik özellikleri ve KZVD özellikleri ile ilgili bilgi toplamak amacıyla klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilerden yola çıkılarak tarafımızca oluşturulmuştur.

Formda ergenin adı, yaşı, cinsiyeti, yaşadığı yer, kaçıncı sınıfa devam ettiği, anne-baba-kardeşlerin yaşı, eğitim durumu, mesleği, kardeş sayısı, kaçıncı çocuk olduğu, anne-babanın birliktelik durumu, ergenin kimlerle yaşadığı, ailenin gelir durumu, birinci derece akrabalarında tıbbi ve ruhsal hastalık öyküsü olup olmadığı, okul başarısı, akran ilişkileri, ek hastalık öyküsü, kullandığı ilaçlar, alkol-sigara-madde kullanıp kullanmadığı sorularını içerir. KZVD davranışıyla ilgili olarak da kendine zarar verme davranışının olup olmadığı varsa toplamda kaç kez olduğu, son 1 yıl içinde KZVD olup olmadığı varsa kaç kez olduğu, son 6 ay içinde KZVD olup olmadığı olduysa kaç kez olduğu, son 1 ay içinde KZVD olup olmadığı varsa kaç kez olduğu; intihar girişimi öyküsünün olup olmadığı varsa sayısı ve şekli, istismar öyküsünün olup olmadığı, KZVD lezyonlarının eski mi yeni mi olduğu, sayısı, yerleşim bölgesi ve müdahale gerektirip gerektirmediğiyle ilgili sorular bulunmaktadır.

Annelere yönelik ise annenin yaşı, medeni durumu, evliliğinde sorun yaşayıp yaşamadığı varsa sorunun şekli, annenin yaşamında KZVD öyküsü olup olmadığı varsa sayısı, annenin intihar girişimi öyküsü olup olmadığı varsa şekli ve sayısıyla ilgili sorular bulunmaktadır.

Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

Kendine zarar verme davranışını araştırmaya yönelik geliştirilen “Davranışlar” ve “İşlevler” olarak 2 bölümden oluşan bir ölçektir.

Davranışlar bölümünde kasıtlı olarak yapılan ve intihar niyeti taşımayan 12 çeşit kendine zarar verme davranışının yaşam boyu sıklığı sorgulanır. Bu davranışlar; kesme, ısırma, cilde harf/şekil kazıma, çimdikleme, saç kopartma (kökünden), tırnaklama (deriyi kanatacak kadar), kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma, yara iyileşmesine engel olma (ör: kabuklarını koparma), cildi sert bir yüzeye sürtme, kendine iğne batırma, tehlikeli/zararlı madde içme/yutmadır. İlk zarar verme yaşı, zarar verme sırasında acı hissedip hissetmediği, kendine zarar verme sırasında yalnız olup olmadığı, istek ve eylem arasındaki geçen süre ve kişinin kendine zarar verme davranışını sonlandırma isteğinin olup olmadığı sorgulanır.

Envanterin ilk bölümünün geçerlilik güvenilirlik çalışması Klonsky ve Olino (2008) tarafından gerçekleştirilmiştir (253).

İkinci bölüm olan işlevler bölümünde 39 soru ile 13 ayrı kendine zarar verme davranışı işlevi (5 otonom işlev + 8 sosyal işlev) sorgulanmaktadır. Otonom işlevler; affekt regülasyonu, özkıyımı önleme, sıkıntıyı etiketleme, kendini cezalandırma ve çözülmeyi önlemedir. Sosyal işlevler ise kişiler arası sınırlar, kişiler arası etkileşim, intikam alma, heyecan arama, akranlarla bağ kurma, dayanıklılık, özerklik ve kendiyle ilgilenmedir. Her fonksiyon 3 soru ile değerlendirilmektedir. Sorular "çok uygun-2", "kısmen uygun-1" ve "hiç uygun değil-0" olarak yanıtlanmaktadır (254).

Bu bölümün psikometrik özellikleri, geçerlilik ve güvenilirliği Klonsky ve Glenn (2009) tarafından raporlanmıştır (255).

Bildik ve ark. (2013) kendine zarar verme davranışı envanterinin Türkçe çevirisini ve geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır (254).

Ottawa Kendine Zarar Verme Envanteri

KZVD ile ilişkili etkenleri ve psikososyal durumları belirlemek için tasarlanmış bir tarama formudur (256). İşlevlerin ölçülmesi ve olası bağımlılık özelliklerinin yanı sıra KZVD'nin kapsamlı bir değerlendirmesini sunan, kişinin kendi beyanına dayanılarak raporlanan bir envanterdir. Kendine zarar verme düşünce ve davranışlarının sıklığı, bu davranışın başlatılma nedenleri, bu davranışa bağımlılık özellikleri, davranışın durdurulması için motivasyon düzeyi de dahil olmak üzere çeşitli sorular bulunmaktadır (257). Gençlerin hem nitel hem de nicel cevaplar verdiği

27 sorudan oluşmaktadır. Türkçeye çeviri ve geri çevirisi Çuhadaroğlu ve ark. tarafında yapılmıştır.

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II

Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri-II (YİYE-II) Fraley ve ark. tarafından 2000 yılında geliştirilmiştir (258). Bağlanmada temel iki boyut olan yakın ilişkilerde yaşanan kaygı ve başkalarından kaçınmayı ölçmeyi amaçlayan, bağlanma stillerini değerlendiren, 36 maddelik kişinin kendi beyanına dayanılarak raporlanan bir ölçektir. Her madde 1 ile 7 arasında puanlanan likert tipindedir. Ters yüklü maddeler uygulayıcı tarafından puan tersine çevrilerek hesaplanır ve bunlar 4., 8., 16., 17., 18., 20., 21., 22., 24., 26., 30., 32., 34. ve 36. maddelerdir. Kaygı puanını hesaplamak için tek sayılı maddelerin ortalamaları alınırken kaçınma puanını hesaplamak için çift sayılı maddelerin ortalamaları alınmaktadır.

Bireyler kaygı ve kaçınma boyutları temelinde değerlendirilebildikleri gibi bu puanlara küme analizi uygulanarak belirlenen ve Bartholomew ve Horowitz'in (1991) Dörtlü Bağlanma Modeliyle uyumlu dört kategoriden birinde de sınıflandırılabilmektedir. Yani ölçek hem sürekli hem de kategorik sınıflandırmaya dayalı ölçüme olanak sağlamaktadır. Küme analizi sonucu, her iki boyuttan da düşük puan alanlar güvenli, her iki boyuttan da yüksek puan alanlar korkulu bağlanma stiline sahip olarak sınıflandırılmıştır. Yüksek düzeyde kaygıya düşük düzeyde kaçınmanın eşlik ettiği bireyler saplantılı, düşük düzeyde kaygıya yüksek düzeyde kaçınmanın eşlik ettiği bireyler ise kayıtsız bağlanma stilinde sınıflandırılmışlardır (259,260).

2005 yılında Selçuk E. ve ark. tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (261).

Ergenlerin bu ölçeği doldururken "anneleriyle" olan ilişkilerini düşünerek doldurmaları istenmiştir, anlamakta güçlük yaşadıkları maddelerde kendilerine açıklayıcı bilgi verilerek yardımcı olunmuştur.

Hamilton Depresyon Ölçeği

Ölçek, Hamilton tarafından 1960 yılında geliştirilmiş ve onun gözetiminde Williams tarafından yapılandırılmıştır. Test 17 soru içermektedir ve hastalardaki depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçer. Tedavi sırasında izlemi kolaylaştırmaktadır,

tanı koydurmaz. Hamilton Depresyon Ölçeğinde maddeler 0-4 ve 0-2 arasında işaretlenmektedir ve yüksek puan o belirtinin şiddetli olduğunu göstermektedir, en yüksek 53 puan alınır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır (262).

Hamilton Anksiyete Ölçeği

Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilen bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Hem ruhsal hem de bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (263).

İŞLEM

Çalışmaya katılan tüm ergenler ve annelerinden bilgilendirme sonrası yazılı onam alınmıştır.

Katılımcıların hepsine "Sosyodemografik Veri Formu" uygulanmıştır. Katılan tüm ergenler ile DSM-V'e dayalı klinik görüşme yapılmıştır. Katılan tüm annelerin muayeneleri Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nın öğretim görevlisi Prof. Dr. Feride Figen Ateşci tarafından yapılmıştır.

KZVD olan ergenlere "Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri", "Ottawa Kendine Zarar Verme Envanteri" ve bağlanma stilleri açısından "Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II" uygulanmıştır. Sağlıklı kontrol grubu olan ergenlere sadece bağlanma stilleri açısından "Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II" uygulanmıştır.

Katılan tüm annelere "Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II", "Hamilton Depresyon Ölçeği" ve "Hamilton Anksiyete Ölçeği" uygulanmıştır.

OKSİTOSİN VE VAZOPRESSİN DÜZEYLERİ ÖLÇÜMÜ

Katılan tüm ergenlerden ve annelerinden oksitosin ve vazopressin düzeyleri için 1 tüp kan (yaklaşık 10 ml, biyokimya tüpüne) alınmıştır. Alınan örnekler 15 dakika 1000 rpm'de santrifüj edilmiştir, elde edilen serumlar 2-3 tane ependorf tüpüne alınarak çalışma gününe kadar -80 derecede saklanmıştır.

Tüm örnekler ELİSA (Enzyme-linked Immunosorbent Assay) yöntemi kullanılarak Pamukkale Üniversitesi Biyokimya Laboratuvarında biyokimyasal olarak çalışılmıştır.

Oksitosin (OT) analizi için sensitivitesi 9.375 pg/mL olan OT ELİSA Kit kullanılmıştır. Bu kit yöntem olarak yarışmalı ELİSA protokolü kullanmaktadır. Bu kitte bulunan mikrotitrasyon plak OT ile önceden kaplanmıştır. Her kuyucuğa 50 µL standart veya örnek eklenmiştir. Tepkime süresince, örnek veya standarttaki OT, plakta kaplanmış bulunan OT ile yarışmaktadır. 45 dakika boyunca 37 santigrat derecede inkübe edilmiştir. Fazla konjugat, bağlanmamış örnek ve standart plakadan yıkanmıştır ve Horseradish Peroksidaz ile konjuge Avidin her mikroplak kuyucuğa eklenmiştir, sonrasında 30 dakika 37 santigrat derecede inkübe edilmiştir ve tekrar yıkanmıştır. Daha sonra bir tetrametil benzidin substrat solüsyonu her kuyucuğa eklenmiştir ve 15 dakika 37 santigrat derecede inkübe edilmiştir. Enzim-substrat reaksiyonu bir sülfürik asit çözeltisi eklenerek sonlandırılmıştır ve renk değişimi, 450 nm ± 2 nm dalga boyunda spektrofotometrik olarak ölçülmüştür. Örneklerle birlikte aynı biçimde uygulanan standartlar ile kalibrasyon grafiği çizilerek örneklerdeki oksitosin miktarları nicel olarak saptanmıştır. Kitin ölçüm aralığı 15,625-1000pg/ml dir.

Vazopressin (VP) analizi için sensitivitesi 9.375 pg/mL olan Human VP ELİSA Kit kullanılmıştır. Bu kit yöntem olarak yarışmalı ELİSA protokolü kullanmaktadır. Bu kitte bulunan mikrotitrasyon plak VP ile önceden kaplanmıştır. Her kuyucuğa 50 µL standart veya örnek eklenmiştir. Tepkime süresince, örnek veya standarttaki VP, plakta kaplanmış bulunan VP ile yarışmaktadır. 45 dakika boyunca 37 santigrat derecede inkübe edilmiştir. Fazla konjugat, bağlanmamış örnek ve standart plakadan yıkanmıştır ve Horseradish Peroksidaz ile konjuge Avidin her mikroplak kuyucuğa eklenmiştir, sonrasında 30 dakika 37 santigrat derecede inkübe

edilmiştir ve tekrar yıkanmıştır. Daha sonra bir tetrametil benzidin substrat solüsyonu her kuyucuğa eklenmiştir ve 15 dakika 37 santigrat derecede inkübe edilmiştir. Enzim-substrat reaksiyonu bir sülfürik asit çözeltisi eklenerek sonlandırılmıştır ve renk değişimi, 450 nm ± 2 nm dalga boyunda spektrofotometrik olarak ölçülmüştür. Örneklerle birlikte aynı biçimde uygulanan standartlar ile kalibrasyon grafiği çizilerek örneklerdeki vazopressin miktarları nicel olarak saptanmıştır. Kitin ölçüm aralığı 15,625-1000pg/ml dir.

İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 24.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçümle elde edilen sürekli değişkenler ortalama±standart sapma; sosydemografik, klinik verilerdeki ve ölçeklerdeki kategorik değişkenler yüzde ve sayı şeklinde ifade edilmiştir. Sayısal değişkenlerden normal dağılım gösteren iki grup arasındaki ortalama karşılaştırılmasında Bağımsız gruplarda Student-t testi, normal dağılım göstermeyenlerde nonparametrik test olan Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki grubun kategorik özellikteki verilerinin karşılaştırılmasında Ki-kare analizi ve Fisher Kesin Testi kullanılmıştır. Çalışmaya katılanların sosyodemografik, klinik ve ölçek puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

Yaş

Tüm ergenlerin (n=64) yaş ortalaması 15,28±1,16 yıl (13-17 yaş) saptanmıştır. Olgu grubunun (n=32) yaş ortalaması 15,28±1,16 yıl (13-17 yaş), kontrol grubunun (n=32) yaş ortalaması 15,28±1,16 yıl (13-17 yaş) olarak saptanmıştır ve yaş açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 3: Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin yaş dağılımı

	Olgu Ortalama±SS (n=32) (Aralık)	**Kontrol Ortalama±SS (n=32) (Aralık)**	**Toplam Ortalama±SS (n=64) (Aralık)**	**t**	**df**	***p**
Ergen yaş (yıl)	15,28 ± 1,16 (13-17)	15,28 ± 1,16 (13-17)	15,28 ± 1,16 (13-17)	0,00	62	1,000

* Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Cinsiyet

Katılan tüm ergenlerin %75'i (n=48) kız, %25'i (n=16) erkektir. Olgu grubunun %75'i (n=24) kız, %25'i (n=8) erkek, kontrol grubunun da %75'i (n=24) kız, %25'i (n=8) erkektir. İki grup arasında cinsiyetler bakımından istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 4: Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	**Olgu**		**Kontrol**		**Toplam**		**df**	***p**
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**		
Kız	24	75	24	75	48	75	1	1,000
Erkek	8	25	8	25	16	25		
Toplam	32	100	32	100	64	100		

*Ki Kare Testi kullanılmıştır.

Eğitim Süresi

Katılan tüm ergenlerin eğitim süresi 7 ile 12 yıl arasında değişmekte olup, eğitim süresi ortalama 9,61±1,42 yıl (7-12) olarak saptanmıştır. Olgu grubunun eğitim

süresi ortalaması 9,59±1,38 yıl iken, kontrol grubunun ortalaması 9,63±1,47 yıl olarak saptanmıştır. Katılan ergenlerin %7,8'i (n=5) 7. sınıfa, %10,9'u (n=7) 8. sınıfa, %34,4'ü (n=22) 9. sınıfa, %18,8'i (n=12) 10. sınıfa, %15,6'sı (n=10) 11. sınıfa, %12,5'i (n=8) 12. sınıfa devam etmektedir.

Tablo 5: Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin eğitim sürelerinin dağılımı

	Olgu Ortalama±SS (n=32) (Aralık)	**Kontrol Ortalama±SS (n=32) (Aralık)**	**Toplam Ortalama±SS (n=64) (Aralık)**	**t**	**df**	***p**
Eğitim süresi (yıl)	9,59 ± 1.38 (7-12)	9,63 ± 1,47 (7-12)	9,61 ± 1,42 (7-12)	-0,87	62	0,931

* Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Annenin Yaşı

Çalışmaya alınan tüm annelerin (n=64) yaşı 31 ile 57 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 40,17±4,68 yıl olarak saptanmıştır. Olgu grubundaki annelerin (n=32) yaşının ortalaması 41,03±5,39 yıl (31-57); kontrol grubundaki annelerin yaşının ortalaması (n=32) 39,31±3,74 yıl (33-47) olarak saptanmıştır. Annelerin yaşı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 6: Olgu ve kontrol grubundaki annelerin yaşlarının dağılımı

	Olgu Ortalama±SS (n=32) (Aralık)	**Kontrol Ortalama±SS (n=32) (Aralık)**	**Toplam Ortalama±SS (n=64) (Aralık)**	**t**	**df**	***p**
Annelerin yaşı (yıl)	41,03 ± 5,39 (31-57)	39,31 ± 3,74 (33-47)	40,17 ± 4,68 (31-57)	1,48	62	0,14

* Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Annenin Eğitim Düzeyi

Çalışmaya alınan 64 annenin %1,6'sı (n=1) okur-yazar değildi (olgu grubunda), %51,6'sı (n=33) ilkokul mezunu (19 olgu grubu, 14 kontrol grubu), %10,9'u (n=7) ortaokul mezunu (4 olgu grubu, 3 kontrol grubu), %29,7'si (n=19) lise mezunu (6 olgu grubu, 13 kontrol grubu), %6,3'ü (n=4) üniversite mezunu (2 olgu

grubu, 2 kontrol grubu) olarak saptanmıştır. Annelerin eğitim düzeyleri bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 7: Olgu ve kontrol grubundaki annelerin eğitim düzeyi

		Olgu (n=32)	**Kontrol (n=32)**	**Toplam (n=64)**		**df**	***p**
		%	**%**	**n**	**%**	4	0,345
Annenin eğitim düzeyi	**Okur yazar değil**	3,1	0	1	1,6		
	İlkokul	59,5	43,7	33	51,6		
	Ortaokul	12,5	9,4	7	10,9		
	Lise	18,7	40,6	19	29,7		
	Üniversite	6,2	6,2	4	6,3		
	Toplam	100	100	64	100		

*Ki Kare Testi kullanılmıştır.

Annenin Mesleği

Çalışmaya katılan annelerin %50'si (n=32) ev hanımı (17 olgu grubu, 15 kontrol grubu), %23,4'ü (n=15) işçi (8 olgu grubu, 7 kontrol grubu), %4,7'si (n=3) memur (hepsi kontrol grubu), %4,7'si (n=3) aşçı (2 olgu grubu, 1 kontrol grubu), %4,7'si (n=3) hemşire (hepsi kontrol grubu), %3,1'i (n=2) öğretmen (1 olgu grubu, 1 kontrol grubu), %1,6'sı (n=1) çiftçi (olgu grubu), %1,6'sı (n=1) esnaf (olgu grubu), %1,6'sı (n=1) hasta bakıcı (olgu grubu), %1,6'sı (n=1) pazarcı (kontrol grubu), %1,6'sı (n=1) sekreter (kontrol grubu), %1,6'sı (n=1) yönetici asistanıdır (olgu grubu).

Tablo 8: Olgu ve kontrol grubundaki annelerin meslekleri

		Olgu (n=32)	**Kontrol (n=32)**	**Toplam (n=64)**	
		%	**%**	**n**	**%**
Annenin mesleği	**Ev hanımı**	53,3	46,9	32	50
	İşçi	25	21,9	15	23,4
	Memur	0	9,4	3	4,7
	Aşçı	6,2	3,1	3	4,7
	Hemşire	0	9,4	3	4,7
	Öğretmen	3,1	3,1	2	3,1
	Çiftçi	3,1	0	1	1,6
	Esnaf	3,1	0	1	1,6
	Hasta bakıcı	3,1	0	1	1,6
	Pazarcı	0	3,1	1	1,6
	Sekreter	0	3,1	1	1,6

Tablo 8 (devam): Olgu ve kontrol grubundaki annelerin meslekleri

		Olgu (n=32)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=64)	
		%	%	n	%
Annenin mesleği	**Yönetici asistanı**	3,1	0	1	1,6
	Toplam	100	100	64	100

Babanın Yaşı

Ergenlerin babalarının yaşı 28 ile 67 yıl arasında değişmekte olup ortalama 44,34±5,68 yıl (28-67) olarak saptanmıştır. Olgu grubundaki babaların (n=32) yaşının ortalaması 45,56±6,25 yıl (35-67); kontrol grubundaki babaların (n=32) yaşının ortalaması 43,13±4,83 yıl (28-52) olarak saptanmıştır. Babaların yaşı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 9: Olgu ve kontrol grubundaki babaların yaşlarının dağılımı

	Olgu Ortalama±SS (n=32) (Aralık)	**Kontrol Ortalama±SS (n=32) (Aralık)**	**Toplam Ortalama±SS (n=64) (Aralık)**	**t**	**df**	***p**
Babaların yaşı (yıl)	45,56 ± 6,25 (35-67)	43,13 ± 4,83 (28-52)	44,34 ± 5,68 (28-67)	1,74	62	0,36

* Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Babanın Eğitim Düzeyi

Babaların %43,7'si (n=28) ilkokul mezunu (16 olgu grubu, 12 kontrol grubu), %25'i (n=16) ortaokul mezunu (7 olgu grubu, 9 kontrol grubu), %21,9'u (n=14) lise mezunu (7 olgu grubu, 7 kontrol grubu), %9,4'ü (n=6) üniversite mezunu (2 olgu grubu, 4 kontrol grubu) olarak saptanmıştır. Babaların eğitim düzeyleri bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 10: Olgu ve kontrol grubundaki babaların eğitim düzeyi

		Olgu (n=32)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=64)		df	*p
		%	%	n	%		
Babanın eğitim düzeyi	**İlkokul**	50	37,5	28	43,7	4	0,63
	Ortaokul	21,9	28,1	16	25		
	Lise	21,9	21,9	14	21,9		
	Üniversite	6,2	12,5	6	9,4		
	Toplam	100	100	64	100		

*Ki Kare Testi kullanılmıştır.

Babanın Mesleği

Çalışmaya katılan ergenlerin babalarının %40,6'sı (n=26) işçi (12 olgu grubu, 14 kontrol grubu), %14,1'i (n=9) esnaf (5 olgu grubu, 4 kontrol grubu), %10,9'u (n=7) memur (2 olgu grubu, 5 kontrol grubu), %4,7'si (n=3) çiftçi (hepsi olgu grubu), %4,7'si (n=3) öğretmen (1 olgu grubu, 2 kontrol grubu), %4,7'si (n=3) teknisyendir (1 olgu grubu, 2 kontrol grubu), %3,1'i (n=2) aşçı (1 olgu grubu,1 kontrol grubu), %3,1'i (n=2) pazarcı (hepsi kontrol grubu), %3,1'i (n=2) şoför (hepsi kontrol grubu), %1,6'sı (n=1) çoban (olgu grubu), %1,6'sı (n=1) grafiker (olgu grubu), %1,6'sı (n=1) kapıcı (olgu grubu), %1,6'sı (n=1) kurye (olgu grubu), %1,6'sı (n=1) marangoz (olgu grubu), %1,6'sı (n=1) mühendis (olgu grubu), %1,6'sı (n=1) serbest meslek (olgu grubu) olarak çalışmaktadır.

Tablo 11: Olgu ve kontrol grubundaki babaların meslekleri

		Olgu (n=32)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=64)	
		%	%	n	%
Babanın mesleği	**İşçi**	37,5	43,8	26	40,6
	Esnaf	15,6	12,6	9	14,1
	Memur	6,2	15,7	7	10,9
	Çiftçi	9,4	0	3	4,7
	Öğretmen	3,1	6,2	3	4,7
	Teknisyen	3,1	6,2	3	4,7
	Aşçı	3,1	3,1	2	3,1
	Pazarcı	0	6,2	2	3,1
	Şoför	0	6,2	2	3,1
	Çoban	3,1	0	1	1,6
	Grafiker	3,1	0	1	1,6
	Kapıcı	3,1	0	1	1,6

Tablo 11 (devam): Olgu ve kontrol grubundaki babaların meslekleri

		Olgu (n=32)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=64)	
		%	%	n	%
Babanın mesleği	**Kurye**	3,1	0	1	1,6
	Marangoz	3,1	0	1	1,6
	Mühendis	3,1	0	1	1,6
	Serbest meslek	3,1	0	1	1,6
	Toplam	100	100	64	100

Kardeş Sayısı ve Kaçıncı Çocuk Olduğu

Olgu grubundaki ergenlerin ortalama kardeş sayısı 2,16±1,13 (1-6) iken, kontrol grubundaki ergenlerin ortalama kardeş sayısı 2,22±0,70 (1-4) saptanmıştır. Kardeş sayıları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Ailenin kaçıncı çocuğu olmaları açısından olgu grubu ortalaması 1,56±0,84 (1-5) olarak, kontrol grubu ortalaması ise 1,38±0,66 (1-4) olarak saptanmıştır. İki grup ailenin kaçıncı çocuğu olma durumu açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 12: Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin kardeş sayısı ve ailenin kaçıncı çocuğu olma durumları

	Olgu Ortalama±SS n=32 (Aralık)	**Kontrol Ortalama±SS n=32 (Aralık)**	**Toplam Ortalama±SS n=32 (Aralık)**	**t**	**df**	***p**
Kardeş sayısı	2,16 ±1,13 (1-6)	2,22±0,70 (1-4)	2,19±0,94 (1-6)	-0,264	62	0,793
Ailenin kaçıncı çocuğu	1,56±0,84 (1-5)	1,38±0,66 (1-4)	1,47±0,76 (1-5)	0,993	62	0,325

* Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Anne-Baba Birlikteliği, Ergenin Kimlerle Birlikte Yaşadığı

Katılan ergenlerin anne babalarının %75'i (n=48) evlidir (21 olgu grubu, 27 kontrol grubu), %17,9'u (n=11) resmi olarak boşanmıştır (9 olgu grubu, 2 kontrol grubu), %1,6'sı (n=1) ayrı yaşamaktadır (kontrol grubu), %6,2'sinin (n=4) de babası vefat etmiştir (2 olgu grubu, 2 kontrol grubu).

Çalışmaya alınan ergenlerden %75'i (n=48) aileyle birlikte (21 olgu grubu, 27 kontrol grubu), %23,4'ü (n=15) annesiyle birlikte (10 olgu grubu, 5 kontrol grubu), %1,6'sı (n=1) babasıyla birlikte (olgu grubu) yaşamaktadır.

Tablo 13: Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin anne babalarının birliktelik durumu ve ergenin kimlerle yaşadığı

		Olgu (n=32)	**Kontrol (n=32)**	**Toplam (n=64)**		**df**	***p**
		%	**%**	**n**	**%**		
Anne babanın birliktelik durumu	**Evli**	65,6	84,5	48	75	3	0,102
	Boşanmış	28,1	6,2	11	17,2		
	Ayrı yaşıyor	0	3,1	1	1,6		
	Baba vefat etmiş	6,2	6,2	4	6,2		
	Toplam	100	100	64	100		
Ergenin kimlerle yaşadığı	**Aileyle**	65,7	84,4	48	75		
	Anneyle	31,2	15,6	15	23,4		
	Babayla	3,1	0	1	1,6		
	Toplam	100	100	64	100		

*Ki Kare Testi kullanılmıştır.

Ailenin Gelir Durumu

Katılan ailelerin %15,7'sinin (n=10) gelir durumu çok düşük (5 olgu grubu, 5 kontrol grubu), %40,6'sının (n=26) düşük (13 olgu grubu, 13 kontrol grubu), %32,8'inin (n=21) orta (10 olgu grubu, 11 kontrol grubu), %10,9'unun (n=7) yüksek (4 olgu grubu, 3 kontrol grubu) düzeydedir. Olgu ve kontrol grubu arasında ailenin gelir durumu açısından istatistiksel bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 14: Olgu ve kontrol grubunun ailelerinin gelir durumu

		Olgu (n=32)	**Kontrol (n=32)**	**Toplam (n=64)**		**df**	***p**
		%	**%**	**n**	**%**		
Ailenin gelir durumu	**Çok düşük**	15,6	15,6	10	15,7	3	0,98
	Düşük	40,7	40,6	26	40,6		
	Orta	31,2	34,4	21	32,8		
	Yüksek	12,5	9,4	7	10,9		
	Toplam	100	100	64	100		

*Ki Kare Testi kullanılmıştır.

Ailede Tıbbi-Ruhsal Hastalık Öyküsü

Katılan ergenlerin %25'inde (n=16) birinci derece yakınlarında tıbbi hastalık öyküsü varken (6 olgu grubu, 10 kontrol grubu), %75'inde (n=48) (26 olgu grubu, 22 kontrol grubu) saptanmamıştır. Birinci derece akrabalarında tıbbi hastalık öyküsü açısından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Katılan ergenlerin %20,3'ünde (n=13) birinci derece yakınlarında ruhsal hastalık öyküsü olduğu (9 olgu grubu, 4 kontrol grubu), %79,7'sinde (n=51) ise ruhsal hastalık öyküsü olmadığı (23 olgu grubu, 28 kontrol grubu) saptanmıştır. Birinci derece akrabalarındaki ruhsal hastalık öyküsü bakımından olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 15: Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin birinci derece yakınlarındaki tıbbi-ruhsal hastalık öyküsü

		Olgu (n=32)	**Kontrol (n=32)**	**Toplam (n=64)**		**df**	***p**
		%	**%**	**n**	**%**		
Tıbbi hastalık öyküsü	**Var**	18,7	31,2	16	25	1	0,248
	Yok	81,3	68,8	48	75		
	Toplam	100	100	64	100		
Ruhsal hastalık öyküsü	**Var**	28,1	12,5	13	20,3	12	0,120
	Yok	71,9	87,5	51	79,7		
	Toplam	100	100	64	100		

*Ki Kare Testi kullanılmıştır.

Okul Başarısı

Katılan ergenlerin %81,2'sinin (n=32) okul başarısının iyi olduğu (15 olgu grubu, 17 kontrol grubu), %18,8'inin (n=12) ise okul başarısının zayıf düzeyde olduğu (8 olgu grubu, 4 kontrol grubu) saptanmıştır. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin okul başarısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 16: Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin okul başarısı düzeyleri

		Olgu (n=32)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=64)		df	*p
		%	%	n	%		
Okul başarısı düzeyi	**İyi**	75	87,5	52	81,2	1	0,200
	Zayıf	25	12,5	12	18,8		
	Toplam	100	100	64	100		

*Ki Kare Testi kullanılmıştır.

Arkadaş İlişkileri

Ergenlerden %82,8'i (n=53) iyi (21 olgu grubu, 32 kontrol grubu), yeterli sayıda arkadaşı olduğunu bildirmiştir, %17,2'si (n=11) ise yakın arkadaşı olmadığını (hepsi olgu grubu) ifade etmiştir. Olgu ve kontrol grubundaki ergenler arkadaş ilişkileri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup olgu grubunda yakın arkadaşlık kurmakta sorun yaşama istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazladır ($p<0,05$).

Tablo 17: Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin arkadaşlık ilişkileri

		Olgu (n=32)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=64)		df	*p
		%	%	n	%		
Arkadaş ilişkisi	**İyi, yeterli sayıda arkadaşı var**	65,6	100	53	82,8	1	0,000
	Yakın arkadaş tariflenmiyor	34,4	0	11	17,2		
	Toplam	100	100	64	100		

*Ki Kare Testi kullanılmıştır.

Ergenlerde Eşlik Eden Tıbbi Hastalık

Katılan tüm ergenlerin %89'unda eşlik eden herhangi bir tıbbi hastalık öyküsü yokken (n=57) (25 olgu grubu, 32 kontrol grubu), %11'inde (n=7) eşlik eden tıbbi hastalık öyküsü olduğu (hepsi olgu grubu) saptanmıştır. Olgu ve kontrol grubundaki ergenler eşlik eden tıbbi hastalık öyküsü açısından karşılaştırıldığında olgu grubunda 7 kişide eşlik eden ek tıbbi hastalık öyküsü varken, kontrol grubunda eşlik eden tıbbi hastalık öyküsü bulunan birey saptanmamıştır. Eşlik eden hastaların tanıları tablo-18'de gösterilmiştir. İki grup arasında eşlik eden tıbbi hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır, olgu grubunda eşlik eden tıbbi hastalık öyküsü daha fazladır ($p<0,05$)

Tablo 18: Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin eşlik eden tıbbi hastalık öyküsü

		Olgu (n=32)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=64)		df	*p
		%	%	n	%		
Eşlik eden tıbbi hastalık öyküsü	**Yok**	78,2	100	57	89	1	0,011
	Astım	9,4	0	3	4,6		
	Epilepsi	3,1	0	1	1,6		
	Gastrit	3,1	0	1	1,6		
	Migren	3,1	0	1	1,6		
	Obezite	3,1	0	1	1,6		
	Toplam	100	100	64	100		

*Ki Kare Testi kullanılmıştır.

Ergenlerdeki Sigara-Alkol-Madde Kullanımı

Çalışmaya alınan 64 ergenden %39,1'inin (n=25) sigara kullandığı (20 olgu grubu, 5 kontrol grubu), %20,3'ünün (n=13) alkol kullandığı (11 olgu grubu, 2 kontrol grubu), %4,7'sinin (n=3) de madde kullandığı (hepsi olgu grubu) saptanmıştır. Sigara ve alkol kullanımı açısından olgu ve kontrol grubundaki ergenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup, olgu grubundaki ergenlerde sigara ve alkol kullanımı daha fazla saptanmıştır ($p<0,05$). Madde kullanımı açısından ise olgu ve kontrol grubundaki ergenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)

Tablo 19: Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerdeki sigara, alkol, madde kullanımı

		Olgu (n=32)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=64)		df	*p
		%	%	n	%		
Sigara kullanımı	**Var**	6,2	15,6	25	39,1	1	0,00
	Yok	37,8	84,4	39	60,9		
	Toplam	100	100	64	100		
Alkol kullanımı	**Var**	34,4	6,2	13	20,3	1	0,05
	Yok	65,6	93,8	51	79,7		
	Toplam	100	100	64	100		
Madde kullanımı	**Var**	9,4	0	3	4,7	1	0,076
	Yok	90,6	100	61	95,3		
	Toplam	100	100	64	100		

*Ki Kare Testi kullanılmıştır.

ERGENLERİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Kendine Zarar Verme Şekilleri

Olgu grubunu oluşturan kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin (n=32) %38'i (n=12) kesme şeklinde; %6,3'ü (n=2) vurma şeklinde; %3'ü (n=1) ısırma şeklinde; %3'ü (n=1) saç kopartma şeklinde; %16,4'ü (n=5) kesme ve yakma şeklinde; %9,3'ü (n=3) kesme ve vurma şeklinde; %3'ü (n=1) kesme ve kazıma şeklinde; %3'ü (n=1) kesme ve sürtme şeklinde; %3'ü (n=1) kazıma ve tırnaklama şeklinde; %3'ü (n=1) tırnaklama ve çimdikleme şeklinde; %3'ü (n=1) kesme, kazıma ve iğne batırma şeklinde; %3'ü (n=1) kesme, vurma ve saç kopartma şeklinde; %3'ü (n=1) kesme, vurma ve ısırma şeklinde; %3'ü (n=1) kesme, çimdikleme, kazıma, tırnaklama ve vurma şeklinde kendine zarar vermiştir.

Tablo 20: Olgu grubundaki ergenlerin kendine zarar verme şekli dağılımı

		n	**%**
Kendine zarar verme şekilleri	**Kesme**	12	38
	Vurma	2	6,3
	Isırma	1	3
	Saç kopartma	1	3
	Kesme + yakma	5	16,4
	Kesme + vurma	3	9,3
	Kazıma + tırnaklama	1	3
	Kesme + kazıma	1	3
	Kesme + sürtme	1	3
	Tırnaklama + çimdikleme	1	3
	Kesme + kazıma + iğne batırma	1	3
	Kesme + vurma + saç kopartma	1	3
	Kesme + vurma + ısırma	1	3
	Kesme + çimdikleme + kazıma + tırnaklama + vurma	1	3
	Toplam	32	100

Kendine zarar verme şekli olarak kesme davranışını olgu grubunun %81,25'i (n=26) gerçekleştirmiştir ve en sık kullanılan kendine zarar verme şeklidir. Olgu grubundaki ergenlerin %25'i (n=8) vurma davranışını, %15,6'sı (n=5) yakma davranışını, %12,5'i (n=4) kazıma davranışını, %9,4'ü (n=3) tırnaklama davranışını, %6,25'i (n=2) saç kopartma davranışını, %6,25'i (n=2) çimdikleme davranışını,

%3,1'i (n=1) ısırma davranışını ve %3,1'i (n=1) iğne batırma davranışını gerçekleştirmiştir.

Tablo 21: Kendine zarar verme davranışı yöntemlerinin sıklığı

		n	%
Kendine zarar verme yöntemi	**Kesme**	26	81,2
	Vurma	8	25
	Yakma	5	15,6
	Kazıma	4	12,5
	Tırnaklama	3	9,4
	Saç kopartma	2	6,2
	Çimdikleme	2	6,2
	Isırma	1	3,1
	İğne batırma	1	3,1

Kendine Zarar Verme Sayıları

Olgu grubundaki kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin %15,6'sı (n=5) hayatları boyunca 2-5 kez, %18,8'i (n=6) 5-10 kez, %65,6'sı (n=21) da 11 ve üzerindeki sayılarda kendine zarar verme davranışında bulunmuştur.

Ergenlerin %90,6'sı (n=29) son 1 yıl içinde kendine zarar verme davranışında bulunurken, %9,4'ünün (n=3) son 1 yıl içinde kendine zarar verme davranışı olmamıştır. Son 1 yıl içinde kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin %6,3'ü (n=2) bir kez, %15,6'sı (n=5) 2-5 kez, %18,8'i (n=6) 5-10 kez, %50'si (n=16) de 11 ve üzerindeki sayılarda kendine zarar verme davranışında bulunmuştur.

Ergenlerin %68,7'si (n=22) son 6 ay içinde kendine zarar verme davranışında bulunmuştur. Son 6 ay içinde kendine zarar verme davranışı olanların %6,3'ü (n=2) bir kez, %15,6'sı (n=5) 2-5 kez, %12,5'i (n=4) 5-10 kez, %34,4'ü (n=11) 11 ve üzerindeki sayılarda kendine zarar verme davranışında bulunmuştur.

Ergenlerin %50'sinin (n=16) son 1 ay içinde kendine zarar verme davranışında bulunduğu saptanmıştır. Son 1 ay içinde kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin %9,4'ü (n=3) 1 kez, %15,6'sı (n=5) 2-5 kez, %25'i (n=8) 11 ve üzerindeki sayılarda kendine zarar verme davranışında bulunmuştur.

Tablo 22: Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin hayat boyu, son 1 yıldaki, son 6 aydaki ve son 1 aydaki kendine zarar verme davranışı sayıları

			n	%
Hayat boyu kendine zarar verme sayısı		**0**	0	0
		1 kez	0	0
		2-5 kez	5	15,6
		5-10 kez	6	18,8
		11 ve üzerinde	21	65,6
Son 1 yılda kendine zarar verme davranışı	**Olup olmadığı**	**Var**	29	90,6
		Yok	3	9,4
	Sayısı	**0**	3	9,4
		1 kez	2	6,3
		2-5 kez	5	15,6
		5-10 kez	6	18,8
		11 ve üzerinde	16	50
Son 6 ayda kendine zarar verme davranışı	**Olup olmadığı**	**Var**	22	68,7
		Yok	10	31,3
	Sayısı	**0**	10	31,3
		1 kez	2	6,3
		2-5 kez	5	15,6
		5-10 kez	4	12,5
		11 ve üzerinde	11	34,4
Son 1 ayda kendine zarar verme davranışı	**Olup olmadığı**	**Var**	16	50
		Yok	16	50
	Sayısı	**0**	16	50
		1 kez	3	9,4
		2-5 kez	5	15,6
		5-10 kez	0	0
		11 ve üzerinde	8	25
		Toplam	32	100

Ergenlerin İntihar Girişimi Sayısı ve Şekli

Çalışmaya katılan ergenlerin (n=64) %20,4'ünde (n=13) intihar girişimi öyküsü saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin hepsi olgu grubunda bulunmaktadır.

İntihar girişiminde bulunan 13 ergenden %84,6'sı (n=11) hayatı boyunca bir kez, %7,7'si (n=1) 2-5 kez, %7,7'si (n=1) 5-10 kez bu girişimi gerçekleştirmiştir.

İntihar girişiminin şekli açısından bakıldığında 13 ergenin %76,9'unun (n=10) ilaç içme şeklinde, %7,7'sinin (n=1) bilek kesisi şeklinde, %7,7'sinin (n=1) ası şeklinde, %7,7'sinin (n=1) de ilaç içme ve bilek kesisi şeklinde gerçekleştirdiği saptanmıştır.

Tablo 23: Ergenlerin intihar girişimi öyküsü, sayısı ve şekli

		n	%
İntihar girişiminde bulunup bulunmadığı	**Var**	13	20,4
	Yok	51	79,6
	Toplam	64	100
İntihar girişimi sayısı	**Bir kez**	11	84,6
	2-5 kez	1	7,7
	5-10 kez	1	7,7
	Toplam	13	100
İntihar girişimi şekli	**İlaç içme**	10	76,9
	Bilek kesisi	1	7,7
	Ası	1	7,7
	İlaç içme + bilek kesisi	1	7,7
	Toplam	13	100

İstismar Öyküsü

Çalışmaya katılan ergenlerin (n=64) %15,6'sında (n=10) istismar öyküsü olduğu ve bu 10 ergenin tamamının olgu grubunda bulunduğu saptanmıştır.

Lezyonların Sayısı, Zamanı, Yerleşim Bölgesi, Müdahale Gerektirip Gerektirmediği

Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin yapılan muayenesinde gözlenen lezyon sayısının yaklaşık olarak 1 ile 100 arasında değiştiği ve ortalamasının 19,5±22,62 olduğu saptanmıştır.

Kendine zarar verme davranışı olan 32 ergenin %84,3'ünde (n=27) eski lezyon bulunduğu, %15,7'sinde (n=5) yeni lezyon bulunduğu saptanmıştır.

Lezyonların yerleşim bölgelerine bakıldığında ergenlerin %28,1'inde (n=9) sol ön kolda; %9,4'ünde (n=3) sağ ön kolda; %6,2'sinde (n=2) elde; %6,2'sinde (n=2) yüzde; %3,1'inde (n=1) sol üst kolda; %9,4'ünde (n=3) sağ ön kol ve sol ön kolda; %3,1'inde (n=1) sol ön kol ve karında; %3,1'inde (n=1) sağ ön kol ve sağ üst kolda; %3,1'inde (n=1) sağ ön kol, sol ön kol ve göğüste; %3,1'inde (n=1) sağ ön kol, sol ön

kol ve sol elde; %3,1'inde (n=1) sağ ön kol, sol ön kol ve sol üst kolda; %3,1'inde (n=1) sağ ön kol, sağ üst kol ve sol ön kolda; %3,1'inde (n=1) sol ön kol, sol üst kol ve sol ayakta; %3,1'inde (n=1) sol ön kol, sol üst kol, sağ bacak ve sol bacakta; %3,1'inde (n=1) sağ üst kol, sol ön kol, sol üst kol, sağ bacakta; %3,1'inde (n=1) sağ ön kol, sol ön kol, sağ bacak, sol bacakta; %3,1'inde (n=1) sağ ön kol, sağ üst kol, sol ön kol, sol üst kol ve sol bacakta; %3,1'inde (n=1) ise sağ ön kol, sağ üst kol, sol ön kol, sol üst kol, sağ bacak ve sol bacakta bulunduğu saptanmıştır.

Kendine zarar verme davranışında olan ergenlerden %3,1'inin (n=1) lezyon nedeniyle tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyduğu saptanmıştır.

Tablo 24: Olgu grubundaki ergenlerin lezyonlarının sayısı, lezyon zamanı, lezyon yerleşim bölgesi ve lezyona tıbbi müdahale uygulanıp uygulanmadığı

		Olgu Ortalama ± SS (n=32) (Aralık)	
Lezyon sayısı		19,5 ± 22,62 (1-100)	
		n	**%**
Lezyon zamanı	**Eski lezyon**	27	84,3
	Yeni lezyon	5	15,7
	Toplam	32	100
Lezyonların yerleşim bölgeleri	**Sol ön kol**	9	28,1
	Sağ ön kol	3	9,4
	El	2	6,2
	Yüz	2	6,2
	Sol üst kol	1	3,1
	Sağ ön kol +sol ön kol	3	9,4
	Sol ön kol + karın	1	3,1
	Sağ ön kol + sağ üst kol	1	3,1
	Sağ ön kol + sol ön kol + göğüs	1	3,1
	Sağ ön kol +sol ön kol + el	1	3,1
	Sağ ön kol + sol ön kol + sol üst kol	1	3,1
	Sağ ön kol + sağ üst kol + sol ön kol	1	3,1
	sol ön kol + sol üst kol + ayak	1	3,1
	Sol ön kol + sol üst kol + sağ bacak + sol bacak	1	3,1
	Sağ üst kol + sol ön kol + sol üst kol + sağ bacak	1	3,1
	Sağ ön kol + sol ön kol +sağ bacak + sol bacak	1	3,1

Tablo 24 (devam): Olgu grubundaki ergenlerin lezyonlarının sayısı, lezyon zamanı, lezyon yerleşim bölgesi ve lezyona tıbbi müdahale uygulanıp uygulanmadığı

		n	%
Lezyonların yerleşim bölgeleri	**Sağ ön kol + sağ üst kol + sol ön kol +sol üst kol + sol bacak**	1	3,1
	Sağ ön kol + sağ üst kol + sol ön kol + sol üst kol +sağ bacak + sol bacak	1	3,1
	Toplam	32	100
Tıbbi müdahale	**Evet**	1	3,1
	Hayır	31	96,9
	Toplam	32	100

Kendine zarar verme davranışı olan 32 ergenden %68,75'inde (n=22) sol ön kolda lezyon bulunmuştur ve en fazla kullanılan lezyon bölgesidir. %43,75'inde (n=14) sağ ön kolda, %21,9'unda (n=7) sol üst kolda, 15,6'sında (n=5) sağ üst kolda, %12,5'unda (n=4) sağ bacakta, %12,5'unda (n=4) sol bacakta, %9,4'ünde (n=3) elde, %6,25'inde (n=2) yüzde, %3,1'inde (n=1) göğüste ve %3,1'inde (n=1) ayakta lezyon saptanmıştır.

Tablo 25: Kendine zarar verme davranışı lezyonlarının bulunduğu vücut bölgeleri dağılımı

		n	%
Kendine zarar verme davranışı lezyonlarının bulunduğu vücut bölgeleri	**Sol ön kol**	22	68,8
	Sağ ön kol	14	43,6
	Sol üst kol	7	21,9
	Sağ üst kol	5	15,6
	Sağ bacak	4	12,5
	Sol bacak	4	12,5
	El	3	9,4
	Yüz	2	6,3
	Göğüs	1	3,2
	Ayak	1	3,2

ANNELERİN ÖZELLİKLERİ

Annenin Medeni Durumu

Çalışmaya katılan annelerin medeni durumlarına bakıldığında %79,7'sinin (n=51) evli olduğu (23 olgu grubu, 28 kontrol grubu), %14,1'inin (n=9) boşandığı (7

olgu grubu, 2 kontrol grubu) ve %6,2'sinin (n=4) eşinin vefat ettiği (2 olgu grubu, 2 kontrol grubu) saptanmıştır.

Tablo 26: Olgu ve kontrol grubundaki annelerin medeni durumunun dağılımı

		Olgu (n=32)	**Kontrol (n=32)**	**Toplam (n=64)**		**df**	***p**
		%	**%**	**n**	**%**		
Annenin medeni durumu	**Evli**	71,9	87,6	51	79,7	2	0,195
	Boşanmış	21,9	6,2	9	14,1		
	Eşi vefat etmiş	6,2	6,2	4	6,2		
	Toplam	100	100	64	100		

*Ki Kare Testi kullanılmıştır.

Ailede Marital Sorun Varlığı

Çalışmaya katılan annelerin %29,7'si (n=19) marital sorun varlığı yönünde öykü verirken (14 olgu grubu, 5 kontrol grubu), %70,3'ü (n=45) marital sorun olmadığı yönünde öykü vermiştir (18 olgu grubu, 27 kontrol grubu). Olgu ve kontrol grubundaki anneler marital sorun yaşama açısından istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır, olgu grubundaki annelerin daha fazla marital sorun yaşadığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 27: Olgu ve kontrol grubundaki annelerin marital sorun yaşama durumu

		Olgu (n=32)	**Kontrol (n=32)**	**Toplam (n=64)**		**df**	***p**
		%	**%**	**n**	**%**		
Marital Sorun	**Var**	43,7	15,6	19	29,7	1	0,027
	Yok	56,3	84,4	45	70,3		
	Toplam	100	100	64	100		

*Ki Kare Testi kullanılmıştır.

Annede Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar Girişimi

Çalışmaya katılan annelerden sadece olgu grubunda bulunan 2 kişide (%3,1) kendine zarar verme davranışı öyküsü olduğu saptanmıştır. Kendine zarar verme davranışı olan 2 annenin de kesme şeklinde ve hayat boyu 1-5 kez olacak şekilde kendine zarar verme davranışında bulunduğu saptanmıştır.

Katılan 3 annede (%4,7) intihar girişimi öyküsü olduğu saptanmıştır. İntihar girişimi öyküsü olan 3 annenin de olgu grubunda olduğu ve hepsinin bir kez intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 28: Olgu ve kontrol grubundaki annelerin kendine zarar verme ve intihar girişimi öyküsü

		Olgu (n=32)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=64)	
		%	%	n	%
Annede KZVD	**Var**	6,2	0	2	3,1
	Yok	93,8	100	62	96,9
	Toplam	100	100	64	100
Annede intihar girişimi	**Var**	9,4	0	3	4,7
	Yok	90,6	100	61	95,3
	Toplam	100	100	64	100

ERGENLERİN TANISI

Olgu grubundaki 32 ergenden %12,5'inin (n=4) depresyon; %6,25'inin (n=2) davranım bozukluğu; %3,1'inin (n=1) OKB; %15,6'sının (n=5) depresyon ve davranım bozukluğu; %9,4'ünün (n=3) DEHB ve davranım bozukluğu; %6,25'inin (n=2) depresyon ve TSSB; %3,1'inin (n=1) depresyon ve DEHB; %3,1'inin (n=1) depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu; %3,1'inin (n=1) depresyon ve bulimia nevroza; %3,1'inin (n=1) DEHB ve bulimia nevroza; %3,1'inin (n=1) yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi; %3,1'inin (n=1) davranım bozukluğu ve B küme kişilik örgütlenmesi; %3,1'inin (n=1) disosiyatif bozukluk ve B küme kişilik özellikleri; %9,4'ünün (n=3) DEHB, davranım bozukluğu ve B küme kişilik örgütlenmesi; %3,1'inin (n=1) depresyon, DEHB ve davranım bozukluğu; %3,1'inin (n=1) depresyon, DEHB ve OKB; %3,1'inin (n=1) depresyon, DEHB ve internet bağımlılığı; %3,1'inin (n=1) depresyon, bulimia nevroza ve B küme kişilik örgütlenmesi; %3,1'inin (n=1) yaygın anksiyete bozukluğu, DEHB ve tik bozukluğu tanısının olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki ergenlerin ise herhangi bir tanı kriterini karşılamadığı saptanmıştır.

Tablo 29: Olgu grubundaki ergenlerin tanı dağılımı

		n	%
Ergenlerin tanıları	**Depresyon**	4	12,5
	Davranım bozukluğu	2	6,25
	OKB	1	3,12
	Depresyon + davranım bozukluğu	5	15,6
	DEHB + davranım bozukluğu	3	9,4
	Depresyon + TSSB	2	6,25
	Depresyon + DEHB	1	3,12
	Depresyon + yaygın anksiyete bozukluğu	1	3,12
	Depresyon + bulimia nevroza	1	3,12
	DEHB + bulimia nevroza	1	3,12
	Yaygın anksiyete bozukluğu + sosyal fobi	1	3,12
	Davranım bozukluğu + B küme kişilik örgütlenmesi	1	3,12
	Disosiyatif bozukluk + B küme kişilik özellikleri	1	3,12
	DEHB + davranım bozukluğu + B küme kişilik örgütlenmesi	3	9,4
	Depresyon + DEHB + davranım bozukluğu	1	3,12
	Depresyon + DEHB + OKB	1	3,12
	Depresyon + DEHB + internet bağımlılığı	1	3,12
	Depresyon + bulimia nevroza + B küme kişilik örgütlenmesi	1	3,12
	Yaygın anksiyete bozukluğu + DEHB + tik bozukluğu	1	3,12
	Toplam	32	100

Depresyon tanısı olgu grubundaki 32 ergenin %56,2'sinde (n=18) bulunmaktadır ve en sık görülen tanı olmuştur. Davranım bozukluğu tanısını %46,9'u (n=15), DEHB tanısını %31,2'si (n=10), B küme kişilik örgütlenmesi tanısını %18,7'si (n=6), yaygın anksiyete bozukluğu tanısını %9,4'ü (n=3), bulimia nevroza tanısını %9,4'ü (n=3), OKB tanısını %6,2'si (n=2), TSSB tanısını %6,2'si (n=2), Sosyal fobi tanısını %3,1'i (n=1), disosiyatif bozukluk tanısını %3,1'i (n=1), internet bağımlılığı tanısını %3,1'i (n=1) ve tik bozukluğu tanısını %3,1'i (n=1) almıştır.

Tablo 30: Olgu grubundaki tanıların sıklığı

	n	**%**
Depresyon	18	56,2
Davranım bozukluğu	15	46,9
DEHB	10	31,2
B küme kişilik örgütlenmesi	6	18,7
YAB	3	9,4
Bulimia nervoza	3	9,4
OKB	2	6,2
TSSB	2	6,2
Sosyal fobi	1	3,1
Disosiyatif bozukluk	1	3,1
İnternet bağımlılığı	1	3,1
Tik bozukluğu	1	3,1

ANNELERİN TANISI

Çalışmaya katılan annelerin %12,5'inde (n=8) depresyon tanısının (6 olgu grubu, 2 kontrol grubu), %3,1'inde (n=2) panik bozukluk tanısının (olgu grubu), %4,7'sinde (n=3) yaygın anksiyete bozukluğu tanısının (1 olgu grubu, 2 kontrol grubu) olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan annelerin %79,7'sinin (n=51) ise herhangi bir tanısının olmadığı (23 olgu grubu, 28 kontrol grubu) saptanmıştır.

Tablo 31: Olgu ve kontrol grubundaki annelerin tanısı

		Olgu (n=32)	**Kontrol (n=32)**	**Toplam (n=64)**	
		%	**%**	**n**	**%**
Annenin tanısı	**Yok**	71,9	87,6	51	79,7
	Depresyon	18,8	6,2	8	12,5
	Yaygın anksiyete bozukluğu	3,1	6,2	3	4,7
	Panik bozukluk	6,2	0	2	3,1
	Toplam	100	100	64	100

ANNENİN HAMİLTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ, HAMİLTON ANKSİYETE ÖLÇEĞİ PUANLARI

Olgu grubundaki annelerin Hamilton depresyon ölçeği puanı ortalaması 21,19±3,93 (18-35) iken, kontrol grubundaki annelerin ortalaması 19,44±2,66 (18-28) olarak saptanmıştır. İki grup annelerin Hamilton depresyon ölçeği puanı açısından

karşılaştırıldığında olgu grubundaki annelerin puanı daha yüksektir, bu fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak saptanmıştır (p<0,05).

Olgu grubundaki annelerin Hamilton anksiyete ölçeği psişik anksiyete puanı ortalaması 2,78±2,76 (0-8), somatik anksiyete puanı ortalaması 1,75±2,42 (0-9), toplam anksiyete puanları ortalaması ise 4,63±5,04 (0-18) olarak saptanmışken; kontrol grubundaki annelerin psişik anksiyete puanı ortalaması 1,28±1,97 (0-6), somatik anksiyete puanı ortalaması 1,19±2,46 (0-10), toplam anksiyete puanları ortalaması ise 2,52±4,28 (0-16) olarak saptanmıştır. İki grup karşılaştırıldığında Hamilton anksiyete ölçeği psişik anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış (p<0,05) iken somatik anksiyete puanları ve toplam anksiyete puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Olgu grubundaki annelerin psişik anksiyete puanları ortalaması daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 32: Annelerin Hamilton depresyon ve Hamilton anksiyete puanları dağılımı

	Olgu Ortalama±SS (n=32) (Aralık)	**Kontrol Ortalama±SS (n=32) (Aralık)**	**Toplam Ortalama±SS (n=64) (Aralık)**	**t**	**df**	***p**
HAM-D Puanı	21,19 ± 3,93 (18-35)	19,44 ± 2,66 (18-28)	20,31 ± 3,445 (18-35)	2,085	62	0,041
HAM-A Psişik Ank. Puanı	2,78 ± 2,76 (0-8)	1,28 ± 1,97 (0-6)	2,03 ± 2,501 (0-8)	2,497	62	0,015
HAM-A Somatik Ank. Puanı	1,75 ± 2,42 (0-9)	1,19 ± 2,46 (0-10)	1,47 ± 2,44 (0-10)	0,920	62	0,361
HAM-A Toplam Ank. Puanı	4,63 ± 5,04 (0-18)	2,52 ± 4,28 (0-16)	3,59 ± 4,77 (0-18)	1,785	61	0,079

* Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Hamilton Anksiyete ve Depresyon Puanları Arasındaki İlişki

Hamilton anksiyete toplam puanı ile somatik ve psişik puanları arasında pozitif yönde iyi derecede korelasyon, depresyon puanı ile pozitif yönde orta derecede korelasyon saptanmıştır ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Hamilton somatik anksiyete ile psişik anksiyete puanları arasında pozitif yönde iyi derecede korelasyon, depresyon puanı arasında ise pozitif yönde orta derecede korelasyon saptanmıştır ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Psişik anksiyete puanı ile depresyon puanı arasında pozitif yönde iyi derecede korelasyon saptanmıştır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Hamilton depresyon puanları yüksek olan annelerin Hamilton anksiteye puanları (psişik, somatik, toplam puanları) da yüksek saptanmıştır.

Tablo 33: Hamilton anksiyete (somatik, psişik, toplam) ve depresyon puanları arasındaki ilişki

		HAM A Toplam	**HAM A Somatik**	**HAM A Psişik**	**HAM D Toplam**
HAM A Toplam	**r**	-	0,925	0,923	0,699
	***p**	-	0,000	0,000	0,000
HAM A Somatik	**r**	0,925	-	0,717	0,575
	***p**	0,000	-	0,000	0,000
HAM A Psişik	**r**	0,923	0,717	-	0,740
	***p**	0,000	0,000	-	0,000
HAM D Toplam	**r**	0,699	0,575	0,740	-
	***p**	0,000	0,000	0,000	-

*Perason Korelasyon Testi kullanılmıştır.

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI ENVANTERİ BULGULARI

Kendine Zarar Verme Şekli

Olgu grubundaki ergenlerin %81,2'si (n=26) kesme davranışında, %56,2'si (n=18) vurma davranışında, %37,5'i (n=12) ısırma davranışında, %31,2'si (n=10) çimdikleme davranışında, %31,2'si (n=10) saç kopartma davranışında, %28,1'i (n=9) kazıma davranışında, %28,1'i (n=9) yakma davranışında, %25'i (n=8) yara iyileşmesine engel olma davranışında, %21,9'u (n=7) iğne batırma davranışında, %18,7'si (n=6) sürtme davranışında ve %12,5'i (n=4) tırnaklama davranışında bulunduğunu belirtmiştir.

Tablo 34: Kendine zarar verme davranışı envanterine göre davranış şekilleri dağılımı

Davranış	**n**	**%**
Kesme	26	81,2
Vurma	18	56,2
Isırma	12	37,5

Tablo 34 (devam): Kendine zarar verme davranışı envanterine göre davranış şekilleri dağılımı

Davranış	**n**	**%**
Çimdikleme	10	31,2
Saç kopartma	10	31,2
Kazıma	9	28,1
Yakma	9	28,1
Yara iyileşmesine engel olma	8	25
İğne batırma	7	21,9
Sürtme	6	18,7
Tırnaklama	4	1,5

Kendine Zarar Verme Davranışı Envanterine Göre Davranış Şekillerinin Sayısı

Ergenlerin kendine zarar verme envanterine göre kendilerini kesme sayısının 1 ile 50 arasında ortalama 6,94±14,108 kez, ısırma sayısının 1 ile 50 arasında ortalama 3,13±8,601 kez, yakma sayısının 1 ile 3 arasında ortalama 1,34±0,602 kez, kazıma sayısının 0 ile 3 arasında ortalama 1,38±0,751 kez, çimdikleme sayısının 1 ile 4 arasında ortalama 1,72±1,170 kez, saç kopartma sayısının 0 ile 50 arasında ortalama 3,09 ± 8,626 kez, tırnaklama sayısının 0 ile 4 arasında ortalama 1,34±0,937 kez, sert bir yere çarpma veya vurma sayısının 0 ile 50 arasında ortalama 3,53±8,565 kez, yara iyileşmesini engel olma sayısının 1 ile 4 arasında ortalama 1,53±0,950 kez, sert bir yüzeye sürtme sayısı 0 ile 4 arasında ortalama 1,38±0,907 kez, kendine iğne batırma sayısının 0 ile 50 arasında ortalama 4,41±11,994 kez olduğu saptanmıştır.

Tablo 35: Olgu grubundaki ergenlerin kendine zarar verme davranışı envanterine göre davranış şekilleri sayısı

		Ortalama ± SS (Aralık)
Kendine zarar verme envanteri davranış şekilleri sayısı	**Kesme sayısı**	6,94 ± 14,108 (1-50)
	Isırma sayısı	3,13 ± 8,601 (1-50)
	Yakma sayısı	1,34 ± 0,602 (1-3)

Tablo 35 (devam): Olgu grubundaki ergenlerin kendine zarar verme davranışı envanterine göre davranış şekilleri sayısı

		Ortalama ± SS (Aralık)
Kendine zarar verme envanteri davranış şekilleri sayısı	**Kazıma sayısı**	1,38 ± 0,751 (0-3)
	Çimdikleme sayısı	1,72 ± 1,170 (1-4)
	Saç kopartma sayısı	3,09 ± 8,626 (0-50)
	Tırnaklama sayısı	1,34 ± 0,937 (0-4)
	Sert bir yere çarpma veya vurma sayısı	3,53 ± 8,565 (0-50)
	Yara iyileşmesini engelleme sayısı	1,53 ± 0,950 (1-4)
	Sert bir yüzeye sürtme sayısı	1,38 ± 0,907 (0-4)
	Kendine iğne batırma sayısı	4,41 ± 11,994 (0-50)

Olgu grubundaki ergenlerin kendine zarar verme davranışı yöntemlerini tekrar etme sayıları Tablo 36'da gösterilmiştir.

Tablo 36: Kendine zarar verme envanterine göre davranış yöntemlerini tekrar etme sayıları

Davranış	**0**		**5 kez**		**10 kez**		**50 kez**		**100 kez**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Kesme	6	18,8	9	28,1	8	25	3	9,4	6	18,8
Isırma	20	62,5	4	12,5	6	18,8	1	3,1	1	3,1
Yakma	23	71,9	7	21,9	2	6,3	0	0	0	0
Kazıma	23	71,9	5	15,6	4	12,5	0	0	0	0
Çimdikleme	22	68,8	2	6,3	3	9,4	0	0	5	15,6
Saç kopartma	22	68,8	2	6,3	4	12,5	1	3,1	3	9,4
Tırnaklama	26	81,3	3	9,4	0	0	0	0	3	9,4
Sert bir yere çarpma vurma	15	46,9	4	12,5	7	21,9	1	3,1	5	15,6
Yara iyileşmesini engelleme	23	71,9	3	9,4	4	12,5	0	0	2	6,3

Tablo 36 (devam): Kendine zarar verme envanterine göre davranış yöntemlerini tekrar etme sayıları

Davranış	**0**		**5 kez**		**10 kez**		**50 kez**		**100 kez**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Sert bir yüzeye sürtme	26	81,3	0	0	5	15,6	0	0	1	3,1
Kendine iğne batırma	24	75	2	6,3	2	6,3	2	6,3	2	6,3

Kendine Zarar Verme Davranışına Başlama Yaşı

Olgu grubundaki ergenlerin ilk kez kendine zarar vermeye başladığı yaş 10 ile 16 arasında değişmekle birlikte ortalama 13,06±1,645 yıl olarak saptanmıştır.

En Son Kendine Zarar Verme Davranışında Bulunma Zamanı

Olgu grubundaki kendine zarar verme davranışında bulunan ergenlerin %3,1'inin (n=1) en son 1 gün önce, %6,2'sinin (n=2) 2 gün önce, %3,1'inin (n=1) 3 gün önce, %3,1'inin (n=1) 5 gün önce, %6,2'sinin (n=2) 1 hafta önce, %9,3'ünün (n=3) 2 hafta önce, %9,3'ünün (n=3) 3 hafta önce, %9,3'ünün (n=3) 1 ay önce, %9,3'ünün (n=3) 2 ay önce, %3,1'inin (n=1) 3 ay önce, %3,1'inin (n=1) 5 ay önce, %3,1'inin (n=1) 6 ay önce, %9,3'ünün (n=3) 7 ay önce, %6,2'sinin (n=2) 8 ay önce, %6,2'sinin (n=2) 10 ay önce, %9,3'ünün (n=3) 1 yıl önce kendine zarar verme davranışında bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 37: En son kendine zarar verme davranışında bulunma zamanı dağılımı

		n	**%**
En son kendine zarar verme zamanı	**1 gün önce**	1	3,1
	2 gün önce	2	6,2
	3 gün önce	1	3,1
	5 gün önce	1	3,1
	1 hafta önce	2	6,2
	2 hafta önce	3	9,3
	3 hafta önce	3	9,3
	1 ay önce	3	9,3
	2 ay önce	3	9,3
	3 ay önce	1	3,1
	5 ay önce	1	3,1
	6 ay önce	1	3,1
	7 ay önce	3	9,3

Tablo 37 (devam): En son kendine zarar verme davranışında bulunma zamanı dağılımı

		n	%
En son kendine zarar verme zamanı	**8 ay önce**	2	6,2
	10 ay önce	2	6,2
	1 yıl önce	3	9,3
	Toplam	32	100

Kendine Zarar Verme Sırasında Fizikse Acı Hissetme

Olgu grubundaki ergenlerin %18,75'inin (n=6) kendine zarar verme sırasında fiziksel acı hissettiği, %37,5'unun (n=12) bazen hissettiği, %43,75'inin (n=14) ise hiç fiziksel acı hissetmedikleri saptanmıştır.

Tablo 38: Olgu grubundaki ergenlerin KZVD sırasında fiziksel acı hissetme durumu

		n	%
KZVD sırasında fiziksel acı hisseder misiniz?	**Evet**	6	18,75
	Bazen	12	37,5
	Hayır	14	43,75
	Toplam	32	100

Kendine Zarar Verme Sırasında Yalnız Olup Olmama

Olgu grubundaki ergenlerin %65,6'sının (n=21) kendine zarar verme sırasında yalnız olduğu, %31,2'sinin (n=10) bazen yalnız olduğu %3,1'inin (n=1) ise yalnız olmadığı saptanmıştır.

Tablo 39: Olgu grubundaki ergenlerin KZVD sırasında yalnız olup olmama durumu

		n	%
KZVD sırasında yalnız mı olursunuz?	**Evet**	21	65,6
	Bazen	10	31,2
	Hayır	1	3,1
	Toplam	32	100

Kendine Zarar Verme Dürtüsü ile Eylem Arasındaki Geçen Süre

Olgu grubundaki ergenlerin %87,5'inin (n=28) KZV dürtüsü oluştuktan sonra 1 saatten az zaman içinde, %3,1'inin (n=1) 1-3 saat arasında, %3,1'inin (n=1) 3-6 saat arasında ve %6,2'sinin (n=2) 1 günden daha fazla zaman sonra eylemi gerçekleştirdiği saptanmıştır.

Tablo 40: Olgu grubundaki ergenlerin kendine zarar verme dürtüsü ile eylemi gerçekleştirme zamanı arasındaki geçen süre

		n	%
KZV dürtüsü oluştuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz?	**1 saatten az**	28	87,5
	1-3 saat	1	3,1
	3-6 saat	1	3,1
	1 günden fazla	2	6,2
	Toplam	32	100

Kendine Zarar Verme Davranışını Sonlandırma İsteği

Olgu grubundaki ergenlerin %59,3'ünün (n=19) kendine zarar verme davranışını sonlandırma isteğinin olduğu, %3,1'inin (n=1) bunu bazen istediği, %37,5'inin (n=12) ise bu davranışı sonlandırma isteğinin olmadığı saptanmıştır.

Tablo 41: Olgu grubundaki ergenlerin kendine zarar verme davranışını sonlandırma isteğinin olup olmama durumu

		n	%
KZVD'yi sonlandırmak ister misiniz?	**Evet**	19	59,3
	Bazen	1	3,1
	Hayır	12	37,5
	Toplam	32	100

Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevleri

Kendine zarar verme davranışı affekt regülasyonu işlevi açısından ergenlerin %18,75'i (n=6) için kendilerine hiç uygun olmadığı, %21,8'i (n=7) için kısmen uygun olduğu, %59,3'ü (n=19) için ise çok uygun olduğu saptanmıştır. Ergenler en yüksek oranda affekt regülasyonu için kendilerine uygun şeklinde belirtmiştir ve en yüksek oranda kullanılan işlevdir.

Sıkıntıyı etiketleme işlevi açısından ergenlerin %37,5'i (n=12) için kendilerine hiç uygun olmadığı, %21,8'i (n=7) için kısmen uygun olduğu, %40,6'sı (n=13) için ise çok uygun olduğu saptanmıştır.

Kendini cezalandırma işlevi açısından ergenlerin %37,5'i (n=12) için kendilerine hiç uygun olmadığı, %37,5'i (n=12) için kısmen uygun olduğu, %25'i (n=8) için ise çok uygun olduğu saptanmıştır.

Çözülmeyi önleme işlevi açısından ergenlerin %50'si (n=16) için kendilerine hiç uygun olmadığı, %25'i (n=8) için kısmen uygun olduğu, %25'i (n=8) için ise çok uygun olduğu saptanmıştır.

Öz kıyımı önleme işlevi açısından ergenlerin %62,5'i (n=20) için kendilerine hiç uygun olmadığı, %25'i (n=8) için kısmen uygun olduğu, %12,5'i (n=4) için ise çok uygun olduğu saptanmıştır.

İntikam alma işlevi açısından ergenlerin %50'si (n=16) için kendilerine hiç uygun olmadığı, %31,25'i (n=10) için kısmen uygun olduğu, %18,75'i (n=6) için ise çok uygun olduğu saptanmıştır.

Dayanıklılık işlevi açısından ergenlerin %46,8'i (n=15) için kendilerine hiç uygun olmadığı, %31,25'i (n=10) için kısmen uygun olduğu, %21,7'si (n=7) için ise çok uygun olduğu saptanmıştır.

Kendiyle ilgilenme işlevi açısından ergenlerin %59,4'ü (n=19) için kendilerine hiç uygun olmadığı, %34,4'ü (n=11) için kısmen uygun olduğu, %6,2'si (n=2) için ise çok uygun olduğu saptanmıştır.

Özerklik işlevi açısından ergenlerin %56,25'i (n=18) için kendilerine hiç uygun olmadığı, %31,25'i (n=10) için kısmen uygun olduğu, %12,5'i (n=4) için ise çok uygun olduğu saptanmıştır.

Heyecan arama işlevi açısından ergenlerin %78,1'i (n=25) için kendilerine hiç uygun olmadığı, %18,75'i (n=6) için kısmen uygun olduğu, %3,1'i (n=1) için ise çok uygun olduğu saptanmıştır.

Kişilerarası sınır işlevi açısından ergenlerin %56,25'i (n=18) için kendilerine hiç uygun olmadığı, %31,25'i (n=10) için kısmen uygun olduğu, %12,5'i (n=4) için ise çok uygun olduğu saptanmıştır.

Kişilerarası etkileşim işlevi açısından ergenlerin %37,5'i (n=12) için kendilerine hiç uygun olmadığı, %56,25'i (n=18) için kısmen uygun olduğu, %6,2'si (n=2) için ise çok uygun olduğu saptanmıştır.

Akranlarla bağ kurma işlevi açısından ergenlerin %93,75'i (n=30) için kendilerine hiç uygun olmadığı, %3,1'i (n=1) için kısmen uygun olduğu, %3,1'i (n=1) için ise çok uygun olduğu saptanmıştır.

Tablo 42: KZVD işlevlerinin ergenler için ne kadar uygun olup olmadığı

İşlev uygunluğu	**Hiç uygun değil**		**Kısmen uygun**		**Çok uygun**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Affekt regülasyonu	6	18,75	7	21,8	19	59,3
Sıkıntıyı etiketleme	12	37,5	7	21,8	13	40,6

Tablo 42 (devam): KZVD işlevlerinin ergenler için ne kadar uygun olup olmadığı

İşlev uygunluğu	Hiç uygun değil		Kısmen uygun		Çok uygun	
	n	%	n	%	n	%
Kendini cezalandırma	12	37,5	12	37,5	8	25
Çözülmeyi önleme	16	50	8	25	8	25
Öz kıyımı önleme	20	62,5	8	25	4	12,5
İntikam alma	16	50	10	31,25	6	18,75
Dayanıklılık	15	46,8	10	31,25	7	21,7
Kendiyle ilgilenme	19	59,4	11	34,4	2	6,2
Özerklik	18	56,25	10	31,25	4	12,5
Kişilerarası sınır	18	56,25	10	31,25	4	12,5
Kişilerarası etkileşim	12	37,5	18	56,25	2	6,2
Heyecan arama	25	78,1	6	18,75	1	3,1
Akranlarla bağ kurma	30	93,75	1	3,1	1	3,1

OTTAWA KENDİNE ZARAR VERME ENVANTERİ BULGULARI

Son 1 Ayda Ve Son 6 Ayda KZVD Düşüncesi ve Eylemi

Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin %15,6'sı (n=5) en az 1 kez, %12,6'sı (n=4) haftada bir, %31,2'si (n=10) her gün şeklinde son 1 ayda kendine zarar vermeyi düşündüğünü; %40,6'sı (n=13) ise hiç düşünmediğini bildirmiştir. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin %18,8'i (n=6) en az 1 kez, %9,4'ü (n=3) haftada bir, %25'i (n=8) her gün şeklinde son 1 ay içinde kendine zarar verdiğini bildirirken; %46,8'i (n=15) ise hiç kendine zarar vermediğini bildirmiştir.

Tablo 43: Ottawa kendine zarar verme envanterine göre son 1 ayda KZVD'yi düşünme ve KZVD'de bulunma durumu

		n	%
Son 1 ayda KZV'yi düşünme	**Hiç**	13	40,6
	En az bir kez	5	15,6
	Haftada bir	4	12,6
	Her gün	10	31,2

Tablo 43 (devam): Ottawa kendine zarar verme envanterine göre son 1 ayda KZVD'yi düşünme ve KZVD'de bulunma durumu

		n	%
Son 1 ayda KZVD'de bulunma	**Hiç**	15	46,8
	En az bir kez	6	18,8
	Haftada bir	3	9,4
	Her gün	8	25
	Toplam	32	100

Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin %15,6'sı (n=5) 1-5 kez, %9,4'ü (n=3) ayda bir kez, %37,6'sı (n=12) haftada bir kez, %12,6'sı (n=4) her gün şeklinde son 6 ay içinde kendine zarar vermeyi düşündüğünü bildirirken; %25'i (n=8) hiç kendine zarar vermeyi düşünmediğini bildirmiştir. Son 6 ay içinde kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin %12,6'sı (n=4) 1-5 kez, %12,6'sı (n=4) ayda bir kez, %31,2'si (n=10) haftada bir, %31,2'si (n=10) her gün olacak şekilde kendine zarar verme davranışında bulunurken, %28,2'si (n=9) hiç kendine zarar verme davranışında bulunmamıştır.

Tablo 44: Ottawa kendine zarar verme envanterine göre son 6 ayda KZVD düşünme ve KZVD'de bulunma durumu

		n	%
Son 6 ayda KZV'yi düşünme	**Hiç**	8	25
	1-5 Kez	5	15,6
	Ayda bir	3	9,4
	Haftada bir	12	37,6
	Her gün	4	12,6
	Toplam	32	100
Son 6 ayda KZVD'de bulunma	**Hiç**	9	28,2
	1-5 Kez	4	12,6
	Ayda bir	4	12,6
	Haftada bir	10	31,2
	Her gün	5	15,6
	Toplam	32	100

İntihar Düşüncesi ve Eylemi

Son 1 yılda kendine zarar verme davranışında bulunan ergenlerin %40,6'sı (n=13) 1-5 kez, %18,8'i (n=6) ayda 1 kez, %9,4'ü (n=3) haftada 1 kez, %15,6'sı (n=5) her gün şeklinde kendini öldürmeyi düşündüğünü bildirmiştir. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin %40,6'sı (n=13) intihar girişiminde bulunmuştur ve kendine

zarar verme davranışı olanların %9,4'ü (n=3) son 1 ayda, %12,6'sı (n=4) son 6 ayda, %6,2'si (n=2) son 1 yılda, %12,6'sı (n=4) bir yıldan önce intihar girişiminde bulunmuştur.

Tablo 45: Ottawa kendine zarar verme envanterine göre son 1 yıldaki intihar düşüncesi, hayat boyu intihar girişimi sayısı ve intihar girişiminin ne zaman olduğu

		n	**%**
Son 1 yılda intihar düşüncesi	**Hiç**	5	15,6
	1-5 kez	13	40,6
	Ayda bir	6	18,8
	Haftada bir	3	9,4
	Her gün	5	15,6
	Toplam	32	100
Hiç intihar girişiminde bulundun mu?	**Evet**	13	40,6
	Hayır	19	59,4
	Toplam	32	100
İntihar girişiminin ne zaman olduğu	**Son 1 ayda**	3	23,1
	Son 6 ayda	4	30,8
	Son 1 yılda	2	15,3
	1 yıldan önce	4	30,8
	Toplam	13	100

KZVD Sonrası Tıbbi Müdahale

Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin (n=32) %9,4'ünün (n=3) KZVD sonrası tedavi edilmesi gerektiği, %3,2'sinin (n=1) hastanede kalması gerektiği öğrenilmiştir.

Tablo 46: Ottawa kendine zarar verme envanterine göre KZVD sonrası tedavi, hastanede kalma gerekip gerekmediği

		n	**%**
KZVD sonrası tedavi gerekmesi	**Evet**	3	9,4
	Hayır	29	90,6
	Toplam	32	100
KZVD sonrası hastanede kalma gerekmesi	**Evet**	1	3,2
	Hayır	31	96,8
	Toplam	32	100

KZVD Başlama Yaşı

Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin (n=32) %3,1'i (n=1) 10 yaşında, %15,6'sı (n=5) 11 yaşında, %21,9'u (n=7) 12 yaşında, %18,8'i (n=6) 13 yaşında, %25'i (n=8) 14 yaşında, %3,1'i (n=1) 15 yaşında, %12,5'i (n=4) 16 yaşında kendine zarar verme davranışına başladığını bildirmiştir.

Tablo 47: Ottawa kendine zarar verme envanterine göre KZVD başlama yaşı

		n	%
KZVD başlama yaşı	**10**	1	3,1
	11	5	15,6
	12	7	21,9
	13	6	18,8
	14	8	25
	15	1	3,1
	16	4	12,5

İlk Nasıl Akıllarına Geldiği

Kendine zarar verme davranışı olan ergenlere ilk zarar verdiklerinde bu davranışı yapma düşüncesi nasıl akıllarına geldiğini sorulduğunda %56,2'si (n=18) bunun kendi fikri olduğunu bildirmiştir ve kendi fikirlerinin olması en yüksek orandadır; %12,4'ü (n=4) internet sitesinde okuduğunu, %12,4'ü (n=4) hastane dışında yapan insanları gördüğünü, %6,2'si (n=2) film ya da TV'da gördüğünü, %6,2'si (n=2) hastane dışındaki insanlardan duyduğunu, %3,1'i (n=1) kitap ya da dergide okuduğunu ve %3,1'i (n=1) hastanede yapan insanlar gördüğünü bildirmiştir.

Tablo 48: Ottawa kendine zarar verme davranışı envanterine göre ilk zarar verdiklerinde bu davranışı yapma düşüncesinin nasıl akıllarına geldiği

		n	**%**
İlk zarar verdiklerinde bu davranışı yapma düşüncesi nasıl akıllarına gediği	**Kendi fikrimdi**	18	56,2
	İnternet sitesinde okumuştum	4	12,4
	Hastane dışı yapan insanları görmüştüm	4	12,4
	Film ya da TV'da görmüştüm	2	6,2
	Hastane dışında insanlardan duymuştum	2	6,2
	Kitap ya da dergide okumuştum	1	3,1
	Hastanede yapan insanlar görmüştüm	1	3,1

KZV Düşüncesinin Rahatsızlık Verici, Rahatlatıcı Olup Olmama Durumu, Zihni Meşgul Edip Etmeme Durumu

Olgu grubundaki ergenler Ottawa kendine zarar verme envanterinde bulunan kendine zarar verme davranışı düşüncesi için "rahatsızlık vericidir" maddesi için %59,4'ü (n=19) hiç, %9,4'ü (n=3) ara 1, %12,6'sı (n=4) biraz, %12,6'sı (n=4) ara 2, %6,2'si (n=2) çok fazla şeklinde; "rahatlatıcıdır" maddesi için %28,2'si (n=9) hiç, %12,6'sı (n=4) ara 1, % 9,4'ü (n=3) biraz, %21,8'i (n=7) ara 2, %28,2'si (n=9) çok fazla şeklinde; "zihnimi meşgul eder" maddesi için ise %65,6'sı (n=21) hiç, %12,6'sı (n=4) ara 1 , %6,2'si (n=2) biraz, %15,6'sı (n=5) ara 2 şeklinde bildirmiştir.

Tablo 49: Ottawa kendine zarar verme davranışı envanterine göre KZVD düşüncesinin rahatsızlık verici, rahatlatıcı, zihni meşgul edici olup olmadığı

	Rahatsızlık verici		**Rahatlatıcı**		**Zihni meşgul eder**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Hiç	19	59,4	9	28,2	21	65,6
Ara 1	3	9,4	4	12,6	4	12,6
Biraz	4	12,6	3	9,4	2	6,2
Ara 2	4	12,6	7	21,8	5	15,6
Çok fazla	2	6,2	9	28,2	0	0
Toplam	32	100	32	100	32	100

Başkalarına Söyleme Durumu

Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin %56,2'si (n=18) kendine zarar verdiğini kimsenin bilmemesini isterken, %40,6'sı (n=13) bazı kişilerin, %3,2'si (n=1) birçok kişinin bilmesine izin verebileceğini bildirmiştir. KZVD olan ergenlerin %21,8'i (n=7) arkadaşlarına, %15,6'sı (n=5) psikolog/psikiyatriste, %6,2'si (n=2) aile üyelerine söylediğini bildirmiştir. Ergenlerin yarıdan fazlası (%56,2) hiç kimseye söylememeyi tercih etmiştir.

Tablo 50: Ottawa kendine zarar verme envanterine göre KZVD olan ergenlerin insanların kendine zarar verdiğini bilmelerine izin verme durumu

		n	**%**
İnsanların kendine zarar verdiğini bilmelerine izin verir misin?	**Hiç kimsenin**	18	56,2
	Bazı insanların	13	40,6
	Birçok kişinin	1	3,2
	Toplam	32	100

Tablo 51: Ottawa kendine zarar verme envanterine göre KZVD olan ergenlerin kendine zarar verdiklerini kime söyledikleri

		n	%
Kime söylersin?	**Arkadaşlar**	7	21,8
	Psikolog/Psikiyatrist	5	15,7
	Aile üyeleri	2	6,2
	Hiç kimseye	18	56,3
	Toplam	32	100

KZVD Lezyon Bölgeleri

Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin ilk zarar vermeye başladıklarında ve şu an en sık %62,6'sı (n=20) dirsek altı ve el bileğine, %21,8'i (n=9) dirsek ve üstüne, %9,4'ü (n=3) el/parmaklarına, %3,2'si (n=1) saçlı deriye, %3,2'si (n=1) yüze zarar verdiklerini bildirmiştir.

Tablo 52: Ottawa kendine zarar verme envanterine göre ergenlerin kendilerine ilk zarar vermeye başladıklarında ve şu an en sık zarar verdiği vücut bölgeleri

	İlk başladığında en sık		**Şu an en sık**	
	n	**%**	**n**	**%**
Dirsek altı ve el bileği	20	62,6	20	62,6
Dirsek ve üstü	7	21,8	7	21,8
El/Parmaklar	3	9,4	3	9,4
Saçlı deri	1	3,2	1	3,2
Yüz	1	3,2	1	3,2
Toplam	32	100	32	100

KZVD Yöntemleri

Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin zarar verme yöntemlerine bakıldığında ilk başladıklarında ve şu an en sık olarak %53,2'si (n=17) kesme davranışını, %18,8'i (n=6) vurma davranışını, %9,4'ü (n=3) kazıma davranışını, %9,4'ü (n=3) cildi delme davranışını, %3,2'si (n=1) yara kabuklarını koparma davranışını, %3,2'si (n=1) ısırma davranışını, %3,2'si (n=1) saç kopartma davranışını bildirmiştir.

Tablo 53: Ottawa kendine zarar verme envanterine göre ergenlerin kendilerine ilk zarar vermeye başladıklarında ve şu an en sık zarar verme yöntemleri

	İlk başladığında en sık		Şu an en sık	
	n	%	n	%
Kesme	17	53,2	17	53,2
Vurma	6	18,8	6	18,8
Kazıma	3	9,4	3	9,4
Cildi delme	3	9,4	3	9,4
Yara kabuklarını koparma	1	3,2	1	3,2
Isırma	1	3,2	1	3,2
Saç kopartma	1	3,2	1	3,2
Toplam	32	100	32	100

KZVD Sonrası Rahatlık Hissi

Olgu grubundaki ergenler KZVD sonrası rahatlamış hissediyorsa bu rahatlık hissinin ne kadar süre devam ettiği maddesine %15,6'sı (n=5) 1 dakikadan az, %15,6'sı (n=5) 1-5 dakika, %12,6'sı (n=4) 6-30 dakika, %15,6'sı (n=5) 31-60 dakika, %9,4'ü (n=3) saatlerce, %12,6'sı (n=4) günlerce şeklinde belirtmiştir.

Tablo 54: Ottawa kendine zarar verme envanterine göre KZVD sonrası rahatlık hissinin ne kadar devam ettiği

		n	%
KZVD sonrası rahatlık hissinin süresi	**Hiç**	6	18,8
	1 dakikadan az	5	15,6
	1-5 dakika	5	15,6
	6-30 dakika	4	12,6
	31-60 dakika	5	15,6
	Saatlerce	3	9,4
	Günlerce	4	12,6
	Toplam	32	100

KZVD'nin Gerginlik, Öfke, Engellenmişlik Duygusu, Sinirliliği, Üzgün Ya Da Çökkün Hissetmeyi Gidermede Yararı

Olgu grubundaki ergenler "KZVD gerginliği gidermede ne kadar yararlı?" maddesine %28,2'si (n=9) hiç yararlı değil, %12,6'sı (n=4) ara 1, %6,2'si (n=2) bir şekilde yararlı, %9,4'ü (n=3) ara 2, %43,8'i (n=14) son derece yararlı şeklinde; "KZVD öfkeyi gidermede ne kadar yararlı?" maddesine %18,8'i (n=6) hiç yararlı değil, %6,2'si (n=2) ara 1, %6,2'si (n=2) bir şekilde yararlı, %28,2'si (n=9) ara 2, %40,6'sı (n=13) son derece yararlı şeklinde; "KZVD engellenmişlik duygusunu

gidermede ne kadar yararlı?" maddesine %68,8'i (n=22) hiç yararlı değil, %21,8'i (n=7) ara 1, %3,2'si (n=1) bir şekilde yararlı, %6,2'si (n=2) ara 2 şeklinde; " KZVD sinirliliği gidermede ne kadar yararlı?" maddesine %18,8'i (n=6) hiç yararlı değil, %9,4'ü (n=3) ara 1, %6,2'si (n=2) bir şekilde yararlı, %31,2'si (n=10) ara 2, %34,4'ü (n=11) son derece yararlı şeklinde; " KZVD üzgün ya da çökkün hissetmeyi gidermede ne kadar yararlı?" maddesine ise %40,6'sı (n=13) hiç yararlı değil, %15,6'sı (n=5) ara 1, %3,2'si (n=1) bir şekilde yararlı, %18,8'i (n=6) ara 2 ve %21,8'i (n=7) son derece yararlı şeklinde belirtmiştir.

Tablo 55: KZVD'nin gerginliği, öfkeyi, engellenmişlik duygusunu, sinirliliği ve üzgün ya da çökkün hissetmeyi gidermede ne kadar faydalı olduğu

	Gerginlik		**Öfke**		**Engellenmişlik duygusu**		**Sinirlilik**		**Üzgün ya da çökkün hissetme**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Hiç yararlı değil	9	28,2	6	18,8	22	68,8	6	18,8	13	40,6
Ara 1	4	12,6	2	6,2	7	21,8	3	9,4	5	15,6
Bir şekilde yararlı	2	6,2	2	6,2	1	3,2	2	6,2	1	3,2
Ara 2	3	9,4	9	28,2	2	6,2	10	31,2	6	18,8
Son derece yararlı	14	43,8	13	40,6	0	0	11	34,4	7	21,8
Toplam	32	100	32	100	32	100	32	100	32	100

KZVD'nin Dürtüselliği

Olgu grubundaki ergenlerin (n=32) %56,2'si (n=18) kendine zarar verme davranışı aklına her geldiğinde yaptığını belirtmiştir. KZVD olan ergenlerin %53,2'si (n=17) kendine zarar vermeyi düşündükten 1 dakikadan az zaman içinde, %15,6'sı (n=5) 1-5 dakika arasında, %12,6'sı (n=4) 6-30 dakika arasında, %3,2'si (n=1) 31-60 dakila arasında, %9,4'ü (n=3) saatler içinde, %6,2'si (n=2) günler içinde davranışta bulunduğunu bildirmiştir.

Tablo 56: Ottawa kendine zarar verme envanterine göre olgu grubundaki ergenlerin kendine zarar vermeyi aklına her geldiğinde yapıp yapmadığı ve düşünmeyle davranış arasında geçen süre

		n	%
Aklına her geldiğinde kendine zarar verme	**Evet**	18	56,2
	Hayır	14	43,8
	Toplam	32	100
KZVD'yi düşünmeyle yapma arasında geçen süre	**1 dakikadan az**	17	53,2
	1-5 dakika	5	15,6
	6-30 dakika	4	12,6
	31-60 dakika	1	3,2
	Saatler	3	9,4
	Günler	2	6,2
	Toplam	32	100

KZVD ve Stresli Durumlar

KZVD olan ergenlerin "Stresli şeyler olduktan sonra kendine zarar verir veya bunu düşünür müsün?" maddesine %18,8'i (n=6) ara 1, %31,2'si (n=10) bazen, %25'i (n=25) ara 2, %25'i (n=8) her zaman şeklinde belirtmiştir. Ergenlerin %34,4'ü (n=11) terk edilme, %31,2'si (n=10) başarısızlık, %12,6'sı (n=4) kayıp, %21,8'i (n=7) reddedilme durumunda KZVD'de bulunduğunu bildirmiştir.

Tablo 57: Ottawa kendine zarar verme envanterine göre KZVD olan ergenlerin stresli şeyler sonrası kendine zarar verip vermediği ve hangi durumlarda zarar verdiği

		n	%
Stresli şeyler sonrası kendine zarar verir ya da düşünür müsün?	**Hiçbir zaman**	0	0
	Ara 1	6	18,8
	Bazen	10	31,2
	Ara 2	8	25
	Her zaman	8	25
	Toplam	32	100
Kendine zarar vermeye yol açan durumlar	**Terk edilme**	11	21,8
	Başarısızlık	10	31,2
	Kayıp	4	12,6
	Reddedilme	7	21,8
	Toplam	32	100

Fiziksel Ağrı Hissetme

Olgu grubundaki ergenlerin %68,8'i (n=22) hiçbir zaman, %15,6'sı (n=5), %9,4'ü (n=3) bazen, %6,2'si (n=2) her zaman fiziksel olarak ağrı hissettiklerini belirtmiştir.

Tablo 58: Ottawa kendine zarar verme envanterine göre fiziksel ağrı hissetme durumu

		n	%
KZVD sırasında fiziksel ağrı hissetme	**Hiçbir zaman**	22	68,8
	Ara 1	5	15,6
	Bazen	3	9,4
	Ara 2	0	0
	Her zaman	2	6,2
	Toplam	32	100

KZVD ve Bağımlılık

Kendine zarar veren ergenlerin (n=32) bağımlılıkla ilgili olan "Beklediğimden daha sık olarak kendime zarar veriyorum." maddesi için %43,8'i (n=14) hiçbir zaman, %9,4'ü (n=3) ara 1, %18,8'i (n=6) bazen, %18,8'i (n=6) ara 2, %9,4'ü (n=3) her zaman şeklinde; "Kendime zarar verme davranışının şiddeti giderek arttı." maddesi için %31,2'si (n=10) hiçbir zaman, %15,6'sı (n=5) ara 1, %18,8'i (n=6) bazen, %15,6'sı (n=5) ara 2, %18,8'i (n=6) her zaman şeklinde ; "Kendime zarar vermeye başladığım zamanki etkiyi oluşturmak için şimdi daha sık ve daha fazla derecede yapmam gerekiyor." maddesi için %62,6'sı (n=20) hiçbir zaman, %9,4'ü (n=3) ara 1, %6,2'si (n=2) bazen, %15,6'sı (n=5) ara 2, %6,2'si (n=2) her zaman şeklinde; "Bu tür davranışlar veya bununla ilgili düşünmek zamanımın önemli bir kısmını alıyor." maddesi için %90,6'sı (n=29) hiçbir zaman, %6,2'si (n=2) ara 1, %3,2'si (n=1) her zaman şeklinde; "Bu davranışı kontrol etme veya azaltma isteğine rağmen, bunu yapmıyorum." maddesi için %53,2'si (n=17) hiçbir zaman, %15,6'sı (n=5) ara 1, %15,6'sı (n=5) bazen, %12,6'sı (n=4) ara 2, %3,2'si (n=1) her zaman şeklinde; "Bana fiziksel ve/veya duygusal olarak zarar verdiğini fark etmeme rağmen bu davranışı yapmaya devam ediyorum." maddesi için %53,2'si (n=17) hiçbir zaman, %6,2'si (n=2) ara 1, %12,6'sı (n=4) bazen, %18,8'i (n=6) ara 2, %9,4'ü (n=3) her zaman şeklinde; "Bunlar nedeniyle önemli sosyal, ailesel, akademik veya eğlenceli aktivitelerim belirgin ölçüde azaldı veya onlardan vazgeçtim." maddesi için ise

%65,6'sı (n=21) hiçbir zaman, %12,6'sı (n=4) ara 1, %9,4'ü (n=3) bazen, %6,2'si (n=2) ara 2, %6,2'si (n=2) her zaman şeklinde belirttiği saptanmıştır.

Tablo 59: Ottawa kendine zarar verme envanteri bağımlılıkla ilgili maddelere olgu grubundaki ergenlerin verdiği yanıtlar

	Hiçbir zaman		**Ara 1**		**Bazen**		**Ara 2**		**Her zaman**		**Toplam**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Beklediğimden daha sık zarar veriyorum	14	43,8	3	9,4	6	18,8	6	18,8	3	9,4	32	100
Davranışın şiddeti giderek arttı	10	31,2	5	15,6	6	18,8	5	15,6	6	18,8	32	100
Başlangıçtaki etkiyi oluşturmak için daha sık ve fazla yapıyorum	20	62,6	3	9,4	2	6,2	5	15,6	2	6,2	32	100
Davranışlar ve düşünmek zamanımın önemli bir kısmını alıyor	29	90,6	2	6,2	0	0	0	0	1	3,2	32	100
Davranışı kontrol etme veya azaltma isteğime rağmen yapamıyorum	17	53,2	5	15,6	5	15,6	4	12,6	1	3,2	32	100
Fiziksel/duygusal olarak zarar vermedine rağmen devam ediyorum	17	53,2	2	6,2	4	12,6	6	18,8	3	9,4	32	100
Sosyal, ailesel, akademik veya eğlenceli aktivitelerim azaldı veya onlardan vazgeçtim	21	65,6	4	12,6	3	9,4	2	6,2	2	6,2	32	100

Kendine Zarar Vermemek İçin Yapılan Durumlar

Kendine zarar vermemek için uğraşıyorlarsa en çok hangi durumun yardımcı olduğu açısından bakıldığında olgu grubundaki ergenlerin %25'i (n=8) biriyle

konuşmanın, %25'i (n=8) okuma yazma müzik dansın, %9,4'ü (n=3) tv seyretme video ya da bilgisayar oyunlarının, %6,2'si (n=2) alkol veya madde kullanmanın, %3,2'si (n=1) egzersiz sporun, %3,2'si (n=1) ellerini meşgul edecek bir şey yapmanın yararlı olduğunu belirtirken; %28,2'si (n=9) hiçbir zaman uğraşmadığını bildirmiştir.

Tablo 60: Ottawa kendine zarar verme envanterine göre kendine zarar vermemek için uğraşıyorsa en çok yardım eden durumlar

		n	%
Kendine zarar vermemek için uğraşıyorsan en çok ne yardım eder?	**Hiçbir zaman uğraşmam**	9	28,2
	Biriyle konuşurum	8	25
	Okuma yazma müzik dans	8	25
	TV seyretme, video ya da bilgisayar oyunları	3	9,4
	Alkol veya madde kullanırım	2	6,2
	Egzersiz/Spor	1	3,2
	Ellerimi meşgul edecek bişeyler yaparım	1	3,2
	Toplam	32	100

KZVD'yi Bırakma İsteği

Olgu grubundaki ergenlerin KZVD'den vazgeçmek için bu sıralar ne kadar istekli olduğunun sorulduğu madde için %18,8'inin (n=6) hiç istekli değilim, %12,6'sının (n=4) ara 1, %15,6'sının (n=5) biraz istekliyim, %21,8'inin (n=7) ara 2, %31,2'sinin (n=10) çok fazla istekliyim şeklinde belirttiği saptanmıştır.

Tablo 61: Ottawa kendine zarar verme envanterine göre KZVD olan ergenlerin KZVD'den vazgeçmek için bu sıralar ne kadar istekli oldukları

		n	%
KZVD'den vazgeçmek için bu sıralar ne kadar isteklisin?	**Hiç istekli değilim**	6	18,8
	Ara 1	4	12,6
	Biraz istekliyim	5	15,6
	Ara 2	7	21,8
	Çok fazla istekliyim	10	31,2
	Toplam	32	100

KZVD İçin Tedavi Alma

Olgu grubundaki ergenlerin KZVD'yi azaltmak ve/veya ortadan kaldırmak için tedavi aldılarsa bu tedavinin ne olduğuna bakıldığında; ergenlerin (n=32) %43,8'inin (n=14) hiç tedavi almadığı, %12,6'sının (n=4) tedaviyi yarım bıraktığı, %9,4'ünün (n=3) bireysel terapi aldığı ve %31,2'sinin (n=10) ilaç tedavisi aldığı saptanmıştır.

Tablo 62: Olgu grubundaki ergenlerin KZVD için tedavi alma durumları

		n	%
KZVD azaltmak/ortadan kaldırmak için tedavi alma durumu	**Hiç tedavi almadım**	14	43,8
	Tedaviyi yarım bıraktım	4	12,6
	Bireysel terapi	3	9,4
	İlaç	10	31,2
	Toplam	32	100

YAKIN İLİŞKİLERDE YAŞANTILAR ENVANTERİ II BULGULARI

Ergenlerin YİYE-II Kaygı ve Kaçınma Puanları

Çalışmaya katılan olgu grubundaki ergenlerin (n=32) yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri II kaçınma puanları ortalaması 71,94±25,45 (27-117) iken, kontrol grubundaki ergenlerin (n=32) ortalaması 42,47±18,63 (18-79) saptanmıştır. İki grup arasında kaçınma puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ve olgu grubundaki ergenlerde kaçınma puanı ortalaması daha yüksektir ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan olgu grubundaki ergenlerin (n=32) yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri II kaygı puanları ortalaması 71,81±27,16 (24-111) iken, kontrol grubundaki ergenlerin (n=32) ortalaması 47,53±13,49 (30-85) saptanmıştır. İki grup arasında kaygı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ve olgu grubundaki ergenlerde kaygı puanı ortalaması daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 63: Ergenlerin yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri II kaygı ve kaçınma puanları

	Olgu Ortalama±SS (n=32) (Aralık)	**Kontrol Ortalama±SS (n=32) (Aralık)**	**Toplam Ortalama±SS (n=64) (Aralık)**	**t**	**df**	***p**
YİYE II Kaçınma Puanı	71,94 ± 25,45 (27-117)	42,47 ± 18,63 (18-79)	57,20 ± 26,65 (18-117)	5,285	62	0,000
YİYE II Kaygı Puanı	71,81 ± 27,16 (24-111)	47,53 ± 13,49 (30-85)	59,67 ± 24,55 (24-111)	4,528	62	0,000

* Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Ergenlerin YİYE II kaygı ve kaçınma puanları arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede bir korelasyon saptanmıştır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Ergenlerin kaçınma puanları yükseldikçe kaygı puanları da artmaktadır.

Tablo 64: Ergenlerin YİYE II kaygı ve kaçınma puanları arasındaki ilişki

		Ergen YİYE II Kaçınma Puanı	Ergen YİYE II Kaygı Puanı
Ergen YİYE II Kaçınma Puanı	**r**	-	0,266
	***p**	-	0,034
Ergen YİYE II Kaygı Puanı	**r**	0,266	-
	***p**	0,034	-

*Perason Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Annenin YİYE-II Kaygı ve Kaçınma Puanları

Çalışmaya katılan olgu grubundaki annelerin (n=32) yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri II kaçınma puanları ortalaması 48,47±24,77 (18-114) iken, kontrol grubundaki annelerin (n=32) ortalaması 41,63±23,27 (18-113) saptanmıştır. İki grup arasında kaçınma puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Çalışmaya katılan olgu grubundaki annelerin (n=32) yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri II kaygı puanları ortalaması 58,16±23,02 (21-110) iken, kontrol grubundaki annelerin (n=32) ortalaması 54,66±16,26 (29-79) saptanmıştır. İki grup arasında kaygı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 65: Annelerin yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri II kaygı ve kaçınma puanları

	Olgu Ortalama±SS (n=32) (Aralık)	**Kontrol Ortalama±SS (n=32) (Aralık)**	**Toplam Ortalama±SS (n=64) (Aralık)**	**t**	**df**	***p**
YİYE II Kaçınma Puanı	48,47± 24,77 (18-114)	41,63 ± 23,27 (18-113)	45,05 ± 24,09 (18-114)	1,139	62	0,259
YİYE II Kaygı Puanı	58,16 ± 23,02 (21-110)	54,66 ± 16,26 (29-79)	56,41 ±19,85 (21-110)	0,702	62	0,485

* Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Ergenlerin Bağlanma Paternleri

Çalışmaya katılan ergenlerin %59,3'ünün (n=38) güvenli, %14'ünün (n=9) korkulu, %14'ünün (n=9) saplantılı ve %12,7'sinin (n=8) de kayıtsız bağlanma

biçiminde olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu ile olgu grubu güvenli bağlanma ve diğer bağlanma şekilleri bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır, güvenli olmayan bağlanma şekilleri olgu grubunda daha yüksek saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 66: Ergenlerin bağlanma biçimi dağılımı

		n	%
Ergenlerin bağlanma biçimi	**Güvenli**	38	59,3
	Korkulu	9	14
	Saplantılı	9	14
	Kayıtsız	8	12,7
	Toplam	64	100

		Olgu (n=32)	**Kontrol (n=32)**	**Toplam (n=64)**		**df**	***p**
		%	**%**	**n**	**%**		
Ergenlerin bağlanma biçimi	**Güvenli**	28,1	90,6	38	59,4	1	0,000
	Diğer	71,9	9,4	26	40,6		
	Toplam	100	100	64	100		

*Ki Kare Testi kullanılmıştır.

Annelerin Bağlanma Paternleri

Çalışmaya katılan annelerin (n=32) %75'inin (n=48) güvenli (22 olgu grubu, 26 kontrol grubu), %25'inin (n=16) diğer (korkulu, saplantılı, kayıtsız) bağlanma (10 olgu grubu, 6 kontrol grubu) paternlerinde olduğu saptanmıştır. Olgu ve kontrol grubundaki annelerin bağlanma paternleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 67: Annelerin bağlanma şekilleri

		Olgu (n=32)	**Kontrol (n=32)**	**Toplam (n=64)**		**df**	***p**
		%	**%**	**n**	**%**		
Annelerin bağlanma biçimi	**Güvenli**	68,7	81,2	48	75	1	0,248
	Diğer	31,3	18,8	16	25		
	Toplam	100	100	64	100		

*Ki Kare Testi kullanılmıştır.

OKSİTOSİN VAZOPRESSİN DÜZEYLERİ

Ergenlerdeki olgu grubunda 10 vakanın, kontrol grubunda 15 vakanın kan oksitosin düzeyi hesaplanamamıştır. Hesaplanmayan olgulara ortanca değerler verilmiştir. Olgu grubu için ortanca değer 634,04 pg/ml, kontrol grubu için ortanca değer 682,97 pg/ml olarak belirlenmiştir.

Olgu grubunda 10 vakanın, kontrol grubunda 14 vakanın anne kan oksitosin düzeyi hesaplanamamıştır. Hesaplanmayan olgulara ortanca değerler verilmiştir. Olgu grubu için ortanca değer 540,84 pg/ml, kontrol grubu için ortanca değer 583,32 pg/ml olarak belirlenmiştir.

Ergenlerdeki olgu grubunda 7 vakanın, kontrol grubunda 13 vakanın ergen kan vazopressin düzeyi hesaplanamamıştır. Hesaplanmayan olgulara ortanca değerler verilmiştir. Olgu grubu için ortanca değer 407,04 pg/ml, kontrol grubu için ortanca değer 937,50 pg/ml olarak belirlenmiştir.

Olgu grubunda 17 vakanın, kontrol grubunda 11 vakanın anne kan vazopressin düzeyi hesaplanamamıştır. Hesaplanmayan olgulara ortanca değerler verilmiştir. Olgu grubu için ortanca değer 645,52 pg/ml, kontrol grubu için ortanca değer 500 pg/ml olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan ergenlerin (n=64) oksitosin düzeyi ortalama 788,31±376,79 pg/ml (260,46-1874,05), vazopressin düzeyi ise ortalaması 679,73±373,94 pg/ml (145,97-1768,95) olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan annelerin (n=64) oksitosin düzeyi ortalama 675,54±374,97 pg/ml (199,19-1858,81), vazopressin düzeyi ise ortalaması 627,25±361,48 pg/ml (143,35-1726,57) olarak saptanmıştır.

Olgu grubundaki ergenlerin (n=32) oksitosin düzeyi ortalaması 786,19±404,97 pg/mL (260,47-1858,81) olarak, kontrol grubundaki ergenlerin (n=32) oksitosin düzeyi ortalaması ise 790,42±352,87 pg/mL (378,6946-1874,05) olarak saptanmıştır. Olgu grubundaki ergenlerin (n=32) vazopressin düzeyi ortalaması 462,86±231,03 pg/mL (145,979-994,7917) olarak, kontrol grubundaki ergenlerin (n=32) vazopressin düzeyi ortalaması ise 896,60±365,65 pg/mL (166,958-1768,95) olarak saptanmıştır. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin oksitosin düzeyleri karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ($p>0,05$), vazopressin

düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup kontrol grubundaki ergenlerde vazopressin düzeyi daha yüksek saptanmıştır (p<0,05).

Olgu grubundaki annelerin (n=32) oksitosin düzeyi ortalaması 691,19±446,30 pg/mL (199,19-1858,81) olarak, kontrol grubundaki annelerin (n=32) oksitosin düzeyi ortalaması ise 659,89±293,36 pg/mL (212,94-1716,28) olarak saptanmıştır. Olgu grubundaki annelerin (n=32) vazopressin düzeyi ortalaması 652,16±273,13 pg/mL (185,31-1503,13) olarak, kontrol grubundaki annelerin (n=32) vazopressin düzeyi ortalaması ise 602,33±435,51 pg/mL (143,3566-1726,57) olarak saptanmıştır. Olgu ve kontrol grubundaki annelerin oksitosin ve vazopressin düzeyleri karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05)

Tablo 68: Ergenlerin ve annelerin oksitosin, vazopressin düzeyleri

		Olgu Ortalama ± SS (n=32) (Aralık)	**Kontrol Ortalama ± SS (n=32) (Aralık)**	**Toplam Ortalama±SS (n=64) (Aralık)**	**t**	**df**	***p**
Ergenlerdeki	**Oksitosin düzeyi (pg/mL)**	786,19± 404,97 (260,46-1858,81)	790,42± 352,87 (378,69-1874,05)	788.31± 376,79 (260,46-1874,05)	-0,044	62	0,965
	Vazopressin düzeyi (pg/mL)	462,86± 231,03 (145,97-994,79)	896,60± 365,65 (166,958-1768,95)	679,73± 373,94 (145,97-1768,95)	-5,673	62	0,000
Annelerdeki	**Oksitosin düzeyi (pg/mL)**	691,19± 446,30 (199,19-1858,81)	659,89± 293,36 (212,94-1716,28)	675,54± 374,97 (199,19-1858,81)	0,331	62	0,741
	Vazopressin düzeyi (pg/mL)	652,16± 273,13 (185,31-1503,13)	602,33± 435,51 (143,35-1726,57)	627,25± 361,48 (143,35-1726,57)	0,548	62	0,585

* Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Bağlanma Şekilleri ve Vazopressin, Oksitosin Düzeyleri Arasındaki İlişki

Ergen vazopressin düzeyleri güvenli bağlanma saptanan ergenlerde, güvensiz bağlanma saptananlara göre daha yüksektir **(**Mann Whitney U testi**,** p<0,05). Ergen oksitosin, anne oksitosin, anne vazopressin düzeyleri açısından ergenlerdeki güvenli bağlanma ve güvensiz bağlanma arasında fark saptanmamıştır **(**Mann Whitney U testi**,** p>0,05).

Anne oksitosin, anne vazopressin, ergen oksitosin ve ergen vazopressin düzeyleri açısından annelerdeki güvenli bağlanma ve güvensiz bağlanma arasında fark saptanmamıştır **(**Mann Whitney U testi**,** p>0,05).

Anne ve Ergenlerin Oksitosin, Vazopressin Düzeyleri Arasındaki İlişki

Ergen oksitosin düzeyi ile anne oksitosin düzeyi arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede korelasyon saptanmıştır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Ergen oksitosin düzeyi ile ergen vazopressin ve anne vazopressin düzeyleri arasında ise ilişki saptanmamıştır.

Ergen vazopressin düzeyi ile anne vazopressin düzeyi arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede korelasyon saptanmıştır ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Ergen vazopressin düzeyi ile anne oksitosin ve ergen oksitosin düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır.

Anne oksitosin düzeyi ile anne vazopressin düzeyi arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde korelasyon saptanmıştır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 69: Anne ve ergenlerin oksitosin, vazopressin düzeyleri arasındaki ilişki

		Ergen oksitosin düzeyi	**Ergen vazopressin düzeyi**	**Anne oksitosin düzeyi**	**Anne vazopressin düzeyi**
Ergen oksitosin düzeyi	**r**	-	0,040	0,435	0,203
	***p**	-	0,754	0,000	0,107
Ergen vazopressin düzeyi	**r**	0,040	-	0,117	0,343
	***p**	0,754	-	0,359	0,005
Anne oksitosin düzeyi	**r**	0,435	0,117	-	0,419
	***p**	0,000	0,359	-	0,000
Anne vazopressin düzeyi	**r**	0,203	0,343	0,419	-
	***p**	0,107	0,005	0,001	-

*Perason Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Ergenlerdeki İntihar Girişimi ile Ergen Oksitosin, Vazopressin Düzeyleri Arasındaki İlişki

Anne oksitosin, anne vazopressin, ergen oksitosin ve ergen vazopressin düzeyleri ile ergenlerdeki intihar girişimi açısından fark saptanmamıştır **(**Mann Whitney U testi**,** p>0,05).

Oksitosin, Vazopressin Düzeyleri ile İstismar Öyküsü Arasındaki İlişki

İstismar öyküsü olan 10 ergenin oksitosin düzeyi ortalaması 617,80±395,32 pg/mL (260,46-1415,49) iken vazopressin düzeyi ortalaması 550,09±243,20 pg/mL (404,97-994,79) saptanırken istismar öyküsü olmayan 54 ergenin oksitosin düzeyi ortalaması 777,90±397,58 pg/mL (365,14-1858,81) iken vazopressin düzeyi ortalaması 703,62±390,33 pg/mL (145,97-1768,95) olarak saptanmıştır.

İstismar öyküsü olan 10 ergenin annesinin oksitosin düzeyi ortalaması 676,31±503,66 pg/mL (199,19-1858,81) iken annesinin vazopressin düzeyi ortalaması 663,57±620,39 pg/mL (376,40-859,37) saptanırken istismar öyküsü olmayan 54 ergenin annesinin oksitosin düzeyi ortalaması 675,16±352,30 pg/mL (199,19-1858,81) iken annesinin vazopressin düzeyi ortalaması 620,36±392,68 pg/mL (143,35-1726,57) olarak saptanmıştır.

Ergenlerdeki istismar öyküsünün varlığı ile annelerinin vazopressin düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır, istismar öyküsü olan ergenlerin annelerinde vazopressin düzeyleri anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 70: Oksitosin, vazopressin düzeyleri ile istismar öyküsü arasındaki ilişki

	İstismar öyküsü var Ortalama ± SS (n=10) (Aralık)	**İstismar öyküsü yok Ortalama ± SS (n=54) (Aralık)**	**Toplam Ortalama±SS (n=64) (Aralık)**	***p**
Ergen oksitosin düzeyi (pg/mL)	617,80±395,32 (260,46-1415,49)	777,90±397,58 (365,14-1858,81)	788.31±376,79 (260,46-1874,05)	p<0,05
Ergen vazopressin düzeyi (pg/mL)	550,09±243,20 (404,97-994,79)	703,62±390,33 (145,97-1768,95)	679,73±373,94 (145,97-1768,95)	
Anne oksitosin düzeyi (pg/mL)	676,31±503,66 (199,19-1858,81)	675,16±352,30 (212,94-1858,81)	675,54±374,97 (199,19-1858,81)	
Anne vazopressin düzeyi (pg/mL)	663,57±620,39 (376,40-859,37)	620,36±392,68 (143,35-1726,57)	627,25±361,48 (143,35-1726,57)	

* Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Ergenlerdeki Yakın İlişkilerdeki Yaşantılar Envanteri II Kaygı, Kaçınma Puanları ile Ergenlerin Oksitosin, Vazopressin Düzeyleri Arasındaki İlişki

Ergen YİYE II kaygı puanı ile ergen oksitosin ve vazopressin düzeyleri arasında negatif yönde zayıf-orta derecede korelasyon saptanmıştır. Ergen YİYE II kaygı puanı ile ergen oksitosin ve vazopressin düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ve kaygı puanı yüksek olan ergenlerin oksitosin ve vazopressin düzeyleri daha düşük saptanmıştır ($p<0,05$). Ergen YİYE II kaygı puanı anne vazopressin ve anne oksitosin düzeyleri arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır.

Ergen YİYE II kaçınma puanı ile ergen ve annelerin oksitosin vazopressin düzeyleri arasında da anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$)

Tablo 71: Ergenlerdeki yakın ilişkilerdeki yaşantılar envanteri II kaygı, kaçınma puanları ile ergenlerin ve annelerin oksitosin, vazopressin düzeyleri arasındaki ilişki

		Ergen YİYE II Kaçınma puanı	**Ergen YİYE II Kaygı puanı**
Ergen oksitosin düzeyi	**r**	0,029	-0,301*
	***p**	0,822	0,016
Ergen vazopressin düzeyi	**r**	-0,202	-0,371*
	***p**	0,110	0,003
Anne oksitosin düzeyi	**r**	0,147	0,052
	***p**	0,245	0,685
Anne vazopressin düzeyi	**r**	-0,051	-0,003
	***p**	0,690	0,980

*Perason Korelasyon Testi kullanılmıştır.

TARTIŞMA

Çalışmamızda kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin özellikleri, kendine zarar verme davranışının işlevleri, kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin ve annelerinin bağlanma paternleri ve oksitosin, vazopressin düzeyleri incelenmiştir. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerden oluşan olgu grubu ile onlarla yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey olarak eşleşmiş kontrol grubu arasında karşılaştırmalar yapılmıştır.

Çalışmamızda kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin %75'ini kızlar, %25'ini erkekler oluşturmaktadır ve kızlarda daha fazla KZVD olduğu görülmüştür. Guerry ve ark. (2010)'nın yaptığı çalışmada da bulgumuzla benzer olarak %72 kızlar, %28 erkekler bildirilirken, Zetterqvist ve ark. (2013) %56,2 kızlar, %23,8 erkekler olarak bildirmişlerdir (264,265). Barrocas ve ark. (2012) yaptıkları toplum çalışmasında ise %9 kızlarda, %6,7 erkeklerde KZVD olduğu bildirilmiştir (266). Sonuçlarımız kızlardaki KZVD prevalans oranlarının erkeklerden fazla olduğunu bildiren daha önceki çalışmalarla uyumludur. Hilt ve ark. (2008) ise yaptıkları çalışmada bu cinsiyet farklılığını desteklememiştir (267). Barrocas ve ark. (2011) (268), KZVD ve intihar girişimi davranışları arasında ayrım yapılmaması gibi metodolojik faktörlerin bu tutarsızlığa neden olabileceğini düşünmüştür.

Çalışmamızda anne ve babaların eğitim düzeyleri açısından olgu ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada düşük anne ve baba eğitim düzeyine sahip olmanın kendine zarar verme davranışında anlamlı düzeyde etkili olmadığı bildirilmiştir (55). Ülkemizde yapılan çalışmayla uyumlu olarak bizim çalışmamızda da kendine zarar verme davranışı olan grup ve sağlıklı ergen grubu arasında ailesel etmenlerden bir diğeri olan "ebeveynlerin çalışma durumu" açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (55). İstanbul'da yapılan toplum örneklemli bir çalışmayla benzer şekilde bizim çalışmamızda anne babaların birliktelik durumu açısından olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (55). Yazında ailesinden ayrı kalan ya da ailesi boşanmış ergenlerde KZVD'nin daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar olduğu gibi (64), çalışmamızla uyumlu olarak farklılık bildirmeyen çalışmalar da vardır (104). Ebeveyn ayrılığı (76), anne kaybı (129), aile içi şiddete tanık olmak (129,269) KZVD ile ilişkili bulunmuştur.

Aile işlevselliğinin bozulması kendine zarar verme davranışı için bir risk faktörü olarak tanımlanmasına rağmen çalışmamıza alınan ergenlerin birinci derece yakınlarında tıbbi ya da ruhsal hastalık açısından olgu ve kontrol grubunda farklılık saptanmamıştır (270). Bunun nedeni çalışmanın küçük bir örneklemde yürütülmüş olması olabilir. Fliege ve ark (2009) yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin kronik fiziksel hastalığı, alkol-madde kullanımı KZVD ile ilişkili bulunmuştur (104,108). Ebeveynlerin ruhsal iyilik halleri açısından psikiyatrik destek ve tedavi almaları, hem aile işlevselliklerine olumlu yansıyacaktır, hem de ergenlerin duygusal zorluklar ile baş etmelerine, dolayısıyla da kendine zarar verme davranışlarına yönelik engelleyici bir rol oynayacaktır.

KZVD olan ergenlerin %46,9'u okul başarısının iyi olduğunu belirtirken, %53,1'i okul başarısını orta-zayıf olarak belirtmiştir. Bu bulgu okul başarısının ergenleri duygusal ve davranışsal bozukluklardan koruduğuna ilişkin görüşü desteklememektedir (271-274). Bunun nedeni ergenin ve ailenin bildirimlerinde okul başarısının olduğundan daha iyi algılanması olabilir, öğretmenlerden ve okuldan doğrudan bilgi almak daha güvenilir sonuçlar verebilir.

Çalışmamızda olgu ve kontrol grubundaki ergenler arasında arkadaş ilişkileri açısından anlamlı bir fark saptanmış olup KZVD olan ergenlerin yakın arkadaşlık kurmakta sorun yaşadıkları saptanmıştır. Bu sonuç arkadaş ilişkilerindeki güçlüklerin kendine zarar verme davranışının sıklık ve şiddetini arttırdığını bildiren çalışmayı desteklemektedir (275). Akran zorbalığı ergenler için önemli bir stres kaynağıdır ve kişiyi KZVD'ye yöneltebilir (276-278). Yakın ve destekleyici arkadaşlık ilişkilerindeki yetersizlik ergenlerin olumsuz yaşam olayları ile başa çıkabilme gibi psikososyal uyuma yönelik becerileri geliştirmesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (279). Arkadaş ilişkilerindeki güçlüklerin emosyon regülasyonundaki bozulma ile KZVD gelişimi üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir (275). Başka bir açıdan bakıldığında akran zorbalığına maruz kalan kişiler bu nedenle kendilerini suçlar, kendilerini sevgi için değersiz görür ve kendilerini cezalandırma biçimi olarak KZVD'de bulunurlar (280). Yazında sosyal olarak dışlanma KZVD için bir risk faktörü olmasının yanında aynı zamanda ergen depresyonu riskini de arttırdığı, bu durumun da dolaylı olarak KZVD riskini arttığı belirtilmektedir (281,282). Bu bulgulara karşıt olarak yazında KZVD ile arkadaşlık ilişkilerinde yaşanan güçlükler

arasındaki ilişkiyi desteklemeyen çalışmalar da vardır. Tuisku ve ark.'nın (2009) depresyonu olan ergenler arasında KZVD olan ve olmayanları karşılaştırdıkları çalışmalarında arkadaş desteği açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (283). Brunner ve ark. (2007) da arkadaş ilişkileri ile KZVD arasında ilişki bulamamıştır (284). KZVD açısından daha destekleyici arkadaş ilişkilerinin sağlanması ve okullarda koruyucu önlemler alınması gereklidir.

Çalışmaya alınan olgu grubundaki 32 ergenden %62,5'inin sigara kullandığı, %34,4'ünün alkol kullandığı ve %9,4'ünün madde kullandığı görülmüştür. Ülkemizde 2007 yılında İstanbul'da yapılan bir çalışmada bizim bulgumuzdan daha düşük oranda (%36) kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin sigara kullanımı olduğu saptanmıştır (55). Toplum örnekleminde alkol madde kullanım bozuklukları yerine, genellikle alkol madde kullanım öyküsü ele alınmaktadır. İstanbul'da yapılan çalışmada bizim bulgularımızdan daha düşük olarak KZVD'si olan ergenler arasında 4 kişide (%8.9) alkol kullanım bozukluğu, 5 kişide (%11.1) de madde kullanım bozukluğu belirlenmiştir (55).

Çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerin %40,8'inde intihar girişimi öyküsü olduğu saptanırken, kontrol grubundaki ergenlerde intihar girişimi öyküsü hiç yoktur. Ülkemizde İstanbul'da liseli ergenlerle yapılan toplum örneklemine dayalı bir çalışmada, KZVD'si olan ergenlerin intihar girişiminde bulunma oranı bizim çalışmamıza yakın olarak %31 olarak bildirilmiştir (55). Çalışmamızla uyumlu olarak KZVD olan ergenler, KZVD olmayan akranları ile karşılaştırıldığı bir çalışmada; KZVD olan ergenlerde daha fazla intihar girişiminin olduğu ve daha fazla intihar düşüncesinin bulunduğu saptanmıştır (285). Yazında KZVD olan ergenlerde en az bir kez intihar girişimi oranı %33 ile %70 aralığındadır (120,286). KZVD intihar davranışının öngörücüsü olarak düşünülmüştür (285). KZVD intihar girişimi için bir risk faktörü olduğu ve intihar girişimi öyküsü olan kişilerde sıklıkla KZVD öyküsü bulunduğu belirtilmektedir (63,287-289). Bir çalışmada KZVD'nin varlığı ve atak sayısının intihar girişimiyle ilişkili olduğu bildirilirken (290) başka bir çalışmada aralarında bir ilişki bulunmamıştır (120).

Tekrarlayan KZVD olan ergenlerin yaklaşık % 70'inin yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulundukları bildirilmiştir (120). KZVD'yi intihar girişimleri ile ilişkilendiren ilk teori Joiner'in (2005) intihara ilişkin kişiler arası-

psikoloji teorisidir. Bu teori intihar riski altında olan kişilerin engellenmiş aidiyet duygusu hissettiklerini ve böylece intihar etme kabiliyeti kazandıklarını ileri sürmektedir. Bu yetenek azalmış ölüm korkusu ve artmış bir ağrı eşiğiyle birliktedir. Ağrılı ve provake edici deneyimler bu nedenle sonraki intihar girişimi için risk faktörü olarak hizmet etmektedir (291). Diğer bir teori Brausch ve Gutierrez'in (2010) geçit teorisidir. Başlangıç noktası KZVD olan ve bitiş noktası intihar olan sürekli olarak kendine zarar vermeyi tanımlayan bir teoridir. Giderek daha şiddetli kendine zarar verme davranışlarına yol açan ve nihayetinde tamamlanmış intiharla sonuçlanan bir geçit olarak tanımlanmıştır (292). Bir diğer teori olan üçüncü değişken teorisi ise risk faktörleri ve altında yatan psikolojik mekanizmalar üzerine odaklanır. KZVD'nin intihar davranışı açısından bir risk faktörü olmayabileceğini, aksine her iki davranışın da benzer psikolojik sıkıntı ve rahatsızlıklar veya biyolojik faktörler gibi ortak temel değişkenlerden kaynaklandığını önermektedir (63). Hamza ve ark. (2012), bu teorileri birleştirerek KZVD'yi intihar davranışlarıyla ilişkilendiren entegre bir model geliştirmiştir (63).

Kendine zarar verme davranışı ile intihar davranışı arasında iki yönlü bir ilişki vardır. Bir çalışmada intihar düşüncesi kendine zarar verme davranışı için risk faktörü olarak tespit edilmiştir (293). Whitlock ve Knox (2007), kendine zarar veren kişinin artmış stres altında olduğunu bunun da intihar riskini artıracağını belirtirken (294) bu görüşün karşılığında kendine zarar vermenin intihar girişimi ile başa çıkma yolu olarak işlev gördüğü de öne sürülmüştür (120). Ölümle sonuçlanacak ağır girişimler yerine daha hafif yöntemlerle kendine zarar verme intihar riskini azaltabilir (13). Geçmiş araştırmalar KZVD ve intihar girişimlerinin emosyonel disregülasyon ile ilişkili olduğunu göstermiştir (295,296). KZVD ve intihar davranışı arasındaki ilişkiler göz önüne alındığında klinik izlemde KZVD olan ergenlerde intihar girişimi öyküsü ve intihar girişimi öyküsü olan ergenlerde KZVD öyküsünün değerlendirilmesi, her iki durumun önemli olumsuz sonuçları nedeniyle koruyucu önlemlerin alınması açısından gerekmektedir.

Çalışmaya katılan olgu grubundaki ergenlerin %31,2'sinde istismar öyküsü olduğu saptanmıştır. Daha önceki çalışmalar olumsuz çocukluk deneyimi ve KZVD arasındaki ilişkiyi çalışmamızla benzer şekilde desteklemektedir. Bulgularımızla uyumlu olarak İstanbul'da 862 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada KZVD olan

ergenlerde %28 oranında fizikel istismar öyküsü olduğu bulunmuştur (51). KZVD'nin çocukluktaki cinsel istismar ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (297,298). Fiziksel istismar ve KZVD arasındaki ilişki daha az sayıda araştırma tarafından desteklenirken ihmal veya duygusal istismar ile ilgili sonuçlar tutarsızdır (299). Muehlenkamp ve ark. (2010), fiziksel istismar ve KZVD arasında daha güçlü bir ilişki olduğunu vurgularken; cinsel istismar ile KZVD arasında daha zayıf bir ilişki olduğunu öne sürmektedir (103). Kaess ve ark. (2013) bu olumsuz deneyimler ile KZVD sıklığı veya şiddeti arasındaki bir ilişkinin olmadığını bildirmiştir (300). Ancak yazındaki çalışmalara bakıldığında aralarında bir ilişki olduğunu destekleyen daha fazla bulgu gösterilmiştir. Whitlock ve ark. (2008) (301) üniversite öğrencilerinden oluşan örneklemde bildirilen daha şiddetli kendine zarar verme davranışının fiziksel, cinsel ve duygusal kötüye kullanım deneyimiyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Tekrarlayan kendine zarar verme davranışı olanlarda tekrarlayıcı olmayan kendine zarar verme davranışı olanlara göre olumsuz yaşam olayları daha fazladır (302). Araştırmacılar fiziksel ve cinsel istismarın birlikte görülmesinin daha şiddetli KZVD ve intihar düşünce ve davranışlarıyla ilişkili olduğunu bulmuştur (303). Daha fazla ebeveyn-çocuk ilişkisel travması bildiren kendine zarar veren ergenler ve genç erişkinler daha iyi sosyal ilişkilere sahip olan kendine zarar veren kişilere göre daha erken yaşta KZVD'yi başlatır ve çok daha fazla kendine yaralama yöntemi bildirmiştir (304). İstismar ve ihmalin kümülatif etkisinin kendine zarar verme ve intihar davranışlarının ciddiyetini ve sürekliliğini etkilediği gösterilmiştir ve bu model yetişkin popülasyonunda bildirilen doz-tepki etkisi ile tutarlıdır (305-308). Bu bulgular çocukluktaki travmatik deneyimlerin yaşam boyu etkisinin olabileceğini ve KZVD ile intihar eğilimi üzerinde kritik bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir (309,310). Yapılan araştırmalar kendine zarar vermenin travma ile ilişkili semptomlarla baş etmede işlevsel bir rol oynadığını göstermektedir ve bu bağlamda KZVD travma ile ilişkili psikolojik sıkıntıyı hafifletmeye hizmet etmektedir (112,311). Bu bulguların bir sonucu olarak tedavilerin tasarımında travma ile ilişkili semptomların ve/veya birlikte görülen TSSB teşhislerinin daha fazla dikkat edilmesi gerektiği düşünülmektedir (303). İstismar öyküsü olan ergenlerin KZVD açısından da değerlendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerin annelerinin daha fazla marital sorun yaşadığı saptanmıştır ve bu bulgu olumsuz aile özellikleri olabileceğini düşündürmektedir. Aile özellikleriyle ilgili olarak yapılan çalışmalarda erken dönemlerde izolasyon duygusu ya da ayrılık anksiyetesi yaşamalarının, fiziksel ya da cinsel istismara uğramalarının çocukların kendisine zarar vermesine neden olduğu belirtilmektedir (312). Çocuklar ailenin sıkıntılarla baş etme şekli ve öfkenin dışa vurumunu içselleştirmekte ve sıkıntılarla karşılaştıkları zaman bu yöntemleri kullanmaktadırlar (313). Çeşitli teori ve araştırmalar olumsuz aile olaylarının KZVD riskini arttırabileceğini bildirmektedir. Linehan'ın (1993) biyolojik sosyal teorisi; destekleyici ve sıcak aile ortamının kişilerin duygu düzenleme yeteneğini arttırdığını ve böylece KZVD'de bulunma olasılığını azalttığını ileri sürmektedir (143). Bakım verilen ortamdaki olumsuz deneyimler nedeniyle çocuğun bilişsel, duygusal veya davranışsal gelişimindeki uygunsuzluğun KZVD riskini arttırdığı ileri sürülmüştür. Böyle bir uygunsuzluk çocuğun ben ve diğerleri ayrımını yapmasını engelleyerek, uygun duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesini önler veya biyolojik olarak stres düzenleyici süreçlerde nörofizyolojik düzensizlikler oluşturarak KZVD riskini arttırabilir (314,315). İyi kaliteli, duyarlı bakım uygun duygusal düzenleyici süreçlere neden olurken yetersiz ya da atipik bakım duygu düzenlemede sorunlara neden olarak kötü başa çıkma davranışlarına eğilim yaratabilir (315). Yoksulluk ve aile içi şiddet gibi aileyle ilişkili durumlar davranışsal ve fizyolojik olarak sıkıntıyla baş etme kapasitesini azaltır (316). Finlandiya'da yapılan bir çalışma aile içi şiddetin ergenlerin kendine zarar vermesi ile ilişkili olduğunu saptamıştır (317). Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin aile işlevselliğinde saptanan sorunlar için ailenin iyi işlemeyen sistemleri tedavi planı içerisinde aile görüşmeleri ile gözden geçirilmelidir.

Bizim çalışmamızda olgu grubundaki 2 annede KZVD öyküsü, 3 annede de intihar girişimi öyküsü saptanırken, kontrol grubundaki hiçbir anneden böyle bir öykü alınmamıştır. Fliege ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde, KZVD olan ergenlerin ailelerinde KZVD olmayan ergenlerle karşılaştırıldığında kendine zarar verme öyküsü daha sık saptanmışlardır (104). Aile içi sorun yaşayan ebeveynlerin kendilerinin de duygu düzenleme becerilerinde sorun yaşadıklarını varsaydığımızda bu beceriyi bakım verdikleri kişilere kazandırmakta yetersiz kalabilecekleri ve KZVD ya da intihar girişimi gibi uygun olmayan başetme

becerilerini gösterebilecekleri beklenen bir durumdur. Bir çalışmada ailede KZVD varlığının erkek ergenlerde kendine zarar verme riskini 3.3 kat arttırırken, kızlarda 2.8 kat arttırdığı gösterilmiştir (127). Benzer şekilde başka bir çalışma ailede KZVD varlığında erkek ve kız ergenlerde KZVD için riskin 3.2 kat artığını ileri sürmüştür (318). İngilterede yapılan bir çalışmada ise ailede kendine zarar verme öyküsü olmasının erkek ergenlerin kendine zarar verme riskini 9 kat artırdığı bulunulmuştur (319).

Çalışmamıza katılan ergenlerin %56,2'si depresyon tanısını karşılaşmıştır ve depresyon en sık görülen tanı olmuştur. Depresyon tanısını %46,9 oranı ile davranım bozukluğu, %31,2 oranı ile DEHB tanıları izlemiştir, ayrıca daha düşük oranlarda B küme kişilik örgütlenmesi, yaygın anksiyete bozukluğu, bulimia nevroza, OKB, TSSB, disosiyatif bozukluk, internet bağımlılığı ve tik bozukluğu tanılarını almışlardır. Klinik örneklemli bir çalışma, kendine zarar veren ergenlerin %88'inin en az bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğunu göstermiştir (120). Psikiyatrik rahatsızlığı nedeniyle klinikte izlenen ergenlerin ise %40-80'i kendine zarar verme davranışında bulunmaktadır (320). Toplum örneklemli bir çalışmada, kendine zarar veren ergenlerin %79'unda en az bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır (126). Depresif bozukluklar, yıkıcı davranış bozuklukları, anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik bozuklukların etkin ve doğru tedavisi KZVD'nin ortaya çıkmasını ve devam etmesini önleyecektir.

Kendine zarar vermeyi takiben hastaneye başvuran hastalardaki psikiyatrik bozuklukların bir meta-analiz sonucu bizim çalışmamızla benzer şekilde bireylerin yaklaşık %50'sinde depresyon olduğunu göstermiştir (321). Klinik örneklemde kendine zarar veren ergenlerle yapılan çalışmalarda en sık görülen tanı major depresyondur, kendine zarar veren ergenlerin %42'sinde major depresyon saptanmıştır. Diğer depresif bozukluklar eklendiğinde bu oran yaklaşık %89'a çıkmaktadır (53). Toplum örneklemli bir çalışmada da kendine zarar veren ergenlerin %63'ü major depresyon tanısı almıştır (126). Hem depresif bozuklukların hem de anksiyete bozukluklarının duygu düzenlemesindeki bozulma ile kendine zarar vermeye neden olduğu ileri sürülmüştür (59). Depresyonun sıklıkla umutsuzluk, olumsuz duygulanım ve yinelenen intihar düşünceleri gibi belirtileri içerdiği göz önüne alındığında KZVD için önemli bir risk faktörü olması şaşırtıcı olmayabilir (12).

Klinikte depresyon tanısı olan ergenlerin KZVD açısından da değerlendirilmesi uygun bir yaklaşım olacaktır.

Çalışmamızda depresyondan sonra davranım bozukluğu ve DEHB tanılarının da sık olduğu saptanmıştır. Klinik örneklem ile yapılan çalışmalarda yıkıcı davranış bozuklukları, kendine zarar veren ergenlerin %24-63'ünde saptanmıştır ve bu oran bizim çalışmamızla uyumludur (9,120). Ülkemizde toplum örnekleminde 45 ergen olgu ile yapılan bir çalışmada, kendine zarar veren ergenlerin %25'inde bir yıkıcı davranış bozukluğu tanısı bulunmuştur (55). Toplum örneklemli çalışmalarda değerlendirilen dikkat, impulsivite ve davranış problemleri KZVD ile ilişkili bulunmuştur (129,144,322). İmpulsivite (dürtüsellik) KZVD ve yıkıcı davranış bozukluklarında önemli bir rol oynamaktadır (323,324). KZVD ve yıkıcı davranış bozukluklarında ortak olarak bulunan dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlükleri bu yüksek oranlardaki eştanıyı açıklayabilir.

Çalışmamızdaki olgu grubundaki ergenlerin %18,7'sinde B küme kişilik örgütlenmesi saptanmıştır. Sınırda kişilik bozukluğu olan kişilerin KZVD ve intihar davranışını daha yüksek oranda bildirdiği görülmektedir (9,120,325). Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerle klinik örneklemde yapılan çalışmalarda sınır kişilik bozukluğu belirtileri %37-52 oranında saptanmıştır (9). Toplum örnekleminde yapılan çalışmalarda da ergenlerdeki kendine zarar verme davranışı ile sınır kişilik bozukluğu belirtileri arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (129). Duygu düzenlemesinde güçlükler ve kendine zarar verme davranışı sınır kişilik bozukluğunun sık görülen belirtileri olması bu sonuçları açıklayabilir.

Bizim çalışmamızda, KZVD olan ergenlerde anksiyete bozukluğu %12,5 olarak bulgulanmıştır. Anksiyete bozuklukları ile KZVD arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (50). Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerle klinik örneklemde yapılan bir çalışmada ergenlerin %39'unda, toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada ise %37'sinde en az bir anksiyete bozukluğu bulunmuştur (120,126).

Bizim çalışmamızda olgu grubunun %9,4'ünde yeme bozukluğu saptanmıştır. Yazında yeme bozukluğu olan bireylerin %15,3-55,2 arasında değişen sıklıkla KZVD'de bulundukları belirtilmektedir (133-135). Hem yeme bozukluğunun hem de KZVD'nin benzer duygu düzenleme işlevlerine sahip olmasının bu duruma neden olduğu düşünülmektedir (133,326-328). Yeme bozuklukları veya obezite hastalarında

yapılan bir çalışmada bulimia nervoza hastalarında KZVD sıklığı diğer yeme bozukluklarına göre daha yüksek bulunmuştur, bu sonuç bizim çalışmamızda tanı alan 3 yeme bozukluğu hastasının da bulimia nevroza tanısı alması ile uyumludur (329). Ampirik kanıtlar ve klinik gözlemler, KZVD ve yeme bozuklukları arasında güçlü bir bağlantı olduğunu düşündürmektedir. KZVD'nin genel popülasyonun %4-18'inde, anoreksiya nervoza olan bireylerin %14-68'inde ve bulimia nervoza olan bireylerin %25-55'inde ortaya çıktığı bildirilmiştir (53,59,330,331). Yeme bozuklukları ile KZVD birlikteliğinin sık olması ve benzer duygu düzenleme işlevlerine sahip olmaları nedeniyle klinik izlemde dikkatli olmak gerekmektedir.

Çalışmamıza katılan annelerin %79,7'si herhangi bir psikiyatrik tanı almazken %12,5'inin depresyon (olgu grubundaki 6 annede, kontrol grubunda 2 annede), %4,7'sinin yaygın anksiyete bozukluğu (olgu grubundaki 1 annede, kontrol grubunda 2 annede), %3,1'inin de panik bozukluk (sadece olgu grubundaki 2 annede) tanısı olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda annelere uygulanan Hamilton depresyon ölçeği puanı ve Hamilton psişik anksiyete ölçeği olgu grubunda istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ve Hamilton anksiyete ve depresyon puanları arasındaki korelasyon ilişkisi belirgindir. Bu sonuçlar yazında görülen ebeveyn depresyon ve anksiyete bozukluğu ile KZVD arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir. Annelerdeki depresif belirtilerin "kişilerarası bulaşma hipotezi"ne göre ergenlerde depresif belirtilere yol açabileceği; depresif belirtiler gösteren ergenin de KZVD'yi duygu düzenleme stratejisi olarak kullanarak depresif belirtilerle başa çıkmaya çalıştığı ileri sürülmüştür (332). Bir gözden geçirme çalışmasında, çocuklardaki davranışsal problemler üzerine anne ve babada bulunan depresyonun eşit katkı sağladığı saptanırken çocuklardaki duygusal sorunlarla annenin depresyonu arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (333). Depresif annelerin çocuklarında görülen artmış KZVD için yapılan bir açıklamada, sosyal olumlu pekiştirme işlevine vurgu yapılarak, kendine zarar vermenin depresif annenin dikkatini ve ilgisini çekmek için yapıldığını belirtmiştir (267). Depresif annelerin çocuklarına yeterli sosyal destek sağlayamadığı ve çocuklarıyla tatmin edici ilişkiler kuramadığı düşünülmektedir (332). Annelerinde anksiyete belirtileri olan ergenlerin daha çok anksiyete bulgusu gösterdiği bildirilmiştir (334). Anksiyete bozukluğunun kalıtımsal geçiş gösterdiğini bildiren çalışmalar vardır (335,336). Aynı zamanda aile işlevselliğinin bozuk olması ile

ergenlik dönemindeki anksiyete bozukluğu arasında ilişki bulunmuştur (334). Anksiyöz ebeveynlerin, çocuklarını çok daha fazla eleştirdikleri, daha az olumlu tepki verdikleri ve gülümsedikleri saptanmıştır (337). Anksiyöz ebeveynler çocuklarının fikirlerini yok sayarak, görüşlerini desteklemeyerek, çözüm önerilerine hoşgörü göstermeyerek, fikir ve davranışlarını yargılayarak çocuklarınının psikolojik otonomi kazanmasına ket vurmaktadır (334). Yaşamın erken dönemlerinden itibaren birincil bakım verenin (genellikle annenin) duygusal tepkilerinin çocuğun emosyonel regülasyonunu düzenlediği bilinmektedir (338). Hem depresif ebeveynler hem de anksiyöz ebeveynler ergenlerin duygusal gelişimine ket vurarak, duygu düzenleme güçlükleri yaşamalarına ve bunun sonucunda KZVD gibi uygun olmayan başetme becerilerine yönelmelerine katkı sağlıyor olabilir. Bu nedenle KZVD olan ebeveynlerin de tanısal olarak değerlendirilmesi ve erken tedavi edilmesi davranışın başlaması ya da sürdürülmesinin önlenmesi açısından yararlı olabilir.

Çalışmamızda en sık kendine zarar verme yöntemi %81,2 gibi yüksek bir oranla kesme davranışı olmuştur. Kesme davranışını %56,2 ile vurma, %37,5 ile ısırma davranışı izlemiştir. Çimdikleme (%31,2), saç kopartma (%31,2), kazıma (%28,1), yakma (%28,1), yara iyileşmesine engel olma (%25), iğne batırma (%21,9), sürtme (%18,7) ve tırnaklama (%1,5) kullanılan diğer yöntemler olarak bildirilmiştir.

Çalışmamızda en çok bildirilen yöntem kesme olarak saptanmıştır ve bu veri, hem klinik hem de klinik olmayan popülasyonlarda KZVD ile uğraşan kızlar arasında kesmenin sık olduğunu bildiren çalışmalar ile uyumludur (47,339). Martin ve ark. (2016) yaptığı çalışmada katılımcıların çoğu kendini yaralama yöntemlerinde kesme (%55,5), yanma (%31,3) ve vurma (%34,5) gibi yöntemleri bildirmiştir (304). Yapılan başka bir çalışmadan KZVD için en yaygın kullanılan yöntem kesme (%96,6), bunu takiben deriyi kazıma (%57,6) ve yara yolma (%50,9) olmuştur (340). Klonsky ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada KZVD yaygın biçimleri arasında kesme (% 92,5), kazıma (%63,3) başını vurma (%37,2), yara iyileşmesini önleme (%37,2), ağrı için dövme yaptırma (%33,5), yakma (%33,3) ve saç kopartma (%23,8) olduğunu saptamıştır (341). KZVD yöntemleri ile ilgili olarak Kuzey Amerika ve Avustralya'daki çalışmalar kesmenin en sık kullanılan yöntem olduğunu ve ardından vurma ve delmenin geldiğini göstermektedir (342,343). Kazıma, delme ve ısırma da Kuzey Avrupa'da sık görülen yöntemlerdir (265). Kesme davranışı diğer kendine zarar verme yöntemlerine göre

psikopataloji ile en fazla ilişkili olan yöntemdir (344). KZVD yöntemleri cinsiyete göre bakıldığında; kızlar çoğunlukla kesmeyi bildirirken, erkekler kendilerine vurmayı daha fazla bildirmektedir (47,268,345). Başka bir çalışmada ise yakma ve kendine vurma erkeklerde daha sık görülmekte iken kadınlarda kesme ve çizilmeler daha sık görülmektedir (285). Tekrarlanan kendine zarar verme davranışlarına baktığımızda kendini kesmenin daha baskın olduğu görülmüştür. Tekrarlanan kendine zarar verme davranışları içinde kendini kesme %72, kendini yakma %35, kendine vurma %30, yaraların iyileşmesine izin vermeme %22, sürekli olarak kolunu kaşımak %22, kemik kırma %8, vajina yırtma %8 olarak sıralanmaktadır (39).

Çalışmamızda üçüncü sıklıkta görülen ısırma davranışı bazı çalışmalarda KZVD'nin en yaygın yöntemlerinden biri olarak kabul edilirken (346,347), bazı çalışmalarda ısırma daha az görülmüştür (59). Bununla birlikte, bazı çalışmalar ısırma sıklığının diğer yöntemlerle benzer olduğunu belirtmiştir (348).

Bizim çalışmamızda olgu grubunun %50'sinin birden fazla yöntem kullanıldığı saptanmıştır. Çalışmamızla uyumlu olarak kendine zarar verme davranışında genellikle (%75) çoğul yöntem kullanıldığı belirtilmektedir (106).

Çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerin %65,6'sı hayat boyu 10 kez ve üzerinde kendine zarar verme davranışında bulunmuştur, toplum örneklemli çalışmalarda ise hayat boyu 10 kez ve üzerinde kendine zarar verme davranışında bulunanların oranı ise %4-48 arasında bulunmuştur (47,55). Yakın tarihli yapılan bir çalışmada çoğu birey son 6 ayda (%76,1) bir ila beş kez KZVD'de bulunmuş, ancak bazıları aylık (%12,1), haftalık (%8,3) ve günlük (%3,4) KZVD bidirmiştir (304). Avrupa'da yapılan çok merkezli bir çalışmada son bir yıl içinde KZVD'yi tekrar etme durumu diğer kendine zarar verme yöntemlerine kıyasla, kendini kesme davranışı olanlarda sık bulunmuştur. Ergenlerin %60'nın son bir yıl içinde kendini kesme davranışında bulundukları rapor edilmiştir (137). Başka bir toplum örneklemli çalışmada ise ergenlerin son bir yılda %46'sının en azından bir kez kendine zarar verdiği görülmüştür (64). Bizim çalışmamızda klinik örneklemde yapıldığı için ve daha şiddetli KZVD olan ergenlerin tedavi için daha fazla başvurmaları nedeniyle daha yüksek oranlar saptanmış olabilir.

Çalışmamızda en sık zarar verilen bölge olarak %71,9'unda sol ön kol bildirilmiştir. Kendine zarar verme davranışı biçimi olarak kolay ulaşılabilirliği

nedeniyle kolları ve bilekleri kesmek sık olarak görülmektedir. Kol ve bilekler dışında vücudun çeşitli bölgelerinde de zarar verme davranışlarına rastlanmaktadır (35,66). Vücutta en çok zarar verilen yerler %74 kollar, %44 bacaklar, %25 karın, %23 kafa, %18 göğüs ve %8 genital bölgeler olarak sıralanmaktadır (39).

Olgu grubundaki ergenlerin kendilerine zarar vermeye başlama yaşı ortalama 13 yaş olarak saptanmıştır ve bu bulgumuz yazındaki çalışmalarla uyumludur. Yakın tarihli yapılan bir çalışmada KZVD başlangıç yaşı ortalama 12,5 olarak saptanmıştır (340). Ergenlik çağının gelişim dönemi KZVD katılımı için belirli bir risk oluşturan bir zamanı temsil etmektedir. KZVD'ye ilgi duyan gençlerin çoğunluğu davranışları 12-15 yaşlar arasında başladığını bildirmektedir (50,349). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise, 16-20 yaşları arasında kendini kesme davranışının başladığı belirtilmiştir (350). İstanbul'da liseli ergenlerle yapılan bir çalışmada da kendine zarar verme başlama yaşı ortalaması 12 yaş olarak bulunmuş, kendine zarar vermenin en sık 13 yaşında başladığı vurgulanmıştır (55). Çalışmamız başlama yaşı açısından genel yazın bulgusuyla uyumludur.

Çalışmamıza katılan kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin yaklaşık yarısı (%43,7) KZVD sırasında fiziksel olarak ağrı hissetmediklerini bildirmiştir. Çalışmamızdaki bu bulguyla uyumlu olarak KZVD azalmış ağrı duyarlılığı ile ilişkili bulunmuştur (351). Azalmış ağrı duyarlılığı ağrıya daha az hassas olan kişilerin KZVD'de bulunma olasılığının arttığını ileri sürerek, ağrı duyarlılığının KZVD için risk faktörü olduğunu açıklamaktadır (280). KZVD olan kişilerin sağlıklı kontrollere göre ağrı toleransının anlamlı olarak yüksek olduğunu saptayan çalışmaların yanında ağrı toleransının sadece stres koşullarında arttığını bildiren çalışmalar da vardır (352,353). Hooley ve ark. (2010) daha uzun süre KZVD olan bireylerin daha yüksek ağrı eşiğinin olduğunu ve bu etkinin ağrı dayanıklılığını arttırdığını bulmuştur (354). Hamza ve ark. (2014) KZVD'de bulunma sebebini kendini cezalandırma olduğunu ifade eden kişilerin daha yüksek bir ağrı toleransının olduğunu saptamıştır. Kişilerin öz eleştirilerinin yüksek olması nedeniyle daha fazla acıyı tolere etmeye istekli olduklarını, yani "adil" bir cezanın olduğunu inandıklarını ileri sürmüşlerdir (355). Glenn ve ark (2014) da bunu destekler şekilde yüksek öz eleştiri ile ağrı toleransı arasında önemli bir ilişki bulmuştur ve KZVD olan kişilerdeki ağrı toleransını belirlemede kilit rol oynadığını ileri sürmüşlerdir (356). Sınır kişilik kişilik bozukluğu

olan insanlarda ağrıya duyarlılığın azaldığını gösteren bulgular KZVD ile güçlü bir şekilde bağlantılı bulunmuştur (357,358).

Çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerin %65,6'sının KZVD sırasında yalnız olduğu saptanmıştır. Ülkemizde kendine zarar veren ergenlerle yapılan çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde ergenlerin %74'ünün kendine zarar verme davranışı sırasında yalnız oldukları gösterilmiştir (55).

Olgu grubundaki ergenlerin %87,5'i KZVD dürtüsü oluştuktan sonra 1 saatten az zaman içinde davranışı gerçekleştirdiğini bildirmiştir. Favazza ve ark (1989) kendine zarar veren 240 kız ile yaptığı bir çalışmada, kendine zarar vermenin plan yapmadan impulsif bir tarzda ortaya çıktığını göstermiştir (33). Nock ve ark (2005) yaptıkları çalışmada, olgu grubundaki ergenlerin %87,5'i KZVD düşüncesi oluştuktan sonra 1 saat içinde davranışı gerçekleştirdiğini bildirmiştir (112). Bu bulgular KZVD'nin impulsif doğasını destekler niteliktedir.

Çalışmaya katılan KZVD olan ergenlerin %59,3'ü bu davranışı sonlandırmak istediğini bildirmiştir. Ancak birçok gencin sonlandırmak istemesine rağmen bu davranışa devam etmesi davranışın bağımlılık yapıcı bir özelliğinden kaynaklanabilir. KZVD'de bildirilen kontrol kaybı ve olumsuz sonuçlar doğurmasına rağmen bireylerin KZVD'ye devam etmesi, davranışın bağımlılık yapıcı bir davranış olarak kavramsallatırılabileceğini düşündürmüştür (359,360). Mevcut literatür KZVD'yi bağımlılık yapıcı özelliklere sahip olarak algılayan ergenler ve genç yetişkinlerin daha uzun süre KZVD'de bulunduğunu ortaya koymaktadır (256,301,361). Çalışmamızda olgu grubundaki ergenler KZVD'nin bağımlılık yapıcı özellikleriyle ilişkili maddeler açısından çoğunluğunun kendileri için uygun olmadığını belirtmişlerdir, ancak bu alanda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

Çalışmamızdaki KZVD olan ergenlerin %56,2'si kendine zarar verdiğini kimsenin bilmemesini istemekteyken, %21,8'inin arkadaşlarına, %15,6'sının psikolog/psikiyatristine, %6,2'sinin de aile üyelerine söylemeyi tercih ettiği saptanmıştır. Yazında, KZVD olan gençlerin %18'inin için psiko-sosyal endişeleri gidermek için yardım arayışında oldukları belirtilmektedir (4,5). Duygusal zorluklar için erken yardım istemenin daha sonraki KZVD ve intiharı azaltığı vurgulanmaktadır (362). KZVD olan birçok gencin hiç kimseye bu konuyu söylemediği (363,364), yardım isteyen ergenlerlerin de en çok akranlarından, daha az sıklıkla anne-baba olmak

üzere aile üyelerinden istediği bildirilmiştir (318,363-366). KZVD'nin başkalarına söylenmesinin; akranlardan daha fazla yardım arayışına, başa çıkma becerilerinin gelişmesine ve intihar düşüncelerinde azalmaya yardımcı olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte akranlara yapılan açıklama sonrası akran ilişkilerinde bozulma algılanan sosyal desteği azaltabilir ya da akranlarının da KZVD'de bulunmasını teşvik edebilir. Buna karşılık yetişkinlere güvenmek baş etme becerilerini kullanma kabiliyetini arttıran ve muhtemelen KZVD şiddetini azaltan önemli bir koruyucu faktör olarak düşünülmüştür (367). Daha destekleyici bir aile ortamı, ebeveynler ve çocukları arasında açık iletişim davranışın yetişkinlere açıklanmasını kolaylaştırarak gençlerin daha iyi psikososyal destek görmesini öngörebilir. Ailenin yardımının KZVD başlangıcından bir süre sonra istenmesi sağlık hizmetleri arayışıyla ilişkilendirilmiştir (363,365,368).

Çalışmamızda KZVD olan ergenlerin arkadaş ilişkilerinde daha fazla sorun yaşadığı ve olgu grubundaki annelerin daha fazla marital sorun yaşadığı saptanmıştır. 2.5 yıllık izlem çalışmasının sonuçlarına göre sosyal desteğin (arkadaş ve aile) 2.5 yıl sonraki KZVD'yi yordadığı gösterilmiştir (332). Tuisku ve ark. (2009) depresyonu olan ergenler arasında KZVD'si olan ve olmayanları karşılaştırdıkları çalışmalarında; KZVD'si olan grubun aile desteği algılarının daha az olduğunu göstermiştir (283). Hawton ve ark. (1996) KZVD'si olan 755 ergenle yaptıkları çalışmada, yetersiz aile desteği ve aile ile ilişkilerde yaşanan sıkıntıların KZVD ile ilişkili olduğunu göstermiştir (369). Tulloch ve ark. (1997) da, ebeveyn-çocuk iletişimindeki yetersizlikler ve zayıf aile bağları ile KZVD arasında güçlü bir ilişki bulmuştur (370). İşlevsel olmayan aile ortamı, bağlanma problemleri ve emosyonel ihmal; KZVD gelişimi ile ilişkili bulunan ve çalışmalarda sıklıkla tekrarlanan durumlardır (371,372). Hawton ve ark. (1996), arkadaş ilişkilerindeki sorunları; Kerfoot ve ark. da (1996) sosyal izolasyonu KZVD ile ilişkili bulmuştur (369,373). Ergenlik döneminin temel gelişimsel görevi, kimlik oluşumu ve yakın aile dışı kişilerarası ilişkilerin gelişmesidir (14). Ergenlik akran ve aile desteğinin çok önemli olduğu özellikli bir dönemdir. Yazındaki bu bulgular ışığında bu dönemdeki akran ve aileyle yaşanan sıkıntılar önemli bir stresör olup çalışmamızda da desteklendiği gibi aile içi ilişkilerdeki ya da akran ilişkilerindeki bozukluklar KZVD ilişkili olabilir. Daha destekleyici aile

ilişkileri ve arkadaş ilişkilerinin sağlanması amacıyla, ebeveynler ile çalışılması ve koruyucu önlemler alınması gereklidir.

Çalışmaya katılan ergenlerin %56,2'si kendine zarar verme davranışını ilk yaptıklarında bu davranışı yapma düşüncesinin kendi fikirlerinin olduğunu belirtmişlerdir. Bazı araştırmacılar çalışmamızla benzer şekilde kendine zarar veren ergenlerin dörtte üçünün KZVD'de bulunma fikrini kendi görüşleri olarak bildirmiştir ve bir arkadaşlarının davranışlarının bu konudaki etkisinin çok az olduğu görüşündedir (322). Öte yandan, KZVD başlayan birçok gencin daha önce başkalarından bu davranışı öğrendiğini gösteren artan kanıtlar da vardır (374,375). Kendine zarar veren 23 üniversite öğrencisinin yarısından çoğunun, başkalarından veya medyadan davranışları öğrendikleri ve yarıdan fazlasının davranışı yapan en az bir arkadaşı olduğu bildirilmiştir. Araştırmalar ayrıca filmlerde, müzik sözlerinde ve medya raporlarında KZVD'ye yapılan göndermelerin de önemli artışlar sağladığını göstermektedir (376). Bu bağlamda yapılacak düzenlemelerin KZVD'yi azaltmada rolünün olabileceği öngörülebilir.

Çalışmamızda affekt regülasyonu işlevi en fazla kullanılan işlev olarak saptanmıştır. KZVD duyguları düzenlemek ve kontrol altına almak için ortaya çıkan uygunsuz bir başa çıkma stratejisi olarak düşünülebilir (377). Klinik popülasyonlarda yapılan çalışmalar KZVD'nin en önemli fonksiyonlarından birinin istenmeyen duyguları hafifletmek olduğunu göstermiştir (10,59). KZVD işlevlerine yönelik geliştirilen modeller arasında, en çok üzerinde çalışılan affekt regülasyonu modelidir (13,14). Bu modele göre duygu düzenlemede güçlük yaşayan ergen, "kendine zarar verme davranışını" bir duygu düzenleme yöntemi olarak kullanmaktadır. Bu yolla sağlanan geçici rahatlama KZVD'yi pekiştirerek işlevsel olmayan bir duygu düzenleme stratejisi olarak kullanılmasına yol açar (15). Duygu düzenlenmesi çok yönlü bir yapıdır. Gratz ve Roemer (2004) tarafından özetlenen çok boyutlu modele göre etkili duygu düzenleme şu özelliklerle karakterize edilir: (a) duyguları tanımak, anlamak ve kabul etmek; (b) duygusal durumları değiştirmek için uyarlanabilir stratejileri tanımak ve kullanmak; (c) sıkıntılı durumlarda davranışsal kontrolü sürdürmek ve (d) daha büyük hedeflere ulaşmak için yoğun duygusal deneyimleri katlanmak (115). Bu alanların herhangi birindeki sorunlar zayıf duygu düzenleme yeteneğine neden olabilir. Önceki araştırmalar klinik dışı (378,379) ve klinik

örneklemlerde (380) duygu düzenleme bozukluğu ve KZVD arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir.

İlk araştırmalar KZVD'nin psikososyal ve tanısal korelasyonlarına odaklanma eğilimindeyken, son 10 yıldaki birçok çalışma KZVD'nin işlevlerini ele almıştır (13,15,112,381). Fonksiyonel perspektif, motive edici veya davranışı pekiştirici olarak kavramsallaştırılabilen değişkenleri vurgulamaktadır (13). KZVD işlevleri üzerine araştırma KZVD'nin anlaşılmasını oldukça geliştirmiştir. Örneğin yoğun olumsuz duyguları hafifletmek için KZVD'nin kullanılması davranışa katılanların %90'ından fazlasının desteklediği en yaygın fonksiyondur (13,344,382). KZVD olanların %50'sinin ya da daha fazlasının kendi kendine cezalandırmayı ya da öfkeyi kendine yönlendirmesininin KZVD için bir motivasyon olduğu gösterilmiştir (13). Nock ve Prinstein (2004) KZVD'nin pekiştirilerek sürmesine yol açan dört işlev modelini tanımlamıştır (10,383). En sık açıklanan işlev olumsuz duygu durumun azaltılmasıdır (otomatik negatif pekiştirme). KZVD için bulunan diğer işlevler; otomatik pozitif pekiştirme (olumlu duygular uyandırmak), sosyal negatif pekiştirme (sosyal işlevsellikten kaçınma, yani sosyal etkileşimden kaçınma), sosyal pozitif pekiştirmedir (dikkat çekme). KZVD ve intihar davranışı için bu dört işlev Nock ve ark. (2007) tarafından yapılan bir çalışmada değerlendirilmiştir. Otomatik negatif pekiştirme hem KZVD hem de intihar girişimleri için en yüksek puanlanmış fonksiyon olarak bildirilmiştir. Otomatik pozitif pekiştirme KZVD için daha yüksek iken, intihar girişiminde sosyal negatif pekiştirme daha yüksek olarak değerlendirilmiştir (384).

Çalışmamızda kendine zarar verme davranışının işlevleri açısından "Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri" kullanılmıştır. Yazında KZVD'nin işlevlerine ilişkin farklı kuramsal temellere dayanan, açıklayıcı modeller ve derlemeler mevcuttur. Klonsky (2009), KZVD işlevlerini derleyen çalışmaların eksiklikleri olduğunu belirtmiştir. KZVD işlevlerini değerlendiren ölçüm araçlarının psikometrik özelliklerinin tanımlanmadığını, bu alanda Nock ve Prinstein (2005) tarafından geliştirilen modelin psikometrik özelliklerinin iyi tanımlanmış olmakla birlikte bazı işlevleri açıklamakta yetersiz kaldığını belirtmiştir (13). Klonsky (2007), KZVD işlevleri ilişkili yazını gözden geçirerek en sık tekrar edilmiş olan ve ampirik bilgiye dayanan 7 işlev derlemiştir (13). Bunlar; affekt regülasyonu, kendini cezalandırma, çözülmeyi önleme, özkıyımı önleme, heyecan arama, kişiler arası sınırlar ve kişiler

arası etkileşimdir. Klonsky (2009) tarafından geliştirilen, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan "Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri" ile bu yedi işlev ile birlikte, 6 farklı işlevi de (kendiyle ilgilenme, sıkıntıyı etiketleme, intikam alma, akranlarla bağ kurma, özerklik ve dayanıklılık) kapsayan toplam 13 işlev değerlendirilmektedir (255). Geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Klonsky bu 13 işlevin otonom (intrapersonal) ve sosyal (interpersonal) işlevler olmak üzere 2 ana faktör altında toplandığını ve bunun Nock ve Prinstein'in "otomatik" ve "sosyal" diye etiketlediği 2 faktör ile birebir örtüştüğünü belirtmiştir (255). Yazar otonom işlevler arasında; affekt-regülasyonu, özkıyımı önleme, çözülmeyi önleme, kendini cezalandırma, intikam alma ve sıkıntıyı etiketleme; sosyal işlevler arasında da kişiler arası sınırlar, kişiler arası etkileşim, heyecan arama, kendiyle ilgilenme, akranlarla bağ kurma, özerklik ve dayanıklılık işlevlerini almıştır. Kendiyle ilgilenme işlevinin, otonom işlevler arasında yer almasını beklediğini ancak faktör yapısı açısından sosyal işlevler arasında yer aldığını eklemiştir (255). KZVD olan kişiler duygu düzenleme işlevini yüksek oranda onaylanmasına rağmen, kendine zarar veren çoğu birey aynı anda birden çok fonksiyonu onaylamaktadır (10,13,255). Farklı fonksiyonların ne ölçüde çakıştığını veya birlikte olduğunu anlamak önemlidir. Örneğin, olumsuz duyguları azaltmak intihar düşüncelerini azaltmanın yanı sıra, aşırı derecede olumsuz duygularla boğuşurken uyuşuk hissettiren veya gerçek olmayan kişiler için disosiasyonu azaltabilir. Benzer şekilde, KZVD'yi başkalarını etkilemek için kullanmak (kişilerarası etkileşim), kendine zarar veren (akran bağlanması) diğerleriyle olan ilişkileri iyileştirmek için davranışları kullanmanın yanı sıra sosyal çevrelerde KZVD'yi aşırı veya heyecan verici bir faaliyet olarak kullanmayı içerebilir. Buna ek olarak, farklı KZVD fonksiyonlarının tedavi, prognoz ve intihar riski açısından farklı etkileri olduğuna dair artan kanıtlar vardır (112,253,255). Bu nedenle, işlevler arasındaki kavramsal ve ampirik örtüşmeyi anlamak, hem araştırma konusundaki teori gelişimi için hem de klinikte vaka kavramsallaştırma ve tedavi planlaması bağlamında önemlidir. Kendine zarar verme sayısı arttıkça KZVD işlevlerinin daha çok kullanıldığı belirtilmiştir. KZVD sayısı arttıkça özellikle otonom işlevlerin (en çok affekt regülasyonu) kullanımı artmaktadır (253).

Çalışmamıza katılan KZVD olan ergenler işlevler açısından yazınla uyumlu şekilde affekt regülasyonu işlevini en yüksek oranda kendilerine çok uygun şeklinde

belirtmiştir. Affekt regülasyonu işlevinden sonra ikinci sıklıkla sıkıntıyı etiketleme olarak belirtilirken, kendini cezalandırma ve çözülmeyi önleme işlevleri üçüncü sıklıkta belirtilmiştir.

Çalışmamızdaki KZVD olan ergenlerin %59,3'ü affekt regülasyonu işlevi için çok uygun olduğunu, %21,8'i de kısmen uygun olduğunu belirtmiştir. Affekt regülasyonu işlevi olumsuz ve yoğun duygularla başa çıkmak, bu olumsuz duyguları azaltmak ya da bu duygulardan kurtulmak amacıyla KZVD'yi kullanma anlamı taşır. Duygu düzenlenme güçlüklerine yatkınlığı olan bireyler, KZVD'yi uygun olmayan bir duygu düzenleme stratejisi olarak kullanmaktadır. Çalışmamızda da desteklendiği gibi Klonsky yaptığı gözden geçirme çalışmasında, yazında KZVD işlevlerini araştıran toplam 13 çalışma bulunduğunu; bunlardan 11 tanesinin affekt regülasyonu işlevini belirgin şekilde desteklediğini belirtmiştir (255). Sınır kişilik bozukluğu tanısı olan 75 kadın hasta ile yapılmış bir çalışmada, olguların %96'sı affekt regülasyonu işlevinin kendisi için uygun bir tanımlama olduğunu belirtmiştir (382). KZVD olan ergenler önemli oranda duygu düzenleme güçlükleri yaşamaktadırlar. Bu ergenlere duygu düzenleme stratejileri öğretilerek, kendine zarar verme yerine uygun duygu düzenleme yolları bulma ve uygulama konusunda yardımcı olunmalıdır. Düşünce-duygu-davranış üzerine odaklı bilişsel davranışçı terapiler bu konuda yararlı olabilir.

Çalışmamızda ikinci sıklıkla bildirilen işlev sıkıntıyı etiketleme işlevi olmuştur. KZVD olan ergenlerin %40,6'sı kendileri için çok uygun olduğunu, %21,8'i ise kısmen uygun olduğunu bildirmiştir. Sıkıntıyı etiketleme işlevi ölçekte kişinin kendisini berbat hissettiğine dair bir işaret bırakması, duygusal acısının gerçekliğini kendisine göstermesi ve yaşadığı stresi anlamlandırması gibi tanımlarla değerlendirilmiştir. Yazın bilgisi araştırıldığında sıkıntıyı etiketleme işlevini değerlendiren bir çalışmaya rastlanamamıştır. Ülkemizde 2013 yılında yapılan iki farklı tıpta uzmanlık tezi çalışmasında sıkıntıyı etiketleme işlevi açısından uygun ve kısmen uygun toplam oranları çalışmamıza benzer şekilde %60 ve %75,7 olarak saptanmıştır (385,386).

Çalışmamıza katılan KZVD olan ergenlerin %25'i kendini cezalandırma işlevi için çok uygun şeklinde, %37,5'i kısmen uygun şeklinde bildirmiştir. Kendini cezalandırma "suçluluk, öfke ve saldırganlık duygularını" kişinin kendisine yöneltmesi ve kendisini değersizleştirme anlamı taşır (13). Linehan (1993), kendine

zarar verenlerin çevrelerinden "kendilerini cezalandırma ve değersizleştirmeyi" öğrendiklerini ileri sürmüştür (143). KZVD, alışılmış ve ego-sintonik olarak algılanır; stres verici bir durum ile karşılaşıldığında, kendini rahatlatmanın yolu olarak işlev görür (13). KZVD, olumsuz kendilik algısını artırırken, özsaygıyı azaltarak kendine zarar verme için kısır bir döngü oluşturmakta olduğu belirtilmektedir (59). Walsh (2006) kendine zarar verme işlevlerini açıklamak için olan bilişsel kuramında; "kendilik ile ilişkili bilişsel yorum ve çarpıtmalardan" bahseder ve geçmiş travmaların, bireyde kendilik algısının bozduğunu ve bilişsel çarpıtmaların gelişmesine neden olduğunu öne sürer (387). Klonsky, yazındaki KZVD işlevleriyle ilişkili araştırmalarda, 11 çalışmadan 6'sının kendini cezalandırma işlevini güçlü biçimde desteklerken 5'inde orta derecede desteklediğini ve kendini cezalandırma işlevinin, affekt regülasyonundan sonra "ikinci sık" belirtilen işlev olduğunu belirtmiştir (13). KZVD için risk altındaki bireyler durumlara yanıt olarak azalan stres toleransına yatkınlık, kişiler arası sorun çözme ve iletişim becerilerinde zayıflık gibi kişilerarası risk faktörlerine sahip olabilirler. Stres duygu düzenlemede bozukluğu tetikleyebilir. Bu duygu düzensizliği kendini cezalandırma ya da sıkıntıyı hafifletmek için bir araç olarak KZVD'nin kullanılmasına neden olabilir (280,388).

Çözülmeye önleme işlevi açısından çalışmamızdaki KZVD olan ergenlerin %25'i çok uygun, %25'i kısmen uygun şeklinde bildirmiştir. Çözülmeyi önleme işlevi, KZVD'yi "uyuşukluk hissinden kurtulmak, fiziksel acı bile olsa bir şey hissetmek, kendini gerçek hissetmek" olarak tanımlar. Gunderson (1993), kendine zarar verme davranışı olan kişilerin yaşamlarında "önemli" kişinin varlığının olmadığı durumlarda çözülme ve depersonalizasyon epizodları yaşadığını öne sürmüştür (389). KZVD için bir başka motivasyonun duyguları ortaya çıkarmak, bir şey hissetmek olduğu belirtilmektedir (2). Bu ergenler duygu acı bile olsa bir şeyler hissetmek istiyorlar. Kendini yaralarken kanın görünümü KZVD'nin güçlendirici bir yönü olabilir, çünkü kan görmenin ergene gerçek hissetmesine ve odaklanmasına yardımcı olduğu bildirilir (390). Ergenlerle yapılmış olan 2 ayrı çalışmada da bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde, katılımcıların yaklaşık 1/3'ü bu işlevi kendileri için "uygun" olarak belirtmiştir (10,47).

Çalışmamızdaki KZVD olan ergenler intikam alma işlevi açısından %18,75 oranında çok uygun, %31,25 oranında ise kısmen uygun şeklinde bildirmiştir. İntikam

alma işlevi; "birisinden hıncını çıkartma, intikam alma ve yakın birini incitmeye çalışma" gibi anlamlar taşır. Dışarıya dönük "saldırgan ve düşmanca duyguların" bedene yöneltilerek ifade edilmesidir. Glasser'in (1972), tanımladığı "içe döndürülmüş agresyon" yani ruhsal çatışmanın düşmanlık yoluyla çözüm bulması ve bu düşmanlığın dışarıya ve dış nesnelere yönlendirilmek yerine içeride kendiliğe ve bedene yönlendirilmesi KZVD ile sonuçlanabilir (391). Ross ve Heath'in düşmanlık modeline göre, dışarıya yöneltilemeyen ve ifade edilemeyen öfke ve düşmanlık duyguları, gerginliği arttırırak KZVD'ye yol açar ve KZVD sonrası gerginlik azalır. Dışarıya yöneltilemeyen öfke daha kabul edilebilir olan kendiliğe yönlendirilir. Düşmanlık modeli, kendini ve başkasını cezalandırıcı düşmanlığı içerir (50). Yazında intikam alma işlevini araştıran bir çalışmaya rastlanamamıştır.

Özkıyımı önleme işlevi açısından çalışmamızdaki ergenlerin %12,5'i çok uygun, %25'i kısmen uygun şeklinde bildirmiştir. Özkıyımı önleme özkıyım dürtüsü ile başa çıkma işlevi görür. KZVD, "ölüm riskini göze almadan, intihar düşüncelerini ifade etme" biçimi olabilir ve özkıyımı gerçekleştirme isteği ile yer değiştirerek işlev görür (14). Klonsky (2007), KZVD işlevlerini gözden geçirdiği derlemede, özkıyımı önleme işlevini araştıran üç çalışmada özkıyımı önleme işlevinin orta derecede destek bulduğunu bildirmiştir (13). Borderline kişilik bozukluğu olan kadın hastalarla yapılan çalışmada özkıyımı önleme işlevi 7. sırada yer alırken bizim çalışmamızda 5. sırada yer almıştır (392). Çalışmamızda benzer şekilde yataklı tedavi gören ergenler ile yapılan çalışmada, yarının biraz altında özkıyımı önleme işlevini kendisi için "uygun" olarak değerlendirmiştir (361); toplum örnekleminden ergenler ile yapılan diğer çalışmada ise bu oran %41 bulunmuştur (47). Muehlenkamp ve Guiterrez (2007), KZVD olan ergenlerin özkıyım riskini değerlendirdikleri çalışmada elde ettikleri bulguların, KZVD'nin özkıyımı önleme işlevinin geçerliliğini desteklediğini ve KZVD'nin uygun olmayan bir başa çıkma stratejisi gibi işlev gördüğünü belirtmiştir (49).

Çalışmamıza katılan ergenler dayanıklılık işlevi açısından %21,8'i çok uygun, %31,25'i kısmen uygun şeklinde bildirmiştir. Dayanıklılık işlevi, "bireyin acıya dayanıklılığını görmesi, fiziksel ağrıya katlanabileceğini kanıtlaması ve güçlü ve dayanıklı olduğunu" göstermesi anlamlarını taşır. Yazında bu işlevi araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Odağ C. (2009), kendine zarar veren ergenlerin korunma

gereği duymadıklarından ve tehlikeli eylemlerin tüm güçlülüğün sergilenmesi anlamına geldiğinden bahsetmektedir (73). Gardner (2002) ergenlikte bazen kendine zarar verme ile "güç" ve "özerklik" sağlandığını belirtmiştir (393).

Kendiyle ilgilenme işlevi açısından KZVD olan ergenlerin %6,2'si çok uygun, %34,3'ü kısmen uygun şeklinde belirtmiştir. Kendiyle ilgilenme işlevi; "kendisine özen göstermek için bir yol bulma, duygusal stresinin yerine baş etmesi daha kolay diğer bir ilgi alanı koyma ve yara iyileşmesine odaklanarak kendisi için tatmin edici bir durum yaratma" anlamları taşır. Yazında bu işlevi araştıran bir çalışma bulunamamıştır.

Çalışmamızda KZVD olan ergenler özerklik işlevi için %12,5 oranında çok uygun, %31,25 oranında kısmen uygun şeklinde bildirmiştir. Özerklik işlevi kişinin "kendi kendine yettiği, başkalarının yardımına bel bağlamadığı, bağımsızlığı ortaya koyabilme" anlamları taşır. İkinci ayrılma-bireyleşme dönemi olan ergenlik özerkliği kazanma çabalarının olduğu normal gelişimsel sürecin bir parçasıdır. Daha önce de belirtildiği gibi Gardner (2002), beden üzerindeki eylemler ile kimi hallerde "güç" ve "özerklik" sağlandığından bahsetmiştir (393). Odağ da (2009), kendine zarar vermenin bazen bağımsızlılığın, özerkliğin ve tüm güçlülüğün dışa vurumu olduğunu belirterek bu işleve gönderme yapmıştır. Odağ, kendine zarar vermeyi, narsistik eğilimin sergilenmesi olarak ifade etmiştir. Ergen "ben bağımsızım, özerkim, size gereksinim duymam, hepinizden ilerdeyim tüm güçlüyüm" demektedir (73). Öz-yeterlik ile KZVD arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıdaki çalışmada araştırmacılar kendine zarar veren insanlarda öz-yeterliliğin daha düşük olduğunu ve stresli olaylarla baş etme becerisi için kendilerine olan düşük güvenin KZVD'nin başlangıcını uyardığını ve zamanla onu sürdürmeye katkıda bulunduğunu bulmuştur (116,394). Özerklik ihtiyacı KZVD için bir risk faktörü olarak araştırılmamış olsa da araştırmalar, ebeveyn eleştirisi, katı aile değerleri ve ebeveyn kontrolü gibi otonomiyi zayıflatan ebeveyn uygulamalarının KZVD ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir (110,395,396). Yazında direkt olarak özerklik işlevini araştıran bir çalışmaya rastlanamamıştır.

Kişiler arası sınır işlevi açısından KZVD olan ergenlerin %12,5'i çok uygun, %31,25'i kısmen uygun şeklinde belirtmiştir. Kişiler arası sınırlar modeli "kendiliğin sınırlarını belirleme" işlevi taşır (14). Bu model nesne ilişkileri ve ayrılma-bireyleşme kuramından temel almıştır. Anneye güvensiz bağlanma ve anneden ayrışamama

nedeniyle normal kendilik algısının gelişemediği belirtilmektedir (391,397). Kendini zarar verme davranışı ile ergen kendini çevreden ve başkalarından ayırır, bu yolla kendilik duygusunu hisseder. KZVD düşük benlik saygısı da dahil olmak üzere zayıf kendilik algısı ve zayıf kimlik entegrasyonunu gösteren faktörlerle bağlantılıdır (47,398-400). Klonsky (2007) gözden geçirme çalışmasında kişiler arası sınırlar işlevini araştıran iki çalışma bildirmektedir ve bu işleve orta derecede destek bulunduğunu belirtmiştir (13). Shearer'in sınır kişilik bozukluğu olan kadınlarda yaptığı çalışmada, olguların %22'si kişiler arası sınırlar işlevini "uygun" olarak değerlendirmiştir (392).

Kişilerarası etkileşim işlevi açısından çalışmamıza katılan KZVD olan ergenlerin %6,2'si çok uygun, %56,25'i kısmen uygun şeklinde bildirmiştir. Kişiler arası etkileşim modeli, "çevredeki kişileri etkilemek ve yönlendirmek" işlevi taşır (313). Bu davranışlar sonrası, çevreden olumlu ya da olumsuz pekiştireçler alınabilir. Kendine zarar veren kişi, davranışının altındaki nedenlerin ayırdında olabilir ya da olmayabilir. Klonsky'nin (2007) gözden geçirme yazısında kişiler arası etkileşim işlevini araştıran 9 çalışmadan yalnızca birisinde, bu işlevi destekleyen güçlü sonuçlar elde edilmiştir (13). Bu çalışma sınır kişilik bozukluğu olan hastalarda yapılmıştır ve %61 oranında uygun olarak bildirilmiştir (382). Ergenlerde yapılan iki çalışmadan, toplum örneklemli olan çalışmada yaklaşık %30 (47) ve klinik örneklemli olanda %15 oranında (10) kişiler arası etkileşim işlevi uygun olarak bildirilmiştir.

Çalışmamızda heyecan arama işlevi açısından KZVD olan ergenlerin %3,1'i çok uygun, %18,75'i kısmen uygun şeklinde bildirmiştir. KZVD için diğer motivasyonlar arasında eğlence ve heyecan arama vardır (47). Klonsky'nin (2007) gözden geçirme makalesinde sözü geçen, bu işlevi değerlendiren 5 çalışmada, heyecan arama işlevinin %5-10 arasında düşük oranlarda "uygun" olarak bildirilirken iki ergen çalışması %10 civarında bildirmiştir (13).

Akranlarla bağ kurma işlevi için çalışmamızdaki KZVD olan ergenlerin %3,1'i çok uygun, %3,1'i kısmen uygun bildirilmiştir ve en düşük oranı alan işlevdir. Bu işlev ölçek de "akranlarla uyum sağlama ya da arkadaş ve sevdikleri kişilerle arasında dostluk/akrabalık bağı kurma" olarak tanımlanır. KZVD, başkalarının sıkıntılarını görebilmesi için dikkat etmesi gereken bir araç olabilir. Kendi kendine zarar veren akranlarıyla sosyal olarak uyum sağlamak için KZVD ile meşgul olabilir (401).

Ergenlik döneminde akran ilişkilerinin öneminin artması ya da bulaşma etkisi bu işlevle ilişkili olabilir. Yazında bu işlevi araştıran bir çalışmaya rastlanılamamıştır.

Çalışmamızda KZVD olan ergenlerde güvenli olmayan bağlanma paternlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Güvensiz bağlanma stilleri olan bireylerin güvenli bağlanma stilleri olan kişilerle karşılaştırıldığında, duygusal, davranışsal ve bilişsel düzenlemeyle ilgili daha fazla zorluklar yaşadığı gösterilmiştir (402-405). Bazı çalışmalar KZVD ve güvensiz bağlanma stilleri arasında ilişki olduğunu göstermiştir (16,17). Kimball ve Diddams (2007) (406) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada kaygılı ve kaçınılması gereken bağlanma stilleri KZVD ile ilişkili bulunmuştur. Bu konudaki araştırmalar belirli bir toplulukta yapılmıştır ve az sayıdadır, uluslararası düzeyde araştırma yapılması önerilmektedir (16).

Kendine zarar verme davranışının etiyolojisi için önemli olabilecek olan bağlanmanın, esnek olabileceği ve zaman içinde değişebileceği düşünülmektedir. Bağlanmanın kendine zarar verme davranışı üzerindeki etyolojik rolünü anlamak konusunda artan bir farkındalık bulunmaktadır (407). Bağlanma biçimi güvenli ya da güvensiz olarak bir kez belirlendikten sonra çok az değişkenlik gösterse de, kişiler diğer insanlarla yaşadıkları olumsuz deneyimleri nedeniyle, diğer insanlara güvenmemeye başlayabilir ve diğer insanlarla yakın ilişkiler kurmaktan kaçınabilirler (23). Bağlanma paterninin ergenin yaşadığı olumsuz deneyimlerle değişiklik gösterebilmesi çocuklarda görülen güvensiz bağlanma paterninin ve yüksek YİYE II kaygı ve kaçınma puanlarının olgu grubundaki annelerde görülmemesini açıklayabilir.

Bağlanmanın iki farklı boyutu vardır: bağlanma kaygısı ve bağlanma kaçınması (408). Geçmiş araştırmalar güvensiz romantik bağlanmanın KZVD ile ilişkili olduğu konusunda tutarsızlıklar göstermesine rağmen (17,18), bağlanma kaygısı ve bağlanma kaçınmasının ikisinin de KZVD'yi etkilediğini göstermektedir (27). Bağlanmanın her iki boyutunun da (bağlanma kaygısı ve kaçınılması), duygu düzenlenmesindeki zorluklarla (409-412) ve baş etme becerileri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (413,414). Çalışmamızda da bunu destekler nitelikte olgu grubundaki ergenlerin YİYE II kaygı ve kaçınma puanlarının yüksek olduğu ve YİYE II kaygı ve kaçınma puanları arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan ergenlerde en yüksek oranda (%59,4) güvenli bağlanma paterni olduğu saptanmıştır. Çalışmamızla benzer şekilde kültürlerarası bağlanmanın

dağılımını karşılaştıran çalışmalar güvenli stilin hemen her kültürde en yaygın stil olduğunu, kültürler arası farklılığın güvensiz stillerin dağılımında ortaya çıktığını göstermektedir (415). On yıllık bir izlem çalışmasında 60 anne ve bu annelerin 69 kız çocuğu ayrı ayrı değerlendirilmiş ve depresyon, mizaç ve sosyoekonomik düzeyden bağımsız olarak ebeveyn tutumunun kuşaktan kuşağa aktarıldığı saptanmıştır. Özellikle duygusuz bakım verme (düşük ilgi- yüksek kontrol) diye adlandırılan tutumun anneler ve kızları arasında yüzde yüze yaklaşan oranda paralellik gösterdiği belirlenmiştir (416). İleriye dönük bir çalışmada, kaygılı bağlanma biçimine sahip küçük çocukların çocukluk çağı ve ergenlik dönemi boyunca anksiyete bozukluğu geliştirme açısından yüksek risk altında oldukları gösterilmiştir (191).

Yüksek bağlanma kaygısı, kendine zarar verme de dahil olmak üzere kendine karşı olan yıkıcı davranışlarla ilişkili bulunmuştur (417). Saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma örüntülerinin duygu düzenleme stratejileriyle ilişkili olduğu düşünülmüştür (418). Güvenli bağlanma, yakınlık arayan, güvenlik hissini destekleyen deneyimler ile duygu düzenlenmesini destekler. Daha önce de belirtildiği gibi KZVD için en çok desteklenen açıklayıcı modellerden biri olumsuz duyguların önlenmesi/azaltılması biçiminde kavramsallaştırılan modeldir. KZVD'nin yaşanan çeşitli olumsuz duygusal durumların sonucu olarak ortaya çıktığı ve güvensiz bağlanma stillerinin stres dönemlerinde daha büyük duygusal sıkıntıya neden olduğu düşünülürse, güvensiz bağlanma stiline sahip kişilerin daha fazla KZVD'de bulunabileceği ve güvensiz bağlanmanın bir risk faktörü olabileceği düşünülmüştür (419). Çalışmamızdaki olgu grubundaki ergenlerde daha fazla güvensiz bağlanma paterninin bulunması ve en sık kullanılan işlevinin affekt regülasyonu olması bu bulguları desteklemektedir.

Kaygı ve kaçınma puanlarındaki yükseklikle ilişkili olarak yüksek bağlanma kaygısı olan bireyler, sosyal olumlu pekiştirme işlevine karşılık gelen romantik eşlerinin dikkatini çekmek için KZVD davranışında bulunabilirler. Ayrıca, yüksek kaçınması olan bireyler, modelin sosyal negatif pekiştirme işleviyle ilişkili olarak romantik eşi ile oluşabilecek istenmeyen durumlardan kaçmayı kolaylaştırmak için KZVD'yi kullanabilir (14). Yates'e (2004) (307) göre KZVD bir kişinin ben ile diğerlerinin olumsuz temsillerinin fiziksel bir tezahürünü yansıtabilir. Sonuç olarak, güvensiz bağlanan bireylerin kendilerini sosyal dünyadan ve stresli zamanlardan

kendilerini izole etme olasılığı daha yüksektir ve bu da KZVD davranışına katılma olasılığını artırır. Romantik bağlanma ve KZVD üzerine yapılan ampirik araştırmalar önemli sonuçlar vermesine rağmen, güvensiz romantik bağlanmanın boyutlarının KZVD ile ilişkili olduğu konusunda tutarsızlıklar mevcuttur. Üniversite öğrencilerinin örneklemlerini kullanan bazı araştırmalar sadece bağlanma kaygısının KZVD (17) ile ilişkili bulunmasına karşın, diğerleri bizim çalışmamızla benzer şekilde her iki boyutun da (bağlanma kaygısı ve kaçınma), KZVD'yle (18,420) ilişkili olduğunu bulmuştur. Güvensiz bağlanma boyutları ile KZVD arasındaki ilişkiyi doğrulamak için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Braga ve Gonçalves'in (2014) yetişkin yaş grubunda yaptığı çalışmada Yetişkin Bağlanma Ölçeği (*Adult Attachment Scale*) kullanılmıştır ve KZVD olan kişilerin KZVD olmayanlara göre daha fazla kaygı ve kaçınmaya sahip olduğu bulunmuştur. Braga ve Gonçalves'in (2014) çalışmasına göre önceden KZVD öyküsü olanlar şu an KZVD olanlara göre daha yüksek güven duymuşlardır. Kaygının ve kaçınmanın yüksek olduğu bağlanmanın güvensiz boyutları KZVD için önemli bir risk faktörü gibi görünmektedir, davranışın devamı için ise "Başkalarına Güvenme- *Trust in Others*" derecesi önemli bir faktör gibi gözükmektedir. İhtiyacı olduğunda diğerlerine güvenebildiğinde ya da zorluklar karşısında güvenli bir üs olarak diğerlerine dönebildiğinde kişinin güvenli bağlanma (yakınlık arayan) ile ilişkili olarak yeni bir duygu düzenleme stratejisi şekli geliştirerek davranışı durdurabileceği hipotezi öne sürülmüştür (18). Bu bulgular KZVD olan bireyleri kavramsallaştırma ve müdahale için önemli bir kılavuz oluşturabilir.

Bağlanmaya dayalı aile terapisi ve aile temelli problem çözümü, intihar davranışları için etkili olduğuna dair bazı kanıtlara sahip olsa da KZVD ile ilgili sonuçlar henüz araştırılmamıştır (421,422).

Oksitosin (OT), anne-bebek bağının ortaya çıkması için kritik olan kompleks bir sistemin iyi bilinen bir bileşenidir (423). Kemirgenlerde ve diğer memelilerde yapılan araştırmalar, annelik davranışının başlangıcı ve sürdürülmesini kolaylaştırmak için OT'nin önemini vurgulamıştır (424-428). Pek çok hayvan çalışmalarında oksitosinin çiftlerin bağlanmasında ve ebeveyn bakımında kolaylaştırıcı olduğu gösterilmiş olmasına rağmen insan çalışmalarından bu konuda elde edilen veriler yetersizdir. Genellikle inanılan düşünce oksitosinin insanlarda bağlanma hislerini ve

sosyal iletişimi kolaylaştırdığı yönündedir (229). Çevredeki sosyal ipuçları, güvenli veya olumlu olarak yorumlandığında oksitosin prososyal davranışları geliştirebilirken yüksek tehdit veya daha yüksek sosyal stres durumunda, sosyal ipuçları güvensiz veya negatif olarak yorumlandığında oksitosin "anti-sosyal" davranışları teşvik edebilir (429). Shamay-Tsoory ve ark. (2009), OT'nin da anti-sosyal davranışları kolaylaştırdığını keşfetmiştir; bu OT'nin sosyal etkileri ve onun altında yatan etki mekanizmaları hakkında uzun zamandır devam eden varsayımlara ters düşen bir etki oluşturmaktadır (430). Çalışmalarda oksitosinin bağlanma ile ilişkisinin kadınlarda daha güçlü olduğu bildirilmekte, erkeklerde vazopressinin daha önemli olduğu ifade edilmektedir (431). İntranasal oksitosin ile yapılan randomize plasebo kontrollü insan çalışmalarında ve hayvan çalışmalarında görüldüğü gibi, güvenli bağlanması olan annelerdeki yüksek oksitosin düzeyleri bağlanmada ve sosyal davranışlarda aracı olan bu nöropeptitin önemini vurgulamıştır (25,424,427,432-434). İnsanlarda OT'nin anksiyolitik olduğu ve korkuyu, stresi azalttığı ortaya çıkmıştır (435,436). OT, amigdala da dahil olmak üzere limbik sistemle ilişkili olarak sosyal davranış üzerindeki etkilerinin yanı sıra (437-440) ve sosyal etkileşimlerdeki strese karşı endişe ve nöroendokrin tepkiyi azaltır (441-446). Ancak bu bulgulara ters olarak Pierrehumbert ve ark. (2010) sosyal sıkıntıya maruz kalan insanlarda daha yüksek plazma oksitosini ve daha yüksek kaygı olduğunu saptamıştır (447).

Çalışmamızda olgu ve kontrol grubundaki ergenler ve anneler arasında oksitosin düzeyi açısından fark bulunmamıştır, bu genel literatür bulgusuyla uyuşmamaktadır. Çalışmamızla benzer şekilde Strathearn ve ark. güvenli bağlanması olan annelerle güvensiz bağlaması olan annelerin doğum sonrası 7. ayda bazal periferik oksitosin düzeylerinde hiçbir fark bulamamıştır (448). Annenin bebeğe olan bağlanma davranışında prolaktin, opioidler, dopamin, serotonin, g-aminobütirik asit (GABA) gibi başka nörokimyasal sistemlerin de etkili olması bu durumla ilişkili olabilir (449). Çalışmalar bağlanmada oksitosinin yanı sıra mezolimbik ödül yolaklarından salınan dopaminin de önemli rolü olduğunu ortaya koymuştur. Tek eşli farelerde çiftleşme sırasında nükleus akumbensten salgılanan dopaminin ve D2 reseptörlerinin bağlanmayı sağladığı, bunu takiben sayısı artan D1 reseptörlerinin ise bağlanmanın devam etmesinde rol oynadığı gösterilmiştir (450,451). Anne modellerinde tanımlanan dopamin-oksitosin ödül devrelerini etkileyen yolaklar;

bebekleriyle ilgili olumlu duygular ve ebeveynlik deneyimi ile ilişkili olabilir (452,453). Ayrıca kortizol, östrojen, progesteron, endojen opioidler gibi diğer hormonlar ve bunların reseptör sistemleri OT ile etkileşime girer ve ebeveyn düzenlenmesinde önemlidir (454-457). Periferik nöropeptit düzeylerini; cinsiyet farklılıkları, menstrüel döngünün luteal fazı (yüksek östrojen ve progesteron seviyeleri), oral kontraseptif kullanma durumu etkileyebildiği belirtilmektedir (458).

Oksitosinle ilişkili olarak bazı hayvan araştırmaları, hipotalamustan santral salınımın ve posterior hipofiz yoluyla periferik salınımın koordine edildiğini göstermesine rağmen (459-461), diğer araştırmalar bunu desteklemez (462,463). İnsanlarda merkezi ve çevresel endojen oksitosin seviyelerinin araştırıldığı bazı çalışmalarda sonuçlar tutarlıyken (464), bazılarında önemli bir ilişki bildirilmemiştir (465). Ayrıca ticari olarak mevcut immünoassaylarin yüksek heterojenite ve tartışmalı geçerliliğe sahip olduğu tespit edilmiştir, bu durum da biyokimsayal sonuçlarımızı etkilemiş olabilir (466).

Vazopressin yapısı, lokalizasyonu, salınım şekli ve fonksiyonu bakımından oksitosine benzemektedir. Bu iki nöropeptidlerin dengeli etkisinin toplumsal davranışın kontrolü için önem taşıdığına inanılmaktadır (467). Çalışmamızda çocuk oksitosin düzeyleri ile anne oksitosin düzeyleri arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır, bu sonuç anne çocuk arasındaki ilişkinin bu peptidler üzerinde etkili olduğunu destekleyebilir.

Çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerde kontrol grubuna göre daha düşük vazopressin düzeyleri saptanmıştır. Fries ve ark. yetimhanede büyüyen çocukların ebeveynlerle büyüyen çocuklara oranla idrarlarında daha düşük VP seviyeleri olduğu ve sosyal bağlar kurmada sorunlar yaşadığı saptanmıştır. Erken yaşta ihmal edilmiş bebeklerde ailede yetiştirilen çocuklardan daha düşük bazal VP seviyeleri görülmüştür (249). KZVD olan ergenlerin aileyle birlikte yaşamış olsa da ihmal edilmiş çocuklar olduğu düşünülebilir.

VP oksitosinin aksine anksiyojenik bir rol oynamaktadır; hipotalamik paraventriküler çekirdeğin artmış VP ekspresyonu artmış davranışsal ve nöroendokrin kaygı düzeyleri ile ilişkilidir (468). Çalışmamızda bu bulgunun tersi olarak kaygı puanı yüksek olan ergenlerin vaozpressin düzeyleri düşük saptanmıştır.

Agresif hastalardan alınan beyin omurilik sıvısında daha yüksek VP seviyeleri tespit edildiği için; insan agresif davranışlarında rol oynadığı, hem erkeklerde hem de kadınlarda şiddet davranışı öyküsü ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (250). Çalışmamızda ise literatür bulgularıyla uyumsuz olarak kontrol grubundaki ergenlerde ve güvenli bağlanması olan ergenlerde vazopressin düzeyleri daha yüksek saptanırken, istismar öyküsü olan ergenlerin annelerinde VP düzeyleri düşük saptanmıştır. İleriki çalışmalarda vazopressin ile ilgili daha fazla klinik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Oksitosin ve vazopressinin ELİSA yöntemiyle çalışılmasında zorluklar vardır. Moleküler ağırlıkları düşük olması nedeniyle zayıf immünojenlerdir ve yüksek afiniteli anti serumların hazırlanması güçtür. Ayrıca bu nöropeptidlerin dolaşımdaki düzeyleri düşüktür (469). Yeni bir sistematik gözden geçirme, ELİSA kullanan çalışmalar periferik vazopressin veya oksitosinin psikiyatrik bozukluklarda güvenilir biyobelirteçler olabileceğine dair hiçbir ikna edici kanıt oluşturmadığı sonucuna varmıştır (470). Bu sonuçlar oksitosin ve vazopressin düzeyleri ile ilişkili olarak bulgularımızdaki literatürle olan uyumsuzluğu açıklayabilir.

Çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması nedeniyle katılımcıların sadece araştırma yapıldığı dönemdeki özellikleri incelenebilmiştir, o dönemdeki bağlanma paternleri değerlendirilmiştir, neden sonuç ilişkilerinin kurulabileceği izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Çalışmamız kliniğe başvuran az sayıda örneklem ile yapılmıştır, bu nedenle kliniğe başvurmayan toplumsal örneklemi temsil etmemektedir. Elde edilen bulguların genellenebilmesi için daha fazla olgu sayısı ile toplum temelli, homojen gruplarla, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı KZVD ve bağlanma paterninin değerlendirildiği ölçeklerin kişinin kendisi tarafından doldurulan bir ölçek olmasıdır. Kişinin kendi hakkındaki geri bildiriminin nesnelliğinin düşük olması önemli bir kısıtlılıktır. Daha objektif bir yaklaşım ilgili kavramların daha iyi anlaşılmasını, duygu düzenleme, stresle başa çıkma ve KZVD arasındaki ilişkiyi daha iyi açıklayabilir.

KZVD etiyolojisine ilişkin net bulguların olmaması, hem hastalığı anlamada hem de uygun tedavileri planlamakta zorluklara neden olmakta ve fikir ayrılıklarına yol açmaktadır. Çalışmamız KZVD'nin risk faktörlerinin ve davranış özelliklerinin anlaşılması ile etkili tedavi düzenlemelerinin geliştirilmesi konusunda fikir verebilir.

Çocuk ve ergenlerde KZVD gelişimi için risk etkenlerini belirlemeye yönelik çalışmalarda; çocukluk çağı travmatik yaşantıları, duyguları düzenleme becerisi, anneye bağlanmanın yanında arkadaşlara bağlanma ve arkadaş ilişkileri, sosyal ilişki kurma becerisi, stresle baş etme yöntemleri gibi değişkenler araştırılmalıdır. KZVD başlangıcından önce risk altındaki gençlerin belirlenmesi, anne ve gençlerle birlikte çalışılarak sağlıklı ve destekleyici ilişkilerin geliştirilmesi stresle uygun başetme stratejilerinin geliştirilerek KZVD insidansının düşürülmesine yardımcı olabilir. Özellikle ergenlerde KZVD için kanıta dayalı tedavilerin az olduğu göz önüne alındığında bu davranış için nedensel ve işlevsel faktörlerin ortaya çıkarılması için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

SONUÇ

Çalışmamızda KZVD'nin işlevleri de göz önüne alınarak ergenlerin ve annelerin bağlanma paternleriyle eş zamanlı olarak ergenlerin ve annelerinin oksitosin ve vazopressin düzeyleri incelenmiştir.

- Çalışmamıza katılan ergenlerin %75'i kız, %25'i erkektir.
- Olgu ve kontrol grubundaki ergenler arasında anne-babalarının yaşları, meslekleri, birliktelik durumu, sosyoekonomik düzeyi ve birinci derece yakınlarında tıbbi-ruhsal hastalık öyküleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Olgu ve kontrol grubundaki ergenler arasında okul başarısı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Olgu grubundaki ergenler yakın arkadaşlık kurmakta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sorun yaşamaktadır. KZVD açısından daha destekleyici arkadaş ilişkilerinin sağlanması ve okullarda koruyucu önlemler alınması gerekmektedir.
- Olgu grubunda eşlik eden tıbbi hastalık öyküsü daha fazladır.
- Olgu grubundaki ergenlerde sigara ve alkol kullanımı daha fazla saptanırken, madde kullanımı açısından ise olgu ve kontrol grubundaki ergenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- Kendine zarar verme şekli olarak kesme davranışı en sık kullanılan yöntemdir.
- Çalışmaya katılan ergenler arasında istismar öyküsü olanların tamamı olgu grubunda bulunmaktadır. İstismar öyküsü olan ergenlerin KZVD açısından da değerlendirilmesi gerekmektedir.
- İntihar girişiminde bulunan ergenlerin tamamı olgu grubunda bulunmaktadır. Klinikte KZVD olan ergenlerde intihar düşüncesi ve girişimi öyküsü de sorgulanmalıdır.
- Kendine zarar verme davranışı için en fazla kullanılan lezyon bölgesi sol ön kol olarak saptanmıştır.
- Olgu grubundaki annelerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla marital sorun yaşadığı saptanmıştır. Ailenin iyi işlemeyen

sistemleri tedavi planı içerisinde aile görüşmeleri ile gözden geçirilmelidir.

- Çalışmaya katılan annelerde intihar girişimi ve KZVD öyküsü olanların tamamı olgu grubundadır.
- Depresyon olgu grubunda en sık görülen tanı olmuştur.
- Olgu grubundaki annelerin Hamilton depresyon puanı ve Hamilton psişik anksiyete puanı daha yüksek saptanmıştır. Hamilton depresyon puanları yüksek olan annelerin Hamilton anksiteye puanları (psişik, somatik, toplam puanları) da yüksek saptanmıştır.
- Olgu grubundaki ergenlerin ilk kez kendine zarar vermeye başladığı yaş ortalama 13,06±1,645 (10-16) olarak saptanmıştır.
- Olgu grubundaki ergenler arasında affekt regülasyonu en yüksek oranda kullanılan işlevdir.
- Olgu grubundaki ergenlerin yarıya yakını KZVD sırasında fiziksel acı hissetmediğini bildirmiştir.
- Olgu grubundaki ergenlerin yarıdan fazlası KZVD sırasında yalnız olduğunu, bu davranışı sonlandırmak istediğini, davranışa başlamalarının kendi fikirlerinin olduğunu, davranışta bulunduğunu kimsenin bilmesini istemediğini bildirmiştir.
- Olgu grubundaki ergenlerin %87,5'inin KZVD dürtüsü oluştuktan sonra 1 saatten az zaman içinde impulsif şekilde davranışı gerçekleştirdiği saptanmıştır.
- Olgu grubundaki ergenlerin YİYE II kaygı ve kaçınma puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ergenlerin kaygı ve kaçınma puanları arasında pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır.
- Güvenli olmayan bağlanma şekilleri olgu grubundaki ergenlerde daha yüksek saptanmıştır.
- Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin oksitosin düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, kontrol grubundaki ergenlerde vazopressin düzeyi daha yüksek saptanmıştır.

- Olgu ve kontrol grubundaki annelerin YİYE II kaygı ve kaçınma puanları, bağlanma paternleri, oksitosin ve vazopressin düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- Güvenli bağlanma paterni olan ergenlerin vazopressin düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.
- Ergen oksitosin düzeyleri ile anne oksitosin düzeyleri arasında, ergen vazopressin düzeyleri ile anne vazopressin düzeyleri arasında pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır.
- Ergen oksitosin düzeyi ile ergen vazopressin düzeyi arasında ilişki saptanmazken, anne oksitosin düzeyi ile anne vazopressin düzeyi arasında pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır.
- İstismar öyküsü olan ergenlerin annelerinde vazopressin düzeyleri anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır.
- YİYE II kaygı puanı yüksek olan ergenlerin vazopressin düzeyleri daha düşük saptanmıştır.

Sonuç olarak KZVD olan ergenler daha fazla güvenli olmayan bağlanma stilleri ve daha yüksek kaygı ve kaçınma puanlarına sahiptir ve bununla ilişkili olarak da duygu düzenleme güçlükleri ve stresle baş etme zorlukları yaşamaktadır. KZVD olan ergenlerin daha fazla akran ilişkilerinde sorun yaşadığı ve annelerinin daha fazla marital sorun yaşadığı saptanmıştır ve bunlar KZVD için risk faktörü olabilir. Oksitosin ve vazopressin düzeyleri açısından bir fark saptanmamakla birlikte bu alanda ileri araştırmalara ihtiyaç vardır. KZVD risk faktörleri ve etyolojisi açısından neden sonuç ilişkileri kurulabilmesi, uygun tedavi yaklaşımları oluşturulabilmesi için daha büyük ve toplum tabanlı örneklemde izlem çalışmaları yapılmalıdır.

KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Nixon MK, Heath NL. Introduction to nonsuicidal self-injury in adolescents. In M. K. Nixon & N. L. Heath (Eds.), Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention, New York: Routledge/Taylor & Francis Group. 2009; 1–6.
2. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. Psychol Med. 2011; 41(9):1981–6.
3. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. J Abnorm Psychol. 2013; 122(1): 231–7.
4. 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 Life-Threatening Behav. 2014; 44(3):273–303.
5. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2012; 6(1):10.
6. Darche MA. Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. Psychiatr Hosp. 1990;21(1):31–5.
7. DiClemente RJ, Ponton LE, Hartley D. Prevalence and correlates of cutting behavior: Risk for HIV transmission. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1991; 30(5):735–9.
8. Ferrara M, Terrinoni A, Williams R. Non-suicidal self-injury (Nssi) in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2012;6(1):12.
9. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. J Clin Child Adolesc Psychol. 2008; 37(2):363–75.
10. Nock MK, Prinstein MJ. A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. J Consult Clin Psychol. 2004; 72(5):885–90.

11. Glenn CR, Klonsky ED. Nonsuicidal Self-Injury Disorder: An Empirical Investigation in Adolescent Psychiatric Patients. J Clin Child Adolesc Psychol. 2013;42(4):496–507.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
13. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. Clin Psychol Rev. 2007;27(2):226–39.
14. Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. Clin Psychol Rev. 1998;18(5):531–54.
15. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self harm: The experiential avoidance model. Behav Res Ther. 2006;44(3):371–94.
16. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. Am J Orthopsychiatry\n. 2002;72(1):128–40.
17. Levesque C, Lafontaine MF, Bureau JF, Cloutier P, Dandurand C. The influence of romantic attachment and intimate partner violence on non-suicidal self-injury in young adults. J Youth Adolesc. 2010;39(5):474–83.
18. Braga C, Gonçalves S. Non-Suicidal Self Injury, Psychopathology and Attachment: A Study with University Students. Span J Psychol. 2014;17:E66.
19. Bowlby J. A secure base:clinical applications of attachment theory. Routledge, London.; 1988.
20. Ainsworth MDS, Blehar M. C, Waters E, Wall S. Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. J Am Acad Relig. 1978;52(2):xviii + 391.
21. Main M, Solomon J. Procedures for identifying disorganized/disoriented infants during the Ainsworth Strange Situation. Attach Presch years. 1990;121–60.
22. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four- category model. J Pers Soc Psychol. 1991;61(2):226–44.
23. Nakash-Eısıkovıts O, Dutra L, Westen D. Relationship Between Attachment Patterns and Personality Pathology in Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002 Sep [cited 2017 Nov 18];41(9):1111–23.

24. Insel TR, Harbaugh CR. Lesions of the hypothalamic paraventricular nucleus disrupt the initiation of maternal behavior. Physiol Behav. 1989;45(5):1033–41.
25. Insel TR. Oxytocin - A neuropeptide for affiliation: Evidence from behavioral, receptor autoradiographic, and comparative studies. Psychoneuroendocrinology 1992;17(1):3–35.
26. Martin J, Raby KL, Labella MH, Roisman GI. Childhood abuse and neglect, attachment states of mind, and non-suicidal self-injury. Attach Hum Dev. 2017;19(5):425–46.
27. Levesque C, Lafontaine MF, Bureau JF. The Mediating Effects of Emotion Regulation and Dyadic Coping on the Relationship Between Romantic Attachment and Non-suicidal Self-injury. J Youth Adolesc. 2017;46(2):277–87.
28. Jiang Y, You J, Zheng X, Lin MP. The qualities of attachment with significant others and self-compassion protect adolescents from non suicidal self-injury. Sch Psychol Q. 2017;32(2):143–55.
29. Herpertz S. Self- injurious behaviour Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self- injurers. Acta Psychiatr Scand. 1995;91(1):57–68.
30. Farberow N. The Many Faces of Suicide. New York; 1980.
31. Walsh BW, Rosen PM. Self-mutilation. Theory, research, and treatment. 1988.
32. Favazza AR. Why patients mutilate themselves. Hosp Community Psychiatry. 1989;40(2):137–45.
33. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self- mutilators. Acta Psychiatr Scand. 1989;79(3):283–9.
34. Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M, Ghaziuddin N. Mood disorder in a group of self-cutting adolescents. Acta Paedopsychiatr. 1992;55(2):103–5.
35. LeBlanc R. Educational management of self-injurious behavior. Acta Paedopsychiatr. 1993;56(2):91–8.
36. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. J Nerv Ment Dis. 1998;186(5):259–68.

37. Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. Am J Psychiatry. 1983;140(7):867–72.
38. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. Am J Orthopsychiatry. 1998;68(4):609–20.
39. Favazza AR. Repetitive self-mutilation. Psychiatr Ann. 1992;22(2):60–3.
40. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı dördüncü baskı yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IV-TR). Köroğlu E, çev. ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2007
41. World Health Organization (WHO). The ICD – 10 classification of mental and behavioral disorder: clinical descriptions and diagnosis guidelines. Geneva: World Health Organization (WHO) 1993.
42. Aksoy A, Ögel K. Kendine zarar verme davranışı. Anadolu Psikiyatr Derg. 2003;4(4):226–36.
43. Lewis NDC. The Psychobiology of the Castration Reaction. Psychoanal Rev. 1927;14(1928):420–46.
44. Lewis ND. Additional Observations on The Castration Reaction In Males. Psychoanal Rev. 1931;18(2):146–65.
45. Menninger KA. A psychoanalytic study of the significance of self-mutilation. Psychoanal Q. 1935;4:408–66.
46. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious Behaviors in a College Population. Pediatrics. 2006 Jun;117(6):1939-48.
47. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the "whats" and "whys" of self-harm. J Youth Adolesc. 2005;34(5):447–57.
48. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self- injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. Suicide Life-Threatening Behav. 2004;34(1):12–23.
49. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. Arch Suicide Res. 2007;11(1):69–82.
50. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. J Youth Adolesc. 2002;31(1):67–77.

51. 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 Clin Neurosci. 2003;57(1):119–26.
52. Garrison CZ, Addy CL, McKeown RE, Cuffe SP, Jackson KL, Waller JL. Nonsuicidal physically self-damaging acts in adolescents. J Child Fam Stud. 1993;2(4):339–52.
53. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. Arch Suicide Res. 2007;11(2):129–47.
54. Zeki A, Çuhadaroğlu Çetin Ç. Ergenlerde kendine zarar verme davranışının gelişimsel ve psikopatolojik değerlendirmesi. Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2012.
55. Lüleci S. Kendini Yaralama Davranısı Olan Ergenlerin Psikiyatrik ve Sosyokültürel Özellikleri (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2007.
56. Toprak S, Cetin I, Guven T, Can G, Demircan C. Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. Psychiatry Res. 2011;187(1-2):140–4.
57. Ögel K, Yücel H, Aksoy A. İstanbul' da sokakta yaşayan çocukların özellikleri ve madde kullanımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:163-169
58. Klonsky D, Oltmanns T, Turkheimer E. Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. Am J Psychiatry. 2003;8(160):1501–8.
59. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: A research review for the practitioner. J Clin Psychol. 2007;63(11):1045–56.
60. Başay B. Lise Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışı: İslevleri, Emosyonel Regülasyon ve Ayrılma Bireyselleşme (Tıpta Uzmanlık Tezi). İmir: Ege Üniversitesi; 2011.
61. Favazza A, Rosentahl R. Diagnostic Issues in Self-mutilation. Hosp Community Psychiatry. 1993;44(2):134–40.

62. Wilkinson P. Non-suicidal self-injury. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2013;22 Suppl 1:75–9.
63. Hamza C, Stewart S, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. Clin Psychol Rev. 2012;32(6):482–95.
64. Lloyd-Rıchardson EE, Perrıne N, Dıerker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. Psychol Med. 2007;37(8):1183.
65. Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, Haavisto A, Rautava P, Helenius H, et al. Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. J Affect Disord. 2006;93(1–3):87–96.
66. Feldman MD. The challenge of self-mutilation: A review. Compr Psychiatry. 1988;29(3):252–69.
67. Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. Am J Psychiatry. 1991;148(3):306–17.
68. Simeon D, Favazza AR. Self-injurious behaviors : Phenomenology and assessment. Self-injurious Behav Assess Treat. 2001;1–28.
69. Welch SS. A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population. Psychiatr Serv. 2001;52(3):368–75.
70. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, et al. Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. Am J Psychiatry. 2005;162(2):297–303.
71. Noshpitz JD. Self-destructiveness in adolescence: Psychotherapeutic issues. Am J Psychother. 1994;48(3):347–62.
72. Kafka JS. The body as transitional object: a psychoanalytic study of a self-mutilating patient. Br J Med Psychol. 1969;42(3):207–12.
73. Odağ C. Nevrozlar-3. İzmir: Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Egitim Hizmetleri, Org. Ltd. Sti Yayınları No:12; 2009.
74. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. Lancet. 2011;377(June 18):2093–102.
75. Osuch EA, Noll JG, Putnam FW. The motivations for self-injury in

psychiatric inpatients. Psychiatry. 1999;62(4):334–46.

76. Van Der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. Am J Psychiatry. 1991;148(12):1665–71.
77. Symons FJ, Thompson A, Rodriguez MC. Self-injurious behavior and the efficacy of naltrexone treatment: A quantitative synthesis. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2004;10(3):193–200.
78. Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang Y yu, Mann JJ. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. J Affect Disord. 2010;124(1–2):134–40.
79. Tiefenbacher S, Novak M, Lutz C, Meyer J. The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: a nonhuman primate model. Front Biosci. 2005;1–11.
80. Wong DF, Harris JC, Naidu S, Yokoi F, Marenco S, Dannals RF, et al. Dopamine transporters are markedly reduced in Lesch-Nyhan disease in vivo. Proc Natl Acad Sci U S A. 1996;93(11):5539–43.
81. Bryson Y, Sakati N, Nyhan WL, Fish CH. Self-mutilative behavior in the Cornelia de Lange syndrome. Am J Ment Defic. 1971;76(3):319–24.
82. Sıngh NN, Pulman RM. Self- Injury in the De Lange Syndrome. J Intellect Disabil Res. 1979;23(2):79–84.
83. Goldstein M, Kuga S, Kusano N, Meller E, Dancis J, Schwarcz R. Dopamine agonist induced self-multilative biting behavior in monkeys with unilateral ventromedial tegmental lesions of the brainstem: Possible pharmacological model for Lesch-Nyhan syndrome. Brain Res. 1986;367(1–2):114–20.
84. Gillman MA, Sandyk R. Opiatergic and dopaminergic function and Lesch-Nyhan syndrome [letter]. Am J Psychiatry. 1985;142:1226.
85. Sandyk R. Self-mutilation in Tourette's Syndrome. J Child Neurol. 1988;3(2):147–8.
86. Lloyd KG, Hornykiewicz O, Davidson L, Shannak K, Farley I, Goldstein M, et al. Biochemical evidence of dysfunction of brain neurotransmitters in the Lesch-Nyhan syndrome. N Engl J Med. 1981;305(19):1106–11.
87. Sokol MS, Campbell M, Goldstein M, Kriechman AM. Attention deficit disorder with hyperactivity and the dopamine hypothesis: case presentations

with theoretical background. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1987;26(3):428–33.

88. Breese G, Baumeister AA, McCown, Thomas J, Emerick, Susan G, Frye, Gerald D, Crotty K, et al. Behavioral differences between neonatal and adult 6-hydroxydopamine-treated rats to dopamine agonists: relevance to neurological symptoms in clinical syndromes with reduced brain dopamine. J Pharmacol Exp Ther. 1984;231(2):343–54.
89. Goldstein M, Anderson LT, Reuben R, Dancis J. Self-Mutilation in Lesch-Nyhan Disease Is Caused By Dopaminergic Denervation. Lancet. 1985;325(8424):338–9.
90. Markovitz PJ, Calabrese JR, Schulz SC, Meltzer HY. Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. Am J Psychiatry. 1991;148(8):1064–7.
91. Crowell SE, Beauchaıne TP, Mccauley E, Smıth CJ, Stevens Al, Sylvers P. Psychological, autonomic, and serotonergic correlates of parasuicide among adolescent girls. Dev Psychopathol. 2005;17(4).
92. Lin PY, Tsai G. Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism and suicide: Results of a meta-analysis. Biol Psychiatry. 2004;55(10):1023–30.
93. Mizuno TI, Yugari Y. Letter: Self mutilation in Lesch-Nyhan syndrome. Lancet. 1974;1:761.
94. Thoren P, Asberg M, Cronholm B. Clomipramine Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder I. A Controlled Clinical Trial. Arch Gen Psychiatry. 1980;37:1281–5.
95. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Delgado PL, Heninger GR, Charney DS. Efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder. A double-blind comparison with placebo. Arch Gen Psychiatry. 1989 Jan;46(1):36-44.
96. Hollander E, Fay M, Cohen B, Campeas R, Gorman JM, Liebowitz MR. Serotonergic and noradrenergic sensitivity in obsessive-compulsive disorder: behavioral findings. Am J Psychiatry. 1988;145(8):1015–7.
97. Patel H, Bruza D, Yeragani VK. Treatment of self abusive behavior with trazodone. Can J Psychiatry. 1988;33(4):331–2.

98. Stanley M, Traskman-Bendz L, Dorovini-Zis K. Correlations between aminergic metabolites simultaneously obtained from human CSF and brain. Life Sci. 1985;37(14):1279–86.
99. Lopez-Ibor JJJ, Saiz-Ruiz J, Perez-de los CJC. Biological correlations of suicide and aggressivity in major depressions (with melancholia): 5-hydroxyindoleacetic acid and cortisol in cerebral spinal fluid, dexamethasone suppression test and therapeutic response to 5-hydroxytryptophan. Neuropsychobiology. 1985;14(2):67–74.
100. Ballard E, Bosk A, Pao M. Invited Commentary : Understanding Brain Mechanisms of Pain Processing in Adolescents ' Non-Suicidal Self-Injury. J Youth Adolesc. 2010;327–34.
101. Kaess M, Hille M, Parzer P, Maser-Gluth C, Resch F, Brunner R. Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. Psychoneuroendocrinology. 2012;37(1):157–61.
102. Shapiro S. Self-mutilation and self-blame in incest victims. Am J Psychother. 1987;41(1):46–54.
103. Muehlenkamp JJ, Kerr PL, Bradley AR, Adams Larsen M. Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. J Nerv Ment Dis. 2010;198(4):258–63.
104. Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. J Psychosom Res. 2009;66(6):477–93.
105. Klonsky ED, Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2008;192(3):166–70.
106. Langbehn DR, Pfohl NB. Clinical correlates of Self-Mutilation among psychiatric inpatients. Ann Clin Psychiatry. 1993;5(1):45–51.
107. Webb L. Deliberate self-harm in adolescence: A systematic review of psychological and psychosocial factors. J Adv Nurs. 2002;38(3):235–44.
108. Skegg K. Self-harm. Lancet. 2005;Oct 22-28(366(9495)):1471–83.
109. Wedıg MM, Nock MK. Parental Expressed Emotion and Adolescent Self-Injury. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(9):1171–8.

110. Bureau JF, Martin J, Freynet N, Poirier AA, Lafontaine MF, Cloutier P. Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. J Youth Adolesc. 2010;39(5):484–94.
111. Bebbington PE, Minot S, Cooper C, Dennis M, Meltzer H, Jenkins R, et al. Suicidal ideation, self-harm and attempted suicide: Results from the British psychiatric morbidity survey 2000. Eur Psychiatry. 2010;25(7):427–31.
112. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. J Abnorm Psychol. 2005;114(1):140–6.
113. Prinstein MJ, Heilbron N, Guerry JD, Franklin JC, Rancourt D, Simon V, et al. Peer influence and nonsuicidal self injury: Longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. J Abnorm Child Psychol. 2010;38(5):669–82.
114. Andover MS, Pepper CM, Ryabchenko KA, Orrico EG, Gibb BE. Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. Suicide Life Threat Behav. 2005;35.
115. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. J Psychopathol Behav Assess. 2004;26(1):41–54.
116. Nock MK, Mendes WB. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. J Consult Clin Psychol. 2008;76(1):28–38.
117. Glenn CR, Klonsky ED. A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. Personal Disord Theory, Res Treat. 2010;1(1):67–75.
118. Tolmunen T, Rissanen ML, Hintikka J, Maaranen P, Honkalampi K, Kylmä J, et al. Dissociation, self-cutting, and other self-harm behavior in a general population of Finnish adolescents. J Nerv Ment Dis. 2008;196(10):768–71.
119. Kumar G, Pepe D, Steer RA. Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. J Nerv Ment Dis. 2004;192(12):830–6.
120. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. Psychiatry Res. 2006;144(1):65–72.

121. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-injurious behaviors in eating-disordered patients. Eat Behav. 2001;2(3):263–72.
122. Favazza AR, DeRosear L, Conterio K. Self- Mutilation and Eating Disorders. Suicide Life- Threatening Behav. 1989;19(4):352–61.
123. Jacobs BW, Isaacs S. Pre- Pubertal Anorexia Nervosa: a Retrospective Controlled Study. J Child Psychol Psychiatry. 1986;27(2):237–50.
124. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich B, Silk KR. The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. J Pers Disord. 2005;19(5):505–23.
125. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. Br J Psychiatry.2001;178(JAN.):48–54.
126. Hintikka J, Tolmunen T, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylmä J, Laukkanen E. Mental Disorders in Self-Cutting Adolescents. J Adolesc Heal. 2009;44(5):464–7.
127. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall RC. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. Bmj. 2002;325(7374):1207–11
128. You J, Leung F, Fu K, Lai CM. The prevalence of nonsuicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents. Arch Suicide Res. 2011;15(1):75–86.
129. Cerutti R, Manca M, Presaghi F, Gratz KL. Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. J Adolesc. 2011;34(2):337–47.
130. Haynos AF, Fruzzeti AE. Anorexia Nervosa as a Disorder of Emotion Dysregulation: Evidence and Treatment Implications. Clin Psychol Sci Pract. 2011;18(3):183–202.
131. Lavender JM, Wonderlich SA, Engel SG, Gordon KH, Kaye WH, Mitchell JE. Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. Clin Psychol Rev. 2015;40:111–22.
132. Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion

regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. Neurosci Biobehav Rev. 2015;49:125–34.

133. Svirko E, Hawton K. Self-Injurious Behavior and Eating Disorders: The Extent and Nature of the Association. Suicide Life-Threatening Behav. 2007;37(4):409–21.
134. Cucchi A, Ryan D, Konstantakopoulos G, Stroumpa S, Kaçar AŞ, Renshaw S, et al. Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2016;46(7):1345–58.
135. Claes L, Islam MA, Fagundo AB, Jimenez-Murcia S, Granero R, Agüera Z, et al. The relationship between non-suicidal self-injury and the UPPS-P impulsivity facets in eating disorders and healthy controls. PLoS One. 2015;10(5).
136. Eker E. 2005 Yılında İstanbul ortaögretim kurumlarında eğitim gören ergenlerin yeme tutumlarının değerlendirilmesi ve kendine zarar verme ile intihar davranışları bakımından karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul: İstanbul üniversitesi; 2006.
137. Madge N. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. J Child Psychol Psychiatry. 2008;Jun;49(6):667-77
138. Matsumoto T, Yamaguchi A, Chiba Y, Asami T, Iseki E, Hirayasu Y. Self-burning versus self-cutting: Patterns and implications of self-mutilation; a preliminary study of differences between self-cutting and self-burning in a Japanese juvenile detention center. Psychiatry Clin Neurosci. 2005;59(1):62-9.
139. Kisiel CL, Lyons JS. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. Am J Psychiatry.2001;158(7):1034-9.
140. Saxe GN, Chawla N, Van der Kolk B. Self-destructive behavior in patients with dissociative disorders. Suicide Life Threat Behav. 2002;32(3):313–20.
141. Clarkin JF, Widiger TA, Frances A, Hurt SW, Gilmore M. Prototypic typology and the Borderline Personality Disorder. J Abnorm Psychol. 1983;92(3):263–75.

142. Cowdry RW, Pickar D, Davies R. Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. Int J Psychiatry Med. 1985;15(3):201–11.
143. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Cogn Behav Treat Borderline Personal Disord. 1993;558.
144. Bjärehed J, Lundh LG. Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: How frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? Cogn Behav Ther. 2008;37(1):26–37.
145. Simeon D, Stanley B, Frances A, John Mann J, Winchel R, Stanley M. Self-mutilation in personality disorders: Psychological and biological correlates. Am J Psychiatry. 1992;149(2):221–6.
146. Conn LM, Lion JR. Self-mutilation: A review. Psychiatr Med. 1983;1(1):21-33.
147. Bowlby J. Forty-Four Juvenile Thieves: Their Characters and Home Life. Int J Psychoanal. 1944;25:19–52.
148. Bowlby J. The Nature of the Child's Tie To His Mother. Int J Psychoanal. 1958;39:350–73.
149. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. London: Tavistock Publications; 1979.
150. Bowlby J. Attachment and loss (1st Ed). London: Hogarth Press; 1969.
151. Allen JP, Moore C, Kuperminc G. Attachment and Adolescent Psychosocial Functioning. Child Dev. 1998;69(5):1406-19.
152. Goodfriend MS. Treatment of attachment disorder of infancy in a neonatal intensive care unit. Pediatrics. 91(1):139-42.
153. Barnett D, Vondra JI. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. I. Atypical patterns of early attachment: theory, research, and current directions. Monogr Soc Res Child Dev. 1999;64(3):1-24-220.
154. Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. Am J Psychiatry. 1988;145(1):1–10.
155. Benoit D, Parker KCH, Zeanah CH. Mothers' representations of their infants assessed prenatally: Stability and association with infants' attachment

classifications. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip. 1997;38(3):307–13.

156. Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA. Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36:165–78.

157. Zeanah C, Benoit D, Barton M, Regan C, Hirshberg L, Lipsett L. Representations of attachment in mothers and their one-year old infants. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993;32:278-86.

158. Van Ijzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MGC. Breaking the Intergenerational Cycle of Insecure Attachment - a Review of the Effects of Attachment-Based Interventions on Maternal Sensitivity and Infant Security. J Child Psychol Psychiatry. 1995;36(2):225–48.

159. Main M. Introduction to the special section on attachment and psychopathology: Overview of the field of attachment. J Consult Clin Psychol. 1996;64(2):237-43.

160. Panksepp J, Siviy S, Normansell L. The psychobiology of play: Theoretical and methodological perspectives. Neurosci Biobehav Rev. 1984;8(4):465–92.

161. Panksepp J, Burgdorf J. "Laughing" rats and the evolutionary antecedents of human joy? Physiol Behav. 2003;79(3):533–47.

162. Winslow JT, Shapiro L, Carter CS, Insel TR. Oxytocin and complex social behavior: species comparisons. Psychopharmacol Bull. 1993;29(3):409–14.

163. Insel TR. Is social attachment an addictive disorder? Physiol Behav. 2003;79(3):351–7.

164. Francis DD, Young LJ, Meaney MJ, Insel TR. Naturally occurring differences in maternal care are associated with the expression of oxytocin and vasopressin (V1a) receptors: Gender differences. J Neuroendocrinol. 2002;14(5):349–53.

165. Gordon NS, Burke S, Akil H, Watson SJ, Panksepp J. Socially-induced brain "fertilization": Play promotes brain derived neurotrophic factor transcription in the amygdala and dorsolateral frontal cortex in juvenile rats. Neurosci Lett. 2003;341(1):17–20.

166. Bowlby J. Attachment and loss, Vol. 2: Separation. New York Basic Books 1973.

167. Bowlby J. Attachment: Second Edition (Attachment and Loss Series, Vol 1). New York Basic Books. 1983.
168. Taylor M. Imaginary companions and the children who create them. New york.: Oxford University Pres; 1999.
169. Tucker DM, Luu P, Derryberry D. Love hurts: the evolution of empathic concern through the encephalization of nociceptive capacity. Dev Psychopathol. 2005;17(3):699–713.
170. Winslow JT, Insel TR. The social deficits of the oxytocin knockout mouse. Neuropeptides. 2002;36(2–3):221–9.
171. Özbaran B, Bildik T. Bağlanmanın Nörobiyolojisi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg. 2006;13(3):137–44.
172. Panksepp J. Love and The Social Bond: The Sources of Nurturance and Maternal Behavior. Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions. USA: Oxford University Press; 2004. 306-321 p.
173. Eşel E. Aşkın Biyolojik ve Evrimsel Temelleri. New Symp J. 2007;45–1:21-7.
174. Young LJ. The Neurobiology of Social Recognition, approach and avoidance. Soc Biol Psychiastry. 2002;51:18–26.
175. Winslow J. Neuroendocrine basis of social recognition. Curr Opin Neurobiol. 2004;14(2):248–53.
176. Sümer N, Güngör D. Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. Türk Psikol Derg. 1999;14:35–58.
177. Collins NL, Feeney BC. Working Models of Attachment Shape Perceptions of Social Support: Evidence From Experimental and Observational Studies. J Pers Soc Psychol. 2004;87(3):363–83.
178. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stili ölçeklerinin Türk örneklemi üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. Türk Psikol Derg. 1999;14:71–106.
179. Pearson JL, Cowan PA, Cowan CP, Cohn DA. Adult attachment and adult child-older parent relationships. Am J Orthopsychiatry. 1993;63(4):606–13.
180. Greenberg MT. Attachment and psychopathology in childhood. In: Cassidy J, Shaver PR (eds.) Handbook of Attachment, Theory, Research and Clinical

Applications. London: The Guilford Press; 2002. 489-496 p.
181. Mangelsdorf SC, Frosch CA. Temperament and Attachment: One Construct or Two? Adv Child Dev Behav. 1999;27(C):181–220.
182. Brockington IF, Fraser C, Wilson D. The Postpartum Bonding Questionnaire: A validation. Arch Womens Ment Health. 2006;9(5):233–42.
183. Ward A, Gowers S. Attachment and Childhood Development. Handbook of Eating Disorders: Second Edition. 2005. 103-120 p.
184. Hamilton CE. Continuity and Discontinuity of Attachment from Infancy through Adolescence. Child Dev. 2000;71(3):690-4.
185. Allen JP, Land D. Attachment in adolescence. In: Handbook of Attachment Theory, Research and Clinical Applications. New York: Guilford Press.; 1999.
186. Kesebir S., Kavzoğlu S.Ö., Üstündağ M. Bağlanma ve psikopatoloji. Psikiyatride güncel yaklaşımlar 2011;3(2):321-342.
187. Sermin K. Bağlanma Ve Psikopatoloji. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(2):321–42.
188. Willemsen E, Marcel K. Attachment 101 for Attorneys: Implications for Infant Placement Decisions. Santa Clara Law Rev. 1996;36(2):439–75.
189. Cooper WW, Park KS, Pastor JT. RAM : A Range Adjusted Measure of Inefficiency for Use with Additive Models , and Relations to Other Models and Measures in DEA. J Product Anal. 1999;42:5–42.
190. Martin G, Waite S. Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. Acta Psychiatr Scand. 1994;89(4):246–54.
191. Warren S., Huston L, Egeland B, Sroufe L. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(5):637–44.
192. Collins NL, Cooper LM, Albino A, Allard L. Psychosocial vulnerability from adolescence to adulthood: a prospective study of attachment style differences in relationship functioning and partner choice. J Pers. 2002;70(6):965–1008.
193. Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer N. Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006;41(10):796–805.
194. Smith M, Calam R, Bolton C. Psychological Factors Linked to Self-Reported

Depression Symptoms in Late Adolescence. Behav Cogn Psychother. 2009;37(1):73. Available from:

195. Marazziti D, Dell'osso B, Dell'Osso MC, Consoli G, Debbio A Del, Mungai F, et al. Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. CNS Spectr. 2007;12(10):751–6.
196. Simpson JA, Rholes WS, Campbell L, Tran S, Wilson CL. Adult Attachment, the Transition to Parenthood, and Depressive Symptoms. J Personal Soc Psychol. 2003;84(6):1172–87.
197. Twaite JA, Rodriguez-Srednicki O. Childhood Sexual and Physical Abuse and Adult Vulnerability to PTSD: The Mediating Effects of Attachment and Dissociation. J Child Sex Abus. 2004;13(1):17–38.
198. Ciechanowski P, Sullivan M, Jensen M, Romano J, Summers H. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. Pain. 2003;104(3):627–37.
199. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: A comparison with depressed out-patients and healthy controls. Acta Psychiatr Scand. 2004;109(6):447–56.
200. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, et al. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. J Consult Clin Psychol. 1996;64(1):22–31.
201. Fonagy Target, M, Gergely GP. Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. Psychiatr Clin North Am. 2000;23:103–22.
202. Becker B, Bell M, Billington R. Object relations ego deficits in bulimic college women. J Clin Psychol. 1987;43(1):92–5.
203. Alantar Z, Maner F. Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. Anadolu Psikiyatr Derg. 2008;97–104.
204. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: The relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. Emotion. 2001;1(4):365–80.
205. LeCroy CW. Parent-adolescent intimacy: impact on adolescent functioning. Adolescence. 1988;23(89):137–47.

206. Bloom KC. The development of attachment behaviors in pregnant adolescents. Nurs Res. 1995;44(5):284–9.
207. Soysal AŞ, Ergenekon E, Eroğlu D. Bebekleri tanı açısından yüksek-standart risk altında olan annelerin duygudurumlarının kısa süreli yardım grupları ile değerlendirilmesi. Psikiyatr Psikol Psikofarmakol Derg. 2000;8(2):106–11.
208. Van de Rijt- Plooij HHC, Plooij FX. Distinct Periods of Mother- Infant Conflict in Normal Development: Sources of Progress and Germs of Pathology. J Child Psychol Psychiatry. 1993;34(2):229–45.
209. Finzi-Dottan R, Manor I, Tyano S. ADHD, temperament, and parental style as predictors of the child's attachment patterns. Child Psychiatry Hum Dev. 2006;37(2):103–14.
210. Kelly J, Swanson LW. Additional forebrain regions projecting to the posterior pituitary: Preoptic region, bed nucleus of the stria terminalis, and zona incerta. Brain Res. 1980;197(1):1–9.
211. Knight TW. The effect of oxytocin and adrenaline on the semen output of rams. J Reprod Fertil. 1974;39:329–36.
212. Argiolas A, Gessa GL. Central functions of oxytocin. Neurosci Biobehav Rev. 1991;15(2):217–31.
213. Yu GZ, Kaba H, Okutani F, Takahashi S, Higuchi T, Seto K. The action of oxytocin originating in the hypothalamic paraventricular nucleus on mitral and granule cells in the rat main olfactory bulb. Neuroscience. 1996;72(4):1073-82.
214. Amico JA, Tenicela R, Johnston J, Robinson AG. A time-dependent peak of oxytocin exists in cerebrospinal fluid but not in plasma of humans. J Clin Endocrinol Metab. 1983;57(5):947–51.
215. Elands J, Resink A, De Kloet ER. Oxytocin receptors in the rat thymic gland. Eur J Pharmacol. 1988;151(2):345–6.
216. Stock S, Fastbom J, Björkstrand E, Ungerstedt U, Uvnäs-Moberg K. Effects of oxytocin on in vivo release of insulin and glucagon studied by microdialysis in the rat pancreas and autoradiographic evidence for [3H]oxytocin binding sites within the islets of Langerhans. Regul Pept. 1990;30(1):1–13.
217. Favaretto AL V, Ballejo GO, Albuquerque-Arajo WIC, Gutkowska J,

Antunes-Rodrigues J, McCann SM. Oxytocin releases atrial natriuretic peptide from rat atria in vitro that exerts negative inotropic and chronotropic action. Peptides. 1997;18(9):1377–81.

218. Murphy MR, Seckl JR, Burton S, Checkley SA, Lightman SL. Changes in oxytocin and vasopressin secretion during sexual activity in men. J Clin Endocrinol Metab. 1987;65(4):738–41.
219. Herbert J. Oxytocin and sexual behaviour. BMJ. 1994;309(6959):891–2.
220. Pedersen CA, Boccia ML. Oxytocin links mothering received, mothering bestowed and adult stress responses. Stress. 2002;5(4):259–67.
221. Febo M. Functional Magnetic Resonance Imaging Shows Oxytocin Activates Brain Regions Associated with Mother-Pup Bonding during Suckling. J Neurosci. 2005;25(50):11637–44.
222. Insel TR. A neurobiological basis of social attachment. Am J psychiatry. 1997;154:6(June):726–35.
223. Domes G, Heinrichs M, Michel A, Berger C, Herpertz SC. Oxytocin Improves “Mind-Reading” in Humans. Biol Psychiatry. 2007;61(6):731–3.
224. Bartels A, Zeki S. The neural correlates of maternal and romantic love. Neuroimage. 2004;21(3):1155–66.
225. Kosfeld M, Heinrichs M, Zak PJ, Fischbacher U, Fehr E. Oxytocin increases trust in humans. Nature. 2005;435(7042):673–6.
226. MacDonald K, MacDonald TM. The peptide that binds: a systematic review of oxytocin and its prosocial effects in humans. Harv Rev Psychiatry. 2010;18(1):1–21.
227. Herman JP, Tasker JG, Ziegler DR, Cullinan WE. Local circuit regulation of paraventricular nucleus stress integration: Glutamate-GABA connections. Pharmacol Biochem Behav. 2002;71(3):457–68.
228. Leuner B, Caponiti JM, Gould E. Oxytocin stimulates adult neurogenesis even under conditions of stress and elevated glucocorticoids. Hippocampus. 2012;22(4):861–8.
229. Lee HJ, Macbeth AH, Pagani JH, Scott Young W. Oxytocin: The great facilitator of life. Prog Neurobiol. 2009;88(2):127–51.
230. Pitts AF, Samuelson SD, Meller WH, Bissette G, Nemeroff CB, Kathol RG.

Cerebrospinal fluid corticotropin-releasing hormone, vasopressin, and oxytocin concentrations in treated patients with major depression and controls. BiolPsychiatry. 1995;38(5):330–5.

231. Sasayama D, Hattori K, Teraishi T, Hori H, Ota M, Yoshida S, et al. Negative correlation between cerebrospinal fluid oxytocin levels and negative symptoms of male patients with schizophrenia. Schizophr Res. 2012;139(1–3):201–6.
232. Van Londen L, Goekoop JG, van Kempen GMJ, Frankhuijzen-Sierevogel AC, Wiegant VM, van der Velde EA, et al. Plasma levels of arginine vasopressin elevated in patients with major depression. Neuropsychopharmacology. 1997;17(4):284–92.
233. Van Londen L, Kerkhof GA, van den Berg F, Goekoop JG, Zwinderman KH, Frankhuijzen-Sierevogel AC, et al. Plasma arginine vasopressin and motor activity in major depression. Biol Psychiatry. 1998;43(3):196–204.
234. Van Londen L, Goekoop JG, Zwinderman AH, Lanser JB, Wiegant VM, De Wied D. Neuropsychological performance and plasma cortisol, arginine vasopressin and oxytocin in patients with major depression. Psychol Med. 1998;28(2):275–84.
235. Ozsoy S, Esel E, Kula M. Serum oxytocin levels in patients with depression and the effects of gender and antidepressant treatment. Psychiatry Res. 2009;169(3):249–52.
236. Parker KJ, Kenna HA, Zeitzer JM, Keller J, Blasey CM, Amico JA, et al. Preliminary evidence that plasma oxytocin levels are elevated in major depression. Psychiatry Res. 2010;178(2):359–62.
237. Fetissov SO, Hallman J, Nilsson I, Lefvert AK, Oreland L, Hökfelt T. Aggressive Behavior Linked to Corticotropin-Reactive Autoantibodies. Biol Psychiatry. 2006;60(8):799–802.
238. A. Bartz J, Hollander E. The neuroscience of affiliation: Forging links between basic and clinical research on neuropeptides and social behavior. Horm Behav. 2006;50(4):518–28.
239. Hollander E, Bartz J, Chaplin W, Phillips A, Sumner J, Soorya L, et al. Oxytocin Increases Retention of Social Cognition in Autism. Biol Psychiatry.

2007;61(4):498–503.

240. Robertson GL, Harris A. Clinical use of vasopressin analogues. Hosp Pr (Off Ed). 1989;24(10):114–8–126–8–133 passim.

241. Jackson EK. Vasopressin and other agents affecting the renal conservation of water. Goodman Gilman's Pharmacol basis Ther 9th Ed. 1996;715–31.

242. Engelmann M, Wotjak CT, Neumann I, Ludwig M, Landgraf R. Behavioral consequences of intracerebral vasopressin and oxytocin: Focus on learning and memory. Neurosci Biobehav Rev. 1996;20(3):341–58.

243. Aguilera G, Pham Q, Rabadan- Diehl C. Regulation of Pituitary Vasopressin Receptors during Chronic Stress: Relationship to Corticotroph Responsiveness. J Neuroendocrinol. 1994;6(3):299–304.

244. Salata RA, Jarrett DB, Verbalis JG, Robinson AG. Vasopressin stimulation of adrenocorticotropin hormone (ACTH) in humans. In vivo bioassay of corticotropin-releasing factor (CRF) which provides evidence for CRF mediation of the diurnal rhythm of ACTH. J Clin Invest. 1988;81(3):766–74.

245. Favrod-Coune C, Raux-Demay MC, Proeschel MF, Bertagna X, Girard F, Luton JP. Potentiation of the classic ovine corticotrophin releasing hormone stimulation test by the combined administration of small doses of lysine vasopressin. Clin Endocrinol (Oxf). 1993;38(4):405–10.

246. DeBold CR, Sheldon WR, DeCherney GS, Jackson R V., Alexander AN, Vale W, et al. Arginine vasopressin potentiates adrenocorticotropin release induced by ovine corticotropin-releasing factor. J Clin Invest. 1984;73(2):533–8.

247. Jia LG, Canny BJ, Orth DN, Leong DA. Distinct classes of corticotropes mediate corticotropin-releasing hormone-and arginine vasopressin-stimulated adrenocorticotropin release. Endocrinology. 1991;128(1):197–203.

248. Dantzer R, Bluthé RM. Vasopressin and behavior: from memory to olfaction. Regul Pept. 1993;45(1–2):121–5.

249. Wismer Fries AB, Ziegler TE, Kurian JR, Jacoris S, Pollak, S D. Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. Proc Natl Acad Sci USA. 2005;22(102(47)):17237-40.

250. Coccaro EF, Kavoussi RJ, Hauger RL, Cooper TB, Ferris CF. Cerebrospinal

fluid vasopressin levels: correlates with aggression and serotonin function in personality-disordered subjects. Arch Gen Psychiatry. 1998;55(8):708–14.

251. Griebel G, Simiand J, Serradeil-Le Gal C, Wagnon J, Pascal M, Scatton B, et al. Anxiolytic and antidepressant-like effects of the non-peptide vasopressin V1b receptor antagonist, SSR149415, suggest an innovative approach for the treatment of stress-related disorders. Proc Natl Acad Sci. 2002;99(9):6370–5.
252. Raskind MA, Courtney N, Murburg MM, Backus FI, Bokan JA, Ries RK, et al. Antipsychotic drugs and plasma vasopressin in normals and acute schizophrenic patients. Biol Psychiatry. 1987;22(4):453–62.
253. Klonsky ED, Olino TM. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. J Consult Clin Psychol. 2008;76(1):22–7.
254. Bildik T, Somer O, Kabukçu Başay B, Başay Ö, Özbaran B. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatr Derg. 2013;24(1):49–57.
255. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements about Self-injury (ISAS). J Psychopathol Behav Assess. 2009;31(3):215–9.
256. Martin J, Cloutier PF, Levesque C, Bureau J-F, Lafontaine M-F, Nixon MK. Psychometric properties of the functions and addictive features scales of the Ottawa Self-Injury Inventory: A preliminary investigation using a university sample. Psychol Assess. 2013;25(3):1013–8.
257. Nixon MK, Levesque C, Preyde M, Vanderkooy J, Cloutier PF. The Ottawa Self-Injury Inventory: Evaluation of an assessment measure of nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of adolescents. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2015;9(1):26.
258. Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. J Pers Soc Psychol. 2000;78(2):350-65.
259. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Attach theory close relationships. 1998;46–76.

260. Sümer N. Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. Türk Psikol Derg. 2006;21(57):1–22.
261. Selçuk E. Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II'nin Türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi. Türk Psikol Yazıları. 2005;8(16):1–11.
262. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N ÖH. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerliği, Güvenirliği ve Klinikte Kullanımı. 3P Derg. 1996;4:251–9.
263. Yazıcı M, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatr Derg. 1998;9:114–7.
264. Guerry JD, Prinstein MJ. Longitudinal prediction of adolescent nonsuicidal self-injury: Examination of a cognitive vulnerability-stress model. J Clin Child Adolesc Psychol. 2010;39(1):77–89.
265. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlström Ö, Svedin CG. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. J Abnorm Child Psychol. 2013;41(5):759–73.
266. Barrocas AL, Hankin BL, Young JF, Abela JRZ. Rates of Nonsuicidal Self-Injury in Youth: Age, Sex, and Behavioral Methods in a Community Sample. Pediatrics. 2012;130(1):39–45.
267. 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. J Early Adolesc. 2008;28(3):455-69.
268. Barrocas AL, Jenness JL, Davis TS, Oppenheimer CW, Technow JR, Gulley LD, et al. Developmental perspectives on vulnerability to nonsuicidal self-injury in youth. Adv Child Dev Behav. 2011;40:301-2.
269. Asgeirsdottir BB, Sigfusdottir ID, Gudjonsson GH, Sigurdsson JF. Associations between sexual abuse and family conflict/violence, self-injurious behavior, and substance use: The mediating role of depressed mood and anger. Child Abus Negl. 2011;35(3):210–9.

270. Crowell SE, Beauchaine TP, McCauley E, Smith CJ, Vasilev C a, Stevens AL. Parent-child interactions, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescents. J Consult Clin Psychol. 2008;76(1):15–21.
271. Crosnoe R, Erickson KG, Dornbusch SM. Protective Functions of Family Relationships and School Factors on the Deviant Behavior of Adolescent Boys and Girls. Youth Soc. 2002;33(4):515–44.
272. Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, Abbott R, Hill KG. Preventing Adolescent Health-Risk Behaviors by Strengthening Protection During Childhood. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999;153(3).
273. Jessor R, Turbin MS, Costa FM. Protective factors in adolescent health behavior. J Pers Soc Psychol. 1998;75(3):788–800.
274. Rae Grant N, Thomas BH, Offord DR, Boyle MH. Risk, protective factors, and the prevalence of behavioral and emotional disorders in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1989;28(2):262–8.
275. Adrian M, Zeman J, Erdley C, Lisa L, Sim L. Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. J Abnorm Child Psychol. 2011;39(3):389–400.
276. Agnew R. Building on the foundation of general strain theory: Specifying the types of strain most likely to lead to crime and delinquency. J Res Crime Delinq. 2001;38(4):319–61.
277. Hay C, Meldrum R. Bullying victimization and adolescent self-harm: Testing hypotheses from general strain theory. J Youth Adolesc. 2010;39(5):446–59.
278. Scholte RHJ, Burk WJ, Overbeek G. Divergence in Self- and Peer-Reported Victimization and its Association to Concurrent and Prospective Adjustment. J Youth Adolesc. 2013;42(12):1789–800.
279. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985;98(2):310–57.
280. Nock MK. Self-injury. Annu Rev Clin Psychol. 2010;6:339–63.
281. Stapinski LA, Araya R, Heron J, Montgomery AA, Stallard P. Peer victimization during adolescence: concurrent and prospective impact on symptoms of depression and anxiety. Anxiety, Stress Coping. 2015;28(1):105–20.

282. Ttofi MM, Farrington DP, Lösel F, Loeber R. Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. J Aggress Confl Peace Res. 2011;3(2):63–73.
283. Tuisku V, Pelkonen M, Kiviruusu O, Karlsson L, Ruuttu T, Marttunen M. Factors associated with deliberate self-harm behaviour among depressed adolescent outpatients. J Adolesc. 2009;32(5):1125–36.
284. Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, et al. Prevalence and Psychological Correlates of Occasional and Repetitive Deliberate Self-harm in Adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161(7):641–9.
285. Rodav O, Levy S, Hamdan S. Clinical characteristics and functions of non-suicide self-injury in youth. Eur Psychiatry. 2014;29(8):503–8.
286. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, et al. Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents : Findings from the TORDIA Study. Jaac. 2011;50(8):772-81.
287. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). Am J Psychiatry. 2011;168(5):495–501.
288. Lewinsohn P, Rohde P, Seeley J. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. J Consult Clin Psychol. 1994;62(2):297–305.
289. Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J, Purington A, Baral Abrams G, Barreira P, et al. Nonsuicidal Self-injury as a Gateway to Suicide in Young Adults. J Adolesc Heal. 2013 Apr;52(4):486-92.
290. Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. Psychiatry Res. 2010;178(1):101-5.
291. Joiner T. Why People Die by Suicide. Cambridge, London.: Harvard University Press; 2005.
292. Brausch AM, Gutierrez PM. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. J Youth Adolesc. 2010;39(3):233–42.
293. Wong JPS, Stewart SM, Ho SY, Lam TH. Risk factors associated with suicide

attempts and other self-injury among Hong Kong adolescents. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(4):453–66.

294. Whitlock J, Knox KL. The Relationship Between Self-injurious Behavior and Suicide in a Young Adult Population. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161(7):634.

295. Perez J, Venta A, Garnaat S, Sharp C. The difficulties in emotion regulation scale: Factor structure and association with nonsuicidal self-injury in adolescent inpatients. J Psychopathol Behav Assess. 2012;34(3):393–404.

296. Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion Dysregulation and Vulnerability to Suicidal Ideation and Attempts. Cognit Ther Res. 2011;36(6):833-9.

297. Auerbach RP, Kim JC, Chango JM, Spiro WJ, Cha C, Gold J, et al. Adolescent nonsuicidal self-injury: Examining the role of child abuse, comorbidity, and disinhibition. Psychiatry Res. 2014;220(1–2):579–84.

298. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ. Risk factors associated with self-injurious behavior among a national sample of undergraduate college students. J Am Coll Heal. 2015;63(1):40–8.

299. Lang CM, Sharma-Patel K. The Relation Between Childhood Maltreatment and Self-Injury: A Review of the Literature on Conceptualization and Intervention. Trauma, Violence, Abus. 2011;12(1):23–37.

300. Kaess M, Parzer P, Mattern M, Plener PL, Bifulco A, Resch F, et al. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. Psychiatry Res. 2013;206(2–3):265–72.

301. Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J. Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. J Clin Child Adolesc Psychol. 2008;37(4):725–35.

302. Kinyanda E, Hjelmeland H, Musisi S, Kigozi F, Walugembe J. Repetition of deliberate self-harm as seen in Uganda. Arch Suicide Res. 2005;9(4):333–44.

303. Kaplan C, Tarlow N, Stewart JG, Aguirre B, Galen G, Auerbach RP. Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality. Compr Psychiatry.

2016;71:86–94.

304. Martin J, Bureau JF, Yurkowski K, Lafontaine MF, Cloutier P. Heterogeneity of Relational Backgrounds is Associated With Variation in Non-Suicidal Self-Injurious Behavior. J Abnorm Child Psychol. 2016;44(3):511–22.
305. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study. Am J Psychiatr. 2003;160:1453–60.
306. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Poly-victimization: A neglected component in child victimization. Child Abus Negl. 2007;31(1):7–26.
307. Yates TM. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. Clin Psychol Rev. 2004;24(1):35–74.
308. Heath N, Toste J, Nedecheva T, Charlebois A. An Examination of Nonsuicidal Self-Injury Among College Students. J Ment Heal Couns. 2008;30(2):137–56.
309. Smith NB, Kouros CD, Meuret AE. The Role of Trauma Symptoms in Nonsuicidal Self-Injury. Trauma, Violence, Abus. 2014;15(1):41–56.
310. Wedig MM, Silverman MH, Frankernburg FR, Reich BR, Fitzmaurice G, Zanarini MC. Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. Psychol Med. 2012;42(11):2395–404.
311. Zanarini MC. Childhood Experiences Associated With the Development of Borderline Personality Disorder. Psychiatr Clin North Am. 2000;23(1):89-101.
312. Rosenthal RJ, Rinzler C, Wallsh R, Klausner E. Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture. Am J Psychiatry. 1972;128(11):1363–8.
313. Podvoll EM. Self-mutilation within a hospital setting: a study of identity and social compliance. Br J Med Psychol. 1969;42(3):213–21.
314. Yates T. Developmental pathways from child maltreatment to non-suicidal self-injury. M K Nock (Ed), Underst non-suicidal self-injury Orig Assess Treat (pp 117-138) Washington, DC Am Psychol Assoc. 2009.
315. Schore AN. The effects of early relational trauma on right brain development,

affect regulation and infant mental health. Infant Ment Health J. 2002;22:201-69.

316. Taylor SE. Mechanisms linking early life stress to adult health outcomes. Proc Natl Acad Sci. 2010;107(19):8507–12.
317. Rissanen ML, Kylmä J, Laukkanen E. Self-mutilation among Finnish adolescents: Nurses' conceptions. Int J Nurs Pract. 2011;17(2):158–65.
318. De Leo D, Heller TS. Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. Med J Aust. 2004;181(3):140–4.
319. O'Connor RC, Rasmussen S, Miles J, Hawton K. Self-harm in adolescents: Self-report survey in schools in Scotland. Br J Psychiatry. 2009;194(1):68–72.
320. Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. J Am Board Fam Med. 2010;23(2):240–59.
321. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: A systematic review. J Affect Disord. 2013;151(3):821–30.
322. Nixon M, Cloutier P, Jansson M. Nonsuicidal self-harm in youth: a population - based survey. Cmaj. 2008;3:306–12.
323. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, Van Daalen E, Fegert J, et al. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. Eur Neuropsychopharmacol. 2004;14(1).
324. Herpertz S, Sass H, Favazza A. Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. J Psychiatr Res. 1997;31(4):451–65.
325. Muehlenkamp JJ, Ertelt TW, Miller AL, Claes L. Borderline personality symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip. 2011;52(2):148–55.
326. Gonçalves S, Machado B, Silva C, Crosby RD, Lavender JM, Cao L, et al. The Moderating Role of Purging Behaviour in the Relationship between Sexual/Physical Abuse and Nonsuicidal Self-Injury in Eating Disorder Patients. Eur Eat Disord Rev. 2016;24(2):164–8.

327. Claes L, Klonsky ED, Muehlenkamp J, Kuppens P, Vandereycken W. The affect-regulation function of nonsuicidal self-injury in eating-disordered patients: which affect states are regulated? Compr Psychiatry. 2010;51(4):386–92.
328. Muehlenkamp JJ, Engel SG, Wadeson A, Crosby RD, Wonderlich SA, Simonich H, et al. Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. Behav Res Ther. 2009;47(1):83–7.
329. Claes L, Fernandez-Aranda F, Jimenez-Murcia S, Botella C, Casanueva FF, de la Torre R, et al. Co-occurrence of non-suicidal self-injury and impulsivity in extreme weight conditions. Pers Individ Dif. 2013;54(1):137–40.
330. Sansone RA, Levitt JL. Self-harm behaviors among those with eating disorders: An overview. Eat Disord. 2002;10(3):205–13.
331. Kostro K, Lerman JB, Attia E. The current status of suicide and self-injury in eating disorders: a narrative review. J Eat Disord. 2014;2(1):19.
332. Hankin BL, Abela JRZ. Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½year longitudinal study. Psychiatry Res. 2011;186(1):65–70.
333. Connell AM, Goodman SH. The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. Psychol Bull. 2002;128(5):746–73.
334. Turner SM, Beidel DC, Roberson-Nay R, Tervo K. Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. Behav Res Ther. 2003;41(5):541–54.
335. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Generalized anxiety disorder in women. A population-based twin study. Arch Gen Psychiatry. 1992;49.
336. Donner J, Pirkola S, Silander K, Kananen L, Terwilliger JD, Lönnqvist J, et al. An Association Analysis of Murine Anxiety Genes in Humans Implicates Novel Candidate Genes for Anxiety Disorders. Biol Psychiatry. 2008;64(8):672–80.
337. Whaley SE, Pinto A, Sigman M. Characterizing interactions between anxious mothers and their children. J Consult Clin Psychol. 1999;67(6):826–36.

338. Cole PM, Martin SE, Dennis TA. Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. Child Dev. 2004;75(2):317–33.
339. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. Pers Individ Dif. 2007;42(4):611–21.
340. Groschwitz RC, Kaess M, Fischer G, Ameis N, Schulze UME, Brunner R, et al. The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. Psychiatry Res. 2015;228(3):454–61.
341. Klonsky ED, Glenn CR, Styer DM, Olino TM, Washburn JJ. The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2015;9(1):44.
342. Anderson NL, Crowther JH. Using the experiential avoidance model of non-suicidal self-injury: Understanding who stops and who continues. Arch Suicide Res. 2012;16(2):124–34.
343. Glenn CR, Klonsky ED. Prospective Prediction of Nonsuicidal Self-Injury: A 1-Year Longitudinal Study in Young Adults. Behav Ther. 2011;42(4):751–62.
344. Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. Psychiatry Res. 2009;166(2-3):260–8.
345. Whitlock J, Muehlenkamp JJ, Purington A, Eckenrode J, Barreira P, Baral Abrams G, et al. Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. J Am Coll Heal. 2011;59(8):691–8.
346. Black EB, Mildred H. A cross-sectional examination of non-suicidal self-injury, disordered eating, impulsivity, and compulsivity in a sample of adult women. Eat Behav. 2014;15(4):578–81.
347. Claes L, Vandereycken W. Is there a link between traumatic experiences and self-injurious behaviors in eating-disordered patients? Eat Disord. 2007;15(4):305–15.
348. You J, Lin MP, Leung F. A Longitudinal Moderated Mediation Model of Nonsuicidal Self-injury among Adolescents. J Abnorm Child Psychol.

2014;43(2):381–90.

349. Rodham K H. Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. In M.K. Nock (Ed.) Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment. Washington, DC Am Psychol Assoc. 2009.
350. Tarlacı N, Yeşilbursa D, Türkcan S, Saatçioğlu Ö, Yaman M. B kümesi kişilik bozukluklarında kendini yaralamanın özellikleri. Türk Psikiyatr Derg. 1997;8:29–35.
351. Koenig J, Thayer JF, Kaess M. A meta-analysis on pain sensitivity in self-injury. Psychol Med. 2016;46(8):1597–612.
352. Franklin JC, Hessel ET, Prinstein MJ. Clarifying the role of pain tolerance in suicidal capability. Psychiatry Res. 2011;189(3):362–7.
353. Gratz KL, Hepworth C, Tull MT, Paulson A, Clarke S, Remington B, et al. An experimental investigation of emotional willingness and physical pain tolerance in deliberate self-harm: The moderating role of interpersonal distress. Compr Psychiatry. 2011;52(1):63–74.
354. Hooley JM, Ho DT, Slater J, Lockshin A. Pain perception and nonsuicidal self-injury: a laboratory investigation. Personal Disord. 2010;1(3):170–9.
355. Hamza CA, Willoughby T, Armiento J. A laboratory examination of pain threshold and tolerance among nonsuicidal self-injurers with and without self-punishing motivations. Arch Sci Psychol. 2014;2(1):33–42.
356. Glenn JJ, Michel BD, Franklin JC, Hooley JM, Nock MK. Pain analgesia among adolescent self-injurers. Psychiatry Res. 2014;220(3):921–6.
357. Ludäscher P, Greffrath W, Schmahl C, Kleindienst N, Kraus A, Baumgärtner U, et al. A cross-sectional investigation of discontinuation of self-injury and normalizing pain perception in patients with borderline personality disorder. Acta Psychiatr Scand. 2009;120(1):62–70.
358. Schmahl C, Greffrath W, Baumgärtner U, Schlereth T, Magerl W, Philipsen A, et al. Differential nociceptive deficits in patients with borderline personality disorder and self-injurious behavior: Laser-evoked potentials, spatial discrimination of noxious stimuli, and pain ratings. Pain. 2004;110(1–2):470–9.
359. Hagedorn WB. The Call for a New Diagnostic and Statistical Manual of

Mental Disorders Diagnosis: Addictive Disorders. J Addict Offender Couns. 2009;29(2):110–27.

360. Buser TJ, Buser JK. Conceptualizing nonsuicidal self-injury as a process addiction: Review of research and implications for counselor training and practice. J Addict Offender Couns. 2013;34(1):16–29.
361. Nıxon MK, Cloutıer PF, Aggarwal S. Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self-Injury in Hospitalized Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002;41(11):1333–41.
362. Thomas SJ, Caputi P, Wilson CJ. Specific Attitudes Which Predict Psychology Students' Intentions to Seek Help for Psychological Distress. J Clin Psychol. 2014;70(3):273–82.
363. Fortune S, Sinclair J, Hawton K. Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. BMC Public Health. 2008;8(1):369.
364. Rossow I, Wichstrøm L. Receipt of Help After Deliberate Self-Harm Among Adolescents: Changes Over an Eight-Year Period. Psychiatr Serv. 2010;61(8).
365. Evans E, Hawton K, Rodham K. In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies? J Adolesc. 2005;28(4):573–87.
366. Watanabe N, Nishida A, Shimodera S, Inoue K, Oshima N, Sasaki T, et al. Help-seeking behavior among Japanese school students who self-harm: Results from a self-report survey of 18,104 adolescents. Neuropsychiatr Dis Treat. 2012;8:561–9.
367. Hasking P, Rees CS, Martin G, Quigley J. What happens when you tell someone you self-injure? The effects of disclosing NSSI to adults and peers. BMC Public Health. 2015;15(1):1039.
368. Fadum EA, Stanley B, Rossow I, Mork E, Tormoen AJ, Mehlum L. Use of health services following self-harm in urban versus suburban and rural areas: a national cross-sectional study. BMJ Open. 2013;3(7).
369. Hawton K, Fagg J, Simkin S. Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford, 1976-1993. Br J Psychiatry. 1996;169(2):202–8.

370. Tulloch AL, Blizzard L, Pinkus Z. Adolescent-parent communication in self-harm. J Adolesc Heal. 1997;21(4):267–75.
371. Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. Clin Psychol Sci Pract. 2003;10(2):192–205.
372. Tantam D, Whittaker J. Personality disorder and self-wounding. Br J Psychiatry. 1992;161(OCT.):451–64.
373. Kerfoot M, Dyer E, Harrington V, Woodham A, Harrington R. Correlates and short-term course of self-poisoning in adolescents. Br J Psychiatry. 1996;168(JAN.):38–42.
374. Muehlenkamp J, Brausch A, Quigley K, Whitlock J. Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. Suicide Life-Threatening Behav. 2013;43(1):67–80.
375. Heath NL, Ross S, Toste JR, Charlebois A, Nedecheva T. Retrospective analysis of social factors and nonsuicidal self-injury among young adults. Can J Behav Sci Can des Sci du Comport. 2009;41(3):180–6.
376. Purington A, Whitlock J. Non-Suicidal Self-Injury in the Media. Prev Res. 2010;17(1):11–3.
377. Di Pierro R, Sarno I, Gallucci M, Madeddu F. Nonsuicidal self-injury as an affect-regulation strategy and the moderating role of impulsivity. Child Adolesc Ment Health. 2014;19(4):259–64.
378. Gratz KL, Roemer L. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. Cogn Behav Ther. 2008;37(1):14–25.
379. Gratz KL, Chapman AL. The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. Psychol Men Masc. 2007;8(1):1–14.
380. Slee N, Spinhoven P, Garnefski N, Arensman E. Emotion regulation as mediator of treatment outcome in therapy for deliberate self-harm. Clin Psychol Psychother. 2008;15(4):205–16.
381. Lewis SP, Santor D. Self-harm reasons, goal achievement, and prediction of future self-harm intent. J Nerv Ment Dis. 2010;198(5):362–9.
382. Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. Reasons for suicide attempts and

non-suicidal self-injury in women with borderline personality disorder. J Abnorm Psychol. 2002;111(1):198–202.

383. Bentley KH, Nock MK, Barlow DH. The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. Clin Psychol Sci. 2014;2(5):638–56.
384. Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. Psychol Assess. 2007;19(3):309–17.
385. Kavurma C. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde serum BDNF düzeylerinin araştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi: 2013.
386. Eyüboğlu D. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin ve ailelerinin psikososyal özellikleri (Tıpta Uzmanlık Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2013.
387. Walsh BW. Treating self-injury. A practical guide. 2006.
388. Nock MK. Why do people hurt themselves?: New insights into the nature and functions of self-injury. Curr Dir Psychol Sci. 2009;18(2):78–83.
389. Gunderson JG, Sabo AN. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. Am J Psychiatry. 1993;150(1):19–27.
390. Selby EA, Nock MK, Kranzler A. How does self-injury feel? Examining automatic positive reinforcement in adolescent self-injurers with experience sampling. Psychiatry Res. 2014;215(2):417–23.
391. Glasser M. Problems in the psychoanalysis of certain narcissistic disorders. Int J Psychoanal. 1992;73 (Pt 3):493–503.
392. Shearer SL, Peters CP, Quaytman MS, Ogden RL. Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. Am J Psychiatry. 1990;147(2):214–6.
393. Gardner F. Self-harm a psychotherapeutic approach. Brunner-Routledge 2001.
394. Tatnell R, Kelada L, Hasking P, Martin G. Longitudinal analysis of adolescent NSSI: The role of intrapersonal and interpersonal factors. J Abnorm Child Psychol. 2014;42(6):885–96.

395. Hamza CA, Willoughby T. Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior: A Latent Class Analysis among Young Adults. PLoS One. 2013;8(3).
396. Yates TM, Tracy AJ, Luthar SS. Nonsuicidal self-injury among "privileged" youths: Longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. J Consult Clin Psychol. 2008;76(1):52–62.
397. Friedman M, Glasser M, Laufer E, Laufer M, Wohl M. Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observations from a psychoanalytic research project. Int J Psychoanal. 1972;53(1972):179–83.
398. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population based studies. Clin Psychol Rev. 2004;24:957–79.
399. Haines J, Williams CL. Coping and problem solving of self-mutilators. J Clin Psychol. 1997;53(2):177–86.
400. McGee R, Williams S, Nada-Raja S. Low self-esteem and hopelessness in children and suicidal ideation in early adulthood. J Abnorm Child Psychol. 2001;29:281–91.
401. Wilkinson P, Goodyer I. Non-suicidal self-injury. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2012;20(2):103–8.
402. Bogaerts S, Vanheule S, Declercq F. Recalled parental bonding, adult attachment style, and personality disorders in child molesters: A comparative study. J Forens Psychiatry Psychol. 2005;16(3):445–58.
403. Hudson SM, Ward T. Interpersonal Competency in Sex Offenders. Behav Modif. 2000;24(4):494–527.
404. Lyn TS, Burton DL. Attachment, anger and anxiety of male sexual offenders. J Sex Aggress. 2005;11(2):127–37.
405. Vondra JI, Shaw DS, Swearıngen L, Cohen M, Owens EB. Attachment stability and emotional and behavioral regulation from infancy to preschool age. Dev Psychopathol. 2001 Winter;13(1):13-33.
406. Kimball JS, Diddams M. Affect regulation as a mediator of attachment and deliberate self-harm. J Coll Couns. 2007;10:44–53.
407. Hallab L, Covic T. Deliberate Self-Harm: The Interplay Between Attachment and Stress. Behav Chang. 2010;27(2):93–103.

408. Brennan KA, Shaver PR. Dimensions of Adult Attachment, Affect Regulation, and Romantic Relationship Functioning. Personal Soc Psychol Bull. 1995;21(3):267–83.
409. Guzman-Gonzalez M, Lafontaine MF, Levesque C. Romantic Attachment and Physical Intimate Partner Violence Perpetration in a Chilean Sample: The Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties. Violence Vict. 2016;31(5):854–68.
410. Han S. Emotion regulation, coping, and attachment in bingeing behaviors. Diss Abstr Int Sect A Humanit Soc Sci. 2010;70(11–A):4191.
411. Marganska A, Gallagher M, Miranda R. Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. Am J Orthopsychiatry. 2013;83(1):131–41.
412. Morel K, Papouchis N. The Role of Attachment and Reflective Functioning in Emotion Regulation. J Am Psychoanal Assoc. 2015;63(4):NP15-20.
413. Myers LB, Vetere A. Adult romantic attachment styles and health-related measures. Psychol Heal Med. 2002;7(2):175–80.
414. Pascuzzo K, Cyr C, Moss E. Longitudinal association between adolescent attachment, adult romantic attachment, and emotion regulation strategies. Attach Hum Dev. 2013;15(1):83–103.
415. Van Ijzendoorn MH, Kroonenberg PM. Cross-cultural consistency of coding the strange situation. Infant Behav Dev. 1990;13(4):469–85.
416. Mıller L, Kramer R, Warner V, Wıckramaratne P, Weıssman M. Intergenerational Transmission of Parental Bonding Among Women. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(8):1134–5.
417. Gormley B, McNiel DE. Adult attachment orientations, depressive symptoms, anger, and self-directed aggression by psychiatric patients. Cognit Ther Res. 2010;34(3):272–81.
418. Cassidy J, Kobak RR. Avoidance and its relationship with other defensive processes. Clin Implic Attach. 1988;300–23.
419. Mikulincer M, Shaver PR. Adult Attachment and Affect Regulation. Handb Attach. 2008;2:503–31.
420. Fitzpatrick J, Lafontaine MF, Gosselin J, Levesque C, Bureau JF, Cloutier P.

Behavioural Self-Soothing as a Mediator of Romantic Attachment and Non-Suicidal Self-Injury. J Interpers Relations, Intergr Relations Identity. 2013;6:47–57.

421. Glenn CR, Franklin JC, Nock MK. Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. J Clin Child Adolesc Psychol. 2015;44(1):1–29.
422. 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. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015;54(2):97–107.e2.
423. Ross HE, Young LJ. Oxytocin and the neural mechanisms regulating social cognition and affiliative behavior. Front Neuroendocrinol. 2009;30(4):534–47.
424. Champagne F, Diorio J, Sharma S, Meaney MJ. Naturally occurring variations in maternal behavior in the rat are associated with differences in estrogen-inducible central oxytocin receptors. Proc Natl Acad Sci. 2001;98(22):12736-41.
425. Champagne FA, Francis DD, Mar A, Meaney MJ. Variations in maternal care in the rat as a mediating influence for the effects of environment on development. Physiol Behav. 2003;79(3):359–71.
426. Champagne FA. Epigenetic mechanisms and the transgenerational effects of maternal care. Front Neuroendocrinol. 2008;29(3):386–97.
427. Insel TR, Young LJ. The neurobiology of attachment. Nat Rev Neurosci. 2001;2(2):129–36.
428. Rosenblatt JS, Ceus K. Estrogen Implants in the Medial Preoptic Area Stimulate Maternal Behavior in Male Rats. Horm Behav. 1998;30:23–30.
429. Colonnello V, Chen FS, Panksepp J, Heinrichs M. Oxytocin sharpens self-other perceptual boundary. Psychoneuroendocrinology. 2013;38(12):2996–3002.
430. Shamay-Tsoory SG, Aharon-Peretz J, Perry D. Two systems for empathy: A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. Brain. 2009;132(3):617–27.

431. Donaldson ZR, Young LJ. Oxytocin, Vasopressin, and the Neurogenetics of Sociality. Science. 2008;322(5903):900–4.
432. Baumgartner T, Heinrichs M, Vonlanthen A, Fischbacher U, Fehr E. Oxytocin Shapes the Neural Circuitry of Trust and Trust Adaptation in Humans. Neuron. 2008;58(4):639–50.
433. Guastella AJ, Mitchell PB, Mathews F. Oxytocin Enhances the Encoding of Positive Social Memories in Humans. Biol Psychiatry. 2008;64(3):256–8.
434. Liu Y, Wang ZX. Nucleus accumbens oxytocin and dopamine interact to regulate pair bond formation in female prairie voles. Neuroscience. 2003;121(3):537–44.
435. Ayers LW, Missig G, Schulkin J, Rosen JB. Oxytocin Reduces Background Anxiety in a Fear-Potentiated Startle Paradigm: Peripheral vs Central Administration. Neuropsychopharmacology. 2011;36(12):2488–97.
436. Ishak WW, Kahloon M, Fakhry H. Oxytocin role in enhancing well-being: A literature review. J Affect Disord. 2011;130(1–2):1–9.
437. Huber D, Veinante P, Stoop R. Vasopressin and oxytocin excite distinct neuronal populations in the central amygdala. Science. 2005 Apr 8;308(5719):245-8.
438. Ingrarn CD, Adams TST, Jiang QB, Terenzi MG, Lambert RC, Wakerley JB, et al. Limbic Regions Mediating Central Actions of Oxytocin on the Milk-Ejection Reflex in the Rat. J Neuroendocrinol. 1995;7(1):1–13.
439. Landgraf R, Neumann ID. Vasopressin and oxytocin release within the brain: A dynamic concept of multiple and variable modes of neuropeptide communication. Front Neuroendocrinol. 2004;25(3–4):150–76.
440. Raggenbass M. Vasopressin- and oxytocin-induced activity in the central nervous system: Electrophysiological studies using in-vitro systems. Prog Neurobiol. 2001;64(3):307–26.
441. Bale TL, Davis AM, Auger AP, Dorsa DM, McCarthy MM. CNS region-specific oxytocin receptor expression: importance in regulation of anxiety and sex behavior. J Neurosci. 2001;21(7):2546–52.
442. Carter CS, Altemus M, Chrousos GP. Neuroendocrine and emotional changes in the post-partum period. Prog Brain Res. 2001;133:241–9.

443. Neumann ID, Krömer SA, Toschi N, Ebner K. Brain oxytocin inhibits the (re)activity of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis in male rats: Involvement of hypothalamic and limbic brain regions. Regul Pept. 2000;96(1–2):31–8.
444. Parker KJ, Buckmaster CL, Schatzberg AF, Lyons DM. Intranasal oxytocin administration attenuates the ACTH stress response in monkeys. Psychoneuroendocrinology. 2005;30(9):924–9.
445. Windle RJ. Oxytocin Attenuates Stress-Induced c-fos mRNA Expression in Specific Forebrain Regions Associated with Modulation of Hypothalamo-Pituitary-Adrenal Activity. J Neurosci. 2004;24(12):2974–82.
446. Windle RJ, Shanks N, Lightman SL, Ingram CD. Central oxytocin administration reduces stress-induced corticosterone release and anxiety behavior in rats. Endocrinology. 1997;138(7):2829–34.
447. Pierrehumbert B, Torrisi R, Laufer D, Halfon O, Ansermet F, Beck Popovic M. Oxytocin response to an experimental psychosocial challenge in adults exposed to traumatic experiences during childhood or adolescence. Neuroscience. 2010;166(1):168–77.
448. Strathearn L, Fonagy P, Amico J, Montague PR. Adult Attachment Predicts Maternal Brain and Oxytocin Response to Infant Cues. Neuropsychopharmacology. 2009;34(13):2655–66.
449. Winslow JT, Insel TR. Serotonergic modulation of rat pup ultrasonic vocal development: studies with 3,4-methylenedioxymethamphetamine. J Pharmacol Exp Ther. 1990;254(1):212–20.
450. Young KA, Gobrogge KL, Liu Y, Wang Z. The neurobiology of pair bonding: Insights from a socially monogamous rodent. Front Neuroendocrinol. 2011;32(1):53–69.
451. Resendez SL, Aragona BJ. Aversive motivation and the maintenance of monogamous pair bonding. Rev Neurosci. 2013;24(1):51–60.
452. MacDonald K. Warmth as a Developmental Construct: An Evolutionary Analysis. Child Dev. 1992;63(4):753–73.
453. Shahrokh DK, Zhang TY, Diorio J, Gratton A, Meaney MJ. Oxytocin-dopamine interactions mediate variations in maternal behavior in the rat.

Endocrinology. 2010;151(5):2276–86.

454. Gordon I, Martin C, Feldman R, Leckman JF. Oxytocin and social motivation. Dev Cogn Neurosci. 2011;1(4):471–93.

455. Lahey BB, Michalska KJ, Liu C, Chen Q, Hipwell AE, Chronis-Tuscano A, et al. Preliminary genetic imaging study of the association between estrogen receptor-α gene polymorphisms and harsh human maternal parenting. Neurosci Lett. 2012;525(1):17–22.

456. Nowak R, Keller M, Lévy F. Mother-young relationships in sheep: A model for a multidisciplinary approach of the study of attachment in mammals. J Neuroendocrinol. 2011;23(11):1042–53.

457. Swain JE, Kim P, Ho SS. Neuroendocrinology of parental response to baby-cry. J Neuroendocrinol. 2011;23(11):1036–41.

458. Salonia A, Nappi RE, Pontillo M, Daverio R, Smeraldi A, Briganti A, et al. Menstrual cycle-related changes in plasma oxytocin are relevant to normal sexual function in healthy women. Horm Behav. 2005;47(2):164–9.

459. Landgraf R, Neumann I, Schwarzberg H. Central and peripheral release of vasopressin and oxytocin in the conscious rat after osmotic stimulation. Brain Res. 1988;457(2):219–25.

460. Ross HE, Cole CD, Smith Y, Neumann ID, Landgraf R, Murphy AZ, et al. Characterization of the oxytocin system regulating affiliative behavior in female prairie voles. Neuroscience. 2009;162(4):892–903.

461. Wotjak CT, Ganster J, Kohl G, Holsboer F, Landgraf R, Engelmann M. Dissociated central and peripheral release of vasopressin, but not oxytocin, in response to repeated swim stress: New insights into the secretory capacities of peptidergic neurons. Neuroscience. 1998;85(4):1209–22.

462. Amico JA, Challinor SM, Cameron JL. Pattern of oxytocin concentrations in the plasma and cerebrospinal fluid of lactating rhesus monkeys (macaca mulatto,): Evidence for functionally independent oxytocinergic pathways in primates. J Clin Endocrinol Metab. 1990;71(6):1531–5.

463. Robinson ICAF, Jones PM. Oxytocin and neurophysin in plasma and csf during suckling in the guinea-pig. Neuroendocrinology. 1982;34(1):59–63.

464. Carson DS, Berquist SW, Trujillo TH, Garner JP, Hannah SL, Hyde SA, et al.

Cerebrospinal fluid and plasma oxytocin concentrations are positively correlated and negatively predict anxiety in children. Mol Psychiatry. 2015;20(9):1085–90.

465. Kagerbauer SM, Martin J, Schuster T, Blobner M, Kochs EF, Landgraf R. Plasma Oxytocin and Vasopressin do not Predict Neuropeptide Concentrations in Human Cerebrospinal Fluid. J Neuroendocrinol. 2013;25(7):668–73.
466. McCullough ME, Churchland PS, Mendez AJ. Problems with measuring peripheral oxytocin: Can the data on oxytocin and human behavior be trusted? Neurosci Biobehav Rev. 2013;37(8):1485–92.
467. Neumann ID, Landgraf R. Balance of brain oxytocin and vasopressin: Implications for anxiety, depression, and social behaviors. Trends Neurosci. 2012;35(11):649–59.
468. Murgatroyd C. Impaired Repression at a Vasopressin Promoter Polymorphism Underlies Overexpression of Vasopressin in a Rat Model of Trait Anxiety. J Neurosci. 2004;24(35):7762–70.
469. Chard T. The radioimmunoassay of oxytocin and vasopressin. J Endocrinol. 1973;58(1):143–60.
470. Rutigliano G, Rocchetti M, Paloyelis Y, Gilleen J, Sardella A, Cappucciati M, et al. Peripheral oxytocin and vasopressin: Biomarkers of psychiatric disorders? A comprehensive systematic review and preliminary meta-analysis. Psychiatry Res. 2016;241:207–20.

EKLER

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Ad-Soyad:

Doğum tarihi/ Yaş:

Cinsiyet:

Yaşadığı yer:

Telefon Numarası:

Sınıf:

Anne yaşı/ eğitim durumu/ mesleği:

Baba yaşı/ eğitim durumu/ mesleği:

Kardeş sayısı:

Ailenin kaçıncı çocuğu:

Kardeşler yaşı/eğitim durumu/mesleği:1)……..

2)……

3)……

Anne-Baba: ( ) evli ( ) boşanmış ( ) ayrı yaşıyor ( ) eşlerden biri vefat etmiş ( ) diğer

Çocuk kimlerle yaşıyor?:

Ailenin gelir durumu: ( ) çok düşük ( ) düşük ( ) orta ( ) yüksek ( ) çok yüksek

Birinci Derece akrabalarda tıbbi hastalık öyküsü:

( ) var (yalnız kronik bir hastalık- sürekli ilaç kullanım veya ara ara hastaneye yatış) kimde nasıl hastalık? …….

( ) yok

Birinci Derece akrabalarda ruhsal hastalık öyküsü:

( ) var (şu anda ilaç veya tedaviye ihtiyacı olan) Kimde ve Nasıl bir hastalık? ……

( ) yok

Okul Başarısı : ( ) iyi ( ) orta ( ) zayıf

Akran İlişkisi : ( ) iyi yeterli sayıda arkadaş
( ) yakın arkadaş tariflenmiyor

Ek hastalık:
Kullandığı ilaçlar:
Alkol:
Sigara:
Madde:

Kendine zarar verme davranışın var mı?
Evet ( ) Hayır ( )
Evet ise:
Şekli:……
Toplamda kaç kez kendine zarar verici davranışın oldu?
Bir kez ( ) 2-5 ( ) 5-10 ( ) 11 ve daha fazla ( )
Son 1 yıl içinde kendine zarar verici davranışın oldu mu? Evet ( ) Hayır ( )
Evet ise: Bir kez ( ) 2-5 ( ) 5-10 ( ) 11 ve daha fazla ( )
Son 6 ay içinde kendine zarar verici davranışın oldu mu? Evet ( ) Hayır ( )
Evet ise: Bir kez ( ) 2-5 ( ) 5-10 ( ) 11 ve daha fazla ( )
Son 1 ay içinde kendine zarar verici davranışın oldu mu? Evet ( ) Hayır ( )
Evet ise: Bir kez ( ) 2-5 ( ) 5-10 ( ) 11 ve daha fazla ( )

İntihar girişimi var mı? Var ( ) Yok ( )
İntihar sayısı? Bir kez ( ) 2-5 ( ) 5-10 ( ) 11 ve daha fazla ( )
İntihar şekli? …….

İstismar öyküsü var mı? Var ( ) Yok ( )

Lezyon zamanı? Eski lezyon ( ) Yeni lezyon ( )
Lezyon sayısı? …….

Lezyon yerleşim bölgeleri ? ……

Müdahale gerektiren lezyon oldu mu? Evet ( ) Hayır ( )

Annenin adı-soyadı:

Annenin yaşı:

Anne: ( ) evli ( ) boşanmış ( ) eşi vefat etmiş

Marital sorunlar: Var ( ) Yok ( ) Varsa:……

Annenin kendine zarar verme davranışı var mı? Var ( ) Yok ( )

Varsa şekli:……

Varsa sayısı: Bir kez ( ) 2-5 ( ) 5-10 ( ) 11 ve daha fazla ( )

Annenin suisid girişimi var mı? Var ( ) Yok ( ) Varsa şekli:……

Varsa sayısı: Bir kez ( ) 2-5 ( ) 5-10 ( ) 11 ve daha fazla ( )

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

BÖLÜM I: DAVRANIŞLAR

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

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

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

****

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

****

Lütfen arka sayfaya geçiniz

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

3.Hangi yaşta?

İlk kez kendinize zarar verdiniz? .....
En son ne zaman kendinize zarar verdiniz? (yaklaşık gün/ay/yıl) .....

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

Lütfen daire içine alınız EVET BAZEN HAYIR

5.Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?

Lütfen daire içine alınız EVET BAZEN HAYIR

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

Lütfen daire içine alınız

<1 saat	1-3 saat	3-6 saat
6-12 saat	12-24 saat	>1gün

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

Lütfen daire içine alınız EVET HAYIR

Lütfen arka sayfaya geçiniz

BÖLÜM II: İŞLEVLER

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

- Belirtilen durum size **hiç uygun değilse** "0" işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **kısmen uygunsa** "1" işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **çok uygunsa** "2" işaretleyiniz

"Kendime zarar verdiğimde, …	**Yanıt**		
1….kendimi sakinleşmiş hissederim	0	1	2
2….kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum	0	1	2
3….kendimi cezalandırmış olurum	0	1	2
4…kendime özen göstermek için bir yol bulmuş olurum (yaramla ilgilenerek)	0	1	2
5… uyuşukluk hissinden kurtulmak için acı oluşturmuş olurum	0	1	2
6….intihar girişimi dürtümden kaçınmış olurum	0	1	2
7….heyecan ve coşku yaşatan bir şey yapmış olurum	0	1	2
8….akranlarımla aramda bir bağ kurulmuş olur	0	1	2
9….başkalarının hissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarını sağlamış olurum	0	1	2
10…acıya dayanıklılığımı görmüş olurum	0	1	2
11…kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum	0	1	2
12…birisinden hıncımı çıkartmış olurum	0	1	2
13…kendi kendime yeterliliğimi kanıtlamış olurum	0	1	2
14…içimde biriken duygusal baskıdan kurtulmuş olurum	0	1	2
15…başkalarından ayrı olduğumu göstermiş olurum	0	1	2
16…değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum	0	1	2
17…duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum	0	1	2
18…fiziksel acı bile olsa bir şeyler hissetmiş olurum (hiçbir şey hissetmemektense)	0	1	2
19…İntihar düşüncelerime gerçekten intihar girişiminde bulunmak yerine başka şekilde yanıt vermiş olurum	0	1	2
20…uç bir şey yaparak kendimi veya başkalarını eğlendirmiş olurum	0	1	2
21…başkalarına uyum sağlamış olurum	0	1	2
22…başkalarından ilgi ya da yardım istemiş olurum	0	1	2
23…güçlü veya dayanıklı olduğumu göstermiş olurum	0	1	2
24…duygusal acımın gerçekliğini kendime göstermiş olurum	0	1	2

25…başkalarından intikam almış olurum	0	1	2
26…başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum	0	1	2

"Kendime zarar verdiğimde, …	**Yanıt**		
27…kaygı, hüsran, öfke ve diğer bunaltıcı hislerim hafiflemiş olur	0	1	2
28…kendim ve başkaları arasında bariyer inşa etmiş olurum	0	1	2
29…kendimden hoşnut olmamam ya da kendimden iğrenmeme bir yanıt vermiş olurum	0	1	2
30…kendimi yaramın iyileşmesine odaklarım, bu; benim için sevindirici ya da tatmin edici olabilir	0	1	2
31…kendimi gerçek hissetmediğimde hala hayatta olduğumdan emin olmuş olurum	0	1	2
32…intihar düşüncelerimi sonlandırmış olurum	0	1	2
33…sınırlarımı zorlamış olurum (paraşütle atlamak ya da uçta bir şey yapmak gibi	0	1	2
34…arkadaşlarım ve sevdiklerimle aramda bir dostluk ya da akrabalık bağı simgesi oluşturmuş olurum	0	1	2
35…sevdiğim birinin benden ayrılmasına ya da beni terk etmesine engel olmuş olurum	0	1	2
36…fiziksel acıya katlanabileceğimi kanıtlamış olurum	0	1	2
37…yaşadığım duygusal stresi anlamlandırmış olurum	0	1	2
38…bana yakın birini incitmeye çalışmış olurum	0	1	2
39… özerkliğimi / bağımsızlığımı ortaya koymuş olurum	0	1	2

Lütfen arka sayfaya geçiniz

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

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, size uymasa bile yukarıda sıralanmış olanlara eklenmesi gerektiğini düşündüğünüz durumlar var ise bir liste halinde yazınız:

EK 10. OTTAWA KENDİNE ZARAR VERME ENVANTERİ (OKZVE-KLİNİK)

İsim: _____	Cinsiyet: ____ Erkek ____ Kız
Tarih: ____ Gün ____Ay _____ Yıl	Doğum tarihi: ____ Gün ____Ay _____ Yıl
	Yaş: ____

1. "0"(hiç), "3" (her gün) olacak şekilde 0-3 aralığında bir sayı işaretleyiniz.

Son bir **ay** içinde ne sıklıkta kendini öldürme amacın olmadan:	**hiç**	**en az bir kez**	**haftada bir**	**her gün**
kendine zarar vermeyi ***düşündün?***	0	1	2	3
kendine gerçekten ***zarar verdin?***	0	1	2	3

2. "0"(hiç), "4" (her gün) olacak şekilde 0-4 aralığında bir sayı işaretleyiniz.

Son **6 ay** içinde ne sıklıkta kendini öldürme amacın olmadan:	**hiç**	**1-5 kez**	**ayda bir**	**haftada bir**	**her gün**
kendine zarar vermeyi ***düşündün?***	0	1	2	3	4
kendine ***zarar verdin?***	0	1	2	3	4

3. *"0"(hiç), "4" (her gün) olacak şekilde 0-4 aralığında bir sayı işaretleyiniz.*

Son 1 yıl içinde ne sıklıkta:	**hiç**	**1-5 kez**	**ayda bir**	**haftada bir**	**her gün**
Yaşamına son vermeyi (kendini öldürmeyi) **düşündün?**	0	1	2	3	4

4. Hiç kendini öldürme girişiminde bulundun mu? _____ hayır _____ evet

Cevabın "evet" ise, kaç kez olduğunu belirt: son 1 ayda: ____ son 6 ayda: ____

son 1 yılda: ____ bir yıldan daha önce:____

5. Kasten kendine zarar verdikten sonra bir hekim tarafından tedavi edilmen gerekti mi? (ör: dikiş atılması, yaraların temizlenip bandajlanması)?

____ hayır ____ evet → cevabın evet ise son *1 yıl* içinde kaç kez? ____ kez

6. Kendine zarar verdiğin için hiç hastanede kalman gerekti mi?

____ hayır ____ evet → cevabın evet ise;

Son 1 yıl içinde kaç kez gece acil serviste kaldın? ____ kez

Son 1 yıl içinde kaç kez hastaneye yatırıldın? ____ kez

7. Kendine zarar vermeye başladığında kaç yaşındaydın? ___ yaş

8. Kendine ***ilk kez*** zarar verdiğin zaman, bu davranışı yapma düşüncesi nasıl aklına gelmişti?

(yalnızca bir tane işaretleyiniz)

___ İnternet sitesinde okumuştum
___ Kitap ya da dergide okumuştum
___ Hastane dışı bir ortamda yapan insanları görmüştüm
___ Hastanede başka insanlardan duymuştum
___ Kendi fikrimdi
___ Internet yazışmalarında (web blog) okumuştum
___ Bir film ya da TV'de görmüştüm
___ Hastane dışı bir ortamda başka insanlardan duymuştum
___ Hastanede yapan başka insanlar görmüştüm
___ Diğer (lütfen belirtin) _____

9. "0"*(hiç), "4" (çok fazla) olacak şekilde 0-4 aralığında bir sayı işaretleyiniz.*

Kendine zarar verme itkisi bana geldiğinde:	*hiç*		*biraz*		*çok fazla*
Bu itki sıkıntı / rahatsızlık vericidir	0	1	2	3	4
Bu itki rahatlatıcıdır	0	1	2	3	4
Bu itki zorlayıcı / zihnimi meşgul edicidir	0	1	2	3	4

10. Kendine yalnızca madde veya alkol aldıktan sonra mı zarar veriyorsun? ____hayır ____ evet

11. Diğer insanların kendine zarar verdiğini bilmesine izin verir misin?

___hiç kimsenin
___bazı insanların → kime söylersin?
___birçok insanın

___ arkadaş(lar) a
___ psikolog/psikiyatriste
___diğer ruh sağlığı personeline
___telefon yardım hattına
___diğer (lütfen belirtin)
_____

___aile üyesi(leri)ne
___aile hekimine
___ rehber öğretmene

12. Vücudunun hangi bölgelerine zarar verirdin/veriyorsun?

Lütfen senin durumuna uyanların tümünün sol yanına (√) ve en sık zarar verdiğin bölgenin sağ yanına (X) işareti koyun.

İLK BAŞLADIĞINDA Uyanların tümüne (√) ve en sık zarar verilen bölgenin yanına **(X)**				**ŞU ANDA** **(eğer geçen ay hala kendine zarar veriyorsan)** Uyanların tümüne (√) ve en sık zarar verilen bölgenin yanına **(X)**			
__saçlı deri_____	()	__omuz(lar)_____	()	__saçlı deri_____	()	__omuz(lar)_____	()
__göz(ler)_____	()	__karın_____	()	__göz(ler)_____	()	__karın_____	()
__kulak(lar)_____	()	__kalça / basen_____	()	__kulak(lar)_____	()	__kalça / basen_____	()
__yüz_____	()	__cinsel organlar_____	()	__yüz_____	()	__cinsel organlar_____	()
__burun_____	()	__makat _____	()	__burun_____	()	__makat _____	()
__dudaklar_____	()	__dirsek ve üstü_____	()	__dudaklar_____	()	__dirsek ve üstü_____	()
__ağız içi_____	()	__dirsek altı ve el bileği _	()	__ağız içi_____	()	__dirsek altı ve el bileği _	()
__ boyun/boğaz__	()	__el/parmaklar_____	()	__ boyun/boğaz__	()	__el/parmaklar_____	()
__göğüs_____	()	__uyluk/diz_____	()	__göğüs_____	()	__uyluk/diz_____	()
__meme(ler) ____	()	__diz altı/ayak bileği____	()	__meme(ler) ____	()	__diz altı/ayak bileği____	()
__sırt_____	()	__ayak/ayak parmakları__	()	__sırt_____	()	__ayak/ayak parmakları__	()
		__diğer_____	()			__diğer_____	()

13. Kendine ne şekilde zarar veriyordun/veriyorsun (kendini öldürme niyetin olmadan)?

Lütfen senin durumuna uyanların tümünün sol yanına (√) ve en sık yaptığın davranışın sağ yanına **(X)** işareti koyun.

İLK BAŞLADIĞINDA √ uyanların tümüne	**(X)** en sık	**ŞU ANDA** **(eğer geçen ay hala kendine zarar veriyorsan)** √ uyanların tümüne	**(X)** en sık
__kesme_____	()	__kesme_____	()
__kazıma_____	()	__kazıma_____	()
__yara kabuklarını koparma_____	()	__yara kabuklarını koparma_____	()
__yakma_____	()	__yakma_____	()
__ısırma_____	()	__ısırma_____	()
__vurma_____	()	__vurma_____	()
__saç koparma_____	()	__saç koparma_____	()
__ciddi şekilde tırnak yeme _____	()	__ciddi şekilde tırnak yeme _____	()
__keskin sivri uçlu nesnelerle cildi delme_____	()	__keskin sivri uçlu nesnelerle cildi delme_____	()
__değişik vücut parçalarına küpe takma (piercing)_____	()	__değişik vücut parçalarına küpe takma (piercing)_____	()
__ uyuşturucu maddeleri aşırı kullanma_____	()	__ uyuşturucu maddeleri aşırı kullanma_____	()
__ alkolü aşırı kullanma_____	()	__ alkolü aşırı kullanma_____	()
__kemik kırmaya çalışma_____	()	__kemik kırmaya çalışma_____	()
__kafa vurma _____	()	__kafa vurma _____	()
__çok fazla ilaç kullanma_____	()	__çok fazla ilaç kullanma_____	()
__gereğinden az ilaç alma _____	()	__gereğinden az ilaç alma _____	()
__yiyecek olmayan şeyleri yeme ya da içme	()	__yiyecek olmayan şeyleri yeme ya da içme_	()
__diğer (lütfen listele)_____	()	__diğer (lütfen listele)_____	()

14. Kendine zarar vermeye neden başladın ve eğer devam ediyorsan neden hala kendine zarar veriyorsun (kendini öldürme niyetin olmadan)? Aşağıdaki nedenlerden kendinize en uygun olanı işaretleyin.

"0" (hiçbir zaman), "4" (her zaman) bir neden olacak şeklide 0-4 aralığında bir sayı işaretleyiniz.

NEDEN BAŞLADIN?						**EĞER DEVAM EDİYORSAN NEDEN DEVAM EDİYORSUN?**					
	hiçbir zaman		**bazen**		**her zaman**		**hiçbir zaman**		**bazen**		**her zaman**
1. Dayanılmaz gerginliği gidermek için	0	1	2	3	4	1. Dayanılmaz gerginliği gidermek için	0	1	2	3	4
2. Kendimi iyi hissetmek için	0	1	2	3	4	2. Kendimi iyi hissetmek için	0	1	2	3	4
3. Anne-babamın bana kızmasına son vermek için	0	1	2	3	4	3. Anne-babamın bana kızmasına son vermek için	0	1	2	3	4
4. Yalnız ve boş hissetmemi durdurmak için	0	1	2	3	4	4. Yalnız ve boş hissetmemi durdurmak için	0	1	2	3	4
5. Diğer insanların ilgi ve dikkatini çekmek için	0	1	2	3	4	5. Diğer insanların ilgi ve dikkatini çekmek için	0	1	2	3	4
6. Kendimi cezalandırmak için	0	1	2	3	4	6. Kendimi cezalandırmak için	0	1	2	3	4
7. Canlandırıcı bir heyecan duygusu hissetmek için	0	1	2	3	4	7. Canlandırıcı bir heyecan duygusu hissetmek için	0	1	2	3	4
8. Gerginlik/korkuyu gidermek için	0	1	2	3	4	8. Gerginlik/korkuyu gidermek için	0	1	2	3	4
9. Yaptığım bir şeyden dolayı başımın derde girmesinden kaçınmak için	0	1	2	3	4	9. Yaptığım bir şeyden dolayı başımın derde girmesinden kaçınmak için	0	1	2	3	4
10. Aklımı rahatsız edici anılardan uzaklaştırmak için	0	1	2	3	4	10. Aklımı rahatsız edici anılardan uzaklaştırmak için	0	1	2	3	4
11. Beden imgemi (imajımı) ve/veya görünüşümü değiştirmek için	0	1	2	3	4	11. Beden imgemi (imajımı) ve/veya görünüşümü değiştirmek için	0	1	2	3	4
12. Bir gruba dahil olmak için	0	1	2	3	4	12. Bir gruba dahil olmak için	0	1	2	3	4
13. Öfkeyi gidermek için	0	1	2	3	4	13. Öfkeyi gidermek için	0	1	2	3	4
14. Arkadaşlarımın/erkek/kız arkadaşımın bana öfkelenmesini engellemek için	0	1	2	3	4	14. Arkadaşlarımın/erkek/kız arkadaşımın bana öfkelenmesini engellemek için	0	1	2	3	4
15. Diğerlerine ne kadar incinmiş veya zarar görmüş olduğumu göstermek için	0	1	2	3	4	15. Diğerlerine ne kadar incinmiş veya zarar görmüş olduğumu göstermek için	0	1	2	3	4
16. Diğerlerine ne kadar güçlü veya sert olduğumu göstermek için	0	1	2	3	4	16. Diğerlerine ne kadar güçlü veya sert olduğumu göstermek için	0	1	2	3	4
17. Rahatsızlık verici duygu veya ruh halinden kaçıp kurtulmama yardımcı olmak için	0	1	2	3	4	17. Rahatsızlık verici duygu veya ruh halinden kaçıp kurtulmama yardımcı olmak için	0	1	2	3	4
18. İçimden veya dışımdan bana yapmamı söyleyen sesleri memnun etmek için	0	1	2	3	4	18. İçimden veya dışımdan bana yapmamı söyleyen sesleri memnun etmek için	0	1	2	3	4

NEDEN BAŞLADIN?						EĞER DEVAM EDİYORSAN NEDEN DEVAM EDİYORSUN?					
	hiçbir zaman		bazen		her zaman		hiçbir zaman		bazen		her zaman
19. Hissettiğim ruhsal acı dayanılmaz olduğunda, vücudumun bir bölgesinde dayanabileceğim bir başka acı hissetmek için	0	1	2	3	4	19. Hissettiğim ruhsal acı dayanılmaz olduğunda, vücudumun bir bölgesinde dayanabileceğim bir başka acı hissetmek için	0	1	2	3	4
20. İnsanların benden çok şey beklemelerini önlemek için	0	1	2	3	4	20. İnsanların benden çok şey beklemelerini önlemek için	0	1	2	3	4
21. Üzgün veya çökkün hissetmekten kurtulmak için	0	1	2	3	4	21. Üzgün veya çökkün hissetmekten kurtulmak için	0	1	2	3	4
22. Hiç kimsenin beni etkileyemeyeceği bir durumda kontrolün bende olduğunu hissedebilmek için	0	1	2	3	4	22. Hiç kimsenin beni etkileyemeyeceği bir durumda kontrolün bende olduğunu hissedebilmek için	0	1	2	3	4
23. Kendimi öldürme fikirlerini düşünmekten alıkoymak için	0	1	2	3	4	23. Kendimi öldürme fikirlerini düşünmekten alıkoymak için	0	1	2	3	4
24. Kendimi öldürme düşüncelerimi durdurabilmek için	0	1	2	3	4	24. Kendimi öldürme düşüncelerimi durdurabilmek için	0	1	2	3	4
25. Kendimi duygusuz ve "gerçek dışı" hissettiğimde var olduğum duygusunu yaratabilmek için	0	1	2	3	4	25. Kendimi duygusuz ve "gerçek dışı" hissettiğimde var olduğum duygusunu yaratabilmek için	0	1	2	3	4
26. Engellenmişlik duygumu gidermek için	0	1	2	3	4	26. Engellenmişlik duygumu gidermek için	0	1	2	3	4
27. Yapmak istemediğim bir şeyi yapmaktan kurtulmak için	0	1	2	3	4	27. Yapmak istemediğim bir şeyi yapmaktan kurtulmak için	0	1	2	3	4
28. Bildiğim kadarıyla bir neden yok - bazen oluveriyor	0	1	2	3	4	28. Bildiğim kadarıyla bir neden yok - bazen oluveriyor	0	1	2	3	4
29. Kendime ne kadar dayanabileceğimi ispat etmek için	0	1	2	3	4	29. Kendime ne kadar dayanabileceğimi ispat etmek için	0	1	2	3	4
30. Heyecan hissetmek için	0	1	2	3	4	30. Heyecan hissetmek için	0	1	2	3	4
31. Cinsel isteğimi bastırmak için	0	1	2	3	4	31. Cinsel isteğimi bastırmak için	0	1	2	3	4
32.					4	32. Bunu yapmayı alışkanlık haline getirdim	0	1	2	3	4
33. Diğer (lütfen belirtin)	0	1	2	3	4	33. Diğer (lütfen belirtin)	0	1	2	3	4

15. *"0"(hiçbir zaman), "4" (her zaman) olacak şekilde 0-4 aralığında bir sayı işaretleyiniz..*

Kendine zarar verdikten sonra kendini rahatlamış hissediyor musun?	Hiçbir zaman		bazen		her zaman
	0	1	2	3	4

↓

Eğer rahatlamış hissediyorsan bu ne kadar sürüyor?

(Lütfen bir tanesine (√))

_____1 dakikadan az _____1 ile 5 dakika _____6 ile 30 dakika

_____ 31 ile 60 dakika _____ saatlerce _____ günlerce

16. Aşağıdaki kendine zarar vermeye devam etme nedenlerinden seninle uygun olanlarını ve yarar derecelerini lütfen işaretleyin.

"0"(hiç yararlı değil), "4" (son derece yararlı) olacak şekilde 0-4 aralığında değerlendirin:

	Hiç yararlı değil		**bir şekilde yararlı**		**son derece yararlı**
Katlanılmaz gerginliği gidermede	0	1	2	3	4
Öfkeyi gidermede	0	1	2	3	4
Engellenmişlik duygusunu gidermede	0	1	2	3	4
Sinirliliği gidermede	0	1	2	3	4
Üzgün veya çökkün hissetmeyi gidermede	0	1	2	3	4
Kendine zarar vermeye devam etmeni sağlayan neden(ler) bunlardan başka ise, lütfen aşağıda belirtin ve yarar derecesini işaretleyin.					
_____	0	1	2	3	4
_____	0	1	2	3	4

17. Kendine zarar verme aklına her geldiğinde yapıyor musun? ___ evet ___ hayır

18. Kendine zarar vermeyi düşünmenle yapman arasında ortalama ne kadar zaman geçiyor? *Lütfen sadece bir maddeyi (√)*

____ 1 dakikadan az ____ 30 dakikanın üzerinde fakat 1 saatten az

____ 1 ile 5 dakika arası ____ saatlerce

____ 6 ile 30 dakika arası ____ günlerce

19."*0"(hiçbir zaman), "4" (her zaman) olacak şekilde 0-4 aralığında değerlendirin.*

Stresli şeyler olduktan sonra kendine zarar verir veya bunu yapmayı düşünür müsün?	**hiçbir zaman**		**bazen**		**Her zaman**
	0	1	2	3	4

↓

Aşağıdaki hangi durum(lar) kendine zarar vermene yol açar?

____ terk edilme (belirtiniz) _____
____ başarısızlık (belirtiniz) _____
____ kayıp (belirtiniz) _____
____ reddedilme (belirtiniz) _____
____ diğer (belirtiniz) _____

20."*0"(hiçbir zaman), "4" (her zaman) olacak şekilde 0-4 aralığında değerlendirin.*

Kendine zarar verdiğinde fiziksel olarak ağrı hissediyor musun?	**hiçbir zaman**		**bazen**		**Her zaman**
	0	1	2	3	4

21."*0"(hiçbir zaman), "4" (her zaman) olacak şekilde 0-4 aralığında değerlendirin.*

Kendime zarar vermeye başladığımdan beri:	**hiçbir zaman**		**bazen**		**Her zaman**
a. Beklediğimden daha sık olarak kendime zarar veriyorum.	0	1	2	3	4
b. Kendime zarar verme davranışının şiddeti giderek arttı. (ör. Daha derin kesiler, vücudun çeşitli bölgelerinde kesiler)	0	1	2	3	4
c. Kendime zarar vermeye başladığım zamandaki etkiyi oluşturmak için şimdi daha sık ve daha fazla derecede yapmam gerekiyor.	0	1	2	3	4
d. Bu tür davranışlar veya bununla ilgili düşünmek zamanımın önemli bir kısmını alıyor.	0	1	2	3	4
e. Bu davranışı kontrol etme veya azaltma isteğine rağmen, bunu yapmıyorum.	0	1	2	3	4
f. Bana fiziksel ve/veya duygusal olarak zarar verdiğini fark etmeme rağmen bu davranışı yapmaya devam ediyorum.	0	1	2	3	4
g. Bunlar nedeniyle önemli sosyal, ailesel, akademik veya eğlenceli aktivitelerim belirgin ölçüde azaldı veya onlardan vazgeçtim.	0	1	2	3	4

22. Kendine zarar vermemek için uğraşıyorsan, ne yapıyorsun?

Lütfen tüm sana uyanlara yanına (√) ve kendine zarar vermemek için uğraşmana en çok yardım eden şeyin yanına (X) işareti koyun.

√ **tüm uyanlara**	**(X) en çok yardımcı olan**
___hiçbir zaman uğraşmam	()
___biriyle konuşurum	()
___egzersiz / spor	()
___okuma yazma, müzik, dans	()
___televizyon seyretme, video ya da bilgisayar oyunları	()
___rahatlamak için bir şeyler yaparım (sıcak banyo, yoga, derin nefes alma)	()
___alkol ve/veya madde kullanırım	()
___ellerimi meşgul edecek bir şey yaparım	()
___diğer (lütfen belirtiniz)	()

23.

Kendine zarar verme davranışından vazgeçmek için bu sıralar ne kadar **isteklisin?**	hiç istekli değilim		biraz istekliyim		çok fazla istekliyim
	0	1	2	3	4

24. Kendine zarar verme davranışını azaltmak ve/veya ortadan kaldırmak için, eğer aldıysan ne tedavi(leri) aldın? *(Uyan tüm maddelere lütfen (√) işareti koyun)*

___ Hiç tedavi almadım ___ tedaviyi yarım bıraktım ___ kendi kendime yardım etmeye çalışırım (ör. Kendine yardım kitapları, internet)

___ bireysel terapi ___ okul danışmanlığı ___ grup terapisi

___ aile terapisi ___ ilaç (lütfen belirtiniz) _____

___ diğer (lütfen belirtin) _____

25. Kendine zarar verme davranışını azaltmak ve/veya ortadan kaldırmak için, eğer aldıysan hangi tedavi(leri) en yararlı buldun? *(Uyan tüm maddelere lütfen (√) işareti koyun)*

___ Hiç tedavi almadım ___ tedaviyi yarım bıraktım ___ kendi kendime yardım etmeye çalışırım (ör. Kendine yardım kitapları, internet)

___ bireysel terapi ___ okul danışmanlığı ___ grup terapisi

___ aile terapisi ___ ilaç (lütfen belirtiniz) _____

___ diğer (lütfen belirtin) _____

26.

Bu anket benim "Kendine Zarar Verme Davranışı" ile ilgili yaşadıklarımı çok iyi ortaya koyuyor.	**Kesinlikle katılmıyorum**		**Biraz katılıyorum**		**Kesinlikle katılıyorum**
	0	1	2	3	4

27. Kendine zarar verme davranışı hakkında bizimle paylaşmak istediğin başka bir şeyler daha var mı?

2. Yakın İlişikiler Yaşantılar Envanteri II (YİYE II)

Açıklama: Aşağıda sizin ilişkilerinizle ilgili 36 adat ifade bulunmaktadır. Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve o ifadenin sizin için ne derece geçerli olduğuna karar veriniz. Burada verilebilecek cevapların doğrusu veya yanlışı yoktur. Sizin için en geçerli cevabı cevap anahtarında yansıtan kutunun içine şu şekilde (X) bir çarpı işareti koyunuz. Her bir soruyu cevaplamaya çalışınız.

1. Benim için hiç doğru değil	**2**	**3**	4. Karasızım	**5**	**6**	7. Benim için tamamen doğru

1.Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım
2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.
3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.
4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissederim.
5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği duygusuna kapılırım.
6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak bana zor gelir.
7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsediğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.
9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.
10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.
12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.
13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.
14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.
15. Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.
16. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.
17. Birlikte olduğum kişinin beni terk edeceğinden pek endişe duymam.
18. Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez. endişe duyarım.
19. Romantik ilişkide olduğum kişi kendime olan güvenimi sarsar.
20. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.
21. Terk edilmekten pek korkmam.

22. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir
23. Birlikte olduğum kişinin, bana istediğim kadar yakın olmadığını düşünürüm.
24. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım. .
25. Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirirler.
26. Başımdan geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.
27. Çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır.
28. Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissederim
29. Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıkça benden hoşlanmayacağından korkarım.
30. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanma konusunda rahatımdır.
31. Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkelendirir.
32. Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip inanmak benim için kolaydır.
33. Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım.
34.Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermek benim için kolaydır.
35. Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda fark eder.
36. Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarını gerçekten anlar.

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	**(1-5)**	☐
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	**(1-5)**	☐
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	**(1-3)**	☐
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	**(1-3)**	☐
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	**(1-4)**	☐
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	**(1-4)**	☐
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	**(1-3)**	☐
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	**(1-3)**	☐
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	**(1-3)**	☐
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	**(1-3)**	☐
10. SUÇLULUK DUYGULARI	**(1-5)**	☐
11. İNTİHAR	**(1-5)**	☐
12. PSİŞİK KAYGI	**(1-5)**	☐
13. SOMATİK KAYGI	**(1-5)**	☐
14. HİPOKONDRİ	**(1-5)**	☐
15. İÇGÖRÜ	**(1-3)**	☐
16. YAVAŞLAMA	**(1-5)**	☐
17. AJİTASYON	**(1-5)**	☐
TOPLAM		.....

HAMİLTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

		Birini İşaretleyin				
1.	ANKSİYETELİ MİZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite.	0	1	2	3	4
2.	GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3.	KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4.	UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.	0	1	2	3	4
5.	ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6.	DEPRESİF MİZAÇ: İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7.	BEDENSEL: (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu.	0	1	2	3	4
8.	SOMATİK: (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.	0	1	2	3	4
9.	KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.	0	1	2	3	4

10.	SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.	0	1	2	3	4
11.	GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyumları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
12.	GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
13.	OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
14.	GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.	0	1	2	3	4

TOPLAM:	PSİŞİK: (1,2,3,5,6)	SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13)

Değerlendiren Dr: