TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN ERGENLERDE ALEKSİTİMİ VE DUYGU TANIMA BECERİLERİNİN İNTİHAR OLASILIĞI İLE İLİŞKİSİ

ARŞ. GÖR. DR. ŞEYMA NUR AKPINAR

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

2023

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN ERGENLERDE ALEKSİTİMİ VE DUYGU TANIMA BECERİLERİNİN İNTİHAR OLASILIĞI İLE İLİŞKİSİ

ARŞ. GÖR. DR. ŞEYMA NUR AKPINAR

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE

HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. ÖZLEM YILDIZ GÜNDOĞDU

ETİK KURUL UYGUNLUK ONAYI: 18.07.2022
PROJE NO: KÜGOKAEK 2022/194

2023

İÇİNDEKİLER DİZELGESİ

TEŞEKKÜR ..... **V**
KISALTMALAR DİZELGESİ ..... **VII**
TABLOLAR DİZELGESİ ..... **VIII**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Kendine Zarar Verme Davranışı 3
2.1.1. Tanım 3
2.1.2. Ayrı Bir Bozukluk Olarak Tanı Sınıflandırmasında Yer Alması 3
2.1.3. Epidemiyoloji 5
2.1.4. Etiyoloji 6
2.1.4.1. Psikiyatrik Hastalıklar 6
2.1.4.2. Genetik ve Nörobiyolojik Sebepler 8
2.1.4.3. Çevresel ve Ailesel Faktörler 10
2.1.4.4. Bireysel Faktörler 11
2.1.5. Kendine Zarar Verme Davranışı Çeşitleri 12
2.1.6. Kendine Zarar Verme Davranışı İşlevleri 12
2.1.7. Değerlendirme 14
2.1.8. Tedavi 15
2.1.9. Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar 17
2.2. İntihar 18
2.2.1. Tanım 18
2.2.2. İntihar ile İlişkili Kavramlar 19
2.2.3. İntihar Davranışını Açıklayan Kuramlar 20
2.2.4. Ayrı Bir Bozukluk Olarak Tanı Sınıflandırmasında Yer Alması 26
2.2.5. Epidemiyoloji 27
2.2.6. Etiyoloji ve Risk Faktörleri 28
2.2.6.1. Psikiyatrik Hastalıklar 28
2.2.6.2. Genetik ve Nörobiyolojik Sebepler 31
2.2.6.3. Bireysel Etmenler 32
2.2.6.4. Çevresel ve Ailesel Faktörler 34

2.2.6.5. Geçmiş İntihar Girişimi 34
2.2.6.6. Kendine Zarar Verme Davranışı 35
2.2.7. Değerlendirme ve Acil Durum Yönetimi 35
2.2.8. Tedavi 37

2.3. Aleksitimi 39
2.3.1. Tanım ve Tarihçe 39
2.3.2. Sınıflandırma 40
2.3.3. Aleksitiminin Kuramsal Temelleri 42
2.3.4. Aleksitimi ve Ruhsal Bozukluklar 45
2.3.5. Aleksitimi ve Kendine Zarar Verme Davranışı 46
2.3.6. Aleksitimi ve İntihar 46

2.4. Sosyal Biliş ve Duygu Tanıma 47
2.4.1. Sosyal biliş ve Duygu Tanımı, Önemi ve İşlevi. 47
2.4.2. Duygu Tanımanın Gelişimi 48
2.4.3. Duygu Tanıma ve Ruhsal Bozukluklar 48
2.4.4. Duygu Tanıma ve Kendine Zarar Verme Davranışı 49
2.4.5. Duygu Tanıma ve İntihar 50

3. YÖNTEM VE GEREÇLER 51
3.1. Örneklem 51
3.2. Yöntem 51
3.3. Veri Toplama Araçları 53
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu 53
3.3.2. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) 53
3.3.3. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) 54
3.3.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) 54
3.3.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 55
3.3.6. Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) 55
3.4. İstatistiksel Analiz 56

4. BULGULAR 57
4.1. Araştırmaya Katılanların Genel Özellikleri 57
4.2. Katılımcıların Sosyodemografik Veri Formu Özellikleri 58
4.3. Katılımcıların Ebeveynlerine Ait Özellikleri 60
4.4. Katılımcılara Ait Özellikler 62
4.5. Katılımcıların Arkadaşlarına Ait Özellikler 63
4.6. Katılımcıların Ailelerine Ait Özellikler 64
4.7. Katılımcılara Ait Tanısal Özellikler 66
4.8. Katılımcılara Ait Tedavi Özellikleri 68
4.9. Katılımcıların İntihar Davranışına Ait Özellikler 69
4.10. Katılımcıların Depresyon, Aleksitimi ve İntihar Olasılığına Ait Özellikler 69
4.11. Katılımcılara Ait Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 70
4.12. Olgu Grubunun Yaş ve Tanı Sayısının Ölçek ve Alt Ölçeklerle İlişkisinin İncelenmesi 72
4.13. Olgu Grubunun Beck Depresyon Ölçeği ile Diğer Ölçek ve Alt Ölçeklerle İlişkisinin İncelenmesi 73
4.14. Gözlerden Zihin Okuma Testi ile Diğer Ölçeklerin İlişkisinin İncelenmesi 74
4.15. Toronto Aleksitimi Ölçeği Alt Ölçek ve Toplam Puanı ile İntihar Olasılığı Ölçeğinin Alt Ölçekleri Arasında İlişkinin Değerlendirilmesi 75
4.16. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri özelliklerinin Yaş, Tanı Sayısı, Beck Depresyon Ölçeği ve Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği Puanlarıyla İlişkisinin İncelenmesi 78
4.17. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri özelliklerinin İntihar Olasılığı Ölçeği ve Alt Ölçek Puanlarıyla İlişkisinin İncelenmesi 79
4.18. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri özelliklerinin Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Alt Ölçek Puanlarıyla İlişkisinin İncelenmesi 82
4.19. Olgu Grubunda İntihar Olasılığı ile Alt Ölçek Puan Dağılımları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 84
4.20. Olgu Grubunda İntihar Olasılığı ile Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 85
4.21. Olgu Grubunda İntihar Olasılığı ile KZVD Çeşidi İlişkisinin İncelenmesi 87
4.22.Olgu Grubunda İntihar Olasılığı ile KZVDDE Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 88
4.23. Kendine Zarar Verme Davranışı Sayısının ve İşlevlerinin Değerlendirilmesi 89

4.24. Olgu Grubunun KZVD Özelliklerinin İncelenmesi 91
4.25. Olgu Grubunda Kendine Zarar Verme Davranışının Cinsiyete Göre Özelliklerinin İncelenmesi 92
5. TARTIŞMA 98
6. SONUÇ VE ÖNERİLER **120**
7. ÖZET **126**
8. ABSTRACT **128**
9. EKLER **130**
10. KAYNAKLAR **151**

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında bilgi ve deneyimleriyle yanımda olan, asistanlık eğitimim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu'ya,

Eğitimimde kendisinden ve öğrencilerinden çok şey öğrendiğim, bu konuda kendimi oldukça şanslı hissettiğim, değerli hocam Prof. Dr. Ayşen Coşkun'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca büyük bir içtenlikle bana yol gösterip destek olan, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, güler yüz ve içtenlikleriyle bana her konuda destek olan hocalarım Prof. Dr. Nursu Çakın Memik ve Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar'a,

Asistanlığım sürecinde ilgi, bilgi ve birikimlerini paylaşmaktan, desteklerini sunmaktan çekinmeyen Dr. Öğr. Üyesi İrem Damla Çimen'e, Dr. Öğr. Üyesi Burcu Kardaş'a ve Dr. Öğr. Üyesi Ömer Kardaş'a,

Rotasyon süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Bülent Kara'ya ve Dr. Öğr. Üyesi Ayfer Sakarya Güneş'e,

Rotasyon süresince ve daha sonrasında birlikte çalıştığım, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Psikiyatri Anabilim Dalı'nın değerli hocaları, asistanları ve Psikiyatri Anabilim Dalı'nın tüm değerli çalışanlarına,

Hem tez süresince hem de asistanlığımda desteklerini esirgemeyen, birlikte keyifle çalıştığım tüm Çocuk ve Ergen Psikiyatri asistanı arkadaşlarıma ve bölümümüzün tüm değerli çalışanlarına,

Araştırmama katılmayı kabul eden tüm gençlere ve ailelerine,

Fiziken yanımda olamasalar bile manevi olarak desteklerini hep hissettiğim kıymetli arkadaşlarım Kevser Ekiz ve Büşra Patiz'e,

Tanıştığım ilk günden itibaren güler yüzleri ve destekleriyle yanımda olan annem Zübeyde Akpınar ve babam Kemal Akpınar'a,

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan, öğrenim hayatım boyunca maddi-manevi desteklerini esirgemeyen, inandığım yolda ilerlemem ve hayallerimi gerçekleştirmem için bana cesaret veren canım annem Rahile Kalaycı, canım babam Niyazi Kalaycı ve doğduğu ilk günden beri yalnız hissetmememi sağlayan, hayatıma renk katan kardeşim Muhammed Kerem Kalaycı'ya,

Hayatıma girdiği ilk günden beri kendimi çok mutlu ve şanslı hissetmemi sağlayan, varlığıyla ve sevgisiyle beni güçlü hissettiren, tez sürecim boyunca her türlü zorluğu benimle yaşayan, sabırla ve sevgiyle her zaman yanımda olan güvenli üssüm, hayat arkadaşım, biricik eşim Dr. Oğuzhan Akpınar'a

Sonsuz sevgi, minnet ve teşekkürlerimle…

Dr. Şeyma Nur Akpınar
Nisan 2023, Kocaeli

KISALTMALAR DİZELGESİ

BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
CRH	Corticotropin-Releasing Hormone
CRP	C-Reaktif Protein
DB	Davranım Bozukluğu
DDD	Dışa Dönük Düşünceler
DDT	Diyalektik Davranışçı Terapi
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DİEG	Duygu İfade Etme Güçlüğü
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM- 5 TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5 Text Revision
DTG	Duyguları Tanıma Güçlüğü
GZOT	Gözlerden Zihin Okuma Testi
HIAA	Hidroksi İndol Asetik Asit
HPA	Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal
ICD	International Statistical Classification of Diseases
IL-1	İnterlökin-1
IOÖ	İntihar Olasılığı Ölçeği
KOKGB	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
KSADS-PL	Kiddie Schedule For Affective Disorders And Schizophrenia- Present And Lifetime Version
KZVD	Kendine Zarar Verme Davranışı
KZVDDE	Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri
MBT	Mentalization Based Therapy
MKB	Madde Kullanım Bozukluğu
M-RNA	Messenger Ribonucleic Acid
NICE	National Institute of Health And Clinical Exellence
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
SPSS	Statistical Package For The Social Sciences
SSRI	Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü
SNRI	Selektif Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü
TAÖ	Toronto Aleksitimi Ölçeği
TNF	Tümör Nekroz Faktörü
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YDDB	Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu

TABLOLAR DİZELGESİ

Tablo 1. Kendine Zarar Verme Davranışı İçin DSM-5 TR'de Önerilen Tanı Ölçütleri

Tablo 2. Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar Arasındaki Farklar

Tablo 3. İntihar Davranışı ile İlgili Kavramlar

Tablo 4. İntihar Davranışını Açıklayan Psikolojik Kuramlar

Tablo 5. İntihar Davranışı İçin DSM-5 TR Önerilen Tanı Ölçütleri

Tablo 6. Akut İntihar Risk Göstergesi

Tablo 7. İntihar Davranışı/Girişimi Olan Ergenlerde Acil Risk Değerlendirmesi

Tablo 8. İntihar Davranışı/Girişimi Olan Ergenlerde Acil Durum Yönetimi

Tablo 9. Katılımcılara Ait Özellikler

Tablo 10. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Ait Özellikler

Tablo 11. Katılımcıların Sosyoekonomik Veri Formu Özellikleri

Tablo 12. Katılımcıların Ebeveynlerine Ait Özellikleri

Tablo 13. Katılımcılara Ait Özellikler

Tablo 14. Katılımcıların Arkadaşlarına Ait Özellikler

Tablo 15. Katılımcıların Ailelerine Ait Özellikler

Tablo 16. Katılımcıların Ailelerine Ait Özellikler

Tablo 17. Katılımcılara Ait Tanısal Özellikler

Tablo 18. Katılımcılara Ait Tedavi Özellikleri

Tablo 19. Katılımcıların İntihar Davranışına Ait Özellikler

Tablo 20. Katılımcıların Depresyon, Aleksitimi ve İntihar Olasılığına Ait Özellikler

Tablo 21. Katılımcılara Ait Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

Tablo 22. Olgu Grubunun Yaş ile Ölçek ve Alt Ölçeklerin Birbiriyle İlişkisi

Tablo 23. Olgu Grubunun Tanı Sayısı ile Ölçek ve Alt Ölçeklerin Birbiriyle İlişkisi

Tablo 24. Olgu Grubunun Beck Depresyon Ölçeği ile Diğer Ölçeklerin Birbiriyle İlişkisi

Tablo 25. Olgu Grubunun Gözlerden Zihin Okuma Testi ile Diğer Ölçeklerin Birbiriyle İlişkisi

Tablo 26. Olgu Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ile Diğer Ölçeklerin Birbiriyle İlişkisi

Tablo 27. Olgu Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Duyguları Tanıma Güçlüğü Alt Ölçeği ile Diğer Ölçeklerin Birbiriyle İlişkisi

Tablo 28. Olgu Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Duyguları İfade Etme Güçlüğü Alt Ölçeği ile Diğer Ölçeklerin Birbiriyle İlişkisi

Tablo 29. Olgu Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Dışa Dönük Düşünceler Alt Ölçeği ile Diğer Ölçeklerin Birbiriyle İlişkisi

Tablo 30. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri özelliklerinin Yaş, Tanı Sayısı, Beck Depresyon Ölçeği ve Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği puanlarıyla Korelasyonu

Tablo 31. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri özelliklerinin İntihar Olasılığı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyonu

Tablo 32. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri özelliklerinin Toronto Aleksitimi Ölçeği Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyonu

Tablo 33. Olgu Grubunun İntihar Olasılığına Göre Alt Ölçek Puan Dağılımları

Tablo 34. İntihar Olasılığı Durumu ile Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri Alt Boyutları

Tablo 35. İntihar Olasılığı ile Kendine Zarar Verme Davranışı Çeşidi Arasındaki İlişki

Tablo 36. İntihar Olasılığı ile Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

Tablo 37. Kendine Zarar Verme Davranışının Türlerine Göre Sayısı

Tablo 38. Kendine Zarar Verme Davranışı İşlevlerinin Özellikleri

Tablo 39. Olgu Grubunda Kendine Zarar Verme Davranışı Özellikleri

Tablo 40. Olgu Grubunda Kendine Zarar Verme Davranışının Cinsiyete Göre Özellikleri

Tablo 41. Olgu Grubunda Kendine Zarar Verme Davranışının Cinsiyete Göre Özellikleri

Tablo 42. Olgu Grubunda Kendine Zarar Verme Davranışının Cinsiyete Göre Özellikleri

Tablo 43. Olgu Grubu Cinsiyetlere Göre Alt Ölçek Puan Dağılımları

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) bütün toplumlarda özellikle de gençler arasında görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur.[1] Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi ise kendine zarar verme davranışını kişinin kendi vücuduna zarar verme niyetiyle gerçekleştirdiği eylem olarak tanımlamaktadır.[2] KZVD, ilk kez 2013 yılında yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının 5. Baskısında İleri Çalışma Gerektirecek Konular başlığı içerisinde, ayrı bir konu olarak ele alınmıştır. Bu yeni düzenleme ile KZVD, intihar davranışı ve dolayısıyla intihar amacı olan veya olmayan tüm kendine zarar verme eylemlerini içeren kasıtlı kendine zarar verme tanımından açıkça ayrılmıştır.[3]

İntihar 10-24 yaşları arasındaki gençlerde ikinci en sık ölüm nedeni olup genç popülasyonda önemli bir halk sağlığı sorunudur.[4] İntihara bağlı ölümün en güçlü yordayıcıları arasında ölümcül olmayan intihar girişimleri ve intihar düşüncesi yer alır.[5] Ayrıca ölüm niyeti olmayan kendine zarar verme davranışları da intihar davranışı için önemli bir risk faktörüdür.[6]

Çalışmalarda KZVD ve intihar davranışı olan ergenlerde zayıf problem çözme becerileri, düşük sosyal destek ve akranları arasında daha fazla reddedilme gibi bir dizi kişilerarası zorluk daha sık görülmüştür.[7] Sosyal biliş çalışmaları ergen intihar davranışını ve kişilerarası zorlukları anlamak için iyi bir yol sunar. Sosyal biliş geniş anlamda, kişinin kendisinin ve başkalarının düşüncelerini, duyguların tanıma, duygularını kodlama, saklama ve belirli bir bağlam içinde anlama yeteneği olarak tanımlanır.[8]

Kişinin kendi duygularını tanıma konusunda zorluk yaşaması aleksitimi kavramı ile açıklanmıştır. “Duygular için söz yokluğu” olarak dilimize çevrilen aleksitimi sözcüğü kişinin duygusal yönünün farkına varmasında, adlandırmasında, ayrıştırmasında ve sözel bir şekilde aktarmasında güçlük yaşama olarak kabul görmüştür.[9] Aleksitimi pek çok ruhsal bozuklukla ilişkili bulunmuştur.[10] İntihar girişimi, intihar düşüncesi ve kendine zarar verme davranışı da aleksitimi ile ilişkili bulunan ruhsal zorluklardandır.[11] Kendine zarar verme davranışı bulunan ergenlerde aleksitiminin varlığının, kendine zarar verme davranışın devam etmesi açısından prediktör olduğu saptanmıştır.[12] Aleksitiminin intihar için bir risk faktörü olarak kabul edilebileceğine dair artan kanıtlar bulunmaktadır. Yapılan

bir araştırmada aleksitiminin sadece depresif belirtileri arttırarak değil aynı zamanda tek başına da intihar riskini arttırdığı saptanmıştır.[13] Bir çalışmada özellikle duyguları ifade etmede zorluk alt boyutu yineleyici intihar girişimleriyle ilişkili bulunmuş, söze dökülemeyen çatışmaların intihar girişimiyle açığa çıktığı ifade edilmiştir.[14] Aleksitimik bireylerin aleksitimik olmayanlara göre yüzlerden duygu ve ifadeleri daha az tanıyabildiği görülmüştür.[15]

Başkalarının duygularının tanınması ve duygularındaki değişikliklerin fark edilmesi; sosyal etkileşim için önemlidir.[16] Yüz ifadeleri, insanların duygusal durumları hakkında önemli bilgiler verir. Yüz ifadelerini tanıyabilmek kendini ve başkalarını anlayabilmeye yardımcı olur. Karmaşık yüz ifadelerini tanıyabilme, sosyal çevreye aktif olarak katılabilmek ve başkalarıyla başarılı bir şekilde etkileşime girebilmek için gereklidir.[17] Duygu tanıma güçlükleri bazı psikiyatrik bozukluklarla sık birliktelik göstermekte hastaların işlevselliğini etkilemektedir.[18] Yapılan bir çalışmada KZVD olan ergenlerin duygu tanıma becerilerinin sağlıklı kontrollere göre daha düşük olduğu gösterilmiştir.[19] Geçmiş intihar düşünce ve girişiminin ele alındığı bir başka çalışmada ise intihar değişkenleri duygu tanıma kapasitesindeki bozulmayla ilişkilendirilmiştir.[20] Yapılan erişkin meta-analiz çalışmasında intihar düşüncesi ile duygu tanıma işlev bozukluğu arasında ilişkili saptanmıştır.[21]

Duygu tanıma zorluklarının gençler arasında sosyal işlevsellikteki eksikliklerin altında yatan temel bir özellik olarak vurgulandığı ve intihara meyilli KZVD olan ergenlerde sosyal zorlukların belirgin olduğu göz önüne alındığında, duygu tanıma güçlükleri ve intihar düşüncesi/girişimi riski, araştırılması gereken önemli bir alan olarak düşünülebilir. Bu çalışma, KZVD olan ergenlerde, intihar olasılığı düzeylerinin aleksitimi düzeyleri ve duygu tanıma becerisi ile ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Farklı psikopatolojiye sahip erişkin ve ergen hastalarda aleksitimi ve duygu tanıma becerisi ile ilgili literatürde pek çok çalışma mevcuttur.[22] Aleksitimi düzeylerinin ve gözlerden zihin okuma becerisinin intihar düşüncesi, intihar girişimi ve intihar riski ile ilişkisini değerlendiren erişkin çalışmalar alan yazında var olmakla birlikte ergen popülasyonda bu konu ile ilgili çalışmalar görece az sayıdadır.[21]

Araştırmamızın sonucunda kendine zarar veren ergenlerde aleksitimi ve duygu tanıma becerilerinin intihar olasılığı ile ilişkisinin saptanması bu riskli gençlerde gelişebilecek

intihar girişimlerine karşı müdahalelerin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Kendine zarar verme davranışında aleksitimi düzeylerinin yüksek ve duygu tanıma düzeylerinin düşük olması; bu iki durumun artmış intihar olasılığı ile bağlantılı olması beklenmektedir. Gençte, kendisinin ve karşısındaki kişinin duygusunu anlama kapasitesinin iyi olması, daha az kendine zarar verme girişimi ve daha az intihar olasılığı riski ile ilişki olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda kendine zarar verme davranışının, sosyodemografik değişkenler ile ilişkisi incelenecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI

2.1.1. Tanım

Kendine zarar verme davranışı bütün toplumlarda özellikle de gençler arasında görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur.[1] Literatürde kendine zarar verme davranışı intiharı da kapsayan genel bir şemsiye terim olarak tanımlanmasına rağmen çoğu kaynakta intihardan farklı bir terim olarak ele alınmıştır. Günümüzde KZVD; kendine zarar verme, kasten kendine zarar verme, fiziksel olarak kendini tahrip etme, kendini yaralama, kendine yönelik agresyon (otoagresyon), parasuisid gibi çeşitli terim ve tanımlamalar ile adlandırılmaktadır.

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi ise kendine zarar verme davranışını kişinin kendi vücuduna zarar verme niyetiyle gerçekleştirdiği eylem olarak tanımlamaktadır.[2] KZVD alanında literatüre büyük katkıda bulunmuş olan Favazza'ya[23] göre KZVD evde kişinin yaşamını sonlandırma amacı olmaksızın kasıtlı olarak ve tekrarlayıcı biçimde kendi beden dokularına zarar vermesi durumudur. Ölme niyetiyle gerçekleştirilen eylemler intihar girişimi, ölmeye niyeti olmaksızın vücudu yaralama niyetiyle gerçekleştirilen davranışlar ise intihar dışı kendini yaralama davranışı olarak tanımlanmaktadır.[2]

2.1.2. Ayrı Bir Bozukluk Olarak Tanı Sınıflandırmasında Yer Alması

Geçtiğimiz yıllarda Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 sınıflaması, kendine zarar verme davranışını Sınırda Kişilik Bozukluğunun bir semptomu olarak tanımlamıştır.[24] KZVD, ilk kez 2013 yılında yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının 5. Baskısında İleri Çalışma Gerektirecek Konular başlığı içerisinde, ayrı bir konu olarak ele alınmıştır. Bu yeni düzenleme ile KZVD, intihar davranışı ve dolayısıyla intihar amacı

olan veya olmayan tüm kendine zarar verme eylemlerini içeren kasıtlı kendine zarar verme tanımından açıkça ayrılmıştır.[3]

Tablo 1: DSM-5 TR'de Önerilen Tanı Ölçütleri[25]

A. Son bir yıl içerisinde 5 ya da daha fazla günde istemli olarak hafif ya da orta şiddette kendine zarar verme niyetiyle vücut yüzeyinde hasar oluşturmuş ya da kanama, zedelenme veya ağrıyla sonuçlanan (kesme, yakma, vurma, sürtme vb.) bir eylemde bulunmuştur. Not: "Ölüm amacının olmaması" Bu önerilen tanı kriterleri hastanın kendisi tarafından ifade edilmiştir ya da hastanın ölümcül olmadığını bildiği metotları sıklıkla kullanması söz konusudur.
B. Bireyin istemli olarak gerçekleştirdiği kendine zarar verme eylemi aşağıdaki beklentilerden bir veya daha fazlasına yönelik gerçekleşir: 1. Olumsuz bir zihinsel süreçten veya duygudan kurtulma 2. Kişiler arası ilişkiden kaynaklanan zorluklardan kurtulma 3. Olumlu 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. İstemli kendine zarar verme davranışı aşağıdakilerden en az biriyle 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 takma, dövme yaptırma, dini ya da kültürel ritüel parçası gibi toplumsal olarak kabul görmez ve tırnak yeme veya yara kabuğu ile oynama gibi önemsiz bir davranış değildir.
E. Bu davranış ve sonuçları klinik olarak bireyde belirgin sıkıntı ya da kişiler arası, akademik veya diğer alanlarda işlevsellikte bozulma ile sonuçlanır.
F. Bu davranış psikotik atak esnasında, deliryum ya da zehirlenme halinde ortaya çıkmamıştır. Gelişimsel bozukluğu olan kişilerdeki tekrarlayıcı hareketin bir parçası değildir. Başka bir ruhsal ya da tıbbi hastalık ile ilişkili değildir (otizm spektrum bozukluğu, entelektüel yeti yitimi, psikotik bozukluk, saç yolma bozukluğu, deri yolma bozukluğu, Lesch Nyhan Sendromu).

2.1.3. Epidemiyoloji

Her yaşta ortaya çıkabilen KZVD, genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkmakta, sıklıkla dürtüsel şekilde başlamakta, ergenlik ve genç erişkinlik döneminde daha sık görülmektedir.[26] Ergenlerde KZVD başlama yaşı genellikle 13-14 yaş civarındadır. Bununla birlikte KZVD öyküsü olan ergenlerin %20'sinin 12 yaşından önce de kendilerine zarar verdikleri bildirilmiştir.[26,27] Uzunlamasına yapılan çalışmaları ele alan bir derlemede KZVD'nin 15-16 yaşlarında pik yaptığı, geç ergenlik sürecinde sıklığının azaldığı bildirilmiştir.[28]

Ergen toplum örneklemi içinde yapılan çalışmalarda yaygınlık oranları oldukça değişkendir. Amerika'da benzer yaş grubunda yürütülen iki ayrı yaygınlık çalışmasında yaşam boyu KZVD oranları %10 ve %52.1 olarak raporlanmıştır.[29,30] 2005-2011 yılları arasında yapılan 52 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde yaşam boyu KZVD yaygınlığı %18 oranında bulunmuştur. Çalışmalarda kullanılan ölçüm araçlarının çeşitliliğinin metodolojik değişime yol açarak, oransal farklılıklara neden olabileceği vurgulanmıştır.[31] Yapılan başka bir meta-analiz çalışmasında metodolojik farklılıkların yaygınlık oranlarındaki değişkenliğin %51.6'sını açıkladığı rapor edilmiştir. Bu çalışmada farklılıkların etkisi kontrol edildiğinde, KZVD'nin ergenlerdeki ortalama yaşam-boyu yaygınlığı %17.2 olarak bulunmuştur.[32]

Ülkemizde yapılmış olan az sayıda toplum örneklemli araştırmada ergenlerde kendine zarar verme davranışının oldukça yaygın görüldüğüne dair veriler elde edilmiştir [26]. İstanbul ve İzmir illerinde lise öğrencileri arasında yapılmış iki ayrı çalışmada yaşam boyu en az bir kez kendine zarar verme davranışında bulunmuş olma öyküsü olan gençlerin yaygınlığı sırasıyla %21.4 ve %31.3 olarak bulunmuştur.[33,34] DSM-5 tanı kriterleri göz önüne alındığında ise daha düşük yaygınlık oranlarına ulaşılmaktadır. 2015 yılında yapılan bir çalışmada DSM-5'e göre çocuk ve gençlerde kendine zarar verme davranışı yaygınlığı %1.5-6. 7 olarak bulunmuştur.[35] DSM-5'in A maddesi, son bir yılda en az beş kez kendine zarar verme davranışının sorgulandığı durumları kapsar. Öte yandan, yukarıda bahsedilen çalışmalar ve meta-analizler, yaşam boyu KZVD öyküsünün en az bir kez incelendiği ve yaygınlık oranlarının bildirildiği sonuçları içermektedir. Bu nedenle, KZVD'nin yaşam boyu yaygınlığı hakkında bilgi sahibi olmak için DSM-5 kriterleriyle uyumlu çalışmalar ve meta-analizler göz önünde bulundurulmalıdır.[26]

Kendine zarar verme davranışının yaygınlığının cinsiyete göre farklı olup olmadığına ilişkin çalışma bulguları çelişkilidir. Yapılan bir gözden geçirme çalışmasında kendine zarar verme davranışının kızlar arasında daha fazla olduğu bildirilirken, herhangi bir farklılık bulunmadığını rapor eden çalışmalara da rastlanmaktadır. Yakın zamanda yapılan bir meta analiz çalışması ergen ve erişkin kadınların kendine zarar verme davranışında bulunma eğilimlerinin erkeklere göre daha fazla olduğunu bulmuştur.[36–39] Ülkemizde yapılan bir çalışmada kendine zarar verme davranışında cinsiyetler arası fark rapor edilmemiştir.[26,33]

2.1.4. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Ergenlerde kendine zarar verme davranışı; psikiyatrik hastalıklar, genetik ve biyolojik nedenler, çevresel ve ailesel etmenler ve bireysel faktörler sonucunda ortaya çıkabilmektedir.[40]

2.1.4.1. Psikiyatrik Bozukluklar

Kendine zarar verme davranışına özgü bir psikiyatrik bozukluk tanımlanmamıştır. Birbirinden farklı psikiyatrik bozuklukta KZVD görülebilmektedir.[41] Duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, disosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozukluğu KZVD olan ergenlerde görülen en sık psikiyatrik bozukluklardır.[42]

Jacobson ve Gould [42] sistemik gözden geçirme çalışmalarında kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde en yaygın komorbid tanı olarak %41.6-58 oranlarla majör depresyonu bildirmişlerdir. Diğer depresif bozukluklar da eklendiğinde bu oran %88.9'a çıkmaktadır.[42] Kendine zarar veren ergenlerle yapılan toplum örneklemli çalışmalarda depresif belirtiler ölçeklerle değerlendirilmiş, KZVD olan ergenlerde depresif belirtiler sağlıklı ergenlere göre anlamlı olarak fazla bulunmuş ve depresif belirtiler kendine zarar verme için bir risk faktörü olarak saptanmıştır.[43] Toplum örneklemli bir araştırmada kendine zarar veren ergenlerin %63'ü majör depresyon tanısı almıştır.[44] 2021 yılında yapılan bir sistematik gözden geçirme çalışmasında depresyon ergenlerde tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışıyla ilişkili bulunmuştur.[45] Kendine zarar veren ergenlerde bipolar duygudurum bozukluğu tanısını değerlendiren klinik örneklemli çalışmalarda

bipolar bozukluk oranları %37-51.7 arasında bulunmuş, oranlar arasındaki farkın tanı kriterlerindeki farklılıkla ilişkili olduğu belirtilmiştir.[42]

KZVD olan ergenlerde yapılan klinik örneklemli çalışmada ergenlerin %39'unda; toplum örneklemli bir çalışmada ise ergenlerin %37'sinde bir anksiyete bozukluğu saptanmıştır.[4144] Yapılan toplum örneklemli başka çalışmalarda anksiyete düzeyi ölçeklerle değerlendirilmiş, anksiyete belirtileri KZVD olan ergenlerde sağlıklı ergenlere göre anlamlı olarak fazla bulunmuş ve anksiyete kendine zarar verme için bir risk faktörü olarak saptanmıştır.[3743] Çalışmalarda anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozukluklarında görülen bozulmuş duygu düzenleme becerileri ve ergendeki olumsuz kendilik algısının kendine zarar verme davranışına yol açabileceği ifade edilmiştir.[46]

Yıkıcı davranış bozuklukları (davranım bozukluğu ve karşı olma karşı gelme bozukluğu) kendine zarar veren ergenlerde kaygı bozukluğu ve depresif bozukluklar kadar iyi ele alınmamıştır.[47] Kendine zarar veren ergenlerin değerlendirildiği klinik örneklemli çalışmalarda yıkıcı davranış bozuklukları ergenlerin %24-63'ünde saptanmıştır.[4148] Ayrıca ülkemizde kendine zarar veren ergenlerin dahil edildiği toplum örneklemli bir çalışmada yıkıcı davranış bozukluğu sıklığı %25 olarak bulunmuştur.[49] Yapılan başka bir çalışmada ise hem davranım bozukluğu belirtilerinin hem de karşı olma karşı gelme bozukluğu belirtilerinin kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğu görülmüştür.[47]

Kendine zarar verme davranışı etiyolojisinde disosiyasyona merkezi roller veren görüşler bulunmaktadır [50]. Disosiyatif belirtilerin ergenlerdeki kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi yapılan adli, klinik ve toplum örneklemli çalışmalarda ortaya konulmuştur.[51–53] Ergenlerle yapılan bir çalışmada TSSB'nin yeniden yaşantılama, kaçınma ve disosiyatif belirtilerinin, çocukluk çağı cinsel istismarı ile KZVD arasındaki ilişkiye bağımsız olarak aracılık ettiği saptanmıştır.[54]

KZVD ve yeme bozukluğunun birlikte ortaya çıkışına ilişkin çalışmaların gözden geçirilmesinin ardından Svirko ve Hawton[55], yeme bozukluğu olan bireylerde KZVD sıklığının %25 ila %55 arasında değiştiğini; KZVD olan bireylerde yeme bozukluğu oranının ise %54 ile %61 arasında değiştiğini belirtmişlerdir.[56] Yapılan başka bir çalışmada bulimiya nervosa tanılı bireylerin %26-55'inde, anoreksiya nervosa tanılı bireylerin %27-61' inde kendine zarar verme davranışı saptanmıştır.[57] Yeme ataklarının ve kusmaların kendine zarar verme davranışlarında da rol alan yetersiz duygu regülasyonu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.[58] Ülkemizde yapılan bir alan çalışmasında ergen yeme

tutumları değerlendirilmiş, uygunsuz yeme tutumları olan ergenlerin %11.7'sinde KZVD saptanmıştır. Bu oran sağlıklı ergenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.[59]

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %25-33'ünde KZVD öyküsü bulunmaktadır.[57] Kendine zarar veren ergenlerle yapılan klinik örneklemli bir çalışmada, ergenlerin %60'ında bir madde kullanımı saptanmıştır.[41] Yedi Avrupa ülkesinin dahil olduğu çok merkezli bir çalışmada, KZVD olan ergenler kendine zarar verme epizotlarının %20'sinde alkol etkisinde olduklarını, %13'ünde madde etkisinde olduklarını bildirmişlerdir.[60] Alkol ve madde kullanımının bireyin kendine yönelik şiddet davranışlarını arttırabileceği ifade edilmiştir.[61]

Ergen yaş grubundaki bireylere kişilik bozukluğu tanısı koyulamasa da kendine zarar veren ergenlerle klinik örneklemde yapılan çalışmalarda sınırda kişilik bozukluğu belirtileri %37-52 oranında saptanmıştır.[48] İtalya'da yapılan bir çalışma ergenlerde KZVD ile sınırda kişilik bozukluğu semptomları arasında güçlü bir ilişki bulmuştur.[62] Hem sınır kişilik bozukluğunda hem de kendine zarar verme davranışında olumsuz kendilik algısı ve düşük duygu düzenleme becerilerinin temel çekirdek özellikler olarak yer alması iki durum arasındaki güçlü ilişkiyi açıklamak için kullanılmıştır.[46]

2.1.4.2. Genetik ve Nörobiyolojik Sebepler

Kendine zarar verme davranışının etiyolojisinde genetik ve nörobiyolojik nedenler yer almaktadır. Yapılan ikiz çalışmalarında özellikle kızlarda KZVD kalıtımı yüksek saptanmış; KZVD olan bireylerin yakınlarında kendine zarar verme riski 3 kat, intihar riski 4 kat fazla saptanmıştır.[63]

Nörobiyolojik açıdan kendine zarar verme davranışı ele alındığında; bağımlılık ve ağrı ile ilişkisinden dolayı endojen opioidler; agresyon ve impulsif doğasından dolayı serotonin, kompulsif doğasından dolayı da dopamin üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Ayrıca, hipotalamo- pitüiter-adrenal (HPA) aksta, emosyonel, sosyal ve fiziksel olumsuz uyaranın işlenmesinde nöral anormalliklere işaret eden çalışmalar mevcuttur. Ancak yapılan çalışmalara rağmen kendine zarar verme davranışının nörobiyolojik yönü henüz net olarak anlaşılmış değildir.[26]

Endojen Opiyatlar

Kendine zarar verme davranışında endojen opiyatların etkisini açıklamaya çalışan iki önemli ve farklı hipotez öne sürülmektedir. İlk hipoteze göre kendine zarar veren kişi

kendi endojen opiyatlarına bağımlı hale gelir ve bu davranışını sürdürerek vücudundaki endojen opiyat düzeyini arttırmaya çalışır [64]. İkinci hipoteze göre ise; endojen opiyatlar bireyin ağrı eşiğini yükselterek, kendine zarar verme davranışı esnasında duyulan ağrı hissini önlemektedir.[65] Yapılan çalışmalarda endojen opiyatlar, kendine zarar veren kişilerde düşük saptanmıştır.[6667] Çalışmaların ayrıntıları incelendiğinde β-endorfin ve met-enkefalin düzeyleri, KZVD öyküsü olan ergenlerde sağlıklı kontrollere göre daha düşük bulunmuştur.[6668]

Yapılan çalışmalarda, bireyin endojen opiyat düzeylerini artırarak uyuşukluk ve disosiyasyondan kurtulma ve pozitif duygu yaratma amacıyla kendine zarar verdiği öne sürülmüştür.[6869] Ayrıca ülkemizde 2022 yılında kendine zarar veren ergenler ile yapılan bir çalışmada, sağlıklı kontrollere göre KZVD olan ergenlerde plazma β-endorfin düzeyleri daha düşük bulunurken, plazma met-enkefalin düzeyleri arasında fark bulunmamıştır. Aynı çalışmada, katılımcıların depresyon düzeyleri ile plazma β-endorfin düzeyleri arasında zıt yönlü bir ilişki saptanmıştır.[70]

Serotonin

İntihar davranışında olduğu gibi intihar niyeti olmayan kendine zarar verme davranışlarında da BOS serotonin düzeylerinde azalma bildirilmiştir.[71] Kendine zarar verme davranışının yaygın görüldüğü Sınırda Kişilik Bozukluk tanılı bireylerde serotonin geri alım inhibitörlerinin kendine zarar verme davranışını azalttığı gösterilmiştir.[72] KZVD olan kız ergenlerde yapılan bir çalışmada periferik serotonin düzeyleri kontrol grubuna kıyasla düşük bulunmuştur.[69] Yetişkin örneklemde yapılan bir çalışmada ise serotonin metaboliti olan 5- hidroksi indol asetik asit düzeyleri beyin omurilik sıvısında ölçülmüş, KZVD olan bireylerde kontrol grubuna kıyasla BOS 5- hidroksi indol asetik asit düzeyleri farklı bulunmamıştır.[66]

Yapılan başka bir çalışmada majör depresyon tanısı olan 21 hastasının BOS 5- hidroksi indol asetik asit düzeyleri ve hastalarda kendine zarar verme davranışları değerlendirilmiştir. 21 hastanın 5'inde kendine zarar verme davranışı olduğu görülmüş, bu 5 hastanın BOS 5- hidroksi indol asetik asit düzeyleri kendine zarar verme davranışı olmayan 16 hastaya göre önemli ölçüde daha düşük bulunmuştur.[73] Yapılan bazı çalışmalarda ise düşük serotonin düzeylerinin bireyde irritabiliteye yol açtığı ve bu durumun da bireyde KZVD ve intihar davranışına yol açabileceği ifade edilmektedir.[23]

Dopamin

Kompulsif ve stereotipik KZVD görülen Lesch-Nyhan Sendromunda, dopaminerjik sistem bozukluğu ve dopamin reseptör aşırı duyarlılığının KZVD ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür.[74] Entelektüel yeti yitimi ve otizm spektrum bozukluğu olan olgularda tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışının dopamin ile bağlantılı olduğu bulunmuştur.[75] Yapılan hayvan deneylerinde de postsinaptik dopamin D1 ve D2 reseptör duyarlılığının KZVD ile ilişkili olduğu saptanmıştır.[76] Buna karşın intihar niyeti olmadan kendine zarar veren bireylerin beyin omurilik sıvısında ölçülen dopamin metaboliti olan homovalinik asit düzeylerinin kontrol grubundan farklı olmadığı bildirilmiştir.[66]

Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal (HPA) Aks

Erken çocukluk döneminde olumsuz ve travmatik olaylara maruziyetin, bireylerin HPA ekseninde ve ağrı modülasyonunda bozukluklara yol açtığı aynı zamanda bu iki sistemin duygu düzenleme becerileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.[77] Ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcılara deneysel bir sosyal stres programı uygulanmış, program sonrasında HPA eksenindeki düzensizlik KZVD ile ilişkili bulunmuştur.[78] Ayrıca kız ergenler ile yapılan bir çalışmada azalmış post-deksametazon kortizol düzeyleri ile KZVD arasında ilişki bulunmuştur.[79]

2.1.4.3. Ailesel ve Çevresel Faktörler

Aileye ilişkin özellikler de KZVD etiyolojisinde yer alan faktörlerden biridir. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin sırlarını aileleriyle daha az paylaşımda bulunduğu bildirilmiştir.[80] Yapılan aile izlem çalışmalarına göre ergenin ailesinden ayrı yaşaması, ergenin çocukluğunda kısa süreli de olsa ailesinden ayrı kalması veya ebeveynlerinin boşanmış olması KZVD riski ile ilişkili bulunmuştur.[81] Yüksek davranış kontrolü ve düşük ebeveyn desteğini yansıtan ebeveynlik stillerinin de KZVD gelişimi için risk faktörü olduğu saptanmıştır. Kendine zarar veren bireylerin ailelerinde de KZVD öyküsüne sık rastlanmaktadır.[82] Aile bireylerinde alkol veya madde kullanım bozukluğu, psikopatoloji varlığı ergenlerde KZVD ile ilişkili bulunmuştur.[83,84] Ayrıca kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin annelerinin daha fazla oranda intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir.[85]

Kendine zarar veren ergen ve yetişkinlerle yapılan pek çok çalışma kendine zarar verme davranışı ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki olduğunu bildirmiştir. Çocukluk döneminde fiziksel istismar ve duygusal ihmale uğrayan bireylerde KZVD daha sık görülmektedir. Cinsel istismarın da KZVD için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmaların çoğunda KZVD olanlarda, olmayanlara göre daha sık cinsel istismar öyküsü bildirilmiştir.[84] Bir çalışmada istismar ve KZVD arasındaki ilişkide duygu düzenleme becerilerinin bozulmasına vurgu yapılmıştır.[36]

Ergenlerin akranlarının etkisiyle madde kullanımına başladığı, şiddet ve diğer riskli davranışlarda bulunduğu bilinmektedir. Kendine zarar veren ergenlerin bir kısmında bulaşma etkisinin kendine zarar verme davranışına yol açtığı, bu ergenlerin kendisiyle ortak ilgi alanları olan yaşıtlarıyla arkadaşlık kurmak veya arkadaşlarının etkisinde kalarak onlarınkine benzer sosyalleşme süreçleri sonucunda kendine zarar verme davranışında bulunabildikleri bildirilmiştir.[7] Yapılan bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %82'si en az bir tane kendine zarar veren arkadaşı olduğunu bildirmiştir.[86] Kızların ve yaşı küçük ergenlerin bulaşma etkisine daha çok maruz kaldığı belirtilmektedir.[7] Ayrıca ergenin okulda zorbalığa maruz kalması, arkadaş ilişkilerinde sorunları olması, polisle başının derde girmesi ve suça karışması da kendine zarar verme davranışı için diğer yatkınlaştırıcı etmenler arasında görülmektedir.[87]

2.1.4.4. Bireysel Faktörler

Ergenlerde kendine zarar verme davranışında sosyodemografik değişkenlerden kız cinsiyette olmak ve ergen yaş grubunda olmak risk faktörleri arasında bulunmuştur.[88] Ayrıca etnik köken ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda beyaz ırk KZVD ile ilişkili bulunmuştur.[89] Ancak cinsiyet ve etnik köken ile ilgili çalışmaların çelişkili olabileceği de belirtilmektedir.[42]

Kendine zarar veren bireylerin vermeyen bireylere kıyasla günlük yaşamlarında daha sık ve şiddetli olumsuz duygulanım yaşadıkları, olumsuz mizaç özelliklerine sahip oldukları, duygu düzenlemede güçlükler yaşadıkları, depresyon ve kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir.[46] Yakın zamanlı klinik ve toplum örnekleminden farklı yaş gruplarında yapılmış çalışmaların derleme ve meta-analizlerinde, KZVD sergileyenlerde, sergilemeyenlere göre daha yüksek düzeyde dürtüsellik seviyeleri saptanmıştır.[90] Ayrıca,

dürtüselliğin belirgin olduğu diğer psikiyatrik durumlar olan alkol madde bağımlılığı ve tıkınırcasına yemek bozukluğunda KVZD daha sık görülmektedir.[89]

Çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerin sağlıklı ergenlere göre sosyal problem çözme becerilerinin daha düşük, stresli durumlar karşısında daha az dayanıklı oldukları ve problemler karşısında fizyolojik olarak yüksek stres düzeylerine ulaştıkları gösterilmiştir.[91] Ayrıca bu ergenlerde kendini aşırı eleştirme, kendinden hoşlanmama, kendine yöneltilmiş yoğun öfke bulunmaktadır. Kendini cezalandırma isteği ve kendine öfke duyma KZVD için güçlü motivasyon oluşturmakta ve KZVD olumsuz kendilik algısını artırırken, özsaygıyı azaltarak süreç içinde ergen için kısır bir döngü oluşmaktadır. Son olarak KZVD olan ergenlerin yaşadıkları deneyimlere uygun duygulanımlar yaşamadıkları, duygulanımlarını uygun şekilde ifade edemedikleri ve duygularının tam olarak farkında olmadıkları gösterilmiştir.[46]

2.1.5. Kendine Zarar Verme Davranışı Yöntemleri

Kendini kesme, yakma, tırnaklama, yara yeriyle oynama, çarpma, vurma, deriye sembol veya şekil kazıma ve iğne batırma sık görülen kendine zarar verme davranışı yöntemleri arasında sayılabilir.[9227] Toplum örneklemine kıyasla klinik örneklemlerde kullanılan kendine zarar verme çeşitliliği daha fazladır.[42] Çalışmalarda en sık kullanılan yöntemler olarak kendini kesme, vurma, çarpma, kazıma ve tırnaklarıma rapor edilmiştir. Kızlarda daha çok kendini kesme davranışları mevcutken erkeklerde daha çok kendine sert bir cisimle vurma, kendini bir yere çarpma, yakma davranışları saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada en sık kendine sert bir cisimle vurma bildirilirken kendini kesme bir diğer sık kullanılan yöntemdir.[3326]

2.1.6. Kendine Zarar Verme Davranışı İşlevleri

Literatürde kendine zarar verme davranışı için işlevler tanımlanmıştır. Bunlardan en bilineni 2004 yılında Nock ve Prinstein'in[93] tanımladığı dört faktör modelidir. Bu model entelektüel yeti yitimi olan hastalarda bulunan stereotip kendine zarar verme davranışlarıyla ilgili deneysel çalışmalardan alınmıştır. Bu modelde, iki boyut arasında farklılık gösteren dört işlev önerilmiştir.[93] Kendine zarar verme davranışı, bireyin huzursuzluk halinde veya diğer olumsuz durumlarında azalmaya neden olursa otomatik negatif pekiştirme; olumlu duygular yarattığı veya istenen durumları oluşturduğunda

otomatik olumlu pekiştirme işlevi görür. Yani kendine zarar verme davranışı her iki durumda duygu yaratma işlevi görür. Bireylerin kişilerarası taleplerden kaçınmasını sağlayan işlevi sosyal negatif pekiştirme; sosyal desteği artırma veya çevresinden tepki almaya çalışma işlevi ise sosyal pozitif pekiştirme olarak tanımlanır.

Klonsky ve Muehlenkamp [94] ise 2007 yılında KZVD işlevlerini anlamaya yönelik farklı bir model önermiştir. Bu modele göre KZVD işlevleri otonom ve sosyal işlevler olarak ikiye ayrılmış ve her işlevin alt grupları belirlenmiştir. Otonom işlevler beş alt işleve, sosyal işlevler ise sekiz alt işleve ayrılmıştır.[94]

A. Otonom İşlevler

1. Duygu Düzenleme: Kendine zarar verme davranışının en yaygın işlevi duygu düzenleme olarak yayında yer almaktadır. Birey yoğun, katlanılması zor, dayanılmaz olumsuz duygularını azaltmak için kendine zarar verme davranışı sergileyebilir. Kendine zarar verme davranışının akabinde bu olumsuz süreç sönümlenir, yerini rahatlama ve sakinlik alır.

2. Sıkıntıyı Etiketleme: Bireyler yaşadıkları stresli süreçleri somutlaştırmak için kendilerine zarar verebilirler.

3. Disosiyasyonu Önleme: Kendine zarar veren bazı bireyler disosiye olabilirler. Disosiyasyona uğrayan bireyler, gerçeklik algılarını yitirebilirler veya hiçbir şey hissetmediklerini ifade edebilirler. Kendine zarar verme davranışı, bireylerin yeniden gerçek hissetmesini sağlayacak duygusal veya fiziksel duyumlar üretmesinin bir yolu olabilir.

4. Kendini Cezalandırma: Olumsuz kendilik imajı olan birey stres altındayken, hissettiği olumsuz duygular karşısında kendisini cezalandırmak amacıyla zarar verme davranışını sergileyebilir.

5. İntiharı Önleme: Bazen bireyler intihar düşüncelerine direnmek için kendilerine zarar verme davranışları sergileyebilir. Bireyler intihar arzusuna karşı kendine zarar verme davranışını uzlaşmacı bir yol olarak kullanabilir.

B. Sosyal İşlevler

1.Kişiler Arası Sınırlar: Birey, kendisi ile diğerleri arasındaki ayrımı doğrulamak ya da kendi kimliğini veya özerkliğini vurgulamak amacıyla kendisine zarar veren davranışlar sergileyebilir.

2.Kişiler Arası Etkileşim: Bireyler bazen diğerlerinden ilgi, destek veya yardım almak için ya da diğerlerinin davranışını kontrol etmek için kendilerine zarar verebilir ve bu yolla diğerleri ile iletişim kurabilirler.
3. Heyecan Arama: Bireyler bazen heyecan ve coşku duyguları hissedebilmek için kendine zarar verme davranışını bir araç olarak kullanabilirler.
4. İntikam Alma: Kendine zarar verme davranışı sergileyerek birey, diğerlerinden öç almak isteyebilir veya hıncını bu şekilde çıkarabilir.
5. Akranlarla Bağ Kurma: Bireyler akranlarına uyum sağlamak veya arkadaşlık bağı kurmak amacıyla kendilerine zarar verebilirler.
6. Dayanıklılık: Bireyler kendilerine veya çevresindekilere acıya karşı dayanıklı olduklarını ve güçlü olduklarını KZVD yoluyla gösteriyor olabilirler.
7. Özerklik: Bireyler kendilerine veya çevresindekilere kendilerine yettiklerini ve kimseye ihtiyaç duymadıklarını KZVD yoluyla ifade ediyor olabilirler.
8. Kendiyle İlgilenme: Bireyler zarar verici davranışlar sonucu oluşan fiziksel hasar sayesinde, kendilerine daha fazla odaklanıyor olabilirler.

Otonom işlevler hem klinik hem de toplumsal ergen örnekleminde en yaygın kullanılan işlevlerdendir.[9596] Farklı KZVD işlevleri bireyler tarafından bildirilse de duygu düzenleme işlevi bildirilen en yaygın alt işlevdir.[97] Ülkemizde yapılan bir çalışmada, gençlerin ilk etapta sosyal işlevler üzerinden kendilerine zarar vermeye başladıkları, süreç içinde otonom işlevler üzerinden davranışlarına devam ettikleri saptanmıştır.[98]

2.1.7. Değerlendirme

Kendine zarar verme davranışı, bireyin kendisi ve çevresi üzerinde yarattığı olumsuz sonuçlar nedeniyle etkin bir biçimde değerlendirilip tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Kendine zarar veren her çocuk veya ergen, ilk olarak KZVD'nin tekrarlaması ve intihar riski açısından değerlendirilmelidir. İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE-National Institute of Health and Clinical Exellence) 2022 yılı kılavuzunda, kendine zarar verme davranışında bulunan bireylerin kişisel risk durumu ve ihtiyaçlarının değerlendirilmesinin önemi vurgulanmıştır.[99]

Yapılan değerlendirmede günümüzde ve geçmişte sergilenen zarar verici davranışın sayısı, niteliği ve birey için işlevi, geçmiş intihar düşünce, plan ve girişimleri, bireyin duygulanımsal özellikleri ve KZVD ile ilişkisi, psikopatoloji varlığı ve KZVD ilişkisi,

KZVD'yi tetikleyen bireysel ve çevresel faktörler, KZVD riskini artıran ve azaltan etmenler, bireyin entelektüel ve dürtü kontrol kapasitesi, bireyin koruyucu faktörleri ayrıntılı bir biçimde ele alınmalıdır. Ayrıca bireyin güçlü yanları, baş etme becerileri, ruhsal ve fiziksel hastalıkları, psikososyal işlevselliği, mevcut yaşam zorlukları, sosyal yardım ve destek sistemleri ve ilaç tedavi gerekliliği ayrıntılı şekilde değerlendirilmelidir. Ek olarak gencin aile öyküsü ve korunmaya muhtaçlık durumu açısından değerlendirilmesi de önemli görülmüştür.[99]

2.1.8. Tedavi

Çocuk ve ergenlerde KZVD tedavisinde psikoterapötik müdahaleler, psikofarmakolojik tedaviler ve kombine tedaviler uygulanabilmektedir.[100] Ancak ne psikoterapötik müdahaleler ne de psikofarmakolojik tedaviler bu davranışın sonlanmasında kesin bir yöntem değildir.[101] Tedavi ekibinin uygulayacağı terapötik değerlendirmeler, ergenlerin tedavi motivasyonunu arttıran bir faktör olabilir.[102,103] Kullanılacak tedavi yöntemi ne olursa olsun ergen ve ailesine KZVD hakkında etkin bir psikoeğitim ilk aşamada verilmelidir. Ergene KZVD hakkında net bilgi vermek, ergen ile kriz sırasında uygulayacağı stratejileri tasarlamak ve ergenin problem çözme becerilerinin desteklenmesi tedavi sürecini kolaylaştırabilir.[104]

2.1.8.1. Terapiler

Literatür incelemeleri ve klinik kılavuzlar, KZVD tedavisinde altta yatan depresyon ve anksiyete gibi nedenlerin farmakolojik tedavisiyle birlikte psikoterapiyi önermektedir. Ancak hangi spesifik terapi yönteminin önerildiği konusunda net bir fikir birliği yoktur.[101]

Bilişsel Davranışçı Terapilerin (BDT) temeli, "kişinin nasıl düşündüğü, nasıl hissettiği ve nasıl davrandığını belirgin şekilde etkiler" teorisine dayanmaktadır.[105] Bu terapi bakış açısına göre KZVD gibi uyumsuz davranışlar, hatalı düşüncelerden ve duygu düzenleme becerisi, problem çözme becerisi gibi bireysel beceri eksikliğinden kaynaklanır. KZVD olan ergenlerde BDT, bilişsel çarpıtmaları fark etmeye, sorun çözme becerilerini arttırmaya ve bilişsel yeniden yapılandırmayı sağlayabilmeye yarar.[106]

Diyalektik Davranışçı Terapiler (DDT), Linehan tarafından geliştirilen ve sınırda kişilik bozukluğu olan hastalarda duygu düzenleme güçlüklerini iyileştirmeyi ve bunların altında yatan nedenleri bulmayı hedefleyen bir terapi yaklaşımdır.[26] Erişkin sınırda kişilik

bozukluğu hastalarında çok etkili görülen DDT, DDT-A olarak ergenler için modifiye edilmiştir. DDT, problem çözme eğitimi, beceri eğitimi, bilişsel değişim eğitimi, farkındalık tekniklerini birleştirerek bireylerin duygularını, düşüncelerini, davranışlarını değiştirmeden, bastırmadan veya bunlardan kaçınmaya çalışmadan kabul etmelerini destekleyen bir terapi şeklidir.[107] DDT'de, bireylerin kendi duygularını daha iyi düzenlemesini sağlamak, zorlayıcı düşünce ve duyguları daha tolere edilebilir hale getirmek, kendi düşünce ve duygularını kontrol etmede daha başarılı olmak ve KZVD'nin hemen öncesinde ortaya çıkan yoğun ve bunaltıcı duygularla başa çıkabilme becerilerini iyileştirmek hedeflenir.[108] Böylece gencin duygusal farkındalığı artar ve zorlayıcı durumlara karşı uyumlu baş etme becerileri geliştirebilir.[26]

Zihinselleştirme temelli terapi (Mentalization Based Therapy- MBT), bireyin "zihinselleştirme becerilerini" iyileştirmeyi, bunu da kendisinin ve başkalarının düşünce ve duygularını anlama ve doğru anlamlandırmaya odaklanarak yapmayı hedefler.[109] Bu terapiye göre kendine zarar verme davranışında bireyin zihinselleştirme becerilerinde başarısızlık söz konusudur. Birey kendi duygularını ve karşısındaki ile ilgili ilişkiyi doğru anlamlandıramaz, kendisine yabancılaşabilir ve buna karşı kendine zarar verme davranışını sergileyebilir. MBT-A erişkin için kullanılan bu terapinin ergen versiyonudur. Genç ile haftalık, aile bireyleri ile aylık veya iki ayda bir görüşme yapılır.[110] Bireysel beceri eğitimleri, aile eğitimleri ve aile bireylerini içeren terapiler ergen KZVD alanında uygulanan diğer terapi yöntemleridir.[106]

2.1.8.2. Farmakolojik Tedaviler

KZVD tedavisinde psikoterapi yönelimli yaklaşımların yanı sıra farmakoterapiler de kullanılmaktadır.[26] Ancak Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi veya Avrupa İlaç Ajansı tarafından KZVD tedavisi için onaylanmış olan bir ilaç yoktur. Bu nedenle tedavi amacıyla kullanılan ilaçlar endikasyon dışı kullanılmaktadır.[101] Atipik antipsikotikler, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI) ve naltreksonun KZVD'yi azaltmada etkin olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur.[111] KZVD'nin dopaminerjik, serotonerjik ve endojen opiyat sistemindeki bozulmalarla ilişkili olduğu bilgisi farmakolojik tedavilerin temelini oluşturur.[104]

KZVD çoğu zaman anksiyete ve depresyon gibi ruhsal bozukluklara eşlik etmektedir. Bu bozuklukların serotonerjik sistem ile ilgili sorunları göz önüne alındığında, KZVD

tedavisinde, eşlik eden anksiyete ve depresif bozukluk eş tanıları varlığında seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) kullanılabilir.[112,113] Dürtüsel doğası nedeniyle KZVD tedavisinde antipsikotik ilaçların kullanılması faydalı olabilir. Atipik antipsikotik ilaçların tedavide daha etkili olduğu bazı çalışmalarda öne sürülmüştür.[114]

Son yıllarda yapılan bir sistematik derleme çalışmasında ilaç tedavilerine dair kanıtlar gözden geçirilmiş, seçici serotonin geri alım inhibitörleri, atipik antipsikotikler, seçici noradrenalin geri alım inhibitörleri, opioidler ve opiyat antagonistleri olmak üzere beş ilaç grubunda deneysel birtakım kanıtlar saptanmıştır. Ancak çalışmada kanıt düzeyinin yetersiz olduğu bildirilmiştir.[111] Yine aynı çalışmada ergenlerde KZVD tedavisinde altta yatan psikiyatrik rahatsızlığın tedavisinin KZVD sıklığını azaltabileceği belirtilmiştir.

2.1.9. KZVD ve İntihar

KZVD ve intihar davranışı, birbirinin devamı iki eylem gibi görünen ancak birbirinden önemli farkları bulunan kişinin kendisine zarar vermesiyle sonuçlanan davranışlardır.[115] KZVD temelinde ölüm amacı taşımaz ve duygu düzenleme gibi işlevleri vardır. Halbuki intihar davranışının temelinde, bireyin yaşamını sona erdirme güdüsü yatar. KZVD intihara göre bedene daha hafif şiddette ancak daha sık gerçekleştirilen bir eylem iken, intiharın şiddeti daha fazla ancak sıklığı daha azdır.[26]

Tablo 2: Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar Arasındaki Farklar[116]

Eylemin Odak Noktası	Kendine Zarar Verme Davranışı	İntihar Davranışı
Amaç	Olumsuz durumlardan kurtulmak	Yaşama son vermek
Fiziksel hasar ve ölümcüllük seviyesi	Küçük fiziksel hasar ölümcül olmayan yöntemler	Ciddi fiziksel hasar ölümcül olan yöntemler
Sıklık	Sıklıkla tekrarlayıcıdır	Nadiren tekrarlayıcıdır
Yöntem Sayısı	Genellikle Birden Fazla	Genellikle Tek Yöntem
Psikolojik Acının Seviyesi	Aralıklı ve rahatsız edicidir	Dayanılmaz ve kalıcıdır
Bilişsel Daralma	Az veya hiç kısıtlama yok	Aşırı daralma olur
Umutsuzluk ve Çaresizlik Duyguları	İyimserlik dönemleri mevcuttur	Sürekli olarak merkezde yer alır
Eylem Sonrası Rahatlama	Rahatlama gevşeme olur	Sıkıntı azalmaz
Araçların Kısıtlanması	Genellikle bireyi kışkırtır.	Genellikle bireyin hayatını kurtarır.
Temel Sorun	Bedene yabancılaşma	Depresyon

Ayırt edici özellikleri olmasına rağmen KZVD ve intihar davranışı arasında karmaşık bir ilişki vardır. Literatürde intihar düşüncesinin kendine zarar verme davranışında risk faktörü olduğu tespit edilmiş, aynı zamanda KZVD olan ergenlerin intihar girişimi açısından risk altında olduğu saptanmıştır.[117,118] Yapılan bir çalışmada KZVD varlığında intihar riski 7 kat fazla bulunmuştur.[119] Başka bir çalışmada ise intihar ve KZVD'nin ortak risk faktörleri, ayrıca depresyon ve dürtüsellik etkileri kontrol edildikten sonra bile, KZVD'nin intihar için risk faktörü olmaya devam ettiği gösterilmiştir.[120]

Joiner[61] bu konuyu ele alan hipotezinde kendine zarar veren bireyin, buna bir süre sonra alıştığını ve ağrı duyusunun azaldığını; böylece daha korkutucu bir eylem olan intihar için cesaret ve motivasyonun arttığını öne sürmüştür; bu nedenle, kendine zarar vermenin intihar davranışının bir öncülü olabileceğini savunmuştur.[61] Başka bir bakış açısına göre kendine zarar verme davranışının işlevleri arasında intihardan kaçınma, intihar dürtüsünü kendine zarar vererek engelleme bulunmaktadır.[46] Bu iki hipotezden yola çıkacak olursak, kendine zarar verme davranışı hem intihar davranışına zemin hazırlayan hem de intihardan kaçınma işlevi gören bir role sahip olabilir. Artan sayıda araştırma KZVD ve intihar davranışı arasındaki ilişkiye odaklanmış olsa da bu iki davranış arasındaki zamansal ilişki ve geçiş ilişkisi henüz net değildir.[121]

2.2. İNTİHAR

2.2.1. Tanımı

İntihar, İngilizce dilinde bulunan *suicide* kelimesinin dilimizdeki karşılığı olarak kullanılan Arapça kökenli bir kelimedir. Bu kelime Latincede ben anlamına gelen *sui* ve öldürmek anlamına gelen *cedere* kelimelerinin birleşmesi sonucu oluşmuştur.[122] İntihar kelimesi ise Arapça'da kurban anlamına gelen *nahr* kelimesinden köken almaktadır.[123] Türk Dil Kurumu intiharı 'bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisiyle kendi hayatına son vermesi' ve 'hayatını tehlikeye düşürecek aşırı davranış veya iş' karşılıkları ile geniş bir anlam yelpazesi içinde tanımlamaktadır.[124] Kelimenin öz Türkçe karşılığı olan özkıyım ise Türk Dil Kurumu sözlüğünde "kişinin bilerek ve isteyerek kendi yaşamına son vermesi" anlamına gelmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü intiharı, intihar eylemi ve intihar girişimi olarak iki grupta ele alır. İntihar eylemi tamamlanmış yani sonucunda ölümün gerçekleştiği davranışı ifade

etmektedir. İntihar girişimi ise ölüm arzusu ile gerçekleştirilen, kişinin kendisine zarar verici bir davranışta bulunması ancak davranışının ölümle sonuçlanmamasını ifade eder.[24]

2.2.2. İntihar ile İlgili Kavramlar

Literatürde intihar davranışına dair çok sayıda terim ve tanımlama bulunmaktadır.[125–127] Terimler arasındaki nüanslar göz ardı edildiğinde hatalı değerlendirmeler ve çıkarımlar olması kaçınılmazdır. Tanımsal ayrımlar intiharın daha sağlıklı ele alınmasını ve literatür değerlendirilmesinde karşılaşılabilecek karışıklıkların önüne geçilmesini sağlar.[124]

Tablo 3: İntihar Davranışı ile İlgili Kavramlar[124]

Terim	**Tanım**
İntihar	Davranışın amacından bağımsız şekilde bireyin ölme ihtimalini bilerek başlattığı ve sürdürdüğü ölümle sonuçlanan davranışların tümü
İntihar davranışı	Bireyin hayatını sonlandırmak amacını içeren düşünce, plan ve girişimleri kapsayan davranışlardır.
Aktif intihar düşünceleri	Bireyin kendi hayatını sonlandırma amaçlı eyleme geçme hakkında düşünceleri
Pasif intihar düşünceleri	Ölüm hakkında düşünmek ya da herhangi bir isteği ve planı olmadan ölmüş olmayı dilemek.
İntihar planı	Aktif hazırlık olmaksızın intihar eylemini ne zaman ve nasıl uygulayacağına karar vermek.
İntihar girişimi	Bireyin kendisini öldürmeyi amaçladığı ancak ölmediği zarar verme davranışıdır.
Parasuisid	İntihar niyeti olsun veya olmasın ölümcül olmayan ciddi kasıtlı kendine zarar verme
Ölümcül olmayan kendine zarar verme	Ölüm niyeti barındırmayan kendini yaralama davranışıdır.
Kasıtlı kendine zarar verme	İntihar girişimlerini ve bunun haricindeki kendini yaralama davranışları da kapsayacak şekilde kendine zarar verici her türlü davranış
Hazırlayıcı intihar davranışları	İntihar eylemine hazırlık yapmaktır (silah, ip veya zehir almak ya da halat bağlamak gibi).
Ölüm isteği	Kendini öldürme düşüncesi olmaksızın ölme isteği
Başarısız intihar girişimi	Bireyin intihar eylemine başlaması ancak kendisine herhangi bir zarar vermeden eylemi durdurmasıdır.
Yarıda kalmış intihar girişimi	Bireyin intihar eylemine başlaması ancak bir başkası tarafından kendisine herhangi bir zarar vermesine engel olunması
Tamamlanmış intihar	Ölümle sonuçlanan kasıtlı kendine zarar verme eylemi
İntihar eğilimi	Özellikle iyi hazırlanmış bir intihar planının varlığında belirgin olduğu gibi genellikle intihar düşüncesi veya niyetiyle belirtilen intihar riski

2.2.3. İntihar Davranışını Açıklayan Kuramlar

Yüzyıllardır araştırmacılar, insanın neden kendisini öldürdüğü sorusuna sistematik yanıtlar aramaya çalışmış ve bunun sonucunda bir dizi kuram geliştirmiştir. Bu teorik yaklaşımlarla intihar açısından risk altındaki bireylerin daha iyi tespit edilmesinin yanı sıra intihar davranışına yönelik etkili bir müdahale geliştirilmesi de amaçlanmaktadır.[128]

İntihar davranışını açıklayan psikolojik kuramlar birinci ve ikinci nesil intihar kuramları olarak ikiye ayrılmaktadır. Birincil nesil intihar kuramlar, intihar davranışını açıklayan psikolojik teorik çalışmaların ilk öncülleridir ve sonraki araştırmalara temel olan kuramlardır. 2000'li yıllardan itibaren ortaya çıkan ikinci nesil kuramlar ise intihar düşüncelerine yol açan faktörlerle intihar eylemi arasındaki ayrımı vurgulamaktadır.[129]

Tablo 4: İntihar Davranışını Açıklayan Psikolojik Kuramlar[129]

Birinci Nesil Kuramlar	**İkinci Nesil Kuramlar**
Psikanalitik Kuram (Freud, 1923)	Kişiler Arası İntihar Kuramı (Joiner, 2009)
Ruhsal Kuram (Shneidman, 1993)	Üç Aşamalı İntihar Kuramı (Klonsky ve May, 2015)
Umutsuzluk Kuramı (Beck, 1985)	Bütünleyici Güdüsel – İradesel Kuram (O'Connor, 2011)
Kaçış Kuramı (Baumeister, 1990)	Değişken Yatkınlık Kuramı (Rudd, 2006)

2.2.3.1. Birinci Nesil İntihar Kuramları

2.2.3.1.1.Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramın kurucusu Sigmund Freud Yas ve Melankoli isimli eserinde intihar kavramını ele almıştır. Bireyin öfke gibi yıkıcı bir duyguyu gerçek nesneler yerine kendine yönlendirmesi intiharı beraberinde getirmektedir. Ruhsal aygıtın parçaları arasında meydana gelen çatışma benlikte yıkıma neden olabilmektedir. Freud'a göre süperegonun sadistik saldırıları egoyu intihara sürüklemektedir.[130][131]

İlk kez Freud tarafından ifade edilen ölüm dürtüsü kavramını detaylandırarak ele alan Karl Meninger intiharı bu kavramla açıklamaya çalışmıştır. Fiziksel ve ruhsal iyilik hali yaşam ve ölüm dürtülerinin makul bir oranda kaynaşmasına bağlıdır. İntihar ise bu dürtülerin kaynaşmasında yaşanan sorunun en sancılı biçimidir. Kaynaşamayan bu iki dürtüden ölüm dürtüsü yaşam dürtüsünü bastırır ve sonucunda intihar eğilimi ortaya çıkar.

Bu kurama göre intihar eden birey öldürme isteği, öldürülme isteği ve ölme isteği olmak üzere üç temel güdüyle hareket etmektedir.[128]

Melanie Klein da intiharı açıklarken ölüm dürtüsü kavramını merkezine almıştır. Bebeğin ihtiyacını karşılayan anne parçası "iyi nesne" olarak, bu ihtiyacı karşılamayan veya karşılayamayan parça "kötü nesne" olarak içe alınmaktadır. Bu içsel kötü nesneler ölüm dürtülerinin temsili haline gelmektedir. Birey kendisini ve iyi nesnelerini yok olmaktan korumak için kötü nesneye saldırma eğilimindedir. Klein'a göre intihar davranışı kötü nesnelerden kurtulma amaçlı bilinçdışı bir süreçtir. Diğer bir deyişle intihar; içselleştirilmiş iyi nesneleri korumak uğruna ve kendini yok etme pahasına bireyin kötü içsel nesnelerden kurtulma girişimidir.[130]

Bazı psikanalistler intihar kavramını nesneden bağımsız bir biçimde egonun öldürülmesi şeklinde yorumlamıştır. Donald Winnicott intiharı kendilik ve kişilikle ilişkili bir durum olarak görür. Winnicott'a göre sahte benliğin gölgesinde kalan, gerçek kendiliğin/benliğin rehberliğinde davranamayan birey yaratıcılığını, otoritesini ve bağımsızlığını kaybeder. Sahte benlik yüzünden birey kendi ihtiyaçlarından, başkaları uğruna vazgeçer ve gerçek benlik yok olma tehlikesi ile baş başa kalır. Birey bu tehlikenin üstesinden gelebilmek için gerçek benliğini otorite haline getirmeye çabalar. İntihar eden kişi eylemin sonucunda bütün benliğini yok ediyor olsa dahi gerçek kendiliğini aşağılamaktan korumak ister. Bu bağlam içinde Winnicott intihar davranışını mantıklı, hedef-odaklı ve anlamlı bir eylem olarak görür.[132]

Heinz Kohut, intihar eylemini süperegonun egoya saldırmasından ziyade, ızdırap içindeki egonun kendiliği uzaklaştırma çabası olarak ele almış ve bu çabanın utanç ve hayal kırıklığı yaratan başarısızlıkları yok etmeye çalıştığını ifade etmiştir. Bireyin kusurluluk algısı ve utanç hissinden kurtulma isteği intihar ederek doyuma ulaşır. Ayrıca bireye ait kendilik nesnenin olmaması durumunda, parçalanma kaygısı oluşur. Birey bu kaygıyı intihar davranışı sayesinde dindirmeye çalışır.[133]

2.2.3.1.2. Ruhsal Kuram

Shneidman intihar davranışını bireyin ruhsal acı olarak tanımlanan acı verici bir psikolojik durumun sebep olduğu katlanılmaz işkenceden kaçma teşebbüsü olduğunu ileri sürmektedir. Söz konusu kurama göre bireyin yaşadığı ruhsal acı ile intihar riski arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır. Ruhsal acının artması ya da acıyı dindirecek,

hafifletecek seçeneklerin azalması ve/veya ortadan kalkması durumunda bireyin intihar riski artar. Ruhsal acı şiddetlenip katlanılmaz hale geldiğinde bireyde rahatsızlık ve huzursuzluk artar duyduğu rahatsızlık seviyesi yükselir. Shneidman'a göre ruhsal acıyı dindirme çabası ve duyulan huzursuzluğun üstesinde gelme baskısı bireyi intihar davranışına sürükler.[130]

2.2.3.1.3. Umutsuzluk Kuramı

İntihar davranışını açıklayan başka bir kuram da özellikle bilişsel süreçleri merkeze alan umutsuzluk kuramıdır. Bu kuram, Beck ve arkadaşları tarafından, temelde depresyon ve intihar arasındaki ilişkiden yola çıkılarak ortaya konulmuştur. Bu kurama göre depresif bireyleri intihara yatkın hale getiren en temel unsur umutsuzluktur.[124] Beck depresyonda bilişsel üçlü denilen bir durumdan bahseder. Buna göre depresyondaki birey kendisini, dünyayı ve geleceği olumsuz olarak görmektedir. Birey kendisini değersiz, iyi hiçbir şeye layık olmayan biri olarak görürken; dünyayı bir azap yeri, geleceği ise beklentilerini karşılamaktan yoksun bir zaman dilimi olarak görmektedir. Umutsuzluk bilişsel üçlünün her üç yönüne de yayıldığını ifade etmektedir.[131] Büyük umutsuzluk içinde olan ve daha fazla acı çekmek istemeyen birey, içinde bulunduğu olumsuz durumdan kaçmak ister. Ölüm yaşamdan daha cazip hale gelir. İntihar davranışında bulunan birey kendi hayatına son vermeyi umutsuz ve çözümsüz durumunu çözmenin tek yolu gibi algılar.[124]

2.2.3.1.4. Kaçış Kuramı

Baumeister [134] tarafından geliştirilen kaçış kuramı (1990) intihara giden süreci açıklamak için teorik bir model sunmaktadır. Bu kuramda birey olumsuz koşullar ve ruhsal zorluktan kaçınmak amacıyla nedensel zincirlerle bağlı altı ardışık aşama sonucunda intihar davranışında bulunmaktadır. Birinci aşamada bireyin içinde bulunduğu mevcut koşullar kendi standartlarını karşılayacak nitelikte değildir. Bu karşılamama inancı kişinin yüksek beklentilerinden veya stresli yaşam olaylarından kaynaklanabilmektedir. İkinci aşamada birey, yaşadığı olumsuz deneyimlerin sorumlusu olarak kendini görür ve kendini suçlar. Bu suçlama bireyin öz saygısının düşmesine sebep olmaktadır. Bireyin kendine yönelttiği suçlayıcı yaklaşım beraberinde depresyon ve umutsuzluğu da getirmektedir. Üçüncü aşamada yaşanılan hayal kırıklıklarının tüm sorumluluğunu kendine atfetmesi nedeniyle birey kendini yetersiz, çirkin, suçlu algılamaya başlar. Dikkatini olumsuz kendiliği üzerine yoğunlaştıran bireyin ne ölçüde mükemmeliyetçi olduğu önemlidir.

Mükemmeliyetçilik, beklentilerin oldukça yüksek olmasından kaynaklanan sürekli hedefin gerisinde kalmayı ortaya çıkarmaktadır. Dördüncü aşamada sürekli olumsuz durumlara odaklanmış benlik kaygı ve depresyon yaşar. Beşinci aşamada ise ruhsal dünyadaki anlam duygusunun zayıflaması bilişsel bir yıkımı da beraberinde getirir. Bilişsel yıkımın meydana getirdiği üç bileşen 1. Dar bir bakış açısıyla belli bir zamana odaklanmış olma, 2. Kısa dönemli hedefler doğrultusunda hareket etme ve 3. Anlık duygularla hareket etme şeklindedir. Bu üç bileşen bireyin içinde bulunduğu durumu olduğundan daha olumsuz değerlendirmesine, bu durumdan kurtulmak için en kolay yöntemlerin seçilmesine sebep olmaktadır. Altıncı aşamada ise bireyin intihar eylemini gerçekleştirebilmesini sağlayan anlam duygusu yoksunluğu ve umutsuzluk söz konusudur.[134]

2.2.3.2. İkinci Nesil İntihar Kuramları

2.2.3.2.1 Kişiler Arası İntihar Kuramı

Joiner [135] tarafından ortaya konulmuş olan kişiler arası intihar kuramına göre, intihar isteği ve kazanılmış intihar yeteneği intihar davranışına yol açar. İntihar isteğinin oluşmasına neden olan faktörler ise aidiyet duygusunun engellenmesi ve bireyin kendini yük olarak algılaması olarak tanımlanır.[135] Aidiyet duygusunun engellenmesi kavramının bileşenleri arasında bireyin yalnız hissetmesi ve doyum vermeyen kişilerarası ilişkilere sahip olması yer alır. Kendini yük olarak algılama durumunda ise, bireyde kendi varlığının başkalarınca yük olarak değerlendirildiği bilişi mevcuttur. Bu biliş bireyin kendi varlığından nefret etmesine ve ölümün daha makul bir seçenek olduğu inancının pekişmesine yol açmaktadır. Bu iki faktörün bir arada deneyimlenmesi sonucu ortaya çıkan intihar isteği, kişinin intihar davranışının ortaya çıkması için yeterli değildir. İntihar davranışının ortaya çıkması için gerekli olan diğer faktör kazanılmış intihar yeteneğidir. Bu kavram acıdan, yaralanmadan ve nihayetinde ölümden korkmama olarak tanımlanır. Kişiler arası kuram, kazanılan intihar yeteneğinin, acı verici ve kışkırtıcı hayat olaylarına tekrarlayıcı bir biçimde maruz kaldıktan sonra bireyin ölüm korkusunun azalması ve fiziksel acıya toleransının yükselmesiyle geliştiğini varsayar.[136]

2.2.3.2.2 Üç Aşamalı İntihar Kuramı

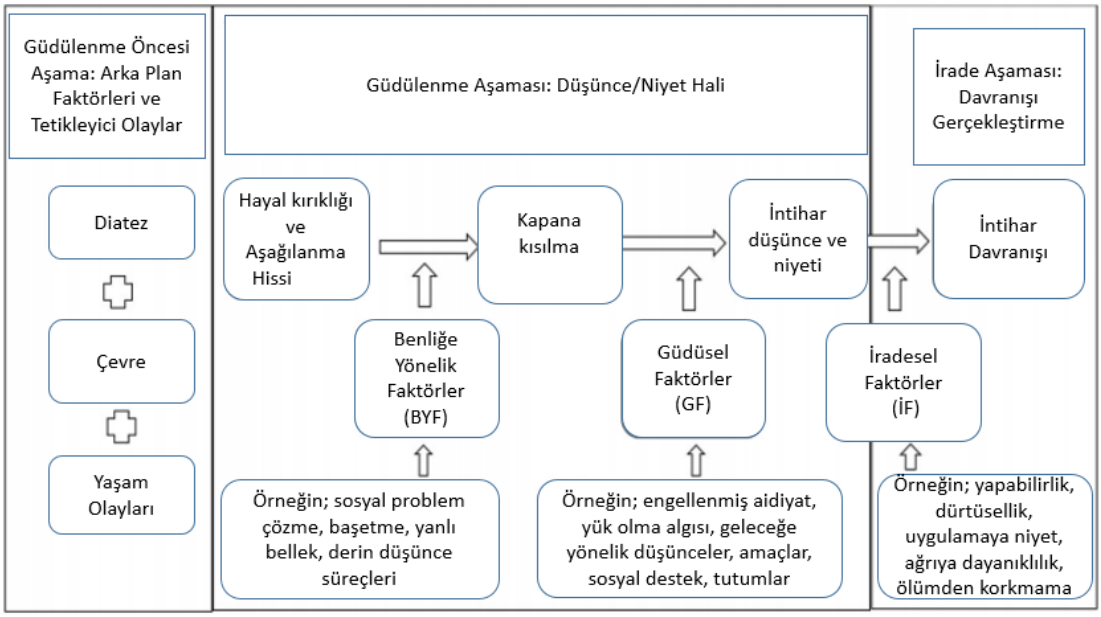
Klonsky ve May [137] tarafından geliştirilen üç aşamalı intihar kuramında acı ve umutsuzluk, bağlılık ve intihar kapasitesi, intihar girişimlerini açıklayan temel unsurlardır.

Kuram tarafından ortaya konulan hipotezler şu şekildedir: ilk olarak intihar düşüncesi acı ve umutsuzluğun bir araya gelmesiyle oluşur. İkinci hipotezde ise acı ve umutsuzluğu deneyimleyenler için intihar düşüncesinin artmasına karşın bağlılığın temel koruyucu faktör olmasıdır. Son aşamada kuram, intihar düşüncesinin eyleme dönüşmesinin intihar edebilirliğe pratik anlamda katkı sağlayan etmenlerin olmasıyla, yatkınlığın artmasıyla ve intihar edebilirliği artıran nitelikte, sonradan edinilmiş özellikler kazanmayla kolaylaştığını öne sürmektedir.[131,136] Klonsky ve May intihar kapasitesini arttıran değişkenleri genişletmiş, Joiner'ın tanımladığı intihar yeteneği kavramına ek olarak yatkınlık ve pratik kavramlarını önermişlerdir. İntihar için yatkınlık, acı, yaralanma ve ölüme karşı isteksizliği azaltabilecek mizaç veya genetik faktörleri ifade eder. Pratik kavramı ise bireyin ölümcül araçlara erişimini ve bilgisini artıran durumları ifade eder. Özetle, yatkınlık, edinilmiş ve pratik faktörler intihar girişimi kapasitesine katkıda bulunur. Güçlü intihar düşüncesi olan birey ancak bu davranışı yapma kapasitesine sahip olduğunda intihar girişiminde bulunacaktır.[124]

2.2.3.2.3 Bütünleyici Güdüsel İradesel Kuram

O'Connor [130] tarafından 2011 yılında geliştirilen, 2018 yılında yenilenen kuram üç evreden oluşan bir modeldir (Şekil 1).

Şekil 1: Bütünleyici Güdüsel İradesel Kuram



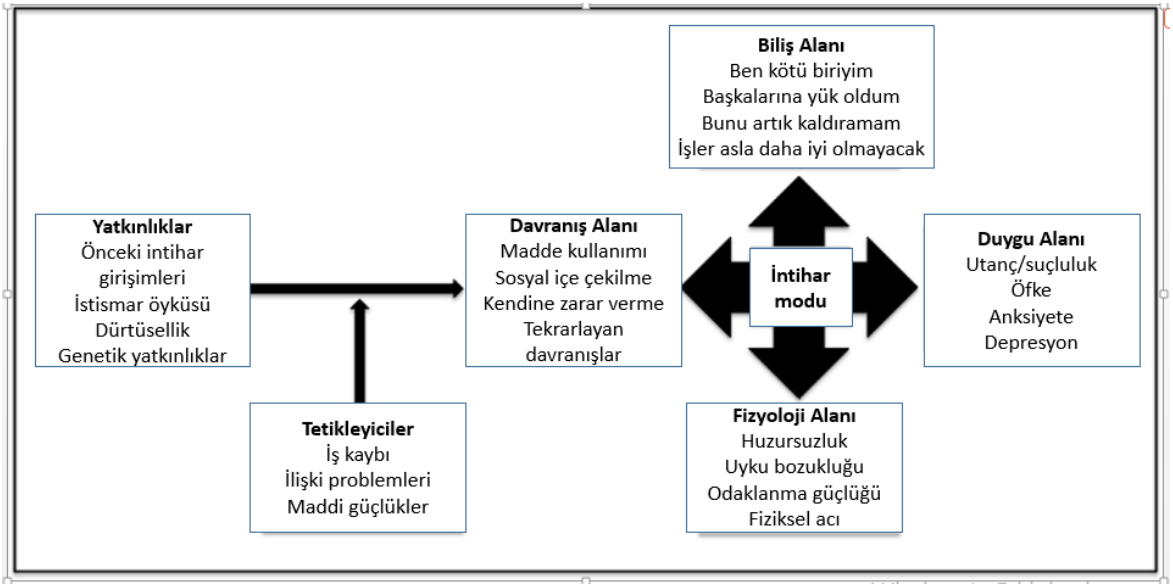
Güdülenme öncesi, güdülenme ve irade evreleri intihar düşüncesinden eyleme geçişteki çerçeveyi çizmekte ve intihar düşüncesine zemin hazırlayan bağlamı bize

göstermektedir.[130] Güdülenme öncesi fazda, yoksulluk, genetik yatkınlık, olumsuz yaşam olayları gibi intihar düşüncesinin oluşmasına katkıda bulunan faktörler yer almaktadır. Güdülenme aşamasında ise intihar düşüncesine zemin hazırlayan ve süreci hızlandıran unsurlar bulunmaktadır. İrade aşamasında ise intihar düşüncesinin intihar eylemine dönüşümünü arttıran ve azaltan unsurlar tanımlanmaktadır.[130]

2.2.3.2.4. Değişken Yatkınlık Kuramı

2006 yılında David Rudd[129] tarafından geliştirilen değişken yatkınlık kuramı genişletilmiş bilişsel kuramlardan biridir. İntihar riskinin bireye özgü ve zamansal dinamiklerine odaklanan bu kuram, intiharın ortaya çıkma sürecini açıklamaya çalışır. Bu kuramı diğer intihar kuramlarından ayıran en önemli özelliği ise hem intihar davranışının ortaya çıkması hem de akut intihar krizlerinin çözümüne ilişkin intihar riski sürecine odaklanmasıdır. Kuram, intihar düşüncesinin zamanla sınırlı olduğu ve gün boyunca büyük ölçüde dalgalandığı, olayı tetikleyen, ciddiyetine ve süresine katkıda bulunan faktörlerin var olduğu varsayımına dayanmaktadır. Bu faktörlerin bir araya gelmesi sonucu intihar modunun geliştiği belirtilmektedir. İntihar modunun karşılıklı etkileşim gösteren 4 farklı risk ve koruyucu bileşeni olduğunu, bu bileşenlerin iç veya dış tetikleyici tarafından tetiklenerek eş zamanlı olarak çalıştığını ileri sürer.[129]

Şekil 2: Değişken Yatkınlık Kuramı



2.2.4. İntiharın Ayrı Bir Bozukluk Olarak Tanı Sınıflandırmasında Yer Alması

İntihar Davranış Bozukluğu tanısı 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te "Daha İleri Araştırma Gereken Durumlar" bölümünde yer almıştır.[3] Önerilen kriterler şunlardır:

Tablo 5: DSM-5 TR Önerilen Tanı Ölçütleri[25]

A. Birey son 24 ay içerisinde bir intihar girişiminde bulunmuştur. Not: İntihar girişimi bireyin kendisinin başlattığı davranışlar dizisidir. Birey davranışlarının kendi ölümüne yol açabileceğini beklentisi içindedir.
B. Eylem, intihar dışı kendine zarar verme kriterlerini karşılamaz- yani, olumsuz bir duygu/bilişsel durumdan kurtulmak veya olumlu bir ruh hali durumuna ulaşmak için vücut yüzeyine yönelik kendini yaralamayı içermez.
C. Tanı, intihar düşünceleri veya hazırlık eylemleri için uygulanmaz.
D. Eylem, deliryum veya konfüzyon durumu sırasında başlamamıştır.
E. Eylem politik veya dini bir amaç için gerçekleştirilmemiştir.
Varsa belirtiniz: Devam eden: Son girişimden bu yana 12 aydan fazla zaman geçmemiştir. Erken remisyonda: Son girişimden bu yana 12-24 ay geçmiştir."

2.2.5. Epidemiyoloji

İntihar dünyada özellikle genç popülasyon grubunda ciddi bir toplum sağlığı problemi olarak görülmektedir. Dünya sağlık örgütü 15 – 29 yaş arası ölümlerin en sık ikinci nedeninin intihar olduğunu bildirmektedir.[138] Dünya genelinde 10 – 14 yaş arasında intihar hızları daha düşük seyretmekle birlikte 15 – 19 yaş arası kız ergenlerde en sık ölüm nedeni intihardır.[139]

15 – 19 yaş arası ergenlerde intihar ile ölüm erkeklerde kızlardan 3 kat fazla, intihar girişimi ise kızlarda erkeklerin iki katı olarak bulunmuştur.[140] Erkek ergenlerin intihar için daha ölümcül metotlar kullandığı düşünülmektedir.

Gençler arasında intihar düşüncelerinin prevalansı %19,8-%24,0; intihar girişimlerinin yaşam boyu prevalansı ise %3,1-%8,8 arasında bulunmuştur. Yapılan çalışmalara göre intihar girişimleri intihar düşüncelerine göre daha az yaygındır.[141] 15-19 yaş arasında tamamlanmış intihar oranı dünya genelinde 100.000'de 7,4 olarak saptanmıştır.[142]

Ülkemizde de ergen intiharları önemli bir halk sağlığı sorunudur. 1994-2003 yılları arasında intihar hızlarında bir artış gözlenirken 2004-2013 yılları arasında belirgin bir değişiklik gözlenmemiştir.[143] Kaba intihar hızı, 2017 yılında yüz binde 3,94 olarak saptanırken 2018 yılında yüz binde 3,88' düşmüştür. Yine 2017 yılında tamamlanmış intihar sayısı 3168 kişi saptanırken 2018 yılında bu sayı 3161 olarak saptanmıştır.[144] 2017 yılında intiharların %10,8'ini 15-19 yaş arasındaki gençler oluştururken, %2,1'ini 15 yaş altı çocuk ve ergenler oluşturmuştur.[145]

2.2.6. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

2.2.6.1. Psikiyatrik Bozukluklar

İntihara meyilli ergenler üzerine yapılan araştırmalar, bu popülasyonda psikopatolojinin yaygın olduğunu göstermektedir. İntihar düşüncesi olan gençlerin %89,3'ü, intihar girişimi olan gençlerin %96,1'i en az bir ruhsal bozukluğun tanı kriterini karşılamaktadır.[131],[146]

2.2.6.1.1. Duygudurum Bozuklukları

Duygudurum bozuklukları ergen intihar davranışının en sık eşlik ettiği ruhsal bozukluk grubudur. İntihar girişiminde bulunan bireylerin %50-65'inin depresif bozukluk tanısını karşıladığı gösterilmiştir. Depresyonu olan bireylerde de intihar riski topluma oranla %50 daha fazla olarak gözlemlenmiştir (intihar kitabı 15. Ve 56. Kaynakça) İntihar girişimi nedeniyle hastane yatışı olan ergenlerde yapılan bir çalışmada major depresif bozukluk, distimi, yaygın anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu intihar riskinde artışla ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin %89'unda depresif bozukluk tanısı bulunmakla birlikte diğer psikopatolojilerle kontrolü sonrasında majör depresif bozukluğun intihar riskini 5 kat arttırdığı bildirilmektedir.[147]

Bipolar bozukluğu olan ergenlerde bipolar depresyonun majör depresyon ile karşılaştırıldığında daha fazla intihar riski ile gittiği literatürde gösterilmiştir.[148] [149] Mani ve hipomani epizotlarında intihar riski genel popülasyon oranına göre daha yüksek olup bipolar depresyon ve majör depresyon epizotları kadar yüksek bulunmamıştır [148]. Bipolar bozuklukta özellikle karma epizot ve psikotik belirtiler ile seyreden alt tiplerinin, intihar riskini arttırdığı görülmektedir.[150]

Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu (YDDB) son zamanlarda tanımlanan bozukluklardandır. YDDB sıklıkla başka ruhsal bozukluklara komorbidite olarak eşlik etmektedir. YDDB'nin komorbidite olarak bulunması diğer hastalıkların yalnız başına olduğundan daha fazla intihar riski oluşturmaktadır. Ayrıca YDDB bileşenlerinden emosyonel disregülasyon, irritabilite ve depresif şikayetlerin her birisi intihar düşünce ve davranışları için ayrı ayrı risk faktörü olarak tanımlanabilir.[151]

Duygudurum bozuklukları ile intihar arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada eşik altı depresif belirtilerin ve distimik bozukluğun intihar düşüncesi ve davranışı ile ilişkisinin majör depresif bozuklukla benzer olması dikkat çekici bir bulgu olmuştur.[147]

2.2.6.1.2. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozukluklarının intihar ile olan ilişkisi erişkin çalışmalarında gösterilmekle birlikte ergenlerde yapılan çalışmalar çelişkili sonuçlar vermektedir. [152][153] 25 yıllık takip çalışmasının sonucunda çocukluk ve ergenlik dönemindeki anksiyete bozukluklarının genç erişkinlikte intihar riskini arttırdığı gözlemlenmiştir.[154]

2.2.6.1.3. Obsesif Kompulsif Bozuk (OKB)

OKB olan ergenlerde toplum ortalamasına göre artan miktarda intihar riski bildirilmiştir. Ancak bu oranlar diğer ruhsal bozukluklara göre daha zayıf tespit edilmekle birlikte diğer faktörler kontrol edildiğinde bu risk ortadan kalkmaktadır.[155]

2.2.6.1.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

DEHB'ye eşlik eden dürtüsellik, emosyonel regülasyon zorlukları gibi özellikler bu bozuklukta intihar riskini arttırmaktadır. Ayrıca DEHB'ye komorbid ruhsal bozuklukların eşlik etmesi intihar riskini arttırıcı başka bir faktördür. Son zamanlarda yayınlanan sistematik gözden geçirme çalışmasında çocuk ve ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı ile izlemde intihar düşüncesi veya intihar girişimlerinin ortaya çıkması arasında pozitif yönde ilişki olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada depresif bozuklukların kontrol edilmesi durumunda bile bu ilişkinin devam ettiği gözlenmiştir.[156]

2.2.6.1.5. Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve Davranım Bozukluğu (DB)

KOKGB ile ilgili çalışmaların sayısı kısıtlı olmakla beraber yapılan bir çalışmada DEHB tanısı olan ergenlerde KOKGB komorbiditesi olduğunda intihar riskinin arttığı

bulunmuştur.[157] Ayrıca cezaevinde bulunan erkek ergenlerle yapılan bir çalışmada KOKGB'nin irritabilite alt boyutunun intihar riskini öngördüğü saptanmıştır. [158]

Davranım bozukluğu ile intihar davranışı arasındaki ilişki incelendiğinde özellikle depresif bozukluğa eşlik etmesi bu bozukluğu intihar riski açısından daha belirleyici kılmaktadır.[147] Davranım bozukluğu tanısına sahip gençlerle yapılan uzamsal bir çalışmada davranım bozukluğunun hem daha yüksek intihar riski oluşturduğu hem de daha genç yaşta intihar girişimine yol açtığı gözlemlenmiştir.[159]

2.2.6.1.6.Psikotik Bozukluklar

Yapılan çalışmalarda ergenlerdeki psikotik atakların erişkinlere göre daha fazla intihar fikri ve girişimi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Psikotik bozukluğu olan ergenlerin intihar girişimi riski normal toplum ile karşılaştırıldığında 25 kat daha fazla bulunmuştur.[128] İntihar riski ilk atakta ve tedaviye başvurma öncesi veya tedavinin ilk aylarında en yüksek oranda gözlemlenmektedir. Komorbid depresyon ve anksiyete tanısı varlığı, psikotik semptomlara ilişkin sıkıntı duyma, pozitif semptomların varlığı, ilk atakta düşük oranda negatif bulgunun olması, ailede intihar öyküsü ve kadın cinsiyet psikozda intihar riski ile ilişkili bulunmuştur.[160]

2.2.6.1.7.Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, intihar düşüncesi ve topluma kıyasla artmış intihar riski ile ilişkili değerlendirilen durumlardan bulunmuştur. Anoreksiya nervosa en sık ikinci ölüm nedeni olarak intihar gösterilirken, blumia nervosa da artmış intihar girişim riski taşımaktadır. İntihar düşüncesi, farklı örneklem ve metodolojilerden kaynaklı olarak %30 ile %70 arasında değişkenlik gösterir.[161]

Bazı çalışmalarda yüksek intihar riski ile blumia nervosa ilişkili bulunurken bazı çalışmalarda ise anoreksiya nervosa ilişkili bulunmuştur.[162] Blumia nervosada intihar girişimleri daha çok dürtüsel olurken, anoreksiya nervosada daha yoğun bir niyet ve daha ölümcül yöntemler kullanılır.[163] Tıkınırcasına yeme bozukluğunda da intihar riski yüksek olsa da bu risk anoreksiya nervosa veya blumia nervosa tanılarında görülen oran kadar yüksek değildir.[161,162]

Yeme bozukluklarındaki intihar riskinin büyük ölçüde eşlik eden psikopatolojilere ve genetik temellere bağlı olduğu tespit edilmiştir. Eşlik eden duygudurum bozukluğu ve

madde kullanım bozukluğu varlığı, umutsuzluk, duygu disregülasyonu, travma gibi durumlarda intihar ve benzeri davranışlar daha sık görülür [163164].

2.2.6.1.8. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları (MKB)

Madde ve alkol kullanım bozuklukları hem akut intoksikasyon evresinde hem de kronik kullanımın getirdiği sıkıntılar ve eşlik eden komorbiditeleri ile yüksek intihar riski ile ilişkilidir.[128] İntoksikasyon karar verme yetisini bozarak ve inhibisyon eşiğini düşürerek intihar davranışını kolaylaştırabilir.[131] Erişkin örneklemli 870 967 katılımcı ile yapılan bir meta-analiz çalışmasında MKB ile intihar düşüncesi, intihar girişimi ve intihar sonucu ölüm arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.[165]

Ergen yaş grubunda yapılan meta-analiz çalışmaları bu denli yüksek katılımcıya sahip olmamakla birlikte yapılan bir çalışmada madde kullanım bozukluğu olanlarda %28 oranında intihar düşüncesi, %21 oranında geçmiş intihar girişim öyküsü tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada alkol kullanım bozukluğu ergenlerde intihar riskini dört kat, kızlarda beş kat arttırmakta; madde ve alkol kullanım bozukluğu için eşik altı olan kişilerde dahi intihar riski topluma oranla artmış olarak görülmektedir.[166] Ayrıca alkol ve madde bağımlılıkları beraber bulundukları komorbiditelerin de intihar riskini arttıran etkilere sahiptir.[128]

2.2.6.2. Genetik ve Biyolojik Faktörler

Ailede intihar davranışı öyküsü varlığı, ergenlerde intihar düşüncesi ve intihar ile ölüm riskini artırmaktadır.[167] Yapılan ikiz çalışmalarında ölümcül ve ölümcül olmayan intihar davranışlarının, dizigotik ikizlere kıyasla monozigotik ikizlerdeki konkordansının fazla olduğu gösterilmiştir.[168] Evlatlık alınan ergenlerle yapılan çalışmalarda ise intihar nedeniyle hayatını kaybeden ergenlerin biyolojik akrabalarında intihar sıklığının intihar girişimi olmayan ergenlerden fazla olduğu; ayrıca intihar sıklığının evlat edinen ailenin çocuklarına göre biyolojik kardeşlerinde daha fazla olduğu saptanmıştır. [169170]

İntiharın nörobiyoloji ile ilgili çalışmalar esasen yetişkin örneklemini dayanmaktadır. Nörobiyolojik araştırmalar daha çok serotonerjik sistem üzerine odaklanmıştır. Çocuk ve ergenlerde intiharın nörobiyolojisini anlamaya yönelik çalışmaların sayısı oldukça

kısıtlıdır. Erişkin örneklemle yapılan çalışmalarda beyin serotonerjik aktivite azalmasının intihar davranışında güçlü bir etkisi bulunmuştur. İntihar davranışında bulunan kişilerin beyinlerinde ölçülen 5-Hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeyleri, intihar davranışında bulunmayanlara göre daha düşük saptanmıştır [171]. İntihar etmiş ergenlerle yapılan postmortem çalışmalarda prefrontal korteks ve hipokampal alanda serotonin 2A reseptör sayısında artış gözlenmiştir.[172] Serotonin taşıyıcı gen promotör bölge polimorfizmi ve triptofan hidroksilaz gen varyasyonu ile intihar davranışı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Serotonerjik sistemin intihar davranışıyla ilişkili olan öfke, bunaltı ve dürtüsellik ile ilgili olduğu düşünülmektedir.[173]

Hipotalamo-pitüiter-adrenal eksenindeki bozulmanın intihar davranışında duygu düzenleme güçlüğü, dürtüsellik ve saldırganlık gibi zorluklar üzerinden etkili olabileceği düşünülmektedir. İntihar girişiminde bulunan bireylerde HPA ekseninin aşırı aktif olduğu bildirilmiştir. Deksametazon supresyon testi sonrası kortizol seviyesi baskılanmayan depresif bireylerin intihar olasılığının artmış olduğu bildirilmiştir. İntihar etmiş depresif hastalarda yapılan postmortem çalışmalar, prefrontal kortekste CRH bağlanma bölgelerinin daha az yoğunlukta olduğunu göstermiştir.[174–176]

Proinflamatuar sitokinlerin stres ve depresyon üzerinden intihar davranışına etki edebileceği varsayılmaktadır. Bu nedenle inflamasyonda yer alan sitokinlerin intihar üzerine etkileri araştırılmaktadır. Bir çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin kontrol grubuna kıyasla TNF-a ve CRP düzeyleri yüksek bulunmuştur.[177] Başka bir çalışmada ise intihar etmiş ergenlerin prefrontal korteks TNF-a ve IL-1 mRNA ve protein ekspresyon düzeyleri anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır.[178]

Ergenlik dönemiyle birlikte beyinde yapısal ve işlevsel değişiklikler gerçekleşmektedir. Özellikle hipokampüs ve amigdala gibi limbik yapılar arasındaki beyaz cevher dokusu artışı ile limbik sistem olgunlaşmasında hızlanma görülürken, karar verme ve duygu düzenlemesinde çok önemli bir beyin bölgesi olan prefrontal korteksin görece geç olgunlaşması ve miyelizasyonunun yavaş tamamlanması sonucunda dürtüselliğin ortaya çıkması olası intiharı kolaylaştıran nedenler arasında görülmektedir.[130]

2.2.6.3. Bireysel Etmenler

Çocuk ve ergenler yaş grubu açısından kıyaslandığında, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar oranları ergenlik döneminde artmaktadır. Ergenlik döneminde intihar

riskinde artış olmasını; psikopatoloji şiddetinin artması, ergenin intihar davranışı açısından yeterli zihinsel kapasiteye ulaşması, madde kullanımı riskinin artması ve ebeveyn kontrolünün azalması ile açıklamaktadırlar.[1] İntihar davranışı cinsiyet açısından ele alındığında yaklaşık 11 yaşa kadar belirgin fark saptanmamıştır. Yapılan son çalışmalarda; intihar düşüncelerinin kızlarda, intihar girişiminin erkeklerde daha erken başladığı ifade edilse de klinik açıdan farklılar olabilmektedir. Birçok çalışmaya göre kızlarda erkeklere göre daha fazla intihar düşüncesi görülürken intihar girişiminde bulunma olasılıkları da daha yüksektir. İntihar girişimlerinin ölümle sonuçlanması ise erkek cinsiyette daha fazla bulunmuştur.[131]

Kişilik özellikleri intihar davranışı ile ilişkili olabilse de kendi başlarına intihara neden olmaz. Gencin yaşadığı durumsal sürece bağlı olarak işlevsel veya uyumsuz olabilir. Bununla birlikte bazı kişilik özellikleri ergenin diğer risk faktörleriyle etkileşime girdiğinde intihar krizinin yoğunlaştırarak intihar riskini arttırabilir.[131] Dürtüsellik, saldırganlık, düşük engellenme eşiği, kişiler arası çatışma varlığında sık eyleme vurma davranışı intihara meyilli ergenlerde bulunan en yaygın kişilik özelliklerinden bazılarıdır.[179] Mükemmeliyetçilik, kişiler arası bağımlılık, karamsarlık, düşük benlik saygısı, olumsuz kendilik imajı, yüksek özeleştirel yapı ve düşük kendini ifade etme becerisi ergenlerde intihar için önemli risk faktörleri olarak gösterilmiştir.[180] . Ergenlik döneminde görülen kimlik ve kendilikle ilgili olumsuz süreçler intihar riski ile ilişkili faktörler arasındadır.[131] Ergenlik döneminde erken başlangıçlı sigara kullanımı, uyku sorunları, kronik tıbbi rahatsızlığa sahip olmak, cinsel yönelim ile ilişkili sorunlar intihar riski ile ilişkili bulunan diğer faktörlerdendir.[181]

Ergende duygu düzenleme güçlüğü, kendi duygusunu ve bir başkasının duygusunu anlamlandırmada güçlüğün olması intihar düşüncesi ve zarar verme davranışlarıyla ilişkili faktörlerdendir.[11182183] Yapılan uzunlamasına bir çalışmada; duygularını tanıma ve anlamlandırmada güçlük yaşayan ve etkili duygu düzenleme becerileri olmayan gençlerin gelecekteki intihar davranışı açısından risk altında oldukları saptanmıştır.[184] Ruminatif davranışlar, olumsuz duygu ve düşünceleri bastırma becerileri kullanmanın artmış intihar riski bağlantılı olduğu, dikkati başka yöne kaydırma becerilerini kullanmanın ise intihar davranışının ortaya çıkmasında önleyici etkiye sahip olduğu gösterilmiştir.[185]

İntihar riski altında olan ergenlerin epizodik bellek, kompleks biliş ve sosyal biliş gibi alanlarda risk altında olmayanlara göre daha düşük performans gösterdikleri tespit

edilmiştir. Negatif ipuçlarına hassasiyet, orta düzey şiddetteki uyaranları yüksek şiddette algılama ve hafıza alanında daha düşük performanslar görülebilmektedir. Bu durum ergenlerin karşısındaki kişinin duygu, düşünce ve niyetlerini ayırt etmede soruna yol açarak kişiler arası ilişkilerinde aksamalara neden olabilmektedir.[186]

2.2.6.4. Çevresel ve Ailesel Faktörler

Genetik açıdan benzer olmaları ve gencin yakın çevresinde olmaları nedeniyle aile ve ebeveynler intihar riskinin değerlendirilmesi için önemlidir. Aile ve ebeveynler ile ilgili pek çok özellik gencin hayatıyla ilişkilidir. Düşük gelir düzeyi, ailede psikopatoloji bulunması, ailede geçmiş intihar öyküsünün bulunması, aile içi şiddet öyküsü, aile içerisinde düşük uyum ve yüksek çatışma özellikleri gencin intihar davranışı ile ilişkili faktörlerdendir. [181] Ayrıca ergen-ebeveyn ilişkisinde yetersizlik, aile içi iletişim becerilerinin az olması, ebeveynin ergen hakkında beklenti düzeyinin çok yüksek ya da düşük olması ve ebeveynlerin ergene yönelik aşırı sert ve kontrolcü tutumları ergenlerde intihar riskini 1,4-3,6 kat arttırdığı gösterilmiştir.[187]

Gencin akademik hayatı ve okuldaki işlevselliğinin intihar davranışı üzerinde oldukça önemli bir etkisi vardır. Akademik performanslarını olumsuz algılayan gençlerde intihar düşüncesi, intihar girişimleri ve KZVD daha fazla görülebilir.[188] Gencin okuldaki işlevselliğinde akran ilişkilerinin de önemli bir yeri vardır. Akran zorbalığına uğrayan gençlerin intihar riskinin artmış olmasının yanı sıra akran zorbalığını uygulayan gençlerin de intihar riski fazladır.[189] Okulla ilişkili problemlerin yanı sıra okula gitmemenin de intihar riskini arttırdığı saptanmıştır.[190] Fiziksel zorbalık, siber zorbalık, şiddet davranışı ile güvenli olmayan cinsel davranışın intihar davranışı ile bağlantılı olduğu ifade edilmektedir.[191]

Aile içi çatışmalar veya akademik sorunlara ek olarak, erken dönem travmatik yaşantılar da gencin intihar davranışı üzerinde etkilidir. Çocuklukta yaşanan cinsel istismar öyküsü, 4-12 yaş arası da intihar girişimi olasılığını 10,9 kat; 13-19 yaş arasındaki intihar girişim olasılığını 6,1 kat arttırmıştır. Çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalma aynı zamanda erişkinlik döneminde intihar girişimleri ile ilişkilendirilmiştir.[167]

2.2.6.5. Geçmiş İntihar Girişimi

Gencin geçmişinde intihar öyküsünün bulunması, gelecekteki intihar girişimi ve intiharla ölüm açısından en önemli risk faktörleri arasındadır.[6]. Literatürde önceki intihar

davranışlarının, intihar riskini erkeklerde yaklaşık 30 kata kadar kızlarda ise 3 kata kadar arttırdığı gösterilmiştir [181]. Tekrarlama riski ilk 3-6 ayda en yüksek olarak saptanırken, artmış risk 2 yıla kadar devam etmektedir [192]. Klinik örneklemde yapılan bir çalışmada ergenlik döneminde görülen intihar girişimlerinin çoğunun tekrarlayan nitelikte olduğu ve girişim sayısı arttıkça girişimler arası sürenin azaldığı bulunmuştur. Çalışmada ölüm niyetinin yaşla ve girişim sayısıyla artış gösterdiği saptanmıştır [193] İntihar girişimi sonrasında 30 yıldan uzun süre takipleri yapılan bireylerin mutlak intihar riskinin %10 civarında olduğu ifade edilmiştir [194].

2.2.6.6. Kendine Zarar Verme Davranışı

Literatürde kendine zarar verme davranışının ergen intihar davranışlarını yüksek düzeyde öngördüğü bildirilmektedir.[195] KZVD olan ergenlerle yapılan bir çalışmada ergenlerin %70'inde intihar girişimi olduğu, %55'inde ise intihar girişimlerinin sayısının birden fazla olduğu gösterilmiştir.[196] Çalışmada uzun süredir kendine zarar verme, çeşitli yöntemler kullanıyor olma ve KZVD sırasında fiziksel acı duyumsamama intihar girişimiyle ilişkili bulunmuştur.

2.2.7. Değerlendirme ve Acil Durum Yönetimi

İntihar riskinin belirlenmesi için, insanın biyolojik, psikolojik ve sosyal özelliklerini dikkate alan kapsamlı bir değerlendirme yapılması gereklidir. Bu değerlendirme süreci, insanı bir bütün olarak ele almalı ve tüm bu faktörleri bir arada değerlendirmelidir.[130] Tedaviye başlamadan önce yapılacak risk değerlendirmesi sonucunda bireyin tedavisinin yerine türüne ve görüşme sıklığına karar verilir. Özellikle bireyin intihar girişimi sonrası yatarak tedavi altına alınması kıymetlidir.[197]

Tablo 6: Akut İntihar Risk Göstergesi[197]

Bireysel Faktörler (Ruhsal Durum Muayenesi)	**İntihar düşüncesi**
	Uzunca görüşmeye rağmen intihar düşüncesinden vazgeçmeme Kendiliğinden ortaya çıkan baskın intihar düşünceleri Kesin bir intihar planının olması İntihara hazırlık yapmak Alturistik intihar düşünceleri, kendini feda etme düşünceleri
	Semptomlar ve Eş tanı
	Belirgin ümitsizlik Son zamanlarda sosyal içe çekilme irritabilite agresyon Zehirlenme bulguları, psikotik semptomlar şiddetli depresyon bulgularının olması Bozuk dürtü kontrolü Belirgin bir kişilik bozukluğu ya da davranışsal sorunlar
	Diğer önemli faktörler
	İş birliği sağlanamaması Hastanın yatırılarak tedavi edilmek için çaba sarf etmesi En son intihar girişiminden bir yıldan kısa bir zaman geçmiş olması
Hastanın Geçmişindeki Bireysel ve Ailesel Faktörler	**Hasta öyküsü**
	Geçmiş intihar girişimlerinin olması, çevresinde intihar öyküsünün bulunması Sevilen birinin kaybı Sosyal stresörler Yakın bir ilişkinin ya da arkadaşlığın sona ermesi Yalnızlık ve reddedilmişlik duygularına yol açan sosyal bağların azalması
	Semptomlar ve Eş tanı
	Agresif davranışlar ve suça karışma Psikiyatrik bozukluklar (özellikle MDB ve MKB) Çocuklar için kötü disiplin ve okuldan uzak kalma
	Diğer önemli faktörler
	Herhangi bir dinsel veya benzeri aidiyetin olmaması İstenmeyen gebelikle ilişkili çözülmeyen zorluklar Cinsel yönelime ilişkin zorluklar
	Aile öyküsü
	Aile üyelerinde intihar ya da intihar girişimi öyküsü varlığı Ebeveynlerde psikopatoloji öyküsü, şiddet öyküsü veya madde kullanım öyküsü Bozuk aile ilişkileri ve aile içinde çözülmeyen çatışmaların olması, destek kaybı

Tablo 7: İntihar Davranışı/Girişimi Olan Ergenlerde Acil Risk Değerlendirmesi[197]

	Yüksek Düzeyde Risk	Orta Düzeyde Risk	Düşük Düzeyde Risk
Ruhsal Durum	Ağır depresyon Ölümle ilgili sanatsal düşünce ve varsanı Umutsuzlukla ve çaresizlikle ilgili aşırı zihinsel uğraş Şiddetli öfke varlığı	Orta depresyon Psikotik bulgular orta şiddette öfke Belli bir miktar umutsuzluk	Hafif depresyon Psikolojik bulgu olmaması Mutsuzluk olmaması Öfke olmaması
İntihar Girişimi ve İntihar Düşünceleri	Devam eden düşünceler İntihar niyetinin kesin varlığı Yüksek riskli girişim	Ara sıra gelen düşünceler Düşük riskli girişim tekrarlayan tehditler	Silik düşünceler Girişimin olmaması
Güçlü Yönler ve Destek Sistemi	Hastanın yardımı reddetmesi Destekleyici ilişki eksikliği Veya düşmanca ilişkiler varlığı Ebeveynde ruhsal zorluk olması Ailede madde kullanım bozukluğu öyküsü	Hastanın çelişkili davranması Aile üyesinde orta derecede ruhsal semptomlar İşlevsel olmayan ebeveyn tutumları	Hasta yardımı kabul ediyor Terapötik anlaşmaya varıyor Aile içi ilişkiler iyi ve destekleyici

2.2.8. Tedavi

İntihar davranışı sebebiyle acil servislere başvuran gençlere yönelik standart bir tedavi algoritması bulunmamaktadır. Risk değerlendirmesi sonucunda yüksek riski bulunan hastaların güvenli bir ortamda gözetim altına alınması ve yatarak tedavi edilmesi önemlidir.[198]

İntihar davranışının hem farmakoterapisinde hem de psikoterapisinde göze alınması gereken en önemli unsurlardan birisi bu duruma yol açan ruhsal rahatsızlıkların tedavi edilmesi gereğidir. Ruhsal bozukluklara yönelik tedavi uygulandığında intihar riskinin düşmesi beklenmektedir. Direkt olarak intihar, kendine zarar verme davranışı, duygu düzenleme güçlüğü gibi durumlar için kişiler arası psikoterapi, diyalektik davranışçı terapi ve bilişsel davranışçı terapi yöntemleri kullanılmaktadır.[128] Yapılan bir meta-analiz çalışmasında bilişsel davranışçı terapi, zihinselleştirme temelli terapi ve diyalektik davranışçı terapi ergenler için kullanılan, yüksek etki büyüklüğüne sahip terapi yöntemleridir.[198]

Çocuk ve ergenlerde gözlemlenen intihar davranışları hiçbir zaman sadece bireysel patolojiler olarak düşünülmemelidir. Ailesel risk faktörleri veya çevresel problemler eşlik edebilmektedir. Bu bağlamda intiharla mücadele kapsamında, okul odaklı müdahaleler ve aile odaklı müdahaleler gençlere yardımcı olabilir.[128]

Acil servis değerlendirmesi esnasında gençler sıklıkla yoğun baskı altında olabilir. Bu gibi durumlara yönelik ilaç tedavisi olarak benzodiazepin veya düşük etkili birinci kuşak antipsikotikler önerilmektedir. Ağır depresif bozukluk, kaygı bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve/veya travma sonrası stres bozukluğu varlığında psikoterapiye ek olarak antidepresan tedavinin başlanması gerekli olabilir. Eğer ergene ilaç tedavisi başlandıysa ruhsal bozukluğuna yönelik kapsamlı psikoeğitim verilmeli ve genç yakın poliklinik takibi altına alınmalıdır.[199]

İrritabilitesi olan, dürtüsel, saldırgan, kendine zarar verme potansiyeli yüksek, uyku sorunları olan çocuk ve gençler tipik ya da atipik antipsikotik kullanımından fayda görebilmektedir. Benzodiazepin grubu ilaçların disinhibisyona yol açması riski intihar riskini arttırabilmektedir. Bu nedenle özellikle kısa etkili benzodiazepinlerden kaçınmak gerekir.[200] Lityumun erişkinlerde özellikle depresyon ve bipolar duygu durum bozukluğunda intihar düşüncelerini, intihar girişimlerinin tekrarını azalttığına; klozapinin erişkinlerde şizofrenide görülen intihar davranışlarını engellediğine yönelik bazı çalışmalar vardır ancak çocuk ve ergenlerde yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır.[201] Sonuç olarak uygulanacak her türlü tedavi seçeneğinde, çocuk ve ergenin kişiye özgü risk etmenleri ve koruyucu etmenlerinin belirlenerek yarar zarar dengesinin gözetilmesi esastır.[130]

Tablo 8: İntihar Davranışı/Girişimi Olan Ergenlerde Acil Durum Yönetimi[197]

Yüksek Risk veya Düşük Değerlendirme Güvenirliliği
Hastanın uygun ve güvenli bir çevrede olduğundan emin olun 24 saat içinde yeniden değerlendirmeyi planlayın Sürdürülecek olan tedaviyi ve yakın gözlemi planlayın Sıkıntı veya semptomları artarsa hızlı değerlendirme için beklenmedik durum planı yapın
Orta Risk
Bir hafta içinde yeniden değerlendirmeyi planlayın Sıkıntı veya semptomları artarsa hızlı değerlendirme için beklenmedik durum planı yapın
Düşük Risk
Bir ay içinde yeniden değerlendirmeyi planlayın Yatan hasta ünitesinden taburcu olduktan sonra bir hafta içinde yeniden değerlendirin Uygun klinik merkeze 24 saat erişebileceği hakkında yazılı bilgi verin

2.3. ALEKSİTİMİ

Duygular, insan varlığının en temel ögelerindendir ve bireyin normal bir hayat sürdürebilmesi için gereklidir. Duygularla ilgili önemli noktalardan biri duyguları fark etmektir. Bazı insanlar duygularını fark etmesi konusunda sorun yaşayabilir. Duyguları fark edebilmek, bireyin potansiyelini fark etmesine ve kendisi olmasına yardımcı olur.[202]

2.3.1. Tanım

Aleksitimi, kelime olarak *a*: yokluk, *lexis*: söz, *thymos*: duygu kelimelerinin birleşiminden oluşur ve duyguların karşılığı olarak sözlerin yokluğu, duygusal anlamda sağırlık, duygu körlüğü, duygusal fonksiyonlardaki kısıtlılık anlamlarına gelmektedir.[9] İlk kez Psikiyatrist Emmanuel Sifneos tarafından 1972 yılında kullanılan aleksitimi kavramı 1970'lerde psikosomatik belirtileri olan hastaların ruhsal belirtilerini tanımlamak için kullanılmıştır.[203] İlk zamanlar psikosomatik hastaların bulgularıyla ilişkili olduğu düşünülmüş olsa da ilerleyen zamanlarda sağlıklı bireylerde de görülebileceği kabul edilmiştir.[204] Aleksitiminin genetik, gelişimsel ve sosyal yaşam gibi birçok faktör etkisinde ortaya çıktığı düşünülmektedir.[205]

2.3.2. Sınıflandırma

Aleksitiminin sabit bir kişilik özelliği mi yoksa ortaya çıkmasının ardından ortadan kaybolan bir durum mu olduğu ile ilgili farklı görüşler vardır. Freyberger[206] birincil ve ikincil olmak üzere aleksitiminin iki farklı türü olduğunu ifade etmiştir. Birincil aleksitimi, psikosomatik hastalıklarla ilişkili olan, bedensel belirtilerin başlamasına ve sürmesine neden olurken kişinin içsel duygusal değişimlerini tanımlama ve ifade etmede güçlük yaşamasına neden olmakta; ikincil aleksitimi, travmatik olaylar ya da ağır bedensel hastalıklar geçiren kişilerde ortaya çıkan, geçici ya da kalıcı olabilen acı verici duygulanımlara reaksiyon olarak gelişen, dissosiyasyona daha çok benzeyen türdür. İkincil aleksitiminin travmatik yaşantılarla daha çok ilişkili olduğu düşünülmektedir. Son zamanlarda bazı araştırmacılar ise aleksitimin kişiden kişiye değişiklik gösterebilen geçici ve kalıcı özelliklerin kombinasyonu olduğunu, bu durumu bireyin aleksitimi öncesi gelişimsel özelliklerinin belirleyeceğini belirtmişlerdir.[10]

Aleksitimiye ait özellikler dört başlık altında incelenmektedir. Bunlar; duyguları fark etme, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü, hayal kurma kapasitesinde ve düşlemsel yaşantıda kısıtlılık, işlemsel düşünme ve dış merkezli- uyum sağlamaya yönelik bilişsel yapıdır [207] [208].

1. Duyguları Fark etme, Ayırt etme ve İfade Etme Güçlüğü

Aleksitimik bireyler, duygularını tanımaz ve tanımlayamazlar. Duygularını tanımlamakta zorlandıkları gibi onları birbirinden ayırt etmekte de güçlük yaşarlar. Duygularını fiziksel belirtilerden ayıramayabilirler ve duygularını anlatmak için sıklıkla fiziksel belirtilerden gösterebilirler [202][209]. Bu bireylerin duygularını tanımlayamamaları, duygularını ayırt edememeleri duygu düzenleme süreçlerini de olumsuz yönde etkilemektedir [210]. Yapılan çalışmalar, aleksitimik kişilerin kendi duygularını anlama ve ayırt etme konusundaki yetersizliğinin başkalarının duygularına karşı empati yapabilmelerini de engellediğini göstermiştir [211,212]. Literatürdeki bazı çalışmalarda aleksitimik özellikler gösteren bireylerin karşısındaki kişilerin yüz ifadelerinden hangi duyguyu hissettiğini anlamakta güçlük yaşadıklarını ortaya koymuştur [210]. Tüm bu faktörler bu bireylerin insan ilişkilerinde mesafeli davranışlar sergilemesinde, ilişkilerinde sorunlar yaşamasında ve ilişkisel problemlerin çözümü konusunda yetersiz olmalarında etkilidir [213].

Aleksitimi bireyde görsel imgeler, düşünceler ile duygular arasında bağ kurmakta oluşan sorunla kendisini göstermektedir. Bu bireylere, can sıkıcı bir olay esnasında duyguları sorulunca, düşüncelerini, yapmak ya da söylemek istediklerini ayrıntılı şekilde ifade etseler bile duygularından bahsetmeyebilirler. Düşünceleri ile duygularını birbirlerinden ayırt edemezler [9]. Dağınık ve tekrarlayıcı biçimde konuşabilmektedirler. İçsel durumlarının hangi duygudan kaynaklandığını anlamada ve bunlar hakkında konuşmada çoğunlukla sorun yaşarlar [214].

2. Hayal Kurma Kapasitesinde ve Düşlemsel Yaşantıda Kısıtlılık

Yüksek düzeyde aleksitimik özellikler gösteren bireylerin hayal kurma kapasiteleri zayıf olabilmekte ve kurulan hayalleri vakit kaybı olarak görebilmektedirler. Aleksitimik bireylerin sınırlı hayal kurma kapasitelerinin rüyalarını da etkilediği belirtilmiştir. Bu bireylerin rüyalarını ender hatırladıkları gözlenmiştir. Tüm bu sebepler, aleksitimik bireylerin rüyalar, fanteziler ve oyunlar aracılığı ile duygularını ifade etmesini engellemektedir [215]. Sifneos aleksitimik bireylerin düşlemsel yaşantılarındaki eksiklik sebebiyle, olayların bütününden ziyade ayrıntılarına dikkatlerini vermeye eğilimli olduklarını ifade etmiştir [207]. Ayrıca hayal kurma becerilerindeki eksiklik sebebiyle yaratıcı olmakta da güçlük yaşamaktadırlar. Dolayısıyla aleksitimik özellikler gösteren bireylerle psikodrama hayale dayalı tekniklerle çalışmak oldukça zorlayıcı olabilmektedir [202].

3. İşlemsel Düşünce

Aleksitimik bireyler, düşlem yaşantılarındaki kısıtlılığa ve duygularını ifade etme güçlüklerine rağmen sosyal çevrelerine uyum sağlayabilmektedirler. Mekanik düşünme eğilimi içinde olabilirler ve yüzeysel bir biçimde çevrelerine uyum gösterebilirler. Günlük yaşamlarında karşılaştıkları sorunları ayrıntılı ele almak yerine, kestirme ve geçici çözümler bulmayı seçebilirler. Bu durum günlük ilişkilerinde de kendini göstermektedir; ilişkisel sorunlarında da benzer biçimde duyguları, çatışmaları göz ardı ederek somut ve görünen nedenlerle ilgilenebilirler. Hedefledikleri temel şey; sorunu ayrıntısıyla ele almak değil, en kısa ve kestirme yoldan onu ortadan kaldırmaktır [216,217].

4. Dış Merkezli Uyuma Yönelik Bilişsel Yapı

Aleksitimik özellikler gösteren bireylerin, diğer insanlarla olan ilişkilerinde baz aldıkları unsurlar duygular ya da içsel uyaranlar değil, dış uyaranlardır. Aleksitimik bireyler çevreleriyle uyum içerisinde kalabilmek için aşırı çaba harcayabilmektedirler.

Çevresel beklentilere aşırı önem vererek davranabilmekte ve bu sebepten uyumlu, sorunsuz kişiler olarak tanımlanabilmektedir. Gösterdikleri bu uyum, "yalancı normallik" olarak tanımlamaktadır.[216] Aleksitimik özellikler gösteren bireylerin bu dört temel özelliklerinin haricinde; seyrek olarak rüya gördükleri, rüyaları hakkında çağrışım yapamadıkları, yaratıcı olmak konusunda zorlandıkları, mekanik biçimde yaşadıkları ve empati yeteneklerinin önemli ölçüde zayıf oldukları bildirilmiştir.[218] Bu dört temel özelliğin yanı sıra aleksitimi, bilişsel faktörler ve duygusal faktörler olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Duyguları tanımlama ve ifade etme becerileri bilişsel boyut, duygu deneyimleme, imgelem yetenekleri ise duygusal boyut kapsamında ele alınmıştır.[210]

2.3.3. Aleksitiminin Kuramsal Temelleri

2.3.3.1 Nörofizyolojik Yaklaşım

Nörofizyolojik kuramcılara göre aleksitimi beynin sağ ve sol hemisfer arasındaki bağlantısal kopukluk sonucu oluşmakta, bu kopukluk nedeniyle duyusal uyaranlar kortekse doğru iletilirken bloke olmakta ve bilinçli duygusal yaşantılara dönüşememektedirler.[10] Sifneos bu durumu "duyguların afazisi" olarak tanımlamıştır.[207] Bu durumun doğruluğunu test etmek için bazı araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmaların bazılarında hastaların korpus kallosum bağlantıları kesilmiş ve sağ/sol hemisfer arasındaki bağlantı koparılmıştır. Bu hastalar yoğun bedensel yakınmalarda bulunmuşlardır. Ayrıca aleksitimik özellikler gösteren bireylerin bedensel yakınmalar sergilemeye yatkınlık gösterme nedenlerinden birinin sağ yarım küredeki aktivite eksikliği olabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada ağrılı uyaran verilirken hayal kurmaya bağlı olarak oluşan sağ yarım küre etkinliğinin hissedilen ağrı şiddetinin artmasını önleyebildiği gözlenmiştir. Sağ yarım kürede meydana gelen lezyonlar sonucu aleksitimik özellikler gösteren bir hasta literatüre geçmiştir.[219] Bazı araştırmacılar ise aleksitiminin beynin prefrontal korteksinde oluşmuş bir işlev bozukluğu sonucu ortaya çıkabileceğini öne sürmüşlerdir. Çünkü yaptıkları deneysel bir araştırmada beynin prefrontal korteksinin duygularını iletme ve tepki sürecinde önemli olduğunu keşfetmişlerdir.[220]

Son senelerde nörofizyolojik çalışmalardan yeni bulgular elde edilmiştir. Bu sonuçlar zaman zaman karmaşık olsa bile aleksitiminin serebral yapıların fonksiyonuyla ilişkisini ortaya koymuştur. Aleksitimik bireylerin limbik bağlantıdaki problemlerden dolayı duygularını düşünceleri ile ilişkilendiremedikleri ve duygularıyla ilişkisi olmayan aşırı

ayrıntılı bir dil kullandıkları bulgulanmıştır.[10] Bir başka çalışmada ise aleksitiminin medial prefrontal korteksteki düşük aktivite ile ilişkili olduğunu saptanmıştır.[221] Tüm bu sebeplerle aleksitimik bireylerin zihinselleştirme konusunda yaşadıkları sorunlar, empati yapabilme gibi ileri düzey sosyal bilişsel becerilerinde de bozulmalara yol açmaktadır.[10]

2.3.3.2 Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik yaklaşım; acı veren zorlayıcı duyguların, hayallerin yok sayılması ve dile getirilememesin sebebini olgunlaşmamış savunma mekanizmaları ve duygusal travmalarla açıklamaktadır. Bu bakış açısına göre erken dönem travmaları aleksitimiye temel hazırlamaktadır. Nesne ilişkileri kuramı perspektifinden ele alındığında, aleksitimik özellikler ayrılma bireyselleşme sürecindeki sıkıntılar sonucunda kendilik temsilleri ve kimlik gelişiminin yeterli olmaması sebebiyle ortaya çıkmıştır.[222] Mc Dougall [223], aleksitiminin bastırma ve yadsıma savunma mekanizmalarından farklı olarak bu kişilerdeki psikotik doğa ile ilişkili olabileceğini ve aleksitimik özelliklerin kişinin yaşamış olduğu kaygılara karşı bir savunma mekanizması olabileceğini ifade etmiştir. Ona göre erken dönemde bakım veren- çocuk ilişkisinin bozulması ya da yeterince iyi bir biçimde kurulmaması çocuğun içsel temsiller oluşturma ve imgeleme yeteneğini sekteye uğratmaktadır. Sonuç olarak psikanalitik bakış açısına göre dile getirilemeyen çatışmalar, duygular beden aracılığı ile ifade bulur. Ancak yapılan araştırmalar ruhsal süreçler, bedensel rahatsızlıklar arasındaki ilişkiye bu bakışın fazla indirgeyici olduğunu göstermektedir.[217]

2.3.3.3 Bilişsel Bakış Açısı

Bilişsel bakış açısına göre, ruhsal bozukluklar iç ve dış dünyadan gelen uyaranların çarpık algılanması ve gerçekçi olmayan biçimde yorumlanmasıyla ortaya çıkmaktadır. Bilişsel yaklaşımın aleksitimiye bakış açısı da bu genel kural doğrultusundadır.[202] Bazı bilişsel kuramcılar, duyguları ifade etme becerisinin bilişsel gelişim sürecinden de etkilendiğini düşünmektedirler. Aleksitimik özellikler, bilişsel şemalarda yer alan işlevsel olmayan bilişsel çarpıtmaların sonucu olarak yorumlanabilir.[202] Ayrıca düşüncenin oluşumunu ve sonuçlarını denetleyen, bilişsel çarpıtmaları düzenleyen ve bilişsel işlevleri kontrol eden üst bilişin, sorunlu biçimde işlediğinde aleksitimik özelliklerin ortaya çıkma riskini arttırdığı da ortaya konulmuştur. Üst biliş sorunları, duyguların ayırt edilmesi ve

düzenlenmesinde de sorunlar yaratabilmektedir.[224] Bazı kuramcılar, aleksitimik bireylerin duygusal uyarımlarının beden üzerinden ifade edilme sebebinin bu bireylerin duygularının bilişsel süreçler içinde işlenmesindeki yetersizlikle açıklamıştır. Aleksitimik özellikleri, duygusal ketlenme ve kendini ifade etme becerisindeki eksiklikle ilişkilendirmiştir.[225] Bazı kuramcılar Piaget'nin kuramını baz alarak bir model geliştirmiş; geliştirdikleri modelde her duygunun bilişsel işlemden geçerek oluştuğunu aktarmışlardır. Bu modele göre duygusal duyarlılık basitten karmaşığa doğru ilerlemektedir ve aleksitimik bireyler bu duyguların bedenden henüz ayrışamadığı erken evrelerde takılıp kalmış bireylerdir.[226]

2.3.2.4 Sosyal Öğrenme- Davranışçı Yaklaşım

Bu yaklaşımın temelinde; insanların davranışlarının sosyal çevrelerinde öğrenme sonucu inşa edildiği düşüncesi bulunmaktadır. Sağlıklı bulduğumuz ve bulmadığımız tüm davranışlar, sosyal çevrede öğrenilmiştir ve bireylerin iletişim biçimleri, duygu ve düşüncelerini ifade etme halleri bu sosyal çevre içerisinde şekillenmektedir.[202] Bilinmektedir ki geleneksel doğu toplumlarında sıkıntı hissinin bedensel ifadelerle anlatılması batı kültürüne göre çok daha yaygındır.[227] Bazı araştırmacılar bazı kültürlerde duyguların ve psikolojik semptomların ifade edecek kelime ve kavramların yetersiz olması sebebiyle beden yoluyla ifade bulduğunu öne sürmüşlerdir.[228] Ayrıca başka araştırmacılar çocukların aileleri içerisinde duygularını açığa vurmayı öğrenmek yerine, bastırma ve beden yoluyla ifade etmeyi gözlemleri sonucunda aleksitimik özellikler gösterebileceklerini aktarmışlardır.[229] Özetle sosyal öğrenme ve davranışçı yaklaşıma göre bireylerin aleksitimik özelliklerinin temelinde sosyokültürel ortamdaki öğrenme süreci rol oynamaktadır.

2.3.2.5 Bağlanma ve Kendilik Temelli Yaklaşım

Bilişsel, sosyal öğrenme ve psikanalitik kuramların aleksitimiyi açıklarken birleştikleri ortak nokta; erken çocukluk dönemindeki bazı aksamaların aleksitimik süreçler geliştirmeye etkisi olduğudur. Bağlanma kuramı ise ilişkileri, gelişimsel süreçleri, davranışları, duygusal bağları, kişilik yapılarını ele alarak aleksitiminin ortaya çıkışını açıklamada daha bütüncül bir yaklaşım sağlamaktadır. Bu kuram, bebek ve ebeveyn arasında erken dönemde kurulan ilişkinin zihinsel yapıyı ve ruh sağlığını etkilediğini ortaya koymaktadır.[230] Bu yaklaşıma göre bireylerin duygusal anlama, duyguları

düzenleme ve hayal kurma yetenekleri, güvenli bağlanma temelinde gelişmektedir. Aleksitimide ise bunun tersi söz konusudur. Çocukların oyunculuğunu kabul etmeyen ve duygusal olarak kendini ortaya koymasına izin vermeyen anne babalar, çocuğun duygulardan arındırılmış bir biçimde iletişim kurmasına yol açabilirler. Bu durum, çocuğun sahte bir kendilik yaratmasına ve aleksitimik özellikler geliştirmelerine yol açabilir.[231] Aleksitiminin düşük kendilik algısı ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir [232]. Ayrıca son yıllarda aleksitimik bireylerin duyguları anlama, sembolize etme ve ifade etme konusundaki kısıtlılıkları sebebiyle aleksitimi kavramı zihinsel durum kavrayışı ile bağlantılı olarak da ele alınmıştır.[233] Zihinsel durum kavrayışı; kişilerin dünya ile etkileşim kurma kapasitesini ifade eden ve zihinselleştirme, duygusal farkındalık, kendini yansıtma gibi çok çeşitli süreçleri ve kapasiteleri kapsayan bir kavramdır.[211] Günümüzde aleksitiminin etiyolojik olarak daha ayrıntılı ele alınmasına ve tüm bu yaklaşımları bir arada ele alacak bütüncül bir yaklaşıma ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

2.3.4. Aleksitimi ve Ruhsal Bozukluklar

Aleksitimik özellikleri olan ergenler, aleksitimik olmayan ergenlere kıyasla daha fazla ruhsal zorluk yaşama eğilimindedirler.[234] Erişkin örneklem üzerinde yapılan çalışmalarda panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif-kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları, alkol kullanım bozuklukları, majör depresif bozukluk ve kişilik bozuklukları dahil olmak üzere belirli psikiyatrik bozukluklar arasında yüksek aleksitimi oranları bildirilmiştir.[11] Ergen yaş grubunda yapılan çalışmaların sayısı erişkin örnekleme kıyasla az sayıda olsa da gençlerdeki aleksitimi, dürtü kontrol bozukluğuyla, anksiyete bozukluğuyla, majör depresif bozuklukla, disosiyasyonla, yeme bozukluklarıyla, yaygın anksiyete bozukluğuyla, somatik belirti bozukluğuyla ve intihar riskiyle ilişkili bulunmuştur.[11,13,235–239]

Yapılan bazı çalışmalarda yüksek aleksitimi düzeylerinin, polikliniklerde takip edilen ergen hastalarda saldırgan davranışları arttırabildiği, zorbalığa uğrayan gençlerde kasıtlı kendine zarar verme davranışını tetikleyebildiği, duygu düzenleme sorunları olan genç kızlarda internet kullanımının sorunlu hale gelme riskini arttırabildiği, otizm spektrum bozukluğunda bireyin duygu yönetimi stratejileri oluşturmasını zorlaştırabildiği, bağlanma ile sınırda kişilik bozukluğu gelişiminin arasındaki etkiye aracılık edebildiği ve anoreksiya nervosa tanılı genç kızların anksiyete ve depresyonunu ortaya çıkarabildiği saptanmıştır.[234,235,240–244]

2.3.5. Aleksitimi ve Kendine Zarar Verme Davranışı

Literatürde KZVD olan bireylerin KZVD olmayan bireylere göre daha yüksek aleksitimi skorlarına sahip olduğu bilgisi giderek artmaktadır.[11] Artan literatür bilgisine rağmen KZVD olan gençlerde duygularını tanıma ve ifade etme kapasitesini araştıran çalışmaların sayısı erişkin popülasyona kıyasla sayıca azdır. Yapılan çalışmalarda KZVD olan ergenlerin olmayan ergenlere göre daha fazla aleksitimik özellikler sergilediği saptanmıştır.[245,246] Bir çalışmada çocukluk çağı travmalarının kendine zarar verme ilişkisinde aleksitiminin aracı rolü olduğu bulunmuş, yapılan başka bir çalışmada yüksek aleksitimik özellikler gösteren ergenlerin duygu düzenleme becerilerinde bozulmalar olduğu, daha fazla oranda deneyimsel kaçınma bildirdikleri saptanmıştır.[247] Özellikle duyguları tanıma ve ifade etme konusunda yaşanan güçlüğün kendine zarar verme davranışları, stresli yaşam olayları ve intihar düşünceleri arasında anlamlı ilişkiler gözlenmiş; aleksitimik özelliklerin KZVD ve intihar düşünceleri ile bağlanma kalitesi (ebeveyn ve akran) ilişkisinde önemli ölçüde aracılıkta bulunduğu tespit edilmiştir.[248] 2022 yılında depresyon tanısı alan ergenleri inceleyen bir sistematik gözden geçirme çalışmasında aleksitimik özelliklerin, diğer değişkenler kontrol edildiğinde bile, depresyonlu ergenler arasında KZVD için bir risk faktörü olduğu saptanmış ve bu çalışma aleksitimik özelliklerin tedavisinin gelecekte bir önleme ve terapötik hedef olabileceğini ifade etmiştir.[182]

2.3.6. Aleksitimi ve İntihar

Çeşitli araştırmalar, aleksitimik özelliklerin, özellikle klinik olarak anlamlı depresif semptomların varlığında, intihar girişimi öyküsü ve artan intihar riski ile pozitif ilişkili olabileceğini göstermiştir.[13] Aleksitiminin intihar düşünce ve davranışlarını depresyon aracılığıyla etkilemesinin yanı sıra, bu ilişkinin depresyondan bağımsız olarak da var olduğu saptanmıştır.[249] Yüksek aleksitimi düzeylerine sahip bireylerin, duygusal bilgileri bunaltıcı ve kafa karıştırıcı olarak deneyimleyebilecekleri ve bunun da çaresizlik düşüncelerine yol açabileceği öne sürülmüştür.[250] Ayrıca, aleksitimik özellikler gösteren bireyler sıklıkla sosyal izolasyon, deneyimsel kaçınma ve duygusal ketlenme gibi uyumsuz başa çıkma stratejilerini kullanırlar. Bu nedenle, yüksek aleksitimi düzeylerine sahip bireylerin, deneyimledikleri adlandırılamayan duygularla başa çıkmanın alternatif yollarına ilişkin yetersiz/sınırlı farkındalık nedeniyle intihar düşüncesine ve davranışına motive

olabilecekleri varsayılmaktadır.[251] Ülkemizde yüksek dozda ilaç alarak intihar girişiminde bulunan 33 ergen ile yapılan bir çalışmada, intihar girişimi olan gençlerde sağlıklı gençlere göre anlamlı derecede yüksek aleksitimi düzeyleri saptanmıştır. Özellikle duyguları ifade etmede güçlük alt boyutu yineleyici intihar girişimleriyle ilişkili bulunmuş, söze dökülemeyen çatışmaların intihar girişimiyle açığa çıktığı ifade edilmiştir.[14] 2020 yılında yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, aleksitimi ve intihar eğilimi arasındaki ilişkinin; araştırmanın intihar düşüncesi, intihar girişimleri veya KZVD'ye odaklanıp odaklanmadığına bağlı olarak farklılık gösterdiği belirtilmiş, aleksitiminin intihar düşüncesi ve KZVD ile pozitif yönde ilişkili olduğu ancak intihar girişimiyle aleksitimi ilişkisini açıklayan kanıtların yeterli düzeyde olmadığı saptanmıştır.[11]

2.4. SOSYAL BİLİŞ VE DUYGU TANIMA

2.4.1. Sosyal Biliş Tanımı, Önemi ve İşlevi

Sosyal biliş, etkili kişilerarası etkileşim için önemli olan geniş bir zihinsel, duygusal ve sosyal süreçlerin bütünüdür.[252] Bu süreçler birlikte, ilişki kurmayı, sosyal iletişimi, kendinin zihin durumunu anlamayı ve başkalarının zihin durumunu anlamayı teşvik eder [253]. Sosyal bilişsel beceriler, özellikle başkalarının düşünce ve duygularını anlama yeteneğine odaklanmaktadır. Bu kavram literatürde zihin teorisi şeklinde geçmektedir. Zihin teorisi, başka birinin yerine kendini koyma yeteneğini ifade eder.[254] Bu sosyal düşünme yeteneği genellikle iki temel parçaya ayrılır: bilişsel zihin teorisi, başkalarının düşüncelerini anlamayı ifade eder; duygusal zihin teorisi, başkalarının duygularını anlamayı ifade eder.[255]

Sosyal bilişsel beceriler, bebeklikte, çocuklukta, ergenlikte ve genç yetişkinlikte gelişir ve bu beceriler, hayat boyu sosyal işlevler için kritik öneme sahiptir.[256–259] Yeterli duygu anlama becerileri, etkili kişilerarası etkileşimlerin temelidir.[260,261] Çünkü başkalarının düşünce ve duygularını anlamak sosyal ilişkilerde yakınlık ve uyum sağlarken, bu düşünce ve duyguları yanlış anlamak sosyal ilişkilerde karışıklık ve ayrılıkları tetikleyebilir.[262] Etkili duygu anlama becerileri, çocuklukta prososyal davranışa katılmakla, ergenlikte ergenin kendisini anlaması ve arkadaşlarının sosyal anlayışıyla, yetişkinlikte etkili sosyal iletişim ile pozitif bir şekilde ilişkilidir.[21]

2.4.2. Duygu Tanımanın Gelişimi

Bebekler konuşmayı öğrenmeden önce ebeveynleri ile duygular aracılığıyla iletişime geçerler. Sosyal bilişin nöronal gelişimini araştıran çalışmalarda yaşamın erken döneminde duygu tanıma süreçlerinin gelişmeye başladığı, ergenlik döneminde de devam ettiği izlenmiştir. Yenidoğan dönemindeki bir bebeğin insan yüzlerini nesnelerden ayırt edebildiği, insan yüzüne daha fazla ilgi gösterdiği bilinmektedir. Bebekler hayatın ilk aylarında mutlu, öfkeli ve kızgın duygu ifadelerine farklı kortikal düzeylerde yanıt vermektedir. 7 aylık bebeklerin, farklı insan yüzlerine bakarak algıladıkları duyguları mutluluk-korku ve mutluluk-şaşkınlık olarak sınıflandırabildikleri tespit edilmiştir.[263]

Okul öncesi dönemdeki çocukların duygu ve ilişkili birçok kavramı öğrendikleri ve diğer insanların olumlu duygularını daha iyi farkedebildikleri gözlenmiştir. Çocukların temel duyguları sınıflandırma yeteneğinin yaklaşık 10 yaş civarında neredeyse erişkin düzeyine ulaştığı bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada 7-10 yaş dönemindeki çocukların başkalarının duyguları anlamak için daha fazla ipucuna baktıkları gözlenmiş ancak aynı çalışmada yüksek dışa vurum tepkileri (saldırganlık) gösteren çocuklar, duyguları anlamak için birden fazla ipucunu incelemek yerine tek bir faktöre odaklanmışlardır. Saldırgan tepki gösteren okul çağı çocuklarının, duyguları anlamada daha geç olgunlaştıkları belirtilmektedir.[264]

2.4.3. Duygu Tanıma ve Ruhsal Bozukluklar

Bozulmuş duygu tanıma, bireylerin başkalarının duygu/yüz ifadeleriyle iletilen sinyalleri uygun şekilde okuma becerisinde eksiklikler gösterdiği karakteristik bir patolojidir.[265,266] Bu durumun anksiyete ve duygudurum bozuklukları dahil olmak üzere çeşitli ruhsal bozukluklara sahip gençlerde ve yetişkinlerde gözlenen zayıf sosyal ve kişilerarası işlevsellikten sorumlu olduğu düşünülmektedir.[267,268]

Artan sayıda araştırma, ruhsal bozukluğu olan bireylerin bazı yüz ifadeleri için bir işleme yanlılığı sergilediğini ve bu yanlılığın bir ruhsal bozukluğun başlamasından önce bile belirgin olabileceğini göstermektedir.[269] Bazı çalışmalar ruhsal bozukluğu olan bireylerin, olumsuz duygulanım ifadelerini aşırı dikkatli bir şekilde farkına vardıklarını; başka çalışmalar ise daha az doğru veya daha yavaş fakrına vardıklarını bildirirmiştir.[268,270,271] Yapılan gözden geçirme çalışması duygu tanıma ile erken başlangıçlı bipolar duygudurum bozukluğu, şizofreni, majör depresif bozukluk, DEHB,

anksiyete bozuklukları, yeme bozukluğu ve davranım bozukluğu ilişkisini değerlendirmiştir.[17] McClure, Pope ve meslektaşları[267] duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu tanısına sahip gençlerle yaptıkları çalışmada, gençlerin mutluluk, üzüntü veya korku dolu yüz ifadelerini yanlış bir şekilde kızgın olarak tanımlama eğiliminde olduklarını bildirmişlerdir. Waters ve ark.[272] şiddetli yaygın anksiyete bozukluğu olan çocukların, hafif derecede anksiyetesi ve sağlıklı kontrol grubunda olan çocuklara kıyasla, kızgın yüzlere yönelik bir dikkat yanlılığına sahip olduklarını bulmuşlardır. Buna karşılık, bir çalışmada, depresif bozukluk tanısına sahip gençler sağlıklı gençlerle duygu tanıma açısından karşılaştırılmış; olumlu duygu ifadelerinde gruplar arası bir fark saptanmasa da majör depresif bozukluğu olan gençlerin korku duygusunu, distimik bozukluğu olan gençlerin ise öfke duygusunu sağlıklı kontrol grubuna göre daha az tanıdığı saptanmıştır.[269] Benzer şekilde, kaygı bozukluğu olan ergenler, sağlıklı kontrol grubuna kıyasla nötr yüz ifadelerini tanıma konusunda daha doğru yanıtlar vermiş; olumsuz yüz ifadelerini (öfke, korku) tanıma konusunda daha fazla hata yapmışlardır.[273] Ayrıca bir çalışmada aleksitimik bireylerin aleksitimik olmayanlara göre yüzlerden duygu ve ifadeleri daha az tanıyabildiği görülmüştür.[15]

2.4.4. Duygu Tanıma ve Kendine Zarar Verme Davranışı

Kendine zarar veren ergenlerde kişiler arası ilişkiler sıklıkla bozulduğu için araştırmacılar klinik müdahale geliştirme hedefiyle sosyal bilişteki eksikliklerin rolünü incelemişlerdir. Literatürdeki bazı araştırmalar, kendine zarar verme davranışı ile sosyal biliş bozuklukları arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir.[274275] Aynı şekilde ergen örneklem üzerinde yapılan çalışmalar da kendine zarar verme davranışı sergileyen gençler arasında sosyal biliş bozukluklarının belirgin olduğu fikrini desteklemektedir.[91] Kendine zarar veren ergenlerin kendine zarar vermeyen ergenlere göre uyumsal davranış sergileme ve problem çözme kapasitelerinde daha büyük eksiklikler yaşadıklarını ortaya koymuştur. Bazı araştırmalarda ise olumsuz bilişsel tarzın ve duygu anlama kapasitesindeki eksikliklerin daha çok kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır.[19,276,277] Ergenlerle yapılan başka bir çalışmada ise sağlıklı kontrol grubuna kıyasla KZVD olan ergenlerde duygu tanıma düzeylerinde önemli bir fark bulunmamıştır.[278] 2016 yılında yapılan bir çalışma ise duygu tanıma becerilerini üç farklı ergen grubunda araştırmayı hedeflemiştir: KZVD olan ergenler, intihar girişiminde

bulunan ergenler ve tipik gelişim gösteren ergenler. Çalışmanın sonucunda KZVD olan ergenlerin, tipik olarak gelişen kontrollere kıyasla korkulu ve üzgün yüz tanımada daha fazla hata yaptığı gösterilmiştir. Çalışma KZVD olan ergen hastaların, kontrol grubuna kıyasla duygu tanımada daha büyük eksiklikler gösterdiğini, ancak intihar girişiminde bulunan ergenlerle karşılaştırıldığında ise fark olmadığını belirtmiştir.[279] Literatür farklı sonuçlar içeren araştırmaları barındırsa da, ergenlerde kendine zarar verme davranışının gelişimi ve sürdürülmesinde sosyal biliş bozukluklarının önemi halen araştırması gereken güncel bir konudur.[280]

2.4.5. Duygu Tanıma ve İntihar

Bazı araştırmacılar,intihar eğilimi olan bireylerde gözlenen kişilerarası güçlüklerin sosyal-bilişsel eksikliklerle ve bozuk duygu tanıma becerileri ile ilişkili olabileceğini önermektedir.[281] Gençlerde intihar eğilimi, artan sosyal zorluklar ve daha fazla kişilerarası reddedilme ile ilişkilendirilmiştir.[282,283] Gençlerde intihar düşüncesinin, sosyal destek eksikliği ve sosyal bağlantı eksikliği ile ilişkili olduğu; yetişkinlerde intihar davranışına sahip olanların, sosyal problem çözmede daha fazla zorluk yaşadıkları bildirmektedir.[284,285] 2022 yılında yayınlanan bir meta-analiz çalışmasında intihar ile ilişkili teorik kuramların sosyal biliş bozulmalarıyla ilişkisi ele alınmıştır. Kişiler Arası İntihar Kuramında bulunan, engellenen aidiyet, algılanan külfet ve intihar yeteneği isimli üç yapıdan engellenen aidiyet ve algılanan külfet kavramları sosyal bilişsel süreçlerle ilişkilendirilmiş, sosyal biliş ve duygu anlama kapasitesindeki bozulmaların bireylerde bu iki kavramı ortaya çıkarabileceği öne sürülmüştür [21]. Yapılan bazı araştırmalarda genç ergenlerin düşük sosyal biliş ve zihin kuramı yeteneği, yalnızlık ve akran reddi ile ters orantılı olarak bulunmuş ve yapılan başka bir çalışmada, başkalarının zihinsel durumlarını anlama güçlüğü, azalan sosyal etkileşimlerle ilişkili gösterilmiştir.[286,287] Ayrıca sosyal bilişsel bozuklukların Üç Aşamalı İntihar Kuramının her aşamasında, Bütünleyici Güdüsel İradesel Kuramın ise güdülenme aşamasında etkili olduğu ifade edilmiştir. Yapılan meta analiz sonucunda sosyal bilişsel bozuklukların intihar ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. [21]

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Yöntem

Bu tez çalışması Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya dahil olmak isteyen gönüllülere davet posteri aracılığıyla ulaşılmıştır. Çalışmaya katılmadan önce araştırmacı tarafından gençlere ve ebeveynlerine çalışma hakkında bilgi verilmiş, gencin ve ebeveynin kabul etmesi sonrasında, gençler kendileri için hazırlanmış olan Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu, ebeveynler ise Ebeveynler İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu okumuş ve Onam Formunu imzalamışlardır. Etik kurul onayı 16.07.2022 tarihli 2022/194 sayı ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

3.1. Örneklem

Çalışmaya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerinde Temmuz 2022 – Kasım 2022 tarihleri arasında kendine zarar verici davranışı nedeniyle takipli olan, acil olarak başvurmuş veya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi tarafından konsülte edilmiş 14-17 yaş arası 50 ergen dahil edilmiş, kontrol grubunu ise yaş, cinsiyet ve ruhsal bozukluk açısından eşleştirilmiş hastalar oluşturmaktadır. Kontrol grubunu herhangi bir nedenle Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran, ruhsal bozukluk tanısıyla takip edilen ancak kendine zarar verme davranışı olmayan 50 ergen oluşturmuştur. Çalışmayı kabul eden ve çalışma kriterlerine uygun ergenlerden ve ailelerinden yazılı onam alınmıştır.

Çalışma Grubunun Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. DSM-5 tanı ölçütlerine göre KZVD tanı kriterlerini karşılamış olması.
2. 14-17 yaş aralığında olması.
3. Ergenin normal düzeyde zekaya sahip olması.
4. Kendilerinden ve/veya kendileri hakkında karar vermeye yetkili birinci derece yakınlarından çalışmaya katılmak için onamı alınması.

Kontrol Grubunun Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. DSM-5 tanı ölçütlerine göre KZVD tanı kriterlerini karşılamamış olması.
2. 14-17 yaş aralığında olması.
3. Ergenin normal düzeyde zekaya sahip olması.
4. Kendilerinden ve/veya kendileri hakkında karar vermeye yetkili birinci derece yakınlarından çalışmaya katılmak için onamı alınması.

Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. Tıbbi duruma bağlı Psikotik Bozukluk ve Duygudurum Bozukluğu
2. Madde Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluk ve Duygudurum Bozukluğu
3. Madde Kullanım Bozukluğu
4. Öğrenme Güçlüğü ve Mental Retardasyon
5. Otizm Spektrum Bozukluğu
6. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk
7. Konuşma ve anlamayı engelleyecek düzeyde iletişim ve dil sorununun olması
8. Görme bozuklukları
9. Kronik hastalığa sahip olma
10. Araştırma örneklemi için belirtilen yaş aralığında olmama

Araştırmanın Hipotezleri

Ana hipotez: Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde artmış intihar olasılığı azalmış duygu tanıma ve artmış aleksitimi düzeyleri ile ilişkilidir.

Hipotez 1: Araştırma grubunun kontrol grubu ile karşılaştırıldığında duygu tanıma becerileri daha zayıftır.

Hipotez 2: Araştırma grubunda depresyon ve aleksitimi düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksektir.

Hipotez 3: Araştırma grubunda intihar olasılığı düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksektir.

Hipotez 4: Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri alt değişkenleri ile intihar olasılığı arasında ilişki vardır

Hipotez 5: Yüksek aleksitimi düzeyleri yüksek intihar olasılığı ile ilişkilidir.

Hipotez 6: Düşük duygu tanıma becerisi yüksek intihar olasılığı ile ilişkilidir.

Hipotez 7: Yüksek depresyon düzeyi yükselmiş intihar olasılığı, yükselmiş aleksitimi düzeyi, olumsuz kendine zarar verme alt değişkenleri ile ve düşük duygu tanıma düzeyi ile ilişkilidir.

Hipotez 8: Araştırma grubunda aleksitimi düzeyi ile duygu tanıma becerileri arasında negatif yönde bir ilişki vardır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form KZVD'si olan ve olmayan gençlerin kendileri ve anne-babalarından alınan bilgiler doğrultusunda doldurulmuştur. Gencin yaş, cinsiyet, okula devam ve sınıf tekrarı durumu, aile yapısı, kardeş sayısı, barınma durumu, gence göre ailenin yaşadığı yerin güvenli olup olmaması, sorunlarını paylaştığı kişiler, ailenin aylık gelir düzeyi, gelişim dönemlerinde bakımından sorumlu olan kişiler, anne ve babanın eğitim durumları, ebeveyn çalışma durumu, ailedeki fiziksel ve ruhsal hastalıklar, kendisinde ve arkadaşlarında evden, okuldan kaçma öyküsü, gencin ailesinde ve arkadaşlarında KZVD, sigara-alkol-madde kullanım öyküsü, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar öyküsü sorgulanmış; Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının 5. Baskısına göre bir çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından en az iki görüşme sonunda netleştirilen ruhsal tanı bilgileri ve mevcut medikal tedavi bilgileri genci takip eden poliklinik doktorundan alınmıştır.

3.3.2. Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)

Klonsky ve Glenn tarafından geliştirilen Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) iki ayrı bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde kasıtlı olarak ve intihar amacı olmaksızın gerçekleştirilen 12 tür kendine zarar verme davranışının görülme sıklığı sorulmaktadır. Bu davranışlar kesme, ısırma, yakma, cilde bir harf / yazı / şekil kazıma, çimdikleme, saç kopartma, tırnaklama, kendine vurma, yaranın iyileşmesine engel olma, cildi sert bir yüzeye sürtme, kendine iğne batırma ve tehlikeli / zararlı madde içme / yutmadır. İkinci bölümde 39 madde ile kendine zarar verme davranışlarının farklı işlevleri sorgulanır. İşlevler otonom ve sosyal olmak üzere iki boyut altında toplanmıştır. Otonom işlevler affekt regülasyonu, intiharı önleme, sıkıntıyı etiketleme, kendini cezalandırma ve çözülmeyi önleme şeklinde 5 alt boyuttan; sosyal işlevler ise kişiler arası

sınırlar, kişiler arası etkileşim, intikam alma, heyecan arama, akranlarla bağ kurma, dayanıklılık, özerklik ve kendiyle ilgilenme şeklinde 8 alt boyuttan oluşmaktadır [288]. Envanterin geçerlik ve güvenirlik çalışması Bildik ve ark. tarafından 2008 yılında lise öğrencileri üzerine yapılan bir araştırma ile Türk kültürüne uyarlanmıştır [289].

3.3.3. İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ)

İntihar Olasılığı Ölçeği 1988 yılında Cull ve Gill tarafından ergenler ve yetişkinlerde intihar riskini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir.[290] Ölçek ilk kez Eskin tarafından 1993 yılında Türkçe'ye uyarlanmış, 2007 yılında Atlı tarafından klinik örneklem üzerinde geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır.[291] Çalışmada 14 yaş ve üzerinde İntihar Olasılığı Ölçeğinin Türk klinik örneklemde kullanılabilecek güvenilir ve geçerli bir ölçme aracı olduğu sonucunu bulmuşlardır.[292] İntihar Olasılığı Ölçeği 36 sorudan oluşan, likert tip bir ölçektir. 1=hiçbir zaman veya nadiren, 2=bazen, 3=sık, 4=çoğu zaman olmak üzere 1-4 arası puanlandırılır. Umutsuzluk (12 madde), intihar düşüncesi (8 madde), kendini olumsuz değerlendirme (9 madde) ve düşmanlık (7 madde) olmak üzere 4 alt boyutu vardır. Umutsuzluk; 5, 12, 14,15, 17, 19, 23, 28, 29, 31, 33, 36., intihar düşüncesi 4,7, 20, 21, 24, 25, 30, 32, kendini olumsuz değerlendirme 2, 6, 10, 11, 18, 22, 26, 27, 35, düşmanlık alt boyutu 1, 3, 8, 9, 13, 16, 34. maddeleri kapsamaktadır. Kendini olumsuz değerlendirme alt boyutundaki maddeler ters şekilde hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 36, en yüksek puan ise 144'tür. Ölçekten alınan puan arttıkça, intihar olasılığı artmaktadır.

3.3.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)

Bagby, Parker ve Taylor tarafından 1994 yılında geliştirilen Toronto aleksitimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 2009 yılında Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [208] [293]. Ölçek 20 sorudan oluşan likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. 4, 5, 10, 18 ve 19. maddeler ters biçimde puanlanmaktadır. Ölçek 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Duygularını Tanımada Güçlük alt ölçeği, yedi maddeden oluşmaktadır (madde 1, 3, 6, 7, 9, 13 ve 14), duyguları belirleme ve onları duygusal uyarılmaya eşlik eden bedensel duyumlardan ayırt etmede güçlük olarak tanımlanmaktadır. Buna ek olarak, Duyguları Söze Dökmede Güçlük alt ölçeği, beş maddeden (madde 2, 4, 11, 12 ve 17) oluşmaktadır,

duyguların başkalarına aktarılmasında güçlük olarak tanımlanmıştır. Dışa Vuruk Düşünme alt ölçeği, sekiz maddeden (madde 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 ve 20) oluşmaktadır. Dışa dönük bilişsel bir yapının varlığı, içedönük düşünme ve imgelem gücünün zayıflığı olarak tanımlanır. Katılımcılardan hiçbir zaman, nadiren, bazen, sık sık ve her zaman gibi seçeneklerden birisini işaretlemesi istenmektedir. 1 hiçbir zaman, 5 ise her zaman olarak kodlanmıştır. Ölçeğin puanı her soruya verilen cevabın (ters sorular göz önünde bulundurularak) puan toplamından oluşmaktadır. Testin asıl versiyonunda 61 üstü aleksitimi, 52-60 muhtemel aleksitimi iken 51 ve altı aleksitimi değil şeklinde bulunmuştur. Türkçe kesim noktası aleksitimi olmaması açısından yine 51 puanken kesin aleksitimi sınırı için 59 puan belirlenmiştir.

3.3.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Ölçek Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Son bir haftada kendini nasıl hissettiğiyle ilgili 21 sorudan oluşmaktadır [294]. Her soru en az sıfır en fazla 0 ile 3 puan alınan 4 seçenekten oluşmuştur. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil depresyonun şiddetini belirlemektir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Alınan puanlara göre depresyon için şu sınıflandırmalar yapılmıştır: 0 – 13 puan: depresyon yok, 14 – 22 puan: Hafif derecede depresyon, 23 – 34 puan: Orta derecede depresyon, 35 puan ve üstü: Ağır derecede depresyon. Beck Depresyon Envanterinin Türkiye Uyarlaması, Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması 1989 yılında Nesrin Hisli tarafından yapılmıştır [295].

3.3.6. Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT)

Baron-Cohen ve ark. tarafından ilk defa 1997 yılında erişkinler için geliştirilen ve 2001 yılında geçerlilik güvenilirliği tamamlanmış olan bir testtir. İleri zihin kuramı becerileri, sosyal biliş ve duygu tanıma becerilerine dair değerlendirme için kullanılan bir araçtır. 2001 yılında Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından çocuk formu geliştirilmiştir.[296] Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Girli ve ark. tarafından 2014 yılında yapılmıştır.[297] Test klinisyen eşliğinde uygulanır ve 28 adet sorudan oluşmaktadır. Sorular bir çift göz resmi ve onun etrafında 4 şıktan oluşmaktadır. 4 şıktan sadece biri doğrudur. Duygu tanıma becerilerinde yani sosyal bilişte kısıtlılıkları olan kişilerin testte daha düşük puanlar almaları beklenmektedir.

3.4. İstatistiksel Analiz

Örneklem büyüklüğü hesaplamasında, 0,05 hata payı, 0,95 güç ve 0,8 etki büyüklüğü için iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulabilmek için G*Power 3.1.9.4 programına göre çalışmaya toplam en az 84 kişi alınması gerektiği bulunmuş; olgu grubu için 50 hasta, kontrol grubu için 50 hastanın çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır.

Sürekli değişkenlerin ve ölçeklerden elde edilen toplam ve alt ölçek puanların normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Ölçek puanları normal dağılıma uygunluk göstermesi durumunda ortalama ve standart sapma; normal dağılıma uygunluk göstermemesi durumunda ise medyan, 1.çeyreklik değer ve 3.çeyreklik değer değerleriyle birlikte verilmiştir. Gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarında iki grup olması ve normal dağılıma uygunluk gözlenmesi durumunda Bağımsız örneklem t testi, grup sayısının iki gruptan fazla olması ve normal dağılıma uygunluk gözlenmesi durumunda ise ANOVA testi, iki grup olması ve normal dağılıma uygunluk gözlenmemesi durumunda Mann Whitney U, grup sayısının iki gruptan fazla ve normal dağılıma uygunluk gözlenmemesi durumunda ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. ANOVA testi sonrasında genel anlamlılık bulunması durumunda alt grup analizler Bonnferroni testi kullanılarak yürütülmüştür. Kruskal Wallis testi sonrasında genel anlamlılık bulunması durumunda alt grup analizler Dunn-Boenferroni testi kullanılarak yürütülmüştür. Kategorik değişkenler gruplar arasında; ki-kare testi, Fisher'ın kesin ki-kare testi ve Fisher Freeman Halton test kullanılarak karşılaştırılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiş, ve normal dağılıma uygunluk gözlenmesi durumunda Pearson korelasyon katsayısı, normal dağılıma uygunluk gözlenmemesi durumunda ise Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Analizler SPSS (IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılarak gerçekleştirilmiş olup, analizlerde anlam düzeyi α=0.05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılanların Genel Özellikleri

Çalışmada olgu grubu 50 ergenden, kontrol grubu ise 50 ergenden oluşmuştur. Çalışmaya 82'i kız (%82) 18'si erkek (%18) toplam 100 ergen katılmıştır. Olgu ve kontrol gruplarının arasında cinsiyete göre dağılım farkı yoktur (p>0,999). Çalışmaya katılan ergenlerin yaşları 14-17 arasında olup, olgu grubunda ortalama yaş 15,80 (±1,06); kontrol

grubunda ise 15,72 (±1,07) olarak bulunmuştur. Olgu ve kontrol grubunda yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,694) (Tablo 9).

Tablo 9: Katılımcılara ait özellikler

Özellikler	**Gruplar**	**OLGU (n=50)**		**KONTROL (n=50)**		**p**
		Ortalama	**SS**	**Ortalama**	**SS**	
Yaş		15,80	±1,06	15,70	±1,07	0,694[b]
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**p**
Cinsiyet	Kız	41	82	41	82	>0,999[a]
	Erkek	9	18	9	18	

a:Ki kare Testi, b:Mann Whitney U Testi, c: Fisher Freeman Halton Test, d:Fisher'ın Kesin Ki kare Testi.

Ergenlerin okul başarı durumu sorusuna verdikleri cevaplara göre KZVD bulunan ergenlerin okul başarısının 20 ergende (%40) ortalama altı, 20 ergende (%40) ortalama, 10 ergende (%20) ortalama üstü düzeyde olduğu öğrenildi. Kontrol grubundaki ergenlerin okul başarısı; 1 ergende (%2) ortalama altı, 28 ergende (%56) ortalama, 21 ergende (%42) ortalama üstü düzeyde idi. Olgu ve kontrol grupları arasında okul başarısı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 10).

Ergenlerin okul devamsızlık durumu sorusuna verdikleri cevaplara göre KZVD grubunda 4 ergende (%8) okul devamsızlığının olmadığı, 25 ergende (%50) okul devamsızlığının 10 günden az olduğu, 15 ergende (%30) okul devamsızlığının 10-20 gün arasında olduğu, 6 ergenin (%12) devamsızlıktan sınıfta kaldığı öğrenildi. Kontrol grubunda 10 ergende (%20) okul devamsızlığının olmadığı, 31 ergende (%62) okul devamsızlığının 10 günden az olduğu, 8 ergende (%16) okul devamsızlığının 10-20 gün arasında olduğu, 1 ergenin (%2) devamsızlıktan sınıfta kaldığı öğrenildi. Olgu ve kontrol grupları arasında okul devamsızlık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,032). (Tablo 10)

Tablo 10: Katılımcıların eğitim durumlarına ait özellikler

Özellikler	Gruplar	OLGU (n=50)		KONTROL (n=50)		p
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Eğitim Durumu	Okumuyor Ortaokul Lise	2 2 46	4 4 92	0 6 44	0 12 88	0,052[c]
Okul Başarı Algısı	Ortalama Altı Ortalama Ortalama Üstü	20 20 10	40 40 20	1 28 21	2 56 42	**<0,001[a]**
Okul Devamsızlık Durumu	Hiç 10 Günden Az 10 Günden Fazla Devamsızlıktan Kalma	4 25 15 6	8 50 30 12	10 31 8 1	20 62 16 2	**0,032[c]**

a:Ki kare Testi, b:Mann Whitney U Testi, c: Fisher Freeman Halton Test, d:Fisher'ın Kesin Ki kare Testi.

4.2. Katılımcıların Sosyodemografik Veri Formu Özellikleri

Araştırmaya katılan olgu grubunda 19 ergenin (%38) il merkezinde, 31 ergenin (%62) ilçe ve köyde; kontrol grubunda 13 ergenin (%26) il merkezinde, 37 ergenin (%74) ilçe ve köyde yaşadığı öğrenilmiştir. Olgu grubunda 4 ergenin (%8) tek çocuk, 46 ergenin (%92) 2-6 kardeş olduğu; kontrol grubunda 8 ergenin (%16) tek çocuk, 42 ergenin (%84) 2-6 kardeş olduğu öğrenilmiştir. Olgu grubunda evde yaşayan kişi sayısına bakıldığında 48 ergende (%96) 1-5 kişi, 2 ergende (%4) 6 ya da daha fazla; kontrol grubunda evde yaşayan kişi sayısı 45 ergende (%90) 1-5 kişi, 5 ergende (%10) 6 ya da daha fazla olduğu öğrenilmiştir. İkametgâh, kardeş sayısı ve evde yaşayan kişi sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (Sırasıyla p değerleri: 0,198; 0,218; 0,436) (Tablo 11)

Katılımcıların ebeveyn birliktelikleri sorgulandığında olgu grubunda 39 ergenin (%78) anne babasının birlikte olduğu, 11 ergenin (%22) anne babasının ayrı olduğu; kontrol grubunda 42 ergenin (%84) anne babasının birlikte olduğu, 8 ergenin (%16) anne babasının ayrı olduğu öğrenildi. Olgu grubunun %80'i çekirdek aile yapısına sahipken, %6'sı geniş aile, %14'ü parçalanmış aile yapısındaydı. Kontrol grubunun ise %78'i çekirdek aile yapısına sahipken, %6'sı geniş aile, %16'sı parçalanmış aile yapısındaydı.

Ebeveyn birlikteliği ve aile yapısı arasında her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı (0,444; >0,999) (Tablo 11)

Olgu ve kontrol gruplarında gelişim dönemlerine göre bakım verenlere bakıldığında, her iki grup arasında 0-1 yaş, 1-3 yaş, 3-6 yaş ve 6 yaş ve üzeri dönemlerde bakım veren açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 11).

Tablo 11: Katılımcıların Sosyoekonomik Veri Formu Özellikleri

Özellikler	**Gruplar**	**OLGU (n=50)**		**KONTROL (n=50)**		**p**
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	
İkametgah	İl Merkezi İlçe-Köy	19 31	38 62	13 37	26 74	0,198[a]
Kardeş Sayısı	Tek Çocuk 2-6 Kardeş	4 46	8 82	8 42	16 84	0,218[a]
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	1-5 Kişi 6 ya da daha fazla	48 2	96 4	45 5	90 10	0,436[d]
Anne Baba Birliktelik	Beraber Ayrı	39 11	78 22	42 8	84 16	0,444[a]
Kiminle Yaşıyor	Çekirdek Geniş Parçalanmış	40 3 7	80 6 14	39 3 8	78 6 16	>0,999[c]
0-1 yaş arasında kim büyüttü	Anne- Baba Diğer	46 4	92 8	46 4	92 8	>0,999[d]
1-3 yaş arasında kim büyüttü	Anne- Baba Diğer	42 8	84 16	45 5	90 10	0,372[a]
3-6 yaş arasında kim büyüttü	Anne- Baba Diğer	41 9	82 18	4 9	82 18	>0,999[a]
6 yaşından sonra kim büyüttü	Anne- Baba Diğer	43 7	86 14	44 6	88 12	0,766[a]

a:Ki kare Testi, b:Mann Whitney U Testi, c: Fisher Freeman Halton Test, d:Fisher'ın Kesin Ki kare Testi.

4.3. Katılımcıların Ebeveynlerine Ait Özellikleri

Çalışmaya katılan ergenlerin babalarının eğitim durumlarına bakıldığında olgu grubunda ilkokul mezunu 14 (%28), ortaokul mezunu 6 (%12), lise mezunu 16 (%32), üniversite mezunu 14 (%28); kontrol grubunda ilkokul mezunu 10 (%20), ortaokul mezunu 6 (%12), lise mezunu 16 (%32), üniversite mezunu 18 (%36) düzeyinde eğitim gördükleri saptanmıştır. Annelerinin eğitim durumlarına bakıldığında olgu grubunda ilkokul mezunu 12 (%24), ortaokul mezunu 13 (%26), lise mezunu 16 (%32), üniversite mezunu 9 (%18); kontrol grubunda ilkokul mezunu 15 (%30), ortaokul mezunu 8 (%16), lise mezunu 10 (%20), üniversite mezunu 17 (%34) düzeyinde eğitim gördükleri saptanmıştır. Her iki ebeveynin eğitim düzeyleri açısından gruplar arası anlamlı bir fark bulunamamıştır. (p=0,761; p=0,147)

Çalışmaya katılan ergenlerin babalarının mesleklerine bakıldığında olgu grubunda çalışmayan 5 (%10), memur 14 (%28), işçi 7 (%14), emekli 4 (%8), serbest meslek 20 (%40) kontrol grubunda çalışmayan 5 (%10), memur 15 (%30), işçi 9 (%18), emekli 6 (%12), serbest meslek 15 (%30); annelerinin mesleklerine bakıldığında olgu grubunda çalışmayan 31 (%62), memur 5 (%10), işçi 4 (%8), emekli 3 (%6), serbest meslek 7 (%14) kontrol grubunda çalışmayan 32 (%64), memur 12 (%24), işçi 1 (%2), emekli 1 (%2), serbest meslek 4 (%8) saptanmıştır. Her iki ebeveynin meslekleri açısından gruplar arası anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,844; p=0,184) (Tablo 3). Olgu ile kontrol grupları arasında ev durumu açısından anlamlı fark görülmemiştir (p=0,271).

Katılımcıların aylık gelir düzeyi karşılaştırıldığında olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (p=0,086). Aylık gelir olgu grubunun 12'sinde (%24) 4000 TL'nin altında, 19'unda (%38) 4001-8000 TL arasında, 8'inde (%16) 8001 – 12000 TL arasında, 11'inde (%22) 12001 TL üzerinde, kontrol grubunun 3'ünde (%6) 4000 TL'nin altında, 24'ünde (%48) 4001-8000 TL arasında, 8'inde (%16) 8001 – 12000 TL arasında, 15'inde (%30) 12001 TL üzerinde bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 12: Katılımcıların Ebeveynlerine ait Özellikleri

Özellikler	Gruplar	OLGU (n=50		KONTROL (n=50)		p
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Baba Eğitim	İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	14 6 16 14	28 12 32 28	10 6 16 18	20 12 32 36	0,761[a]
Baba Meslek	Çalışmıyor Memur İşçi Emekli Serbest Meslek	5 14 7 4 20	10 28 14 8 40	5 15 9 6 15	10 30 18 12 30	0,844[a]
Anne Eğitim	İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	12 13 16 9	24 26 32 18	15 8 10 17	30 16 20 34	0,147[a]
Anne Meslek	Çalışmıyor Memur İşçi Emekli Serbest Meslek	31 5 4 3 7	62 10 8 6 14	32 12 1 1 4	64 24 2 2 8	0,184[c]
Aylık Gelir	<4000 TL 4001-8000 TL 8001-12000 TL >12001 TL	12 19 8 11	24 38 16 22	3 24 8 15	6 48 16 30	0,086[a]
Ev Durumu	Kendilerine ait Kira	33 17	66 34	38 12	76 24	0,271[a]

a:Ki kare Testi, b:Mann Whitney U Testi, c: Fisher Freeman Halton Test, d:Fisher'ın Kesin Ki kare Testi.

4.4. Katılımcılara Ait Özellikler

Gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda sorun paylaşımına göre yüksek düzeyde anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,001). Olgu grubunda bulunanların %2'sinin sorununu anne-baba ile paylaştığı, %36'sının arkadaş ile paylaştığı, %14'ünün anne-baba-arkadaş ile paylaştığı ve %48'inin de hiç kimseyle paylaşmadığı saptanmıştır. Kontrol grubunda bulunanların ise %24'ünün sorununu anne-baba ile paylaştığı, %18'inin arkadaş ile paylaştığı, %26'sının anne-baba-arkadaş ile paylaştığı ve %32'sinin de hiç kimseyle paylaşmadığı saptanmıştır (Tablo 13).

Olgu grubunda bulunanların %48'inin sigara kullandığı, %52'sinin sigara kullanmadığı, kontrol grubunda bulunanların ise %12'sinin sigara kullandığı, %88'inin sigara kullanmadığı belirlenmiştir. Alkol kullanımı açısından değerlendirildiğinde olgu grubunda bulunan ergenlerin %36'sının alkol kullandığı, %64'ünün alkol kullanmadığı, kontrol grubunda bulunan ergenlerin ise %12'sinin alkol kullandığı, %88'inin alkol kullanmadığı saptanmıştır. Sigara kullanımı, alkol kullanımı ve evden kaçma durumları açısından yapılan gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur (p<0,001, p=0,009) (Tablo 13). Ayrıca olgu grubundaki ergenlerin evden kaçma ve polis müdahalesi gerektirecek olay yaşama oranları, kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p<0,001, p=0,001) (Tablo 13).

Sosyal medya kullanım sürelerine bakıldığında olgu grubunda 7 ergenin (%14) gün içinde toplam 0-2 saat, 14 ergenin (%28) 2-4 saat, 29 ergenin (%30) 4 saatten fazla sosyal medyada zaman geçirdiği, kontrol grubunda ise 5 ergenin (%10) gün içinde toplam 0-2 saat, 27 ergenin (%54) 2-4 saat, 18 ergenin (%36) 4 saatten fazla sosyal medyada zaman geçirdiği saptanmıştır. Sosyal medya kullanım süreleri açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,030) (Tablo 13)

Tablo 13: Katılımcılara ait Özellikler

Özellikler	Gruplar	OLGU (n=50)		KONTROL (n=50)		p
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Sorun Paylaşımı	Anne-Baba Arkadaş Anne-Baba-Arkadaş Hiç Kimse	1 18 7 24	2 36 7 48	12 9 13 16	24 18 26 32	**0,001[a]**
Sigara Kullanımı	Var Yok	24 26	48 52	6 44	12 88	**<0,001[a]**
Alkol Kullanımı	Var Yok	18 32	36 64	6 44	12 88	**0,009[a]**
Madde Kullanım Geçmişi	Var Yok	2 48	4 96	0 50	0 100	0,495[d]
Evden Kaçma Durumu	Var Yok	18 32	36 64	3 47	6 94	**<0,001[a]**
Algıladıkları Mahalle Güvenliği	Güvenli Değil Orta Derece Güvenli Çok Güvenli	14 22 14	28 44 28	7 21 22	14 42 44	0,140[a]
Polis Müdahalesi	Var Yok	30 20	60 40	14 36	28 72	**0,001[a]**
Sosyal Medya Kullanımı	0-2 Saat 2-4 Saat 4 Saatten Fazla	7 14 29	14 28 58	5 27 18	10 54 36	**0,030[a]**

a:Ki kare Testi, c: Fisher Freeman Halton Test, d:Fisher'ın Kesin Ki kare Testi.

4.5. Katılımcıların Arkadaşlarına Ait Özellikler

Madde kullanan arkadaş ve evden kaçan arkadaş açısından gruplar arasında farklılık bulunmuştur (p=0,003, p=0,009). Olgu grubunda bulunan ergenlerin %18'inin arkadaşının madde kullandığı, %82'sinin arkadaşının madde kullanmadığı, kontrol grubunda bulunanların ise hiçbir arkadaşının madde kullanmadığı belirlenmiştir. Olgu grubunda bulunan ergenlerin %28'inin arkadaşının evden kaçtığı, %72'sinin arkadaşının

evden kaçmadığı, kontrol grubunda bulunan ergenlerin %8'inin arkadaşının evden kaçtığı, %92'sinin arkadaşının evden kaçmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların arkadaşlarında alkol kullanımı, KZVD sergileme, intihar girişiminde bulunma özelliklerine bakıldığında her iki grup arasında istatistiksel fark saptanmamıştır (p=0,070, p=0,072, p=0,062) (Tablo 5). Her iki grupta da intihar sonucu hayatını kaybeden arkadaş sayısı 3 olarak bulunmuştur (p>0,999) (Tablo 14).

Tablo 14: Katılımcıların Arkadaşlarına Ait Özellikler

Özellikler	**Gruplar**	**OLGU (n=50)**		**KONTROL (n=50)**		**p**
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	
Arkadaşında Alkol Kullanımı	Var Yok	32 18	64 36	23 27	46 54	0,070[a]
Arkadaşında Madde Kullanımı	Var Yok	9 41	18 82	0 50	0 100	**0,003[d]**
Arkadaşında Evden Kaçma	Var Yok	14 36	28 72	4 46	8 92	**0,009[a]**
Arkadaşında KZVD durumu	Var Yok	29 21	58 42	20 30	40 60	0,072[a]
Arkadaşında İntihar Girişim Durumu	Var Yok	23 27	46 54	14 36	28 72	0,062[a]
Arkadaşında İntihar ile Hayatını Kaybetme Durumu	Var Yok	3 47	6 94	3 47	6 94	>0,999[d]

a:Ki kare Testi, c: Fisher Freeman Halton Test, d:Fisher'ın Kesin Ki kare Testi.

4.6. Katılımcıların Ailelerine Ait Özellikler

Katılımcıların aile özellikleri incelendiğinde ailede tıbbi hastalık ve ailede ruhsal hastalık varlığı açısından olgu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü.

Olgu grubunun %12'sinde ailede KZVD varken kontrol grubunda bu oran %4 olarak saptandı. Ailede intihar girişimi varlığı incelendiğinde olgu grubunda oran %6, kontrol grubunda ise bu oran %10 olarak saptandı. Olgu grubunda ailede intihar ile ölüm gözlenmezken kontrol grubunda ailede intihar ile ölüm varlığı %4 olarak saptandı.

Ailede kendine zarar verme davranışı, ailede intihar girişim öyküsü ve ailede intihar nedeniyle ölüm açısından her iki grup arasında istatistiksel açıdan bir fark saptanmadı (p=0,269, p=0,715, p=0,495). Katılımcıların ailelerine ait özelliklerin sayısal değerleri tablo 15'te bulunmaktadır.

Tablo 15: Katılımcıların Ailelerine ait Özellikler

Özellikler	**Gruplar**	**OLGU (n=50)**		**KONTROL (n=50)**		**p**
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	
Ailede Tıbbi Hastalık	Var Yok	20 30	40 60	21 29	42 58	0,839[a]
Ailede Ruhsal Hastalık	Var Yok	24 26	48 52	18 32	36 64	0,224[a]
Ailede KZVD	Var Yok	6 44	12 88	2 48	4 96	0,269[d]
Ailede İntihar Girişimi	Var Yok	3 47	6 94	5 45	10 90	0,715[d]
Ailede İntiharla Ölüm	Var Yok	0 50	0 100	2 48	4 96	0,495[d]

a:Ki kare Testi, b:Mann Whitney U Testi, c: Fisher Freeman Halton Test, d:Fisher'ın Kesin Ki kare Testi.

Katılımcıların aile bireylerinde alkol, madde ve sigara kullanımı açısından karşılaştırma yapıldığında her iki grup arasında istatistiksel bir fark çıkmamıştır. Sayısal değerlere ait bilgi Tablo 16'da yer almaktadır.

Tablo 16: Katılımcıların Ailelerine Ait Özellikler

Özellikler	Gruplar	OLGU (n=50)		KONTROL (n=50)		p
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Babada Alkol Kullanımı	Var Yok	12 38	24 76	10(%20) 40(%80)	20 80	0,629[a]
Babada Madde Kullanımı	Var Yok	2 48	4 96	0 50(%100)	0 100	0,495[d]
Annede Alkol Kullanımı	Var Yok	7 43	14 86	5(%10) 45(%90)	10 90	0,538[a]
Annede Madde Kullanımı	Var Yok	0 50	0 100	0 50(%100)	0 100	*
Kardeşte Alkol Kullanımı	Var Yok	7 43	14 86	6(%12) 44(%88)	12 88	0,766[a]
Kardeşte Madde Kullanımı	Var Yok	2 48	4 96	0 50(%100)	0 100	0,495[d]
Ailede Sigara Kullanımı	Var Yok	40 10	80 20	36 14	72 28	0,349[a]

a:Ki kare Testi, b:Mann Whitney U Testi, c: Fisher Freeman Halton Test, d:Fisher'ın Kesin Ki kare Testi.

4.7. Katılımcılara Ait Tanısal Özellikler

Çalışmamıza katılan ergenler gruplar arasında yaş, cinsiyet ve ruhsal tanı açısından eşleştirilmiştir. Bu nedenle olgu ve kontrol grupları arasında ruhsal tanılar açısından bir fark gözlenmemiştir. Araştırmamıza katılan olgu grubunda 20 ergen tek bir ruhsal bozukluk tanı ile takip edilmekte, kontrol grubunda ise 28 ergen tek bir ruhsal bozukluk tanısıyla takip edilmektedir. Olgu grubunun ruhsal bozuklukları incelendiğinde 35 ergen (%70) depresif bozukluk, 12 ergen (%24) anksiyete bozukluğu, 16 ergen (%32) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, 2 ergen (%4) karşıt olma karşı gelme ve davranım bozukluğu, 2 ergen (%4) travma sonrası stres bozukluğu, 6 ergen (%12) yeme bozukluğu,

1 ergen (%2) konversiyon bozukluğu, 4 ergen (%8) ise obsesif kompulsif bozukluk tanısıyla takip edilmektedir. Kontrol grubunun ruhsal bozuklukları incelendiğinde 29 ergen (%58) depresif bozukluk, 18 ergen (%36) anksiyete bozukluğu, 10 ergen (%20) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, 2 ergen (%4) karşıt olma karşı gelme ve davranım bozukluğu, 2 ergen (%4) travma sonrası stres bozukluğu, 3 ergen (%6) yeme bozukluğu, 6 ergen (%12) konversiyon bozukluğu, 9 ergen ise (%18) obsesif kompulsif bozukluk tanısıyla takip edilmektedir (Tablo 17). Olgu ve kontrol grupları arasında ruhsal bozukluklar açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Tablo 17: Katılımcılara Ait Tanısal Özellikler

Özellikler	**Gruplar**	**OLGU (n=50)**		**KONTROL (n=50)**		**p**
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	
Tanı Sayısı	Tek Tanı Birden Fazla	20 30	40 60	28 22	56 44	0,109[a]
Depresif Bozukluk	Var Yok	35 15	70 30	29 21	58 42	0,211[a]
Anksiyete Bozukluğu	Var Yok	12 38	24 76	18 32	36 64	0,190[a]
DEHB	Var Yok	16 34	32 68	10 40	20 80	0,171[a]
KOKGB DB	Var Yok	2 48	4 96	2 48	4 96	>0,999[d]
TSSB	Var Yok	2 48	4 96	2 48	4 96	>0,999[d]
Yeme Bozukluğu	Var Yok	6 44	12 88	3 47	6 94	0,487[d]
Konversiyon Bozukluğu	Var Yok	1 49	2 98	3 47	6 94	0,617[d]
OKB	Var Yok	4 46	8 92	9 41	18 82	0,137[a]

a: Ki kare Testi, b:Mann Whitney U Testi, d:Fisher'ın Kesin Ki kare Testi.
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu KOKGB: Karşıt olma Karşı Gelme Bozukluğu DB: Davranım Bozukluğu TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

4.8. Katılımcılara Ait Tedavi Özellikleri

Olgu ve kontrol grubunun ilaç kullanımı incelendiğinde olgu grubunda Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü (SSRI) kullanan ergen sayısı 38 (%76), antipsikotik ilaç kullanan ergen sayısı 23 (%46) kontrol grubunda SSRI kullanan ergen sayısı 27 (%54), antipsikotik ilaç kullanan ergen sayısı 3 (%6) olarak saptanmıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında SSRI kullanımı ve antipsikotik ilaç kullanımı açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (p=0,021, p<0,001). Katılımcıların aldıkları farmakolojik tedavi özellikleri Tablo 18'da ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

Tablo 18: Katılımcılara Ait Tedavi Özellikleri

Özellikler	**Gruplar**	**OLGU (n=50)**		**KONTROL (n=50)**		**p**
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	
SSRI Kullanımı	Var Yok	38 12	76 24	27 23	54 46	**0,021[a]**
Antipsikotik Kullanımı	Var Yok	23 27	46 54	3 47	6 94	**<0,001[a]**
Metilfenidat Kullanımı	Var Yok	9 41	18 82	9 41	18 82	>0,999[a]
Atomoksetin Kullanımı	Var Yok	2 48	4 96	0 50	0 100	0,495[d]
Poliklinik Takip Süresi	0-1 Ay Arası 1-6 Ay Arası 6-12 Ay Arası 12-24Ay Arası >24 Ay Yok	6 12 12 9 11	12 24 24 18 22	13 13 8 4 12	26 26 16 8 24	0,250[a]

a: Ki kare Testi, b:Mann Whitney U Testi, d:Fisher'ın Kesin Ki kare Testi.
SSRI: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü

4.9. Katılımcıların İntihar Davranışına Ait Özellikler

Olgu grubunda bulunanlardan %94'ünün intihar etmeyi düşündüğü, %6'sının düşünmediği, kontrol grubunda bulunanların ise %50'sinin intihar etmeyi düşündüğü ve

%50'sinin de düşünmediği belirlenmiştir. Olgu grubunda bulunanlardan %76'sının intihar planı yaptığı, %24'ünün yapmadığı, kontrol grubunda bulunanların ise %26'sının intihar planı yaptığı ve %74'ünün de yapmadığı belirlenmiştir. İntihar düşüncesi ve intihar planı açısından olgu ve kontrol grupları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001, p<0,001) (Tablo 19).

Tablo 19: Katılımcıların İntihar Davranışına Ait Özellikler

Özellikler	**Gruplar**	**OLGU (n=50)**		**KONTROL (n=50)**		**p**
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	
İntihar Düşüncesi	Var Yok	47 3	94 6	25 25	50 50	**<0,001[a]**
İntihar Planı	Var Yok	38 12	76 24	13 37	26 74	**<0,001[a]**

a: Ki kare Testi

4.10. Katılımcıların Depresyon, Aleksitimi ve İntihar Olasılığına Ait Özellikler

Katılımcıların depresyon düzeyi incelendiğinde olgu grubunda 9 ergende hafif düzeyde 15 ergende orta düzeyde 20 ergende ağır düzeyde depresyon; kontrol grubunda 17 ergende hafif düzeyde, 10 ergende orta düzeyde, 3 ergende ağır düzeyde depresyon özellikleri saptanmıştır. Gruplar arası aleksitimi durumu incelendiğinde olgu grubunda 3 ergende aleksitimi olmadığı, 11 ergende olası aleksitimik özelliklerin olduğu, 36 ergende aleksitimik özellikler bulunduğu; kontrol grubunda 22 ergende aleksitimi olmadığı, 10 ergende olası aleksitimik özelliklerin olduğu, 18 ergende aleksitimik özelliklerin bulunduğu saptanmıştır. İntihar olasılığı durumu incelendiğinde olgu grubunda 38 ergende intihar olasılığının düşük düzeyde 12 ergende intihar olasılığının yüksek düzeyde olduğu, kontrol grubunda bulunan ergenlerin tamamının intihar olasılığının düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Olgu ve kontrol grupları arasında depresyon düzeyi, aleksitimi durumu ve intihar olasılığı açısından istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bir fark çıkmıştır. (p<0,001, p<0,001 ve p<0,001) (Tablo 20).

Tablo 20: Katılımcıların Depresyon, Aleksitimi ve İntihar Olasılığına Ait Özellikler

Özellikler	Gruplar	OLGU (n=50)		KONTROL (n=50)		p
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Depresyon Düzeyi	Yok	6	12	20	40	**<0,001[a]**
	Hafif Düzeyde	9	18	17	34	
	Orta Düzeyde	15	30	10	20	
	Ağır Düzeyde	20	40	3	6	
Aleksitimi Durumu	Yok	3	6	22	44	**<0,001[a]**
	Olası	11	22	10	20	
	Var	36	72	18	36	
İntihar Olasılığı	Düşük	38	76	50	100	**<0,001[a]**
	Yüksek	12	24	0	0	

a: Ki kare Testi

4.11. Katılımcılara Ait Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Olgu ve kontrol grupları İntihar Olasılığı Ölçeğinin 4 alt ölçek puanı açısından Mann Whitney U ve Bağımsız Örneklem T testi ile karşılaştırılmıştır. Umutsuzluk ($p<0.001$), intihar düşüncesi ($p<0.001$), kendini olumsuz değerlendirme ($p<0.002$), düşmanlık ($p<0.001$) alt ölçekleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Toronto Aleksitimi Ölçeğinin 3 alt ölçek puanı açısından Mann Whitney U ve Bağımsız Örneklem T testi ile karşılaştırılmıştır. Duygularını tanıma güçlüğü ($p<0.001$), duygularını ifade etme güçlüğü ($p<0.001$) alt ölçekleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Dışa dönük düşünceler ($p=0.103$) alt ölçeği açısından iki grup arasında fark bulunmamıştır (Tablo 21).

Katılımcılara uygulanan ölçeklerin toplam puanları Bağımsız Örneklem T testi ile karşılaştırılmış ortalama ve standart sapma puanları hesaplanmıştır. Olgu grubunun Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı 30,40±12,60, İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı 96,24±15,38, Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanı 65,42±9,45 saptanmış; kontrol grubunun Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı 16,50±10,55, İntihar Olasılığı Ölçeği

Toplam Puanı 72,40±14,60, Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanı 52,42±11,22saptanmıştır. Olgu ve kontrol gruplarının ölçek toplam puanları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.001, p<0.001 ve p<0.001). Olgu grubundaki ergenlerin Gözlerden Zihin Okuma Testi puanları anlamı olarak düşük bulunmuştur (p p<0.001) (Tablo 21).

Tablo 21: Katılımcılara Ait Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

Ölçek	Alt Boyutlar	OLGU (n=50)	KONTROL (n=50)	p
Beck Depresyon Ölçeği	Toplam Puan	30,40±12,60	16,50±10,55	**<0,001[e]**
İntihar Olasılığı Ölçeği	Umutsuzluk	33,66±6,24	25,44±6,79	**<0,001[e]**
	İntihar Düşüncesi	20(15-25)	10,50(9-14)	**<0,001[b]**
	Kendini Olumsuz Değerlendirme	25,70±5,42	22,14±5,52	**0,002[e]**
	Düşmanlık	16,80±3,54	12,90±3,20	**<0,001[e]**
	Toplam Puan	96,24±15,38	72,40±14,60	**<0,001[e]**
Toronto Aleksitimi Ölçeği	Duygularını Tanıma Güçlüğü	28(21-32)	18(13-24)	**<0,001[b]**
	Duygularını İfade Etme Güçlüğü	17,74±3,50	14,34±4,30	**<0,001[e]**
	Dışa Dönük Düşünceler	21,18±4,51	19,82±3,69	0,103[e]
	Toplam Puan	65,42±9,45	52,42±11,22	**<0,001[e]**
Gözlerden Zihin Okuma Testi	Toplam Puan	20(18-21)	22(21-23)	**<0,001[b]**

Veriler ortalama±st.sapma ve medyan(1.çeyreklik değer - 3.çeyreklik değer) olarak ifade edilmiştir.
b: Mann Whitney U Testi, e: Bağımsız Örneklem t Testi.

4.12. Olgu Grubunun Yaş ve Tanı Sayısının Ölçek ve Alt Ölçeklerle İlişkisinin İncelenmesi

Yapılan değerlendirmede olgu grubundaki ergenlerin yaşları ile Gözlerden Zihin Okuma Testi arasında orta düzeyde anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Tanı sayısıyla

Gözlerden Zihin Okuma Testi arasında ise orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. Olgu grubunda bulunan ergenlerin yaşları ve tanı sayılarının Beck Depresyon Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt ölçekleri, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt ölçekleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Sayısal değerlere ilişkin ayrıntılı bilgi tablo 22 ve tablo 23'te gösterilmektedir.

Tablo 22: Olgu Grubunun Yaş ile Ölçek ve Alt Ölçeklerin Birbiriyle İlişkisi

	Ölçek	Alt Ölçek	R Korelasyon Katsayısı	p
Yaş	Beck Depresyon Ölçeği	Toplam	-0,00	0,973
	Gözlerden Zihin Okuma Testi	Toplam	0,30	**0,033**
	İntihar Olasılığı Ölçeği	Toplam	0,08	0,546
		Umutsuzluk	0,08	0,575
		İntihar Düşüncesi	0,14	0,333
		Kendini Olumsuz Değerlendirme	0,08	0,547
		Düşmanlık	-0,18	0,205
	Toronto Aleksitimi Ölçeği	Toplam Puan	-0,14	0,325
		Duyguları Tanıma Güçlüğü	-0,02	0,870
		Duyguları İfade Etme Güçlüğü	-0,03	0,796
		Dışa Dönük Düşünceler	-0,26	0,062

r: Spearman korelasyon katsayısı, r*:Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 23: Olgu Grubunun Tanı Sayısı ile Ölçek ve Alt Ölçeklerin Birbiriyle İlişkisi

	Ölçek	Alt Ölçek	R Korelasyon Katsayısı	p
Tanı Sayısı	Beck Depresyon Ölçeği	Toplam	0,09	0,509
	Gözlerden Zihin Okuma Testi	Toplam	- 0,28	**0,048**
	İntihar Olasılığı Ölçeği	Toplam	0,03	0,797
		Umutsuzluk	0,12	0,403
		İntihar Düşüncesi	0,07	0,621
		Kendini Olumsuz Değerlendirme	-0,04	0,775
		Düşmanlık	0,13	0,350
	Toronto Aleksitimi Ölçeği	Toplam	0,08	0,538
		Duyguları Tanıma Güçlüğü	0,09	0,507
		Duyguları İfade Etme Güçlüğü	- 0,12	0,407
		Dışa Dönük Düşünceler	- 0,01	0,927

r: Spearman korelasyon katsayısı, r*:Pearson korelasyon katsayısı

4.13. Olgu Grubunun Beck Depresyon Ölçeği ile Diğer Ölçek ve Alt Ölçeklerle İlişkisinin İncelenmesi

Beck depresyon ölçeği ile intihar olasılığı ölçeği toplam puanı arasında yüksek düzeyde; umutsuzluk alt ölçeği, intihar düşüncesi alt ölçeği, kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği, düşmanlık alt ölçeği ile orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Belki depresyon ölçeği ile gözlerden zihin okuma testi Toronto aleksitimi ölçeği arasında herhangi bir anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Sayısal değerlere ilişkin ayrıntılı bilgi tablo 24'te gösterilmektedir.

Tablo 24: Olgu Grubunun Beck Depresyon Ölçeği ile Diğer Ölçeklerin Birbiriyle İlişkisi

	Ölçek	Alt Ölçek	R Korelasyon Katsayısı	p
Beck Depresyon Ölçeği	Gözlerden Zihin Okuma Testi	Toplam	-0,01	0,895
	İntihar Olasılığı Ölçeği	Toplam	0,78*	**<0,001**
		Umutsuzluk	0,68*	**<0,001**
		İntihar Düşüncesi	0,60*	**<0,001**
		Kendini Olumsuz Değerlendirme	0,49*	**<0,001**
		Düşmanlık	0,47*	**<0,001**
	Toronto Aleksitimi Ölçeği	Toplam	0,24*	0,086
		Duyguları Tanıma Güçlüğü	0,24	0,089
		Duyguları İfade Etme Güçlüğü	0,08*	0,576
		Dışa Dönük Düşünceler	0,10*	0,473

r: Spearman korelasyon katsayısı, r*:Pearson korelasyon katsayısı

4.14. Gözlerden Zihin Okuma Testi ile Diğer Ölçeklerin İlişkisinin İncelenmesi

Kendine zarar verme davranışı sergileyen ergenlerin Gözlerden Zihin Okuma Testi ile İntihar Olasılığı Ölçeğinin düşmanlık alt ölçeği arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. Sayısal değerlere ilişkin ayrıntılı bilgi tablo 25'te gösterilmektedir.

Tablo 25: Olgu Grubunun Gözlerden Zihin Okuma Testi ile Diğer Ölçeklerin Birbiriyle İlişkisi

	Ölçek	Alt Ölçek	R Korelasyon Katsayısı	p
Gözlerden Zihin Okuma Testi	Beck Depresyon Ölçeği	Toplam Puan	-0,01	0,895
	İntihar Olasılığı Ölçeği	Toplam Puan	-0,12	0,397
		Umutsuzluk	0,00	0,950
		İntihar Düşüncesi	-0,10	0,479
		Kendini Olumsuz Değerlendirme	-0,01	0,897
		Düşmanlık	-0,34	**0,016**
	Toronto Aleksitimi Ölçeği	Toplam Puan	-0,13	0,349
		Duyguları Tanıma Güçlüğü	-0,03	0,827
		Duyguları İfade Etme Güçlüğü	0,15	0,273
		Dışa Dönük Düşünceler	-0,27	0,058

r: Spearman korelasyon katsayısı, r*:Pearson korelasyon katsayısı

4.15. Toronto Aleksitimi Ölçeği Alt Ölçek ve Toplam Puanı ile İntihar Olasılığı Ölçeğinin Alt Ölçekleri Arasında İlişkinin Değerlendirilmesi

Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanı ile İntihar Olasılığı Ölçeği toplam puanı, umutsuzluk alt ölçeği, düşmanlık alt ölçeği puanı arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Sayısal değerlere ilişkin ayrıntılı bilgi tablo 26'da gösterilmektedir.

Tablo 26: Olgu Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ile Diğer Ölçeklerin Birbiriyle İlişkisi

	Ölçek	Alt Ölçek	R Korelasyon Katsayısı	p
Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam Puanı	İntihar Olasılığı Ölçeği	Toplam Puan	0,32*	**0,023**
		Umutsuzluk	0,50*	**<0,001**
		İntihar Düşüncesi	0,15*	0,294
		Kendini Olumsuz Değerlendirme	0,15*	0,294
		Düşmanlık	0,49*	**<0,001**

r: Spearman korelasyon katsayısı, r*:Pearson korelasyon katsayısı

Duyguları tanıma güçlüğü alt ölçek puanı ile umutsuzluk puanı ve düşmanlık puanı arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Sayısal değerlere ilişkin ayrıntılı bilgi tablo 27'de gösterilmektedir.

Tablo 27: Olgu Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Duyguları Tanıma Güçlüğü Alt Ölçeği ile Diğer Ölçeklerin Birbiriyle İlişkisi

	Ölçek	Alt Ölçek	R Korelasyon Katsayısı	p
Toronto Aleksitimi Ölçeği Duyguları Tanıma Güçlüğü Alt Ölçek Puanı	İntihar Olasılığı Ölçeği	Toplam Puan	0,23	0,097
		Umutsuzluk	0,36	**0,009**
		İntihar Düşüncesi	0,25	0,075
		Kendini Olumsuz Değerlendirme	-0,16	0,248
		Düşmanlık	0,35	**0,012**

r: Spearman korelasyon katsayısı, r*:Pearson korelasyon katsayısı

Duygularını ifade etme güçlüğü puanın ile herhangi bir ölçek puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Sayısal değerlere ilişkin ayrıntılı bilgi tablo 28'de gösterilmektedir.

Tablo 28: Olgu Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Duyguları İfade Etme Güçlüğü Alt Ölçeği ile Diğer Ölçeklerin Birbiriyle İlişkisi

	Ölçek	Alt Ölçek	R Korelasyon Katsayısı	p
Toronto Aleksitimi Ölçeği Duyguları İfade Etme Güçlüğü Alt Ölçek Puanı	İntihar Olasılığı Ölçeği	Toplam Puan	0,14*	0,330
		Umutsuzluk	0,34*	0,015
		İntihar Düşüncesi	0,01*	0,905
		Kendini Olumsuz Değerlendirme	0,09*	0,505
		Düşmanlık	0,12*	0,373

r: Spearman korelasyon katsayısı, r*:Pearson korelasyon katsayısı

Dışa dönük düşünceler alt ölçeği ile düşmanlık puan arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Sayısal değerlere ilişkin ayrıntılı bilgi tablo 29'da gösterilmektedir.

Tablo 29: Olgu Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Dışa Dönük Düşünceler Alt Ölçeği ile Diğer Ölçeklerin Birbiriyle İlişkisi

	Ölçek	Alt Ölçek	R Korelasyon Katsayısı	p
Toronto Aleksitimi Ölçeği Dışa Dönük Düşünceler Alt Ölçek Puanı	İntihar Olasılığı Ölçeği	Toplam Puan	0,18*	0,203
		Umutsuzluk	0,27*	0,056
		İntihar Düşüncesi	0,07*	0,604
		Kendini Olumsuz Değerlendirme	0,02*	0,842
		Düşmanlık	0,39*	**0,005**

r: Spearman korelasyon katsayısı, r*:Pearson korelasyon katsayısı

4.16. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri Özelliklerinin Yaş, Tanı Sayısı, Beck Depresyon Ölçeği Ve Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği Puanlarıyla İlişkisinin İncelenmesi

Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri özelliklerinin yaş, tanı sayısı, Beck depresyon ölçeği ve gözlerden zihin okuma ölçeği puanları arasındaki korelasyon tablo 30'da gösterilmiştir.

Tanı sayısının kesme sayısı, yakma sayısı, saç koparma sayısı ile arasında orta düzeyde, zararlı madde yutma sayısı ile arasında düşük düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Beck Depresyon Ölçeğinin yakma sayısı, saç koparma sayısı, yara iyileşmesini engelleme sayısı, çözülmeyi önleme puanı, düşmanlık puanı, kendiyle ilgilenme puanı ve toplam puan ile arasında orta düzeyde; tırnaklama sayısı, sürtme sayısı, toplam KZVD sayısı ve kişiler arası sınır puanı ile arasında düşük düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Gözlerden Zihin Okuma Testinin saç koparma sayısı ve toplam KZVDDE puanı ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Tablo 30. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri Özelliklerinin Yaş, Tanı Sayısı, Beck Depresyon Ölçeği Ve Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği Puanlarıyla Korelasyonu

KZVDDE Özellikleri	Tanı Sayısı		BDÖ		GZOT	
	R	P	R	P	R	P
Kesme Sayısı	0,30	**0,032**	0,238	0,096	-0,07	0,616
Isırma Sayısı	0,11	0,432	0,00	0,995	0,10	0,456
Yakma Sayısı	0,36	**0,010**	0,38	**0,005**	0,08	0,559
Cilt Kazıma Sayısı	0,00	0,986	-0,13	0,337	-0,05	0,704
Çimdikleme Sayısı	0,16	0,249	-0,09	0,536	-0,03	0,798
Saç Koparma Sayısı	0,34	**0,014**	0,31	**0,024**	-0,31	**0,027**
Tırnaklama Sayısı	0,19	0,183	0,29	**0,037**	0,00	0,968
Sert Yüzeye Vurma Sayısı	0,17	0,225	0,07	0,617	0,06	0,664
Yara İyileşmesini Engelleme Sayısı	0,08	0,538	0,32	**0,023**	0,01	0,899
Sürtme Sayısı	0,13	0,357	0,28	**0,045**	0,03	0,799
İğne Batırma Sayısı	0,09	0,520	0,14	0,326	-0,06	0,641
Zararlı Madde Yutma Sayısı	0,29	**0,038**	0,27	0,051	-0,16	0,258
Toplam KZVD Sayısı	0,33	0,37	0,28	**0,046**	0,09	0,522
KZVD Çeşit Sayısı	0,37	0,33	0,24	0,089	-0,13	0,350
Kendine Zarar Verme Başlama Yaşı	0,33	-0,04	-0,16	0,255	-0,12	0,381
En son KZVD Zamanı	0,37	-0,03	-0,25	0,071	0,04	0,738
KZVD Esnasında Yalnız Olup Olmadığı	-0,04	0,17	-0,11	0,420	0,06	0,657
KZVD Dürtü Eylem Süresi	-0,03	-0,13	0,15	0,279	0,10	0,458
Afekt Regülasyonu	0,06	0,650	0,18	0,208	-0,18	0,194
İntiharı Önleme	0,25	0,071	0,06	0,632	-0,20	0,164
Sıkıntıyı Etiketleme	-0,01	0,918	0,19	0,174	-0,25	0,080
Kendini Cezalandırma	0,13	0,359	0,22	0,123	-0,18	0,208
Çözülmeyi Önleme	0,15	0,269	0,36	**0,009**	-0,22	0,124
Kişiler Arası Sınır	-0,08	0,575	0,28	**0,044**	-0,10	0,491
Kişiler Arası Etkileşim	0,11	0,415	0,15	0,277	-0,14	0,318
İntikam Alma	-0,02	0,862	0,00	0,979	-0,22	0,110
Heyecan Arama	-0,11	427	0,26	0,064	-0,09	0,505
Akranlarla Bağ Kurma	-0,08	0,552	-0,08	0,574	-0,06	0,674
Düşmanlık	-0,04	0,741	0,30	**0,030**	-0,25	0,080
Özerklik	-0,16	0,257	0,19	0,180	-0,20	0,164
Kendiyle İlgilenme	0,05	0,729	0,39	**0,005**	-0,18	0,210
Toplam Puan	0,06	0,641	0,40	**0,004**	-0,33	**0,017**

r: Spearman korelasyon katsayısı, r*:Pearson korelasyon katsayısı
KZVD: Kendine Zarar Verme Davranışı, KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Envanteri
BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, GZOT: Gözlerden Zihin Okuma Testi

4.17. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri özelliklerinin İntihar Olasılığı Ölçeği ve Alt Ölçek Puanlarıyla İlişkisinin İncelenmesi

Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri özelliklerinin İntihar Olasılığı Ölçeği alt ölçek ve toplam puanları arasındaki korelasyon tablo 31'de gösterilmiştir.

Umutsuzluk alt ölçeğinin yakma sayısı, tırnaklama sayısı, çözülmeyi önleme puanı, kendiyle ilgilenme puanı ve toplam KZVDDE puan ile arasında orta düzeyde korelasyon saptanmıştır.

İntihar düşüncesi alt ölçeğinin kesme sayısı yara iyileşmesini engellemesi sayısı, sürtme sayısı, zararlı madde yutma sayısı, kendine zarar verme davranışı çeşit sayısı, toplam kendine zarar verme davranışı sayısı, kendini cezalandırma puanı, çözülmeyi önleme puanı, heyecan arama puanı, düşmanlık puanı, kendiyle ilgilenme puanı ve toplam kendine zarar verme davranışını değerlendirme envanteri puanı ile arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeğinin kendine zarar verme dürtü süresi, kendini cezalandırma puanı, kendiyle ilgilenme puanı ile arasında orta düzeyde; düşmanlık puanı ile düşük düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Düşmanlık alt ölçeğinin saç koparma sayısı, sürtme sayısı, sıkıntı etiketleme puanı, kendini cezalandırma puanı, çözülmeyi önleme puanı, heyecan arama puanı, kendi ile ilgilenme puanı ve toplam KZVDDE puan ile arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

İntihar olasılığı ölçeği toplam puanının yakma sayısı, tırnaklarıma sayısı, yara iyileşmesini engelleme sayısı, sürtme sayısı, zararlı madde yutma sayısı, kendine zarar vermeye çeşit sayısı, toplam kendine zarar verme sayısı, sıkıntı etiketleme puanı, kendini cezalandırma puanı, çözülmeyi önleme puanı, heyecan arama puanı, düşmanlık puanı, kendiyle ilgilenme puanı ve KZVDDE toplam puan ile arasında orta düzeyde korelasyon saptanmıştır.

Tablo 31. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri Özelliklerinin İntihar Olasılığı Ölçeği Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyonu

KZVDDE Özellikleri	Umutsuzluk		İntihar Düşüncesi		Kendini Olumsuz Değerlendirme		Düşmanlık		Toplam	
	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P
Kesme Sayısı	0,12	0,401	0,44	**0,001**	0,05	0,700	0,20	0,147	0,27	0,051
Isırma Sayısı	0,06	0,661	-0,11	0,437	0,12	0,399	-0,14	0,334	-0,03	0,838
Yakma Sayısı	0,30	**0,029**	0,28	0,044	0,22	0,114	0,19	0,180	0,32	**0,020**
Cilt Kazıma Sayısı	-0,28	**0,043**	0,051	0,725	-0,07	0,623	-0,18	0,203	-0,19	0,168
Çimdikleme Sayısı	0,24	0,084	-0,04	0,781	0,02	0,856	0,00	0,991	0,06	0,646
Saç Koparma Sayısı	0,25	0,080	0,24	0,093	0,16	0,263	0,37	**0,008**	0,29	**0,038**
Tırnaklama Sayısı	0,38	**0,006**	0,23	0,096	0,17	0,234	0,21	0,137	0,34	**0,014**
Sert Yüzeye Vurma Sayısı	0,25	0,080	0,12	0,295	0,00	0,969	0,17	0,232	0,14	0,311
Yara İyileşmesini Engelleme Sayısı	0,22	0,121	0,36	**0,010**	0,21	0,137	0,18	0,188	0,37	**0,007**
Sürtme Sayısı	0,22	0,116	0,36	**0,009**	0,05	0,696	0,35	**0,012**	0,30	**0,031**
İğne Batırma Sayısı	0,20	0,149	0,27	0,057	0,20	0,161	0,00	0,999	0,25	0,070
Zararlı Madde Yutma Sayısı	0,20	0,152	0,33	**0,019**	0,072	0,618	0,171	0,235	0,28	**0,047**
Toplam KZVD Sayısı	0,24	0,091	0,30	**0,030**	0,24	0,093	0,16	0,260	0,31	**0,026**
KZVD Çeşit Sayısı	0,20	0,156	0,30	**0,032**	0,17	0,236	0,20	0,149	0,30	**0,032**
Kendine Zarar Verme Başlama Yaşı	-0,22	0,117	0,03	0,805	0,03	0,790	-0,17	0,231	-0,10	0,467
En son KZVD Zamanı	-0,14	0,322	-0,16	0,246	-0,19	0,183	-0,17	0,216	-0,20	0,146
KZVD Esnasında Yalnız Olup Olmadığı	0,07	0,593	0,04	0,738	-0,06	0,667	0,02	0,867	0,03	0,794
KZVD Dürtü Eylem Süresi	0,03	0,796	0,19	0,184	0,28	**0,045**	-0,07	0,584	0,22	0,113
Afekt Regülasyonu	0,02	0,870	0,25	0,075	0,22	0,121	0,19	0,173	0,23	0,106
İntiharı Önleme	0,09	0,498	0,14	0,319	-0,02	0,889	0,21	0,139	0,10	0,484
Sıkıntıyı Etiketleme	0,17	0,229	0,24	0,090	0,19	0,171	0,43	**0,001**	0,31	**0,028**
Kendini Cezalandırma	0,22	0,111	0,32	**0,022**	0,30	**0,029**	0,37	**0,007**	0,36	**0,009**
Çözülmeyi Önleme	0,30	**0,032**	0,47	**<0,001**	0,15	0,287	0,51	**<0,001**	0,46	**0,001**
Kişiler Arası Sınır	0,20	0,150	0,12	0,406	0,21	0,132	0,15	0,274	0,27	0,055
Kişiler Arası Etkileşim	0,03	0,794	-0,01	0,936	0,04	0,771	0,13	0,354	0,04	0,768
İntikam Alma	-0,03	0,817	0,16	0,260	0,10	0,484	0,23	0,097	0,14	0,304
Heyecan Arama	0,12	0,378	0,34	**0,013**	0,26	0,063	0,33	**0,017**	0,40	**0,004**
Akranlarla Bağ Kurma	0,00	0,975	0,07	0,624	-0,22	0,125	0,00	0,969	-0,02	0,866
Düşmanlık	0,08	0,541	0,36	**0,009**	0,29	**0,036**	0,18	0,205	0,30	**0,029**
Özerklik	0,15	0,281	0,06	0,660	0,17	0,216	0,12	0,398	0,18	0,209
Kendiyle İlgilenme	0,42	**0,002**	0,37	**0,007**	0,30	**0,030**	0,32	**0,019**	0,51	**<0,001**
Toplam Puan	0,32	**0,020**	0,39	**0,004**	0,23	0,099	0,49	**<0,001**	0,47	**<0,001**

r: Spearman korelasyon katsayısı, r*:Pearson korelasyon katsayısı

KZVD: Kendine Zarar Verme Davranışı, KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Envanteri

4.18. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri özelliklerinin Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Alt Ölçek Puanlarıyla İlişkisinin İncelenmesi

Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri özelliklerinin Toronto Aleksitimi Ölçeği alt ölçek ve toplam puanları arasındaki korelasyon Tablo 32'de gösterilmiştir.

Duyguları Tanıma Güçlüğü Alt Ölçeğinin kendini cezalandırma puanı, kişiler arası sınır puanı, çözülmeyi önleme puanı, kişiler arası etkileşim puanı ve toplam KZVDDE puan ile arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Duyguları İfade Etme Güçlüyü Alt Ölçeğinin cilt kazıma sayısı ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. Dışa Dönük düşünceler alt ölçeği ile kesme sayısı arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanı kendine zarar verme dürtü süresi ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon; sıkıntıyı etiketleme puanı, çözülmeyi önleme puanı, kişiler arası sınır puanı ve toplam KZVDDE puanı ile arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Tablo 32. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri özelliklerinin Toronto Aleksitimi Ölçeği Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyonu

KZVDDE Özellikleri	Duyguları Tanıma Güçlüğü		Duyguları İfade Etme Güçlüğü		Dışa Dönük Düşünceler		Toplam	
	R	P	R	P	R	P	R	P
Kesme Sayısı	0,21	0,142	0,00	0,993	-0,32	**0,020**	0,00	0,969
Isırma Sayısı	-0,05	0,682	-0,10	0,481	-0,11	0,445	-0,08	0,552
Yakma Sayısı	0,24	0,086	-0,03	0,799	-0,11	0,442	0,08	0,563
Cilt Kazıma Sayısı	-0,11	0,433	-0,31	**0,026**	-0,13	0,356	-0,23	0,108
Çimdikleme Sayısı	-0,03	0,838	-0,07	0,589	0,11	0,412	0,00	0,963
Saç Koparma Sayısı	0,19	0,166	0,00	0,992	0,04	0,739	0,17	0,221
Tırnaklama Sayısı	0,20	0,147	0,00	0,956	0,01	0,916	0,10	0,472
Sert Yüzeye Vurma Sayısı	0,17	0,219	0,13	0,366	-0,07	0,591	0,14	0,329
Yara İyileşmesini Engelleme Sayısı	0,08	0,540	0,00	0,976	0,05	0,726	0,06	0,637
Sürtme Sayısı	0,20	0,162	0,03	0,834	0,13	0,335	0,18	0,209
İğne Batırma Sayısı	-0,01	0,918	-0,03	0,793	0,09	0,514	0,04	0,744
Zararlı Madde Yutma Sayısı	0,02	0,873	-0,03	0,833	-0,05	0,714	-0,01	0,907
Toplam KZVD Sayısı	0,10	0,487	-0,02	0,890	-0,09	0,503	0,03	0,803
KZVD Çeşit Sayısı	0,09	0,507	-0,13	0,352	0,00	0,979	0,00	0,952
Kendine Zarar Verme Başlama Yaşı	0,07	0,601	-0,16	0,260	-0,08	0,565	-0,07	0,622
En son KZVD Zamanı	-0,11	0,449	-0,06	0,644	0,23	0,102	0,00	0,995
KZVD Esnasında Yalnız Olup Olmadığı	0,03	0,826	0,04	0,761	-0,06	0,675	0,01	0,900
KZVD Dürtü Eylem Süresi	-0,27	0,054	-0,09	0,529	-0,16	0,262	-0,30	**0,031**
Afekt Regülasyonu	0,24	0,082	0,01	0,925	-0,10	0,481	0,10	0,456
İntiharı Önleme	0,179	0,213	-0,09	0,524	0,09	0,522	0,11	0,426
Sıkıntıyı Etiketleme	0,48	**<0,001**	0,27	0,057	0,21	0,139	0,47	**0,001**
Kendini Cezalandırma	0,20	0,146	0,01	0,897	-0,15	0,293	0,11	0,440
Çözülmeyi Önleme	0,35	**0,011**	0,12	0,391	0,21	0,136	0,31	**0,026**
Kişiler Arası Sınır	0,33	**0,018**	0,21	0,137	0,08	0,563	0,30	**0,029**
Kişiler Arası Etkileşim	0,40	**0,003**	0,01	0,939	-0,04	0,754	0,23	0,104
İntikam Alma	0,11	0,448	0,01	0,935	0,15	0,269	0,13	0,340
Heyecan Arama	0,00	0,982	-0,10	0,478	-0,12	0,371	-0,15	0,287
Akranlarla Bağ Kurma	0,09	0,501	-0,09	0,535	0,25	0,074	0,12	0,403
Düşmanlık	-0,02	0,864	-0,21	0,143	0,17	0,238	-0,05	0,705
Özerklik	0,08	0,573	0,06	0,649	0,23	0,107	0,20	0,161
Kendiyle İlgilenme	0,26	0,060	0,14	0,309	0,12	0,402	0,23	0,101
Toplam Puan	0,38	**0,005**	0,10	0,452	0,14	0,301	0,37	**0,008**

r: Spearman korelasyon katsayısı, r*:Pearson korelasyon katsayısı
KZVD: Kendine Zarar Verme Davranışı, KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Envanteri

4.19. Olgu Grubunda İntihar Olasılığı ile Alt Ölçek Puan Dağılımları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Kendine zarar verme davranışında bulunan ergenler intihar olasılığı düzeyine göre düşük intihar olasılığı (n=38, %76) ve yüksek intihar olasılığı (n=12, %24) olarak iki gruba

ayrılmıştır. Yapılan değerlendirmede Beck Depresyon Ölçeği Toplam puan ortalama ve standart sapma değeri intihar olasılığı düşük grupta 26,45±11,49, intihar olasılığı yüksek grupta 42.92±6.24 olarak saptanmıştır. Her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0.001). Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puan ve alt ölçek puanları ortalama ve standart sapma puanları incelendiğinde intihar olasılığı düşük grupta duyguları tanıma güçlüğü 25.97±6.24, duyguları ifade etme güçlüğü 17.53±3.69, dışa dönük düşünceler 20.74±4.54, Toplam Toronto Aleksitimi Ölçeği Puanı 64.24±8.91 olarak saptanmış; intihar olasılığı düşük grupta duyguları tanıma güçlüğü 28.17±5.30 duyguları ifade etme güçlüğü 18.42±2.84, dışa dönük düşünceler 22.58±4.31, toplam Toronto Aleksitimi Ölçeği puanı 69.17±10.50 olarak saptanmıştır. Her iki grup arasında Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt ölçekleri puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Diğer alt ölçekler ile intihar olasılığı ilişkisini açıklayan değerler tablo 33'te gösterilmektedir.

Tablo 33: Olgu Grubunun İntihar Olasılığına Göre Alt Ölçek Puan Dağılımları

Ölçek	**Alt Boyutlar**	**İntihar Olasılığı Düşük (n=38)**	**İntihar Olasılığı Yüksek (n=12)**	**p-değeri**
Beck Depresyon Ölçeği	Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puan	26,45±11,49	42,92±6,24	**<0,001[e]**
İntihar Olasılığı Ölçeği	Umutsuzluk	33(27,75-34)	41,50(37,25-45,75)	**<0,001[b]**
	İntihar Düşüncesi	18(15-22,25)	25(24,25-29)	**<0,001[b]**
	Kendini Olumsuz Değerlendirme	25(21-27,25)	31,50(28,50-32,75)	**0,001[b]**
	Düşmanlık	15,97±2,92	19,42±4,16	**0,002[e]**
	Toplam	92(82-99,25)	114,50(111,25-119,50)	**<0,001[b]**
Toronto Aleksitimi Ölçeği	Duyguları Tanıma	25,97±6,24	28,17±5,30	0,279[e]
	Duyguları İfade etme	17,53±3,69	18,42±2,84	0,576[e]
	Dışa Dönük Düşünceler	20,74±4,54	22,58±4,31	0,201[e]
	Toplam	64,24±8,91	69,17±10,50	0,162[e]
GZOT	Gözlerden Zihin Okuma Taskı	20(18-21)	18(17,25-21)	0,285[b]

Veriler ortalama±st.sapma ve medyan(1.çeyreklik değer - 3.çeyreklik değer) olarak ifade edilmiştir.
b:Mann Whitney U Testi, e: Bağımsız Örneklem t Testi.

4.20. Olgu Grubunda İntihar Olasılığı ile Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Kendine zarar verme davranışında bulunan ergenler intihar olasılığı düzeyine göre düşük intihar olasılığı (n=38, %76) ve yüksek intihar olasılığı (n=12, %24) olarak iki gruba ayrılmıştır. Yapılan değerlendirmede Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri Sosyal İşlevler boyutunun Özerklik ve Kendiyle İlgilenme alt boyutları intihar olasılığı yüksek grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. (p=0,034, p=0,001) (Tablo 34). Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri toplam ölçek puan ortalama ve standart sapma değeri intihar olasılığı düşük grupta 30,05±11,74, intihar olasılığı yüksek grupta 38,50±10,83 olarak saptanmıştır. Her iki grup arasında KZVDDE Toplam Puan açısından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,032) (Tablo 34).

Türlere göre kendine zarar verme sayıları incelendiğinde intihar olasılığı düşük grup ortalama 141,5 defa, intihar olasılığı düşük grup ortalama 135 defa kendine zarar verici davranışta bulunmuştur (p=0,540). Gruplar arasında iğne batırma sayısı ve zararlı madde yutma sayıları intihar olasılığı yüksek grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. (p=0,004 ve p=0,031) (Tablo 34).

Tablo 34: İntihar Olasılığı Durumu ile KZVDDE Ölçeği Alt Boyutları

KZVDDE	Alt Boyutlar	İntihar Olasılığı Düşük (n=38)	İntihar Olasılığı Yüksek (n=12)	p
OTONOM İŞLEVLER	Afekt Regülasyonu	5(4-6)	5(4-6)	0,850[b]
	İntiharı Önleme	3,50(2-5)	3(2,25-5)	0,817[b]
	Sıkıntı Etiketleme	4(2-5,25)	4,50(3-6)	0,272[b]
	Kendini Cezalandırma	3,50(2-5,25)	6(3,25-6)	0,056[b]
	Çözülmeyi Önleme	3(1-5)	3,5(1,50-5)	0,498[b]
SOSYAL İŞLEVLER	Kişiler Arası Sınır	1,50(0-3)	3(1-4)	0,074[b]
	Kişiler Arası Etkileşim	2(0,75-3,25)	2,50(1-4)	0,356[b]
	İntikam Alma	2(1-4)	2,50(2-3,75)	0,464[b]
	Heyecan Arama	0,50(0-1,25)	1,50(0-3)	0,229[b]
	Akranlarla Bağ Kurma	0(0-0)	0(0-0,75)	0,475[b]
	Düşmanlık	1(0-3)	2,50(0-4)	0,383[b]
	Özerklik	0,50(0-2)	2(0,25-3)	**0,034[b]**
	Kendiyle İlgilenme	2(1-2)	3(2-5)	**0,001[b]**
KZVDDE	Toplam Puan	30,05±11,74	38,50±10,83	**0,032[e]**
KZVD Çeşit	KZVD Çeşit Sayısı	7(5,75-8)	8,50(5-11)	0,217[b]
Toplam KZVD Sayısı	Toplam KZVD Sayısı	141,50(50,25-373,25)	135(43,50-137,50)	0,540[b]
Türlerine Göre KZVD Sayısı	Kesme	13,50(2,75-36,25)	13,50(5,25-45)	0,724[b]
	Isırma	5(0-10,75)	2(0-45)	0,869[b]
	Yakma	0(0-2,25)	2(0-25)	0,077[b]
	Cilt Kazıma	0,50(0-3)	0(0-0)	0,104[b]
	Çimdikleme	5(0-20)	5,50(0,50-100)	0,431[b]
	Saç Koparma	0(0-10)	29,50(0-57,50)	0,070[b]
	Tırnaklama	5,50(0-26,25)	22,50(2,50-100)	0,141[b]
	Sert Yüzeye Sürtme	6,50(1-20)	15(6,25-50)	0,091[b]
	Yara İyileşmesini Engelleme	10(0,75-52,50)	23,50(6-100)	0,173[b]
	Sürtme	0(0-2)	0(0-20)	0,315[b]
	İğne Batırma	0(0-2)	4(0,75-55)	**0,004[b]**
	Zararlı Madde Yutma	0(0-1,25)	5(0-17,50)	**0,031[b]**
Yaş	İlk KZVD Yaşı	12,52±2,37	11,09±2,62	0,095[e]
Zaman	En Son KZVD Zamanı	30(7-60)	10,50(1-77)	0,300[b]

Veriler ortalama± st.sapma ve medyan (1.çeyreklik değer - 3.çeyreklik değer) olarak ifade edilmiştir. b: Mann Whitney U Testi, e: Bağımsız Örneklem t Testi.

4.21. Olgu Grubunda İntihar Olasılığı ile KZVD Çeşidi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Kendine zarar verme türü incelendiğinde intihar olasılığı düşük grubunun %81,6'sında kesme davranışı, %60,5'inde ısırma davranışı, %31,6'sında yakma davranışı, %50'sinde cilde şekil kazıma davranışı, %65,8'inde çimdikleme davranışı, %44,7'sinde saç koparma davranışı, %68,4'ünde tırnaklama davranışı, %84,2'sinde vücudu sert bir yüzeye çarpma davranışı, %76,3'ünde yara iyileşmesini engelleme davranışı, %34,2'sinde vücudu sert bir

yüzeye sürtme davranışı, %34,2'sinde iğne batırma davranışı, %39,5'inde zararlı madde yutma davranışı saptanmıştır. İntihar olasılığı yüksek grubun %91,7'sinde kesme davranışı, %50'sinde ısırma davranışı, %50'sinde yakma davranışı, %16,7'sinde cilde şekil kazıma davranışı, %75'inde çimdikleme davranışı, %66,7'sinde saç koparma davranışı, %83,3'ünde tırnaklama davranışı, %91,7'sinde vücudu sert bir yüzeye çarpma davranışı, %91,7'sinde yara iyileşmesini engelleme davranışı, %41,7'sinde vücudu sert bir yüzeye sürtme davranışı, %75'inde iğne batırma davranışı, %66,7'sinde zararlı madde yutma davranışı saptanmıştır. Cilde şekil kazıma ve iğne batırma davranışları intihar olasılığı düşük grupta istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. (p=0,041, p=0,013) (Tablo 35).

Tablo 35: İntihar Olasılığı ile KZVD Çeşidi Arasındaki İlişki

KZVD Türü	**Alt Boyutlar**	**İntihar Olasılığı Düşük (n=38)**	**İntihar Olasılığı Yüksek (n=12)**	**p**
		Ortanca (25-75. p)	**Ortanca (25-75. p)**	
Kesme	Var Yok	31(%81,60) 7(%18,40)	11(%91,70) 1(%8,30)	0,661[d]
Isırma	Var Yok	23(%60,50) 15(%39,50)	6(%50) 6(%50)	0,520[a]
Yakma	Var Yok	12(%31,60) 26(%68,40)	6(%50) 6(%50)	0,309[d]
Cilde Şekil Kazıma	Var Yok	19(%50) 19(%50)	2(%16,70) 10(%83,30)	**0,041[a]**
Çimdikleme	Var Yok	25(%65,80) 13(%34,20)	9(%75) 3(%25)	0,728[d]
Saç Koparma	Var Yok	17(%44,70) 21(%51,30)	8(%66,70) 4(%33,30)	0,185[a]
Tırnaklama	Var Yok	26(%68,40) 12(%31,60)	10(%83,30) 2(%16,70)	0,468[d]
Sert Yüzeye Çarpma	Var Yok	32(%84,20) 6(%15,80)	11(%91,70) 1(%8,30)	>0,999[d]
Yara İyileşmesini Engelleme	Var Yok	29(%76,30) 9(%23,70)	11(%91,70) 1(%8,30)	0,416[d]
Sert Yüzeye Sürtme	Var Yok	13(%34,20) 25(65,80)	5(%41,70) 7(%58,30)	0,735[d]
İğne Batırma	Var Yok	13(%34,20) 25(%65,80)	9(%75) 3(%25)	**0,013[a]**
Zararlı Madde Yutma	Var Yok	15(%39,50) 23(%60,50)	8(%66,70) 4(%33,30)	0,099[a]

a:Ki kare Testi, b:Mann Whitney U Testi, c: Fisher Freeman Halton Test, d:Fisher'ın Kesin Ki kare Testi.

4.22.Olgu Grubunda İntihar Olasılığı ile KZVDDE Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Kendine zarar verme esnasında fiziksel acı hissetme açısından yapılan değerlendirmede intihar olasılığı düşük ergenlerin %34,2'sinin KZVD esnasında fiziksel acı hissettiği, %34,2'sinin bazen fiziksel acı hissettiği, %31,6'sının fiziksel acı hissetmediği; intihar olasılığı yüksek ergenlerin %16,7'snin KZVD esnasında fiziksel acı hissettiği, %41,7'sinin bazen fiziksel acı hissettiği, %41,7'sinin fiziksel acı hissetmediği saptanmıştır (p=0,502). KZVD esnasında yalnız olma durumu incelendiğinde intihar olasılığı düşük ergenlerin %68,4'ünün KZVD esnasında yalnız olduğu, %31,6'sının bazen yalnız olduğu; intihar olasılığı yüksek ergenlerin %75'inin yalnız olduğu, %25'inin bazen yalnız olduğu saptanmıştır (p>0,999). İntihar olasılığı düşük grubun %71,1'inin kendine zarar verme davranışını sona erdirmek istediği, intihar olasılığı yüksek grubun %50'sinin kendine zarar verme davranışını sona erdirmek isteği saptanmıştır (p=0,294). Fiziksel acı hissetme, KZVD esnasında yalnız olma, dürtü süresi ve sona erdirme isteği açısından her iki grup arasında fark bulunmamıştır (Tablo 36).

Tablo 36: İntihar Olasılığı ile KZVD Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

KZVD Esnasında	Cevaplar	İntihar Olasılığı Düşük (n=38)		İntihar Olasılığı Yüksek (n=12)		p
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Fiziksel Acı Hissetme	Evet Bazen Hayır	13 13 12	34,20 34,20 31,60	2 5 5	16,70 41,70 41,70	0,502[c]
Yalnız Olma	Evet Bazen Hayır	26 12 0	68,40 31,60 0	9 3 0	75 25 0	>0,999[d]
Dürtü Süresi	İlk 6 saat 6 saat ve sonrası	38 0	100 0	12 0	100 0	0,574[d]
Sona Erdirme İsteği	Evet Hayır	27 11	71,10 28,90	6 6	50 50	0,294[d]

Veriler n(%) olarak ifade edilmiştir.
c: Fisher Freeman Halton Test, d:Fisher'ın Kesin Ki kare Testi.

4.23. Kendine Zarar Verme Davranışı Sayısının ve İşlevlerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda en sık başvurulan kendine zarar verme yöntemi %84 gibi yüksek bir oranla kesme davranışı olarak bulunmuştur. Kesme davranışını %80 ile yara iyileşmesini engelleme, % 72 ile tırnaklama, %70 ile vurma, %68 ile çimdikleme izlemektedir. Diğer yöntemler ise; %58 ile ısırma, %50 ile saç koparma, %46 ile zehirli madde yutma, %44 ile iğne batırma, %42 ile cilde şekil kazıma, %36 ile yakma ve sürtme yöntemleri olarak sıralanmaktadır.

Katılımcıların KZVD işlevleri değerlendirildiğinde en sık afekt regülasyonu işlevi daha sonra sırasıyla kendini cezalandırma, sıkıntıyı etiketleme, intiharı önleme, çözülmeyi önleme, intikam alma, kişiler arası etkileşim, kendiyle ilgilenme, kişiler arası sınır, düşmanlık, özerklik, heyecan arama ve akranlarıyla bağ kurma işlevi kullanılmaktadır. Katılımcıların KZVD işlevlerine ait ortanca ve ortalama puanları tablo 38'de ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

Tablo 37: Kendine Zarar Verme Davranışının Türlerine Göre Sayısı

KZVD Türü	**Alt Boyutlar**	**Toplam (n=50)**	
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Kesme	Var	42	84
	Yok	8	12
Isırma	Var	29	58
	Yok	21	42
Yakma	Var	18	36
	Yok	32	64
Cilde Şekil Kazıma	Var	21	42
	Yok	29	58
Çimdikleme	Var	34	68
	Yok	16	32
Saç Koparma	Var	25	50
	Yok	25	50
Tırnaklama	Var	36	72
	Yok	14	28
Sert Yüzeye Çarpma	Var	35	70
	Yok	15	30
Yara İyileşmesini Engelleme	Var	40	80
	Yok	10	20
Sert Yüzeye Sürtme	Var	18	36
	Yok	32	64
İğne Batırma	Var	22	44
	Yok	28	56
Zararlı Madde Yutma	Var	23	46
	Yok	27	54

Tablo 38: Kendine Zarar Verme Davranışı İşlevlerinin Özellikleri

Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri	İşlevler	Ortanca (25p-75p)	Ortalama±SS
Otonom İşlevler	Afekt Regülasyonu	1-6	4,76±1,287
	İntiharı Önleme	0-6	3,32±1,845
	Sıkıntı Etiketleme	0-6	3,72±2,031
	Kendini Cezalandırma	0-6	3,86±1,906
	Çözülmeyi Önleme	0-6	3,06±2,094
Sosyal İşlevler	Kişiler Arası Sınır	0-6	1,94±1,695
	Kişiler Arası Etkileşim	0-6	2,22±1,822
	İntikam Alma	0-6	2,66±1,611
	Heyecan Arama	0-5	1,02±1,253
	Akranlarla Bağ Kurma	0-2	0,30±0,678
	Düşmanlık	0-6	1,92±1,988
	Özerklik	0-4	1,14±1,246
	Kendiyle İlgilenme	0-6	2,16±1,405
Ölçek Toplam	Toplam Puan	8-53	32,08±11,991

Veriler medyan (1.çeyreklik değer- 3.çeyreklik değer) ve ortalama± standart sapma olarak ifade edilmiştir. SS: Standart Sapma

4.24. Olgu Grubunun KZVD Özelliklerinin İncelenmesi

Kendine zarar verme davranışında bulunan ergenler fiziksel acı hissetme, eylem esnasında yalnızlık, dürtü süresi ve eylemi sonlandırma isteği açısından incelenmiştir. Ergenlerin %30'unda her zaman fiziksel acı hissettiği, %36'sında bazen fiziksel acı hissettiği, %34'ü fiziksel acı hissetmediği bulunmuştur. Ergenlerin %70'inde KZVD esnasında her zaman yalnız oldukları, %30'unda bazen yalnız oldukları saptanmıştır. KZVD dürtü – eylem süresi incelendiğinde ergenlerin %88'inde ilk bir saat içinde kendilerine zarar verdikleri, %8'inde 1-3 saat içinde, %4'ünde 3-6 saat içinde kendilerine zarar verme davranışında bulundukları; ergenlerin %66'sında kendine zarar verme davranışını sonra erdirme isteğinin bulunduğu saptanmıştır (Tablo 39).

Tablo 39: Olgu Grubunda KZVD Özellikleri

			OLGU (n=50)	
			n	**%**
Kendine Zarar Verdiğinde	Fiziksel Acı Hissetme Durumu	Evet	15	30
		Bazen	18	36
		Hayır	17	34
	Yalnızlık Durumu	Evet	35	70
		Bazen	15	30
		Hayır	0	0
	Dürtü Süresi	<1 saat	44	88
		1-3 Saat	4	8
		3-6 Saat	2	4
		6-12 Saat	0	0
		12-24 Saat	0	0
		>24 Saat	0	0
	Sona Erdirme İsteği	Evet	33	66
		Hayır	17	34

4.25. Olgu Grubunda Kendine Zarar Verme Davranışının Cinsiyete Göre Özelliklerinin İncelenmesi

Kendine zarar verme davranışı envanteri alt puanlarının cinsiyet ile karşılaştırılmasında ise intiharı önleme başlığının kızlarda görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,026). Diğer başlıklar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. KZVDDE Toplam puan ortalama ve standart sapma değerleri incelendiğinde kızlarda 32,95±11,55, erkeklerde 28,11±13,86 saptanmıştır. KZVDDE Toplam puan ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,277).

KZVD çeşit sayısı ortalama ve standart sapma değerleri incelediğinde kızlarda 7,66±2,23, erkeklerde 4,56±2,12 saptanmıştır. Toplam KZVD sayısı ortanca değeri kızlarda 158 erkeklerde 26 olarak bulunmuştur. KZVD çeşit sayısı ve toplam KZVD sayısı açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001, p=0,007) (Tablo 40).

KZVD türüne göre KZVD sayısı incelendiğinde kesme, yakma, çimdikleme, tırnaklama, iğne batırma sayıları kız cinsiyette erkek cinsiyete göre anlamlı yüksek bulunmuştur (Tablo 25). Kızların ortalama 12 (11-14) yaşında, erkeklerin ise 14 (10,5-15) yaşlarında kendine zarar verme davranışına başladıkları saptanmış ve KZVD'ye başlama yaşı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 61). Cinsiyetler arası en son KZVD sergileme zamanı gün bazında incelendiğinde, kız cinsiyet erkek cinsiyete oranla daha

yakın zamanda KZVD sergilemiştir. Bu zamansal fark istatistiksel açıdan anlamlı saptanmıştır. (p=0,009) (Tablo 40).

Tablo 40: Olgu Grubunda Kendine Zarar Verme Davranışının Cinsiyete Göre Özellikleri

KZVDDE	Alt Boyutlar	Kız (n=41)	Erkek (n=9)	p
OTONOM İŞLEVLER	Afekt Regülasyonu	5(4-6)	4(3,50-5)	0,063[b]
	İntiharı Önleme	4(2,50-5)	2(0,50-3)	**0,026[b]**
	Sıkıntı Etiketleme	4(2-6)	2(1,50-5,50)	0,275[b]
	Kendini Cezalandırma	4(2-6)	4(1,50-4,50)	0,277[b]
	Çözülmeyi Önleme	3(1-5)	3(0-6)	0,959[b]
SOSYAL İŞLEVLER	Kişiler Arası Sınır	2(0-3)	2(0,50-4,50)	0,279[b]
	Kişiler Arası Etkileşim	2(1-4)	2(0-3)	0,356[b]
	İntikam Alma	2(2-4)	2(1-3)	0,183[b]
	Heyecan Arama	1(0-2)	1(0-2,50)	0,666[b]
	Akranlarla Bağ Kurma	0(0-0)	0(0-2)	0,141[b]
	Düşmanlık	2(0-4)	0(0-1,50)	0,153[b]
	Özerklik	1(0-2)	1(0-2,50)	0,448[b]
	Kendiyle İlgilenme	2(2-2,50)	2(1-3)	0,735[b]
KZVDDE	Toplam Puan	32,95±11,55	28,11±13,86	0,277[e]
KZVD Çeşit	KZVD Çeşit Sayısı	7,66±2,23	4,56±2,12	**<0,001[e]**
Toplam KZVD	Toplam KZVD Sayısı	158(53-492)	26 (12-141,50)	**0,007[b]**
Türlerine Göre KZVD Sayısı	Kesme	15(5,50-50)	5(0-14,50)	**0,028[b]**
	Isırma	5(0-14,50)	0(0-5)	0,200[b]
	Yakma	0(0-4,50) 12,37±37,20	0(0-0) 0,11±0,33	**0,037[b]**
	Cilt Kazıma	0(0-3)	0(0-0)	0,073[b]
	Çimdikleme	8(0-70)	0(0-6)	**0,028[b]**
	Saç koparma	1(0-32,50)	0(0-0,50)	0,055[b]
	Tırnaklama	15(1,50-75)	0(0-10)	**0,029[b]**
	Sert yüzeye sürtme	10(2,50-40)	5(0,50-12,50)	0,286[b]
	Yara iyileşmesini Engelleme	17(2,50-100)	10(2,50-45)	0,476[b]
	Sürtme	0(0-2,50)	0(0-10)	0,965[b]
	İğne Batırma	1(0-6)	0(0-0)	**0,006[b]**
	Zararlı Madde Yutma	0(0-8,50)	0(0-0,50)	0,082[b]
Yaş	İlk KZVD Yaşı	12(11-14)	14(10,50-15)	0,430[b]
Zaman	En Son KZVD Zamanı (gün)	15(2-46,50)	60(35-160)	**0,009[b]**

Veriler ortalama± standart sapma ve medyan (1.çeyreklik değer- 3.çeyreklik değer) olarak ifade edilmiştir.

b: Mann Whitney U Testi, e: Bağımsız Örneklem t Testi.

Olgu grubunun kendine zarar verme çeşitleri incelendiğinde en sık kesme davranışını sergiledikleri (%84) daha sonra sırasıyla yara iyileşmesini engelleme (%80), tırnaklama (%72), sert yüzeye çarpma (%70), çimdikleme (%68), ısırma (%58), saç koparma (%50), zehirli madde yutma (%46), iğne batırma (%44), cilde şekil kazıma (%42), yakma (%36) ve sert yüzeye sürtme (%36) davranışları olduğu saptanmıştır. Kendine zarar verme davranışı türü cinsiyete göre incelediğinde iğne batırma davranışının kız cinsiyetinde istatistiksel açıdan anlamlı yüksek saptanmıştır(p=0,003). Diğer KZVD çeşitlerinde cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır (Tablo 41).

Tablo 41: Olgu Grubunda Kendine Zarar Verme Davranışının Cinsiyete Göre Özellikleri

KZVD Türü	Alt Boyutlar	Kız (n=41)		Erkek (n=9)		p
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Kesme	Var	36	87,8	6	66,7	0,144[d]
	Yok	5	12,2	3	33,3	
Isırma	Var	25	61	4	44,4	0,464[d]
	Yok	16	39	5	55,6	
Yakma	Var	17	41,5	1	11,1	0,130[d]
	Yok	24	58,5	8	88,9	
Cilde Şekil Kazıma	Var	20	48,8	1	11,1	0,061[d]
	Yok	21	51,2	8	88,9	
Çimdikleme	Var	30	73,2	4	44,4	0,124[d]
	Yok	11	26,8	5	55,6	
Saç Koparma	Var	23	56,1	2	22,2	0,138[d]
	Yok	18	43,0	7	77,8	
Tırnaklama	Var	32	78	4	44,4	0,094[d]
	Yok	9	22	5	55,6	
Sert Yüzeye Çarpma	Var	36	87,8	7	77,8	0,595[d]
	Yok	5	12,2	2	22,2	
Yara İyileşmesini Engelleme	Var	33	80,5	7	77,8	>0,999[d]
	Yok	8	19,5	2	22,2	
Sert Yüzeye Sürtme	Var	15	36,6	3	33,3	>0,999[d]
	Yok	26	63,4	6	66,7	
İğne Batırma	Var	22	53,7	0	0	**0,003[d]**
	Yok	19	46,3	9	100	
Zararlı Madde Yutma	Var	21	51,2	2	22,2	0,152[d]
	Yok	20	48,8	7	78,8	

d:Fisher'ın Kesin Ki kare Testi.

Cinsiyet ile kendine zarar verme esnasında fiziksel acı hissetme açısından yapılan değerlendirmede kız ergenlerin %26,8'inin KZVD esnasında fiziksel acı hissettiği, %31,7'sinin bazen fiziksel acı hissettiği, %34,1'inin fiziksel acı hissetmediği; erkek ergenlerin %44,4'ünün KZVD esnasında fiziksel acı hissettiği, %22,2'sinin bazen fiziksel acı hissettiği, %33,3'ünün fiziksel acı hissetmediği saptanmıştır (p=0,528). KZVD esnasında yalnız olma durumu incelendiğinde kız ergenlerin %68,3'ünün KZVD esnasında yalnız olduğu, %31,7'sinin bazen yalnız olduğu; erkek ergenlerin %77,8'inin yalnız olduğu, %22,2'sinin bazen yalnız olduğu saptanmıştır (p=0,705). Kız cinsiyetinde olan ergenlerin %63,4'ünün kendine zarar verme davranışını sona erdirmek istediği, erkek ergenlerin %77,8'inin kendine zarar verme davranışını sona erdirmek isteği saptanmıştır (p=0,699). Fiziksel acı hissetme, KZVD esnasında yalnız olma, dürtü süresi ve sona erdirme isteği açısından her iki grup arasında istatistiksel fark bulunamamıştır (Tablo 42).

Tablo 42: Olgu Grubunda Kendine Zarar Verme Davranışının Cinsiyete Göre Özellikleri

KZVD Esnasında	**Cevaplar**	**Kız (n=41)**		**Erkek (n=9)**		**p**
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	
Fiziksel Acı Hissetme	Evet Bazen Hayır	11 16 14	26,8 31,7 34,1	4 2 3	44,4 22,2 33,3	0,528[c]
Yalnız Olma	Evet Bazen Hayır	28 13 0	68,3 31,7 0	7 2 0	77,8 22,2 0	0,705[c]
Sona Erdirme İsteği	Evet Hayır	26 15	63,4 36,6	7 2	77,8 22,2	0,699[d]

c: Fisher Freeman Halton Test, d:Fisher'ın Kesin Ki kare Testi.

Olgu gurubunun cinsiyetlere göre alt ölçek puan dağılımları incelendiğinde intihar olasılığı ölçeği kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği ve Toronto aleksitimi ölçeği duyguları ifade etme güçlüğü alt ölçeği arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. İntihar olasılığı ölçeği kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği puanı kız cinsiyette anlamlı düzeyde yüksek (p=0,015); Toronto aleksitimi ölçeği duyguları ifade

etme güçlüğü puanı erkek cinsiyette anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,013) Diğer ölçek alt puanları incelendiğinde cinsiyete göre anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 43).

Toplam ölçek puan dağılımları incelendiğinde Beck Depresyon Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Gözlerden Zihin Okuma Taskı toplam puanlarının kız ve erkek cinsiyetler açısından fark saptanmamıştır (p=0,362, p=0,215, p=0,199 ve p=0,097) (Tablo 43).

Tablo 43: Olgu Grubu Cinsiyetlere Göre Alt Ölçek Puan Dağılımları

Ölçek	**Alt Boyutlar**	**Kız (n=41)**	**Erkek (n=9)**	**p-değeri**
Beck Depresyon Ölçeği	Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puan	31,17±12,52	26,89±13,13	0,362[e]
İntihar Olasılığı Ölçeği	Umutsuzluk	33,73±6,22	33,33±6,69	0,864[e]
	İntihar Düşüncesi	20,34±5,83	18,89±5,51	0,498[e]
	Kendini Olumsuz Değerlendirme	26,56±5,13	21,78±5,23	**0,015[e]**
	Düşmanlık	16,88±3,32	16,44±4,64	0,743[e]
	Toplam	97,51±15,52	90,44±14,06	0,215[e]
Toronto Aleksitimi Ölçeği	Duyguları Tanıma	28(21-31)	27(21-32,50)	0,761[b]
	Duyguları İfade etme	17,17±3,40	20,33±2,82	**0,013[e]**
	Dışa Dönük Düşünceler	21,10±4,57	21,56±4,47	0,786[e]
	Toplam	64,61±9,64	69,11±7,92	0,199[e]
Gözlerden Zihin Okuma Taskı	Gözlerden Zihin Okuma Taskı	20(18-21)	21(16,50-23)	0,097[b]

b: Mann Whitney U Testi, e: Bağımsız Örneklem t Testi.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde kendine zarar verme davranışı nedeniyle takipli olan, acil olarak başvurmuş veya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi tarafından konsülte edilmiş 14-18 yaş arası ergenler ve ebeveynleri ile aynı yaş grubunda herhangi bir nedenle Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran ancak kendine zarar verme davranışı olmayan ergen ve ailelerinden oluşmuştur. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin DSM- 5'e göre bir çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından en az iki görüşme sonunda netleştirilen ruhsal tanı bilgileri alınmıştır. Araştırmada kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde aleksitimi düzeyleri, duygu tanıma becerileri ve intihar olasılığı ilişkisi incelenmeye çalışılmıştır. Ergenlik döneminde görülen kendine zarar verme davranışının intihar davranışı ile ilişkisinin altında yatan nedenlerin belirlenmesi halinde, yetişkinlikte bu davranışın devam etmesini önlemek için çeşitli yaklaşımların geliştirilebileceği düşünülmüş; KZVD ile ilişkili olabilecek faktörlerin ortaya koyulmasının, KZVD ve intihar davranışına yönelik birtakım tedavi seçeneklerine katkı sağlayacağı amaçlanmıştır.

Araştırmada saptanan bulguların gruplar arasında istatistiksel açıdan daha sağlıklı karşılaştırılması ve sosyodemografik değişkenlerin sonuçları etkilememesi amaçlandığından grupların sosyodemografik özellikleri eşleştirilmiştir. Bu nedenle yaş, cinsiyet, gelir durumu, aile yapısı, ebeveyn yaşı, ebeveyn eğitim, ebeveyn çalışma durumu ve kardeş sayısı açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmayıp katılımcılar yaş, cinsiyet ve ruhsal bozukluk tanısı açısından eşleştirilmiştir. Katılımcıların okul başarı algısı, sorun paylaşma, arkadaş özellikleri, sigara alkol kullanımı açısından gruplar arası anlamlı farklılık bulunmuş ve detaylı olarak tartışılmıştır. Yaş, cinsiyet ve aile yapısı açısından gruplar arası istatistiksel açıdan fark bulunmamasına rağmen tartışmada yer verilmiştir.

Çalışmamızda olgu grubunun yaş ortalaması 15.80±1.06 yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması ise 15.70±1.07 yıldır. Yaş açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürde yapılan bir çalışma KZVD sergileyen gençlerin yaş ortalamasını 15.41, DSM-5'e göre KZVD tanısı konulan gençleri araştıran başka bir çalışma ise yaş ortalamasını 15.20±1.82 bulmuştur. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgu literatür ile uyumludur.[298]

Çalışmaya katılan ergenler değerlendirildiğinde her iki grubun %82'sini kızlar, %18'ini erkekler oluşturmaktadır. Cinsiyet dağılımı gruplar arasında eşittir. Olgu grubunda kız cinsiyette katılımcının erkek cinsiyette katılımcılara kıyasla belirgin daha fazla olduğu görülmektedir. Çalışmamız kapsamında, kızların erkeklere oranla daha fazla KZVD sergilediği sonucu elde edilmiştir. Ergenlerde KZVD'nin cinsiyet ile olan ilişkisini araştıran bazı çalışmalarda cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmadığı, bazı çalışmalarda ise kızlarda anlamlı derecede daha fazla KZVD görüldüğü bildirilmektedir.[298,299] Literatürdeki bu farklılık, araştırmalardaki olguların KZVD grubuna dahil edilme kriterlerinin farklı olması ile alakalı olabilir. Çalışmamızda KZVD grubunda yer alan hastaların %82'sinin kız cinsiyette olduğu bulgusu, DSM-5 kriterlerine göre KZVD tanısı alan ergenlerin %85'inin kız cinsiyette olduğu bir çalışma ile uyumlu bulunmuştur.[300] Cinsiyetler arası farklılıkların etiyolojisi henüz net olarak bilinmemekle beraber, bazı araştırmacılar kız cinsiyette KZVD oranının yüksek saptanmasını, kızların bu sorunu daha fazla dile getirmesi ve daha sık poliklinik başvurusunda bulunması ile ilişkilendirmişlerdir. Ayrıca kendine zarar verme davranışının kız cinsiyetinde daha yüksek oranda görülmesi, östrojen ve progesteron gibi hormonların duygu düzenleme sürecindeki etkileri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.[301] Artmakta olan kanıtlar, kızlarda östrojen ve progesteronun GABA, 5-HT ve/veya dopamin sistemlerine etkisi ile duygusal durumlarını modüle ettiğini göstermektedir; bu nörotransmitterler depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarında rol almaktadır.[302] Ancak literatürde cinsiyetin eşit oranda saptandığını belirten çalışmalar olduğu gibi erkek cinsiyet oranının yüksek olduğu çalışmalar da bulunmaktadır.[303] KZVD'nin cinsiyetler arası farkını daha iyi anlamak için hormonal değişikliklerinin rolü ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Araştırmaya katılan ergenlerin algıladıkları okul başarısı değerlendirildiğinde, kendine zarar verme davranışında bulunan ergenlerin, kontrol grubuna kıyasla kendilerine göre okul başarı algısı istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Bu beklenen bir bulgu olup yazında düşük akademik başarı ile kendine zarar verme ilişkisini ortaya koyan pek çok araştırma mevcuttur.[304–306] Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin değerlendirildiği toplum örneklemli bazı çalışmalarda okul başarısızlığı kendine zarar verme davranışı ile ilişkili bulunmuştur.[304,306,307] Bir çalışmada gençlerin okul durumları incelendiğinde psikopatoloji şiddeti kontrol edildikten sonra, okul performansı ve okulda disiplin sorunlarının KZVD olan veya intihar girişiminde bulunan bireyler arasında daha

sık olduğu ve okul başarısıyla ilgili faktörlerin kızlarda kendine zarar verme davranışı görülmesi açısından erkeklere göre daha güçlü ilişki içinde olduğu saptanmıştır.[306] Hırvatistan'da KZVD sergileyen gençler üzerinde yapılan beş yıllık bir takip çalışmasında ise KZVD sıklığının sayısı ile okul başarısı veya okula devam etme arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.[301] Çalışmamızda yukarıda bahsedilen çalışmaların sonuçları ile uyumlu olarak olgu grubundaki ergenlerin kontrol grubundakilerine göre okul başarılarının daha düşük ve okul devamlılıklarının daha az olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdaki bu iki bulgu literatürdeki okul başarısının ergenleri duygusal ve davranışsal sorunlardan koruduğuna ilişkin bilgiyle uyumludur.[308,309]

Literatürde ebeveynlerin boşanmış veya ayrı olması ile kendine zarar verme davranışı arasında ilişki saptayan çalışmalar mevcuttur. Yakın tarihte yapılan bir gözden geçirme çalışması ayrılmış ebeveynlerin kendine zarar verme davranışı için risk faktörü olduğunu bildirmiştir.[310] Bir meta analiz çalışması ise aile yapısı ve işlevselliğinde bozulmanın kendine zarar verme davranışı için risk oluşturduğunu saptamıştır.[311] Finlandiya'da yapılan, katılımcıların 3, 12 ve 15 yaşlarında incelendiği bir kohort çalışmasında biyolojik ailenin dışında birileriyle yaşıyor olmanın 15 yaşında kendine zarar verme düşüncesi ve davranışı bağlamında risk oluşturduğu saptanmıştır.[312] Ülkemizde yapılan bir araştırma, KZVD olan katılımcıların ailelerini KZVD olmayan katılımcıların aileleri ile karşılaştırdığında ebeveyn boşanma oranını KZVD olan grupta daha yüksek saptamıştır.[313] Yazında KZVD ile aile yapısı arasında ilişki saptamayan çalışmalar da mevcuttur.[314] Çalışmamızda, aile bütünlüğü ve kendine zarar verme davranışı arasında ilişkiyi ortaya koyan literatür bulgularının aksine, olgu ve kontrol grubu arasında aile bütünlüğü açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu duruma hem olgu hem de kontrol grubu katılımcılarının ruhsal bozukluk tanısıyla takip edilen gençlerden oluşması etki etmiş olabilir. Ayrıca aile ortamının kaotik olmasına rağmen, boşanmanın kültürel bağlamda toplumumuzda sıcak karşılanmaması nedeniyle çalışmamızda boşanmış aile sayısı beklenenden düşük çıkmış olabilir.

Bakım verenler açısından incelendiğinde çalışmamızda 0-1 yaş, 1-3 yaş, 3-6 yaş ve 6 yaş sonrası bakım verenler açısından her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bağlanma kuramı bebeklerin bakım verenleri ile duygusal bir bağ oluşturmaları için biyolojik olarak programlandığını ve bağlanma figürünün bebeği güvenlik ve rahatlık sağlamaya çalıştığını ileri sürmektedir.[315] Sağlıklı bağlanma becerileri edinen çocukların

çevrelerine uyum sağladığı ve sağlıklı bağlanmanın bireyin hayatı boyunca bu uyum sürecine etkilediği belirtilmiştir. Birincil bakım veren, çocuğun ihtiyaçlarına karşı kayıtsız kaldığında çocuğun bakım verenle iletişim kuramayacağı ve ayrılık karşısında kaygı duymaya yatkın hale geleceği ifade edilmiş; bu şekilde oluşan güvensiz bağlanma stilinin, bireyi sosyal ve duygusal gelişimi esnasında zorlu durumlarla başa çıkma becerilerinin ve problem çözme becerilerinin gelişmesini engelleyeceği belirtilmiştir.[316] Klinik örneklem üzerinde yapılan çalışmalarda güvensiz bağlanma stilinin ergenlik dönemindeki KZVD ile ilişkili olduğu bulunmuştur. [317] Yapılan uzunlamasına takip çalışmaları güvensiz bağlanmanın ergenlik döneminde kendine zarar verme davranışı için önemli bir risk faktörü olabileceğini göstermiştir.[318] Bu durumun literatürde belirtildiği gibi kendine zarar verme davranışını sergileyen gençlerin bakım verenin yokluğundan ziyade bebeklik döneminde birincil bakım verenle kurmuş oldukları güvenli olmayan bağlanma stili ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca çalışmamıza katılım gösteren her iki gruptaki gençlerin psikiyatrik rahatsızlığa sahip olması nedeniyle gruplar arasında bağlanma stilleri açısından belirgin bir fark çıkmamış olabilir. Çalışmamızın örneklem sayısının az olması nedeniyle bulunan sonuçlar genelleme yapmayı zorlaştırmaktadır.

Çalışmamızda ebeveyn eğitim durumu, ebeveyn meslek durumu ve aile gelir düzeyi incelendiğinde olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kendine zarar verme davranışının incelendiği bazı çalışmalarda aile gelir düzeyi ile KZVD arasında ilişki saptanmamıştır [319,320]. Bazı çalışmalarda ise, düşük aile gelir düzeyi ile KZVD arasında ilişki olduğu saptanmıştır [314,321,322]. Bu farklılığın nedeni çalışma evrenlerindeki farklılıktan ve polikliniğimize başvuran hastaların belli bir sosyal düzeyde olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca çalışmamızda gruplar arasında gelir düzeyi, ebeveyn eğitim durumu ve ebeveyn meslek türü açısından farklılık olmaması sosyoekonomik düzeyin grup karşılaştırmalarında karıştırıcı bir faktör olarak etki etme olasılığını azaltmak adına istediğimiz bir durumdur.

Aile işlevselliğinde bozulmanın kendine zarar verme davranışında belirgin bir risk faktörü olduğu literatürdeki pek çok çalışmada belirtilmiştir.[323] Ebeveynlerin kronik fiziksel rahatsızlığının olması, ruhsal hastalığa sahip olması, alkol-madde kullanım öyküsüne sahip olması ergende kendine zarar verme davranışıyla ilişkili bulunmuştur.[324] Önemli bir psikososyal risk faktörü olan uygunsuz ev ortamı, hem de bu duruma eşlik eden genetik yüklülük ile ebeveynlerdeki ve ailenin diğer bireylerindeki ruhsal bozukluklar,

ergende kendine zarar verme davranışı için risk etmeni olmaktadır.[325] Çalışmamızda her iki grupta ebeveynlerde ruhsal hastalık, fiziksel hastalık, kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi ve ailede madde kullanım öyküsü açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamakla beraber bu durumun her iki grubun ruhsal bozukluk tanısına sahip gençlerden seçilmiş olmasıyla ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Araştırmamızda arkadaşlarda KZVD öyküsü, intihar öyküsü, sigara-alkol-madde kullanım öyküsü, evden kaçma öyküsü gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Yakın bir arkadaşın riskli bir davranışta bulunması ergenlerin madde kullanımı, alkol kullanımı, evden kaçma ve hatta riskli cinsel davranışlar dahil olmak üzere riskli davranışlarda bulunmalarının güçlü bir boylamsal yordayıcısı olarak saptanmıştır.[326–330] Çalışmamızda da benzer şekilde kendine zarar verme davranışı sergileyen ergenlerin madde kullanan ve evden kaçan arkadaşa sahip olma oranı kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca arkadaşlarında KZVD öyküsü gençlerde KZVD için risk faktörü olarak literatürde yer almaktadır.[310,311,331] 2015 yılında yayınlanan bir meta-analizde arkadaşlarından kendine zarar verme davranışına maruz kalmanın KZVD riskini 2.13 kat artırdığı saptanmıştır.[311] Arkadaşlarında kendine zarar verme tecrübesinin bulunması ve KZVD içeren online aktivitelerin izlenmesi ile ilişkili sosyal bulaşmanın, ergenlerde kendine zarar verme davranışının tetiklenmesinde rolü olabileceği belirtilmiştir.[332,333] Arkadaşlarda KZVD öyküsü KZVD olan ergen grubunda daha fazla olmakla birlikte kontrol grubundaki ergenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ergenler bu davranışı tetikleyebilecek ve sosyal bulaşı ortaya çıkarabilecek ortama sahip olsalar da her zaman KZVD sergilemeyebilirler. Bizim çalışmamızda anlamlı bir fark saptanmamasının bir nedeni örneklem sayısının küçüklüğünden kaynaklanıyor olabilir. Diğer bir nedeni ise her iki grubun ruhsal bozukluk tanısına sahip gençlerden seçilmiş olması nedeniyle ilişkili olabilir.

Sorunlarını paylaşma açısından incelendiğinde, ailede çatışma varlığı ve ebeveynlerin eleştirel yaklaşıma sahip olmasının, KZVD ile ilişkili olduğu bulunmuştur.[334] 2009 yılında yapılan bir çalışma, ergenlerde KZVD ile sosyal destek sistemi zayıflığının arasında ilişki olduğunu saptamıştır.[335] Ebeveynlerin gençlerin duygusal ihtiyaçlarını yeterli düzeyde yanıtlamaları, KZVD riskini azaltmaktadır.[336] Araştırmamızda da benzer şekilde olgu grubundaki ergenlerin %48'inin sorunlarını hiç kimse ile paylaşmadıkları, saptanmıştır.

Olgu ve kontrol grupları arasında sorunlarını paylaşma açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

2007 yılında İstanbul ilinde yapılan bir çalışmada KZVD sergileyen ergenlerin %36'sında sigara kullanımı olduğu bulunmuş, kendine zarar vermeyen ergenlerde ise bu oran %5 olarak saptanmıştır.[49] 2007 yılında Almanya'da yapılan toplum örneklemli bir araştırma sigara kullanımının, özellikle kız ergenlerde KZVD riskini 2-3 kat arttırdığını saptamıştır.[304] 2011 yılında Kabukçu Başay ve arkadaşlarının İzmir'de toplum örnekleminde yaptıkları bir çalışmada, sigara kullanan ergenlerde KZVD riskinin 9 kat arttığı bulunmuştur.[34] Yapılan araştırmalar; sigara kullanımını kendine zarar veren ergenler ile bu davranışı göstermeyen sağlıklı ergenlerle karşılaştırmış ve sonuç olarak KZVD sergileyen ergenlerin yüksek oranda sigara kullandığı görülmüştür. Çalışmamızda ise sigara kullanımı olgu grubunun %48'inde, kontrol grubunun ise %12'sinde saptanmıştır. Araştırmamızda kendine zarar verme davranışı sergileyen ergenlerin sigara kullanım oranı literatürle uyumlu bulunmuştur. Alkol kullanımı açısından katılımcılar değerlendirildiğinde KZVD olan ergenlerin %36'sı, kontrol grubundaki ergenlerin %12'si alkol kullanmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışma alkol kullanım öyküsünün KZVD riskini 2.7 kat arttırmakta olduğunu saptamıştır.[34] Avrupa'da 7 ülkenin katıldığı bir araştırmada alkol kullanımının kızlarda kendine zarar verme davranışını 2.2 kat, erkekler ise 2.9 kat arttırdığı gösterilmiştir. Çalışmamızda da KZVD sergileyen ergenlerde alkol kullanımı yüksek bulunmuş olup literatür bilgisiyle uyumlu saptanmıştır. 2007 yılında İstanbul'da yapılan bir çalışmada; kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin %11.1'inde madde kullanım bozukluğu olduğu saptanmıştır.[49] Madde kullanımının kendine zarar verme davranışını kolaylaştırdığı, madde kullananların daha ölümcül kendine zarar verme yöntemleri kullandıkları ve daha çok intihar girişiminde bulundukları yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Hem alkol-madde kullanan bireylerde kendine zarar verme davranışının daha sık olduğu, hem de KZVD olan bireylerde alkol-madde kullanımının daha fazla görüldüğü; bunun nedeninin bireylerde maddeye yönelik yoksunluk belirtileri, zayıf sorun çözme becerisi veya dürtüsellik özelliklerin daha sık olması ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir.[337] Çalışmamızda KZVD sergileyen ergenler incelendiğinde sadece 2 kişide geçmişte madde kullanım öyküsü olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda hiçbir ergenin geçmişinde madde kullanım öyküsü saptanmamıştır. Ancak toplumumuzun geleneksel ve kültürel yapısı, damgalanma kaygısı ve madde

kullanımı ile ilgili adli süreçlerden dolayı katılımcıların doğru bilgi veremedikleri, katılımcıların geçmiş alkol ve madde kullanımının bildirilenden fazla olduğu düşünülmüştür. Ayrıca çalışmamızın örneklem tasarımında aktif madde kullanımı ve madde kullanım bozukluğu tanısına sahip olmanın dışlama kriteri olmasından dolayı kendine zarar verme davranışında bulunan gençlerin madde kullanım öyküsü literatüre kıyasla daha az oranda saptanmış olabilir.

Literatürde, KZVD ile diğer bir bireyi yaralama veya diğer bir birey tarafından yaralanma arasındaki ilişkiyi değerlendiren az sayıda çalışma vardır. Bir çalışmada, ergenlerde KZVD ile kesici/delici/zedeleyici alet taşıma ve bu aletlerle tehdit edilme veya dövülme arasında bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir.[338] Çalışmamızda da olgu grubundan polis müdahalesi gerektirecek olay yaşama oranı yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda olgu ve kontrol grubu arasındaki temel değişkenin KZVD olması istendiğinden, psikiyatrik tanılar eş seçilmiştir. Klinik ve toplum örneklemli çalışmalarda, kendine zarar veren ergen ve yetişkin bireylerde en sık bulunan psikiyatrik komorbiditeler depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları olarak bulunmuştur.[339] Bizim çalışmamızda da en sık tanı, olgu grubunda %70 ile kontrol grubunda ise %58 ile depresif bozukluk olarak bulunmuştur. KZVD olan katılımcılarında depresif bozukluğu sırasıyla %32 ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, %24 ile anksiyete bozukluğu, %12 ile yeme bozukluğu, %8 ile obsesif kompulsif bozukluk, %4 ile travma sonrası stres bozukluğu ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve %2 ile konversiyon bozukluğu takip etmektedir. Her bir tanı için ayrı analiz yapıldığında ise olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanan bir psikiyatrik tanı bulunmamıştır. Olgu grubunun ruhsal tanıları değerlendirildiğinde 50 ergenin tamamında (%100) en az bir ruhsal bozukluk tanısının mevcut olduğu, ayrıca olgu grubunun % 60'ının birden fazla komorbid ruhsal bozukluk tanısı ile takip edilmekte olduğu saptanmıştır. Kendini kesme davranışı ile hastaneye başvuran gençlerin incelendiği bir çalışmada başvuran bütün gençlerin psikiyatrik tanıya sahip olduğu, %36'sının bir komorbid, %64'ünün birden fazla komorbid tanısı olduğu gösterilmiştir [340]. Olgu grubumuzu ve kontrol grubumuzu oluşturan gençlerin klinik örneklemden seçilmiş olduğu göz önünde tutulduğunda, tüm katılımcıların psikiyatrik komorbiditeye sahip olması beklediğimiz bir bulgu olmuştur.

Kendine zarar verme davranışına eşlik eden tanılar incelendiğinde ise en sık %70 ile depresif bozukluk olarak bulunmuştur. KZVD olan katılımcılarda depresif bozukluğu sırasıyla %32 ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, %24 ile anksiyete bozukluğu, %12 ile yeme bozukluğu, %8 ile obsesif kompulsif bozukluk, %4 ile travma sonrası stres bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve %2 ile konversiyon bozukluğu takip etmektedir. 2019 yılına ait boylamsal çalışmaların sistematik bir incelemesinde kendine zarar verme davranışının eşlik ettiği en yaygın tanı %60 oranıyla depresif bozukluk olarak saptanmıştır.[341] 2019 yılında yapılan başka bir çalışmada ise kendine zarar verme davranışına eşlik eden tanı dağılımı en sık %58 ile duygudurum bozuklukları, daha sonra sırasıyla %31 ile anksiyete bozuklukları, %10 ile yeme bozuklukları, %8 ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, %7 ile madde bağımlılığı %3 ile disosiyatif bozukluklar ve %2 ile obsesif kompulsif bozukluk olarak belirlenmiştir.[342] Klinik örneklemle yapılan birçok araştırmada da kendine zarar verme davranışına en sık eşlik eden psikiyatrik tanının depresif bozukluk olduğu bildirilmiş ve çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak KZVD olan gruba en sık depresif bozukluk tanısının eşlik ettiği saptanmıştır.[39,41,42,70]

Çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerin KZVD'ye en sık eşlik eden komorbid ruhsal bozukluk tanısı depresif bozukluk olarak saptanmıştır. Olgu grubundaki ergenlerin Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanı 30,40±12,60, kontrol grubundaki ergenlerin Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanı 16,50±10,55 olarak saptanmıştır. Beck depresyon Ölçeği puanları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur. Yapılan bir araştırmada depresif bozukluk tanısına sahip bireylerin kendine zarar verme davranışında bulunma ihtimalinin depresyonu olmayan bireylere göre 8.3 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir.[38] Yapılan başka bir araştırmada ise kendine zarar verme davranışında bulunan gençlerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.[343] 2015 yılında yapılan bir araştırma depresif bozukluk tanısına sahip olmanın 2 yıl içerisinde kendine zarar verme davranışındaki değişikliği öngören bir faktör olduğunu saptamıştır. Çalışmada depresif semptomları olan ergenlerin depresif semptomları olmayan ergenlere göre 10. ve 12. Sınıflarda daha fazla kendine zarar verme davranışı sergiledikleri bulunmuştur.[344] 2011 yılında İzmir ilinde toplum örneklemi üzerinde yürütülmüş bir çalışmada tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışı sergileyen ergenlerin %62,6'sının depresif bozukluk tanısına sahip olduğu saptanmıştır.[34] Depresif bozukluğun umutsuzluk, olumsuz duygulanım, tekrarlayan intihar düşünceleri gibi belirtileri içerdiği göz önüne

alındığında kendine zarar verme davranışının ortaya çıkması açısından önemli bir risk faktörü olabileceği düşünülmüştür.[345] Depresif belirtilerin bireyin strese karşı dayanıklılığını azalttığı ve gencin kendine zarar verme davranışına stres faktöründen kaçış için başvurabileceği belirtilmiştir.[346] Ayrıca 2007 yılında yapılan bir araştırma depresif belirtilerin bireyde olumsuz kendilik algısı oluşturarak ve bireyin duygu düzenleme mekanizmalarında bozulmaya yol açarak KZVD'ye neden olabileceğini öne sürmüştür.[46] Literatürden edindiğimiz tüm bu bilgilerin ışığında, çalışmamızda elde ettiğimiz KZVD'ye en sık eşlik eden komorbid ruhsal bozukluğun depresif bozukluk olduğu bulgusu ümitsizlik, olumsuz kendilik algısı ve bozulmuş duygu düzenleme mekanizması üzerinden gençlerde kendine zarar verme davranışına neden oluyor olabilir.

Çalışmalar kendine zarar verme davranışının dürtüsel bir doğada olmasına vurgu yapmış, bu nedenle bireylerin değerlendirme aşamasında mutlaka dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu ve alkol madde kullanım bozukluğu açısından da değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır.[86] Ülkemizde yapılan bir araştırmada kendine zarar verme davranışı sergileyen gençlerin %25 -40 oranında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısının eşlik ettiği bulunmuştur.[347] Geniş katılımlı bir çalışma, KZVD öyküsü olan ergenleri, olmayan ergenler ile kıyasladığında öfkelilik, dürtüsellik ve dışsallaştırma sorunlarında önemli ölçüde daha yüksek puanlar elde ettiklerini saptamıştır.[348] Başka bir çalışmada da dürtüsellik ve KZVD arasında ilişki olduğu ve yüksek düzeydeki dürtüselliğin zaman içinde KZVD sıklığını arttırdığı gösterilmiştir.[90]. DEHB'de davranış inhibisyon yetersizliği nedeniyle irritabilite, hostilite ve duygusal dengesizlik gibi durumların klinik olarak gözlemlendiği bildirilmektedir. Kendine zarar verme davranışının başlamasıyla duygudurum temelli dürtüsellik ilişkiliyken; kendine zarar vermenin sürdürülmesiyle dürtüselliğin bilişsel yönleri ilişkilidir.[349] DEHB ile yıkıcı davranış bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve duygudurum bozuklukları gibi psikiyatrik bozuklukların güçlü ilişkisinin olması, DEHB'nin semptomlarının hem içselleştirme hem dışsallaştırma semptomlarıyla yüksek düzeyde ilişkisinin olması, DEHB semptomlarının erişkinliğe kadar devam etmesi ve DEHB'nin komorbid bozuklukların klinik sonuçlarını daha da kötüleştirmesi intihar riskini de arttırmaktadır.[350]

Kendine zarar verme davranışında bulunan bireylerin stresli olaylara tepki olarak yoğun bir uyarılma yaşadıkları ve duygu düzenleme mekanizmalarının bozulduğu, bu durumdan

kurtulabilmek için kendilerine zarar verdikleri ve tüm bu sürecin birey için negatif pekiştireç olarak işlev gördüğü bilinmektedir.[46]

Yazında kendine zarar verme davranışı sergileyen gençlerle yapılan klinik örneklemli bir araştırmada gençlerin %39'unda anksiyete bozukluklarından en az bir tanesi saptanmıştır.[41] İzmir ilinde yapılan toplum örneklemli bir çalışmada ise tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışında bulunan gençlerin %40,7'sinde anksiyete bozukluğu komorbiditesi saptanmıştır.[34] Çalışmamızda da literatür ile uyumlu şekilde olguların %24'ünde anksiyete bozuklukları tanısı bulunmuştur.

Erişkin popülasyonda kendine zarar verme davranışında sıklıkla değerlendirilen ve çokça tanısı konulan sınırda kişilik bozukluğu, ergenlik döneminde kişilik bozukluklarının tanısal geçerliliğinin ve sürekliliğinin düşük olması nedeniyle çalışmamızda değerlendirilmemiştir.[338]

Olgu grubunun kullandıkları ilaç tedavileri değerlendirildiğinde en sık selektif seratonin geri alım inhibitörü kullanımı olduğu saptanmıştır. Selektif serotonin geri alım inhibitörü grubu ilaçları sırasıyla antipsikotik, metilfenidat ve atomoksetin grubu ilaç kullanımı takip etmektedir. Kontrol grubunun kullandıkları ilaç tedavileri değerlendirildiğinde en sık selektif seratonin geri alım inhibitörü kullanımı olduğu saptanmıştır. Selektif serotonin geri alım inhibitörü grubu ilaçları sırasıyla metilfenidat ve antipsikotik grubu ilaç kullanımı takip etmektedir. Kontrol grubunda atomoksetin kullanımı saptanmamıştır. Olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında selektif serotonin geri alım inhibitörü ve antipsikotik grubu ilaç kullanımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. İlaç kullanımındaki bu farklılığın nedeni, olgu grubunda bulunan ergenlerin semptom şiddetinin daha yüksek olması ve bu nedenle daha fazla ilaç tedavisine ihtiyaç duyuyor olmalarıyla ilişkili olabilir. Antidepresan ilaçların hem depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde etkili olmaları hem de nüksü önleme konusundaki etkileri nedeniyle intihar riskini azalttıkları düşünülmektedir. Çalışmalar çeşitli ülkelerdeki intihar oranlarındaki düşüşün antidepresan kullanım sıklığının artması ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. 2007 yılında yapılan bir çalışmada antidepresan kullanım sıklığının azalmasıyla intihar oranında artış olduğu saptanmıştır.[351] Literatürde kendine zarar verme davranışı tedavisinde ilk etapta antidepresan kullanımı ile ilgili çelişkili sonuçlar bulunmaktadır ancak genel olarak çalışmalar incelendiğinde antidepresanlar kendine zarar verme davranışı tedavisinde ilk basamakta önerilmemektedir.[352] Son zamanlarda antipsikotik ilaç tedavisinin tek başına ya

da antidepresan ilaçlarla kombine kullanımının sık uygulandığı ve antidepresan etkiler için olumlu sonuçlar alındığı gözlemlenmiştir.[353] Antipsikotik ilaçlar irritabiliteyi kontrol altına almak için kendine zarar verme davranışında etkin şekilde kullanılmaktadır.[354] Çalışmamızda yazınla uyumlu olarak kendine zarar verme davranışı olan grupta antidepresan ve antipsikotik ilaç kullanımının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde depresif belirtilerin, irritabilite ve dürtüsellikle ilgili olan belirtilerin kendine zarar vermeyen ergenlere kıyasla daha yüksek oranda olmasıyla açıklanabilir.

Kendine zarar verme davranışı ile intihar düşünceleri planı ve girişim arasındaki ilişki yapılan çalışmalarda birçok defa belirtilmiştir. Bu bulgulardan yola çıkarak çalışmamıza katılan ergenler intihar düşüncesi, intihar planı, intihar girişimi açısından karşılaştırılmıştır. İntihar düşünceleri sorgulandığında kendine zarar veren olgu grubunda bulunan gençlerin %94'ünün, kontrol grubunda bulunan gençlerin %50'sinin intihar etmeyi düşündüğü; intihar planı sorgulandığında ise olgu grubunda bulunan gençlerin %76'sının intihar planı yapmış olduğu; kontrol grubunda bulunan gençlerin ise %26'sının intihar planı yapmış olduğu saptanmıştır. KZVD olan ergenlerin intihar düşünce ve plan yapmış olma oranları kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İstanbul ilinde toplum örneklemi üzerinde yapılan bir çalışmada kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin % 60'ı hayatı boyunca en az bir kere intihar düşüncesine sahip olduklarını bildirmişlerdir.[33] Benzer bir çalışma, KZVD sayısı, süresi ve kullanılan yöntemin çeşit sayısının artmış intihar riski ile ilişkili olduğunu saptamıştır.[41] Bu ilişkiyi destekleyen başka bir çalışmada ise birden fazla sayıda kendine zarar verme davranışı olan bireylerin %39'unda; bir kez kendine zarar verme davranışı olan bireylerin %21'inde intihar davranışı özelliklerinin (düşünce, plan, girişim) görüldüğünü saptanmıştır.[355] Araştırmamız da literatür bilgileriyle uyumlu şekilde KZVD ile intihar düşünce ve planıyla ilişki bulmuştur.[311]Kendine zarar verme davranışı sergileyen gençlerin intihar davranışı özelliklerinin kontrol grubunda bulunan ruhsal bozukluk tanısına sahip ergenlerden fazla olmasının nedeni KZVD olan bireylerin depresif bulgularının daha yoğun olması, dürtü kontrolüyle ve duygu düzenleme ile ilişkili zorluklarının daha fazla olması ile ilişkili olabilir.

Yapılan birçok çalışma depresyonun kendine zarar verme davranışında bulunan gençlerde yüksek olduğunu bulmuş; gelecekteki kendine zarar verme davranışını yordadığını ifade etmiştir. [356] İsveç'te 506 genç ile yapılan bir takip çalışmasında depresif

duygudurumun çalışmanın birinci ve ikinci kontrol noktasından 1 yıl sonra bile kendine zarar verme davranışını öngördüğü saptanmıştır. 2015 yılında Garisch ve Wilson[356], 830 Yeni Zelandalı gençte de depresyonun kendine zarar verme davranışını beş ay sonra önemli ölçüde ve pozitif olarak tahmin ettiğini keşfetmiştir. Ek olarak, Plener, Schumacher, Munz ve Groschwitz[28], KZVD ile ilgili 32 boylamsal çalışmanın içinde bulunduğu sistematik gözden geçirme çalışmasında depresyonun KZVD için bir yordayıcı olarak bildirildiğini belirtmiştir. Araştırmamızda da KZVD sergileyen ergenler KZVD olmayan ergenlere göre daha yüksek depresyon seviyeleri bildirmiş, çalışmamızdaki bu bulgu literatürdeki araştırmalarla benzer bulunmuştur.

Depresif belirtiler ve KZVD arasındaki ilişkide; kendine zarar veren birey, fiziksel acı çektiğinden dolayı bir şeyler hissedebildiği için bunu yapmayı tercih edebilmektedir. Depresif belirtilerdeki olumsuz duygular ve uyuşukluk hissi sebebiyle, birey farklı hissedebilmek ve rahatlayabilmek adına kendine zarar verme davranışına yönelebilmektedir.[345] Ayrıca, KZVD'nin depresyon ile ilişkisinde en önemli ve yaygın olarak gözlenen depresif belirtinin anhedoni olduğu ileri sürülmektedir. Anhedoni, kişinin boşluk ve umutsuzluk hissiyle mücadele etmesine yol açan bir durum olmakla birlikte, kişinin içinde bulunduğu durumu, kendine zarar vererek yok sayması veya bu davranışıyla rahatlamak istemesiyle bağlantılı bir belirti olarak değerlendirilmektedir.[357] Araştırmamızda kendine zarar verme davranışı sergileyen gençlerin kontrol grubundaki gençlere göre anlamlı düzeyde daha fazla depresif belirtiler göstermekte olduğu ve Beck Depresyon Ölçeği toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda kendine zarar verme davranışında bulunan gençlerin ortalama intihar olasılığı toplam puanı ve ortalama intihar düşüncesi alt ölçek puanı kendine zarar verme davranışı olmayan kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu literatürdeki araştırmalar ile uyum göstermektedir. Araştırmalar KZVD'nin intihar davranışı için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermiştir.[335,358] Yakın tarihli bir meta-analiz, kendine zarar verme davranışı sergileyen katılımcıların neredeyse yarısının gelecekte bir intihar girişiminde bulunduğunu ortaya çıkarmıştır.[359] Muehlenkamp ve Brausch[1], gençler arasında son bir yıl içinde KZVD sergilemenin intihar girişimini öngördüğünü ifade etmiş; Asarnow ve meslektaşları[195], kendine zarar verme davranışında bulunmayı intihar girişimi açısından en güçlü belirleyicilerinden biri olarak saptamıştır.

2015 yılında Fox ve arkadaşları[311] 168 çalışmayı içeren meta-analizlerinde umutsuzluğun kendine zarar verme davranışında önemli bir risk faktörü olduğunu saptamış, ayrıca 2017 yılında yayınlanan başka bir meta-analizde umutsuzluğun, intihar girişimi ve intihar ile ölümün en güçlü yordayıcılarından biri olduğu bildirilmiştir.[360] Çalışmamızda da literatür bilgisiyle uyumlu şekilde kendine zarar verme davranışında bulunan gençlerin umutsuzluk alt ölçek puanları kendine zarar verme davranışı olmayan kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda kendine zarar verme davranışında bulunan ergenlerin kendini olumsuz değerlendirme alt ölçek puanlarının kontrol grubundaki ergenlere göre anlamlı oranda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bir çalışmada kendini olumsuz değerlendirme düzeylerinin yüksek bulunmasının, bu çalışmadaki hastaların çoğunluğunu beden algısının olumsuz etkilendiği bilinen akne olguları ile ilişkili olduğu ve bu durumun intihar olasılığını artırdığı bildirilmiştir. [361] Çalışmamızda kendine zarar veren ergenlerde olumsuz kendilik değerlendirmesinin kontrol grubundan anlamlı oranda yüksek bulunması kendine zarar verme davranışının beden algısı üzerindeki olumsuz etkileri ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda KZVD sergileyen ergenler, Toronto Aleksitimi Ölçeğinin "duyguları tanımlamada güçlükler" ve "duyguları ifade etmede güçlükler" alt ölçeklerinden, KZVD sergilemeyen ergenlere göre önemli ölçüde daha yüksek puan almışlardır ki bu daha önceden yapılmış araştırmaların bulgularıyla tutarlıdır.[12,362–365] 2014 yılında KZVD olan 10 İtalyan ergen üzerinde yapılan araştırmada ortalama TAÖ Toplam puan 67.7±10.58 olarak bulunmuş, kendine zarar verme davranışı ve aleksitimi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.[366] 2016 yılında Lüdtke ve arkadaşlarının [12] KZVD olan ergenlerle yaptıkları bir araştırmada aleksitimik özelliklerin kendine zarar verme davranışını yordadığı, araştırmanın diğer değişkenlerinden disosiyasyon ve çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ise kendine zarar verme davranışını aleksitimi kadar yordamadığı sonucuna ulaşılmıştır. 2016 yılında Gatta ve arkadaşlarının [365] KZVD olan ergenler üzerinde yaptıkları araştırmada KZVD olan ergenlerin ortalama TAÖ toplam puanı 64.69±8.30; KZVD olmayan ergenlerin ortalama TAÖ toplam puanı 51.70±10.69 olarak saptanmıştır. Klinik örneklemle yapılan bu çalışmaların sonuçları araştırmamız ile paralel düzeyde bulunmuştur. 2020 yılında, 8 tane genel ergen popülasyon çalışmasının, 4 tane klinik ergen popülasyon çalışmasının dahil edildiği toplam 23 tane klinik araştırmayı temel alan meta-

analiz çalışmasında ise aleksitimi ile kendine zarar verme davranışı arasında orta etki büyüklükte pozitif bir ilişki saptanmıştır.[367] Meta analiz çalışmasında aleksitimik özelliklerden duygu tanıma güçlüğü ve duygu ifade etme güçlüğünün kendine zarar verme davranışı ile arasında ilişki saptanırken; dışa dönük düşünceler ile KZVD arasında ilişki saptanmamıştır. Aleksitimik bireyler, duyguları uygun şekilde tanımlama ve ifade etme yeteneğinden yoksundur; bu yetenek, uygun duygu düzenlemesi için çok önemlidir.[368] Sınırlı duygu anlama ve düzenleme kapasitesi, olaylar karşısında etkilenen bireylerin yoğun olumsuz duygularla başa çıkarken yeterli baş etme stratejilerini uygulama becerisini azaltabilir.

Çalışmamıza katılan ergenlerin duygu tanıma özellikleri karşılaştırıldığında, KZVD olan ergenlerin duygu tanıma beceri düzeyleri, kontrol klinik araştırma grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Almanya'da 2015 yılında yapılan bir araştırmada 47 KZVD olan, 28 KZVD olmayan ve 51 sağlıklı ergenin katıldığı araştırmada gruplar arasında duygu tanıma becerileri açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.[278] 2015 yılında yapılan başka bir araştırma 30 intihar girişiminde bulunan ergeni, 30 KZVD olan ergen ve 30 sağlıklı ergen ile duygu tanıma özellikleri açısından karşılaştırmış; çalışmada intihar girişiminde bulunan ve KZVD olan ergenler arasında duygu tanıma özellikleri açısından fark saptanmamış ancak KZVD olan ergenler ile sağlıklı kontrol grubu arasında duygu tanıma özellikleri açısında anlamlı farklılık bulunmuştur.[279] 2021 yılında yayınlanan KZVD olan 15 kız ergen ve ruhsal patolojisi olmayan sağlıklı 15 kız ergenin katıldığı bir araştırmada KZVD olan ergenlerin GZOT puanları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.[19] 2022 yılında KZVD olan ve olmayan ergenler arasında yapılan nörogörüntüleme çalışmasında, katılımcılar arasında GZOT performansları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.[369] Literatür KZVD olan ergenlerin duygu tanıma özellikleri açısından farklılıklar içermiş olsa da araştırmamıza katılan KZVD olan ergenler, KZVD olmayan klinik kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük duygu tanıma beceri düzeyleri sergilemiştir.

Araştırmada değerlendirilen kendine zarar verme davranışında bulunan katılımcıların ortalama kendine zarar vermeye başlama yaşının 12 olduğu bulunmuştur. Son yıllarda yapılan bazı araştırmalarda KZVD başlama yaşının ortalama 12-14 yaşları arasında olduğu saptanmıştır.[370,371] Ülkemizde İstanbul ilinde liseli ergenlerle yapılan toplum örneklemli bir çalışmada kendine zarar verme başlama yaşı ortalama 12 yaş olarak saptanmış;

KZVD'nin en sık 13 yaşında başladığı belirtilmiştir.[49] İzmir ilinde yapılan toplum örneklemli bir çalışmada ise ergenlerde kendine zarar verme başlama yaşı 13.5 olarak bulunmuştur.[34] Çimen ve ark.[372] 2014 yılında İzmit ilinde ortaokul öğrencileriyle yaptıkları bir çalışmada KZVD başlama yaşı 12.4±1.87 olarak saptanmıştır. Araştırmamızda kendine zarar verme davranışının başlama yaşı literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda en sık başvurulan kendine zarar verme yöntemi %84 gibi yüksek bir oranla kesme davranışı olarak bulunmuştur. Kesme davranışını %80 ile yara iyileşmesini engelleme % 72 ile tırnaklarıma, %70 ile vurma, %68 ile çimdikleme izlemektedir. Diğer yöntemler ise; %58 ile ısırma, %50 ile saç koparma, %46 ile zehirli madde yutma, %44 ile iğne batırma, %42 ile cilde şekil kazıma, %36 ile yakma ve sürtme yöntemleri olarak sıralanmaktadır. 2019 yılında yapılan bir araştırmada, çalışmamız ile benzer biçimde kendine zarar veren gençler arasında %86.7 oranında kesme davranışının tercih edildiği saptanmıştır [301]. 2018 yılında yayınlanan bir meta-analiz çalışması, 1990 – 2015 yılları arasında yayınlanan 172 bilimsel çalışmayı incelemiş, bu meta-analize göre kendini kesme, %45 gibi bir oranla en sık kendine zarar verme yöntemi olarak saptanmıştır. Kesmeyi sırasıyla yara iyileşmesini önleme (% 33), sert yüzeye kafayı çarpma (% 31), kendini ısırma (% 29), cilde şekil kazıma (% 28), sert bir cisimle kendine vurma (% 27), zehirli madde yutma (% 20) ve yakma (% 10) davranışları takip etmiştir.[298] Yapılan toplum örneklemli çalışmalarda en sık KZVD yönteminin cilde şekil kazıma olduğunu ifade eden çalışmaların yanı sıra vurma ve kesme yöntemlerini de bildiren araştırmalar mevcuttur.[47,60,355] Ancak klinik örneklemde gözlenen en sık KZVD yöntemi kendini kesme olarak saptanmıştır.[41] Kendini kesme yöntemi diğer yöntemlere göre psikopatoloji ile en ilişkili olan KZVD yöntemi olarak tanımlanmaktadır.[373] Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu şekilde olgu grubunda en sık kendine zarar verme yöntemi olarak kendini kesme saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde KZVD bulunan gençlerin %20-74 oranında KZVD esnasında fiziksel ağrı hissetmedikleri bulunmuştur.[34,372] Çalışmamıza katılım gösteren kendine zarar verme davranışı olan gençlerin %34'ü KZVD esnasında fiziksel olarak ağrı hissetmediklerini bildirmiştir. Yapılan bir meta analiz kendine zarar verme davranışını azalmış ağrı hassasiyeti ile ilişkili bulmuştur.[374] Azalmış ağrı hassasiyeti, ağrıya daha az duyarlı olan bireylerin kendine zarar verme davranışını sergileme olasılığını artırdığını ileri sürerek, ağrı hassasiyetinin kendine zarar verme davranışı için risk faktörü olduğunu

belirtmektedir.[375] 2017 yılında Koenig ve arkadaşları 30 KZVD olan kız ergen üzerinde yaptıkları araştırmada KZVD olan ergenlerin, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek ağrı eşiğine ve düşük ağrı yoğunluğuna sahip olduklarını bildirmiştir.[376] Son yıllarda yapılan çalışmalar kendine zarar verme davranışında bulunan bireylerin sağlıklı bireylere göre endojen opiyat düzeylerinde farklılık olabileceğini ileri sürmüştür.[66] 2021 yılında yapılan bir çalışmada kendine zarar verme davranışı olan gençlerin ağrı hassasiyetinin önemli ölçüde azaldığı (yani: artmış ağrı eşiği, daha düşük ağrı yoğunluğu) ve daha düşük bazal beta endorfin düzeyleri bulunmuştur.[377] Ülkemizde Çakın Memik ve arkadaşlarının 2022 yılında yayınlanan çalışmasında da benzer şekilde kendine zarar veren gençlerin beta endorfin düzeyleri sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır.[70] Yapılan çalışmalarda gösterildiği gibi kendine zarar verme davranışında bulunan bireylerde kendine zarar verme davranışı esnasında endojen opiyatların salınmasının acı hissinin azalmasına neden olduğu ve zamanla ağrı duygusunun azaldığı öne sürülmüştür.[66] Ayrıca başka bir çalışmada daha uzun süre KZVD sergileyen bireylerin ağrı eşiklerinin daha yüksek olduğu ve bu etkinin ağrı toleransını arttırdığı bulunmuştur.[378] KZVD olan ergenlerin endojen opioid seviyelerinde farklılıkların olması, KZVD esnasında acı hissetmemeyle ilişkili olabilir.

Çalışmamızda kendine zarar veren katılımcıların %70'i kendine zarar verme davranışı sergileme esnasında yalnız olduğunu, %30'u bazen yalnız olduğunu belirtmiştir. İzmir ilinde toplum örneklemi ile yapılan bir çalışmada Tekrarlayıcı biçimde kendine zarar verme davranışında bulunan gençlerin %73'ü ve epizodik kendine zarar verme davranışında bulunan gençlerin %63'ü eylem esnasında tek başına olduklarını bildirmiştir.[34] İstanbul ilinde kendine zarar veren gençlerle yapılan çalışmada da gençlerin %74'ünün KZVD esnasında yalnız oldukları gösterilmiştir.[49] Bu çalışmada, kişilerin kendilerine zarar verme davranışları sırasında tek başına olmanın amacının, çevrelerindeki insanları manipüle etmek değil, aslında daha çok kendi olumsuz duygulanımlarını azaltmak için olduğu belirtilmiştir. [49] Çalışmamıza katılan KZVD sergileyen gençler de başka insanları manipüle etme amacı gütmeksizin kendilerini daha iyi hissetmek ve içlerinde biriken olumsuz duyguları yatıştırmak için KZVD esnasında tek başına olmayı tercih ediyor olabilirler.

Çalışmamızda KZVD sergileyen ergenlerin %88'inin kendine zarar verme dürtüsünden sonra 1 saatten az bir sürede eylemi sergiledikleri, %8'inin 1-3 saat arasında eylemi

sergiledikleri, %4'ünün ise 3-6 saat arasında eylemi sergiledikleri saptanmıştır. 2005 yılında Nock ve Prinstein[86] ergenlerde KZVD'nin fonksiyonlarını ve doğasını anlamak amacıyla yaptıkları çalışmalarında gençlerin %91'inin KZVD dürtüsünden sonra 1 saatten az bir sürede davranışı sergilediklerini saptamıştır. Ülkemizde toplum örnekleminde yapılmış bir çalışmada da tekrarlayıcı şekilde kendine zarar verenlerin %81,3'ünün kendine zarar verme dürtüsü oluştuktan sonraki bir saatlik zaman dilimi içerisinde eylemi sergiledikleri bildirilmiştir.[34] 2019 yılında ergen örneklem üzerinde yürütülen bir çalışmada da gençlerin %90'ının 1 saatten az bir sürede eylemi sergiledikleri gösterilmiştir.[379] Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular yazındaki diğer çalışmalarla uyumlu olacak şekilde, sıklıkla ilk 1 saatlik dönemde KZVD eyleminin sergilendiği sonucunu ortaya koymaktadır. Verilerimiz literatür ile uyumlu olarak kendine zarar verme davranışının dürtüsel bir yapıda olduğunu göstermektedir.[89] Bu dürtüsel yapı bireyin olumsuz duygulanımını azaltmaya yönelik hızlı yanıt vermeye çalışması ile ilişkili olabilir.[86]

Araştırmamızda kendine zarar verme davranışı gösteren katılımcıların %66'sı kendine zarar verme davranışını sonlandırmak istediğini belirtmiştir. KZVD olan ergenlerin kendine zarar verme davranışını durdurmak isteklerine rağmen kendine zarar verme davranışını sürdürmesi bu davranışın dürtüsel doğasıyla ilişkili olabilir. Bununla beraber kendine zarar veren ergenlerin önemli bir kısmının ergenliğin ilerleyen yıllarında bu davranışı sonlandırdığı ve genç erişkinlik döneminde KZVD yaygınlığının ergenlik dönemine göre daha az olduğu bilgisi, kendine zarar verme davranışını bırakmak isteyen ergenlerin önemli bir kısmının ilerleyen zaman içinde bunu gerçekleştirdiğini göstermektedir.

Kendine zarar verme davranışının cinsiyete göre özellikleri değerlendirildiğinde ilk kendine zarar verme davranışı başlama yaşı kız cinsiyetinde en sık 12, erkek cinsiyette en sık 14 yaşında saptanmıştır. Andover ve arkadaşlarının [380] 2010 yılında yayınladıkları çalışmada KZVD başlama yaşı kız cinsiyette daha erken saptanırken; 2018 yılında yapılan bir çalışmada ise KZVD başlama yaşının erkek cinsiyette daha erken yaşlarda başladığı bulunmuştur.[381] Araştırmamızda kız cinsiyette KZVD başlama yaşının daha erken bulunması kız cinsiyetinde cinsiyet hormonlarının erkek cinsiyete göre daha erken yaşlarda yükseliyor olmasına ve bu hormonal değişikliklerin gençte depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları gibi ruhsal zorluklarla bağlantılı olmasıyla açıklanabilir. Bu hipotez, kızların

ortalama menarş yaşına (yani 13.3 ± 1.3 yıl) yakın olarak bu bozuklukların başlangıç dönemi ile desteklenmektedir.[381,382] Genel olarak, gençlerdeki KZVD başlangıç yaşının cinsiyetler arası farklılığı, biyolojik ve psikososyal süreçlerin karmaşık etkileşiminin bir sonucu ile ilişkili olabilir.

Yapılan çalışmalarda türlerine göre kendine zarar verme davranışı incelendiğinde kız cinsiyette daha sık kesme ve yara iyileşmesini engelleme davranışı; erkek cinsiyette çarpma davranışı gözlenmiştir.[383,384] Ek olarak Bresin ve Schoenleber[88], 2015 yılında yayınladıkları meta-analizde KZVD yöntemlerinden kesme yönteminin kız cinsiyette daha yaygın olarak rapor edildiğini, yakma, kendine vurma gibi diğer yöntemlerin ise cinsiyetler arasında fark göstermediğini saptamışlardır. Çalışmamızda kız cinsiyetinde türlerine göre kendine zarar verme sayısı incelendiğinde en sık kesme ve çarpma yöntemleri kullanılmaktadır. Çarpma ve kesme yöntemlerini sırasıyla yara iyileşmesini engelleme, tırnaklama ve çimdikleme takip etmektedir. Erkek cinsiyette ise en sık çarpma ve yara iyileşmesini engelleme yöntemleri; daha sonra sırasıyla kesme ve ısırma yöntemleri izlemektedir. Türlerine göre kendine zarar verme sayısı ile cinsiyet ilişkisi incelendiğinde kesme, çimdikleme, tırnaklama ve iğne batırma sayısı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kız cinsiyette daha fazla saptanmıştır. Araştırmamızın bu bulgusu literatür ile benzerlik göstermektedir.

2017 yılında ön ergenlik, ergenlik ve genç yetişkinler arasında sosyal bilişin incelendiği bir çalışmada üç grup arasında sosyal bilişte doğrusal bir gelişimden ziyade, geç ergenlik/genç yetişkinliğe kadar devam eden bir gelişim ve ardından oluşan bir plato dönemi saptanmıştır. 2023 yılında yayınlanan, 57 ülkenin içinde bulunduğu geniş kapsamlı bir araştırmada ise GZOT performansında 16 yaşından 20 yaşına kadar bir artış olduğu saptanmıştır.[385] Çalışmamızda ise GZOT performansı ile yaş arasında orta düzeyde anlamlı pozitif ilişki saptanmış, gencin yaşı arttıkça duygu tanıma becerilerinde artış gözlenmiştir.

İnsanlara karşı genel güvensizlik ve kötü niyet şüphesi olarak tanımlanan düşmanlık, duygu tanıma bozukluğuyla da ilişkilendirilmiştir. [386–388] Araştırmamızda KZVD olan ergenlerde GZOT düzeyi ile İntihar Olasılığı düşmanlık alt ölçeği arasında orta düzeyde anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır. KZVD olan ergenlerin düşmanlık düzeyleri arttıkça duygu tanıma becerilerinde azalma görülmektedir. Combs, Penn ve meslektaşları[389] düşmanlıkla duygusal algı arasındaki etkileşimi incelediklerinde yüksek düzeyde düşmanlık, özellikle öfke gibi olumsuz duygular olmak üzere zayıf duygu tanıma ile

ilişkilendirmiştir. . Dodge ve meslektaşları [390], düşmanca tutum gösteren bireylerin belirsiz sosyal durumlarda diğer bireylerin davranışlarını tahmin etme konusunda zorlandıklarını ve bu nedenle şiddet içeren davranışların olasılığını artıran düşmanca atıf yanlılığına sahip olduklarını öne sürmüşlerdir. Agresif gençler, tehdit ipuçlarına karşı aşırı duyarlı olma, saldırgan ipuçlarına seçici olarak dikkat etme ve diğer kişinin davranışını etkilemiş olabilecek diğer durumsal faktörleri gözden kaçırma eğilimindedir.[391] Ayrıca, durumu yorumlamalarını etkileyen, iyi gelişmiş bir düşmanca atıf yanlılığına sahip oldukları bildirilmektedir. Bu atıf yanlılığı nedeniyle, diğer insanların belirsiz davranışlarına daha fazla olumsuzluk atfedebilirler, ayrıca bu gençler harekete geçirilebilecek geniş bir saldırgan tepki repertuarına sahip olma eğilimindedirler. [392]

Kendine zarar verme davranışından intihar davranışına geçişi öngören biri kohort olmak üzere 172 çalışmanın incelendiği bir meta analizde KZVD ile intihar arasındaki geçişte depresyon şiddetinin bir risk faktörü olduğu öne sürülmüştür.[359] Çalışmamızda KZVD olan olgu grubunda Beck Depresyon Ölçeği ile İntihar Olasılığı Ölçeği arasında iyi düzeyde korelasyon saptanmış olup depresyon düzeyindeki artışın intihar olasılığını arttırabileceği düşünülmüştür. İntihar davranışı ile depresyon arasındaki ilişkiye dair veriler göz önüne alındığında; ergenlerin depresyon risk etmenleri açısından taranması, KZVD olan ergenlerin erken tanınması, uygun tedavilerin ve psikososyal müdahalelerin planlaması ve intihar riski olan ergenlerin depresyon açısından değerlendirilmesinin intihar davranışının önlenmesinde önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda KZVD olan ergenlerin İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam puanı ile Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulgu literatürdeki çalışmalarla uyum gösterir niteliktedir. Yapılan bir araştırma aleksitimik özelliklerin intihar davranışında yaygın olduğunu ve intihar olasılığında bir risk etkeni olarak değerlendirilebileceğini ifade etmiştir. Ayrıca araştırmada yüksek aleksitimi düzeyleri sergileyen grupta intihar girişimi aleksitimik olmayan gruba göre yüksek bulunmuştur.[393] Sayar ve ark.[394] yaptıkları çalışmada intihar girişimi olan bireylerde sağlıklı gruba göre anlamlı derecede yüksek aleksitimi düzeylerine ulaşılmıştır. Hintikka ve ark.[395] 2004 yılında yaptıkları araştırmada aleksitimik olan bireylerin aleksitimik olmayan bireylere göre daha fazla intihar düşüncesinin olduğunu bulgulamıştır. Hund ve Espelage [396] aleksitimik özellikler arttıkça intihar olasılığının da arttığını belirtmişlerdir. 2012 yılında yapılan bir araştırmada ise duygularını tanıma ve

ifade etmede zorluk yaşayan bireylerin intihar olasılıklarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.[397] Literatürdeki bulgular göz önünde bulundurulduğunda aleksitimik bireylerin duygularını tanımlamada ve ifade etmede yaşadıkları güçlükler bu bireylerin iletişim becerileri, sosyal ilişkileri, empati kurmalarında yetersizliklere neden olabilmekte ve bu durum, bireylerin çevreleriyle uyumsuz ilişkiler içinde olmalarına neden olabilmektedir. Ortaya çıkan bu durum aleksitimik bireylerin daha fazla intihar davranışına sürüklenebileceği şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmamızda KZVD olan ergenlerin Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı ile Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki incelenmiş; iki parametre arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. (p= 0.086) Araştırmamızdaki bu bulgu literatür bilgisiyle çelişir niteliktedir. Literatürdeki pek çok araştırmada aleksitimik özelliklerin orta ve ağır depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuş; depresyon şiddetinin özellikle duyguları tanıma güçlüğü ve duyguları ifade etme güçlüğü ile psikopatoloji arasında güçlü bir aracı faktör olarak rol aldığı saptanmıştır.[395,398] 2007 yılında KZVD olan ergenler ile yapılan bir çalışmada depresif belirti şiddeti ile duyguları tanıma güçlüğü arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuş, duyguları ifade etme güçlüğü ve dışa dönük düşünceler alt ölçeği ile toplam Toronto aleksitimi puanı ile ilişkili bulunmamıştır.[398] Araştırmamızdaki bu bulgunun nedeni aleksitiminin tanımsal doğasıyla ilişkili olabilir. Yüksek aleksitimi düzeyine sahip gençler kendi deneyimlediği duygunun niteliğini ayırt etmekte zorlandıkları için daha az depresif bulguları olabilir veya depresif semptomların daha az farkında olabilirler. Başka bir şekilde bakacak olursak yoğun depresif semptomları olan gençler deneyimledikleri duygunun daha fazla farkında oldukları için aleksitimik özelliklere sahip olmayabilirler. Bu iki faktörün yanı sıra katılımcı sayısının az olması nedeniyle de bu parametreler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olabilir. Daha yüksek katılımcı sayısıyla yapılacak olan gelecek araştırmalar, KZVD sergileyen ergenlerde depresyon düzeyi ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi net bir şekilde ortaya koyabilir.

Araştırmamızda KZVD bulunan ergenlerde depresyon şiddeti ile duygu tanıma becerileri ilişkisi incelenmiş, bu iki parametre arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde depresyon şiddeti ile duygu tanıma özellikleri arasında anlamlı ilişki olduğunu ifade eden çalışmalar olduğu gibi herhangi bir ilişkinin olmadığını belirten araştırmalar da mevcuttur.[399,400] Ergenlerde ise depresyon ve duygu tanıma becerileri arasındaki ilişkiyi inceleyen kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur. Ülkemizde 2020 yılında yayınlanan bir

araştırmada depresyon tanısına sahip ergenlerin zihin kuramı özellikleri incelenmiş, MDB tanılı ergenlerin sağlıklı kontrol grubuna kıyasla GZOT puanının anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Ancak araştırmada GZOT puanı ve depresyon ölçeği arasında ilişki bulunamamıştır.[401] 2021 yılında Dror ve ark.[402] yaptıkları çalışmada ise depresif bozukluk tanılı ergenler ile sağlıklı kontrol grubu arasında duygu tanıma özellikleri açısından farklılık saptanmamış; depresyon şiddeti ile duygu tanıma becerisi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sfärlea ve ark.[403] 2018 yılında ergen kızlarla yaptıkları bir araştırmada da benzer şekilde depresif semptomlar ile duygu tanıma becerileri arasında ilişki saptanmamıştır.

Aleksitimi ve duygu tanıma arasındaki ilişkiyi ele alan ergen popülasyon çalışması sayıca azdır. Erişkin örneklemde aleksitimi ve duygu tanıma becerilerinin incelendiği, 2021 yılında yayınlanan 63 araştırmanın dahil edildiği sistematik gözden geçirme araştırmasında bazı çalışmalar duygu tanıma ile aleksitimi arasında ilişki bulurken bazı çalışmalar ise bir ilişki bulamamıştır.[22] Bunun nedeni çalışmalarda kullanılan ölçeklerin farklı olmasıyla açıklanmıştır. GZOT kullanılan 30 araştırmanın dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında, 21 araştırma GZOT ve aleksitimi düzeyleri arasında anlamlı negatif ilişki saptamış; 9 çalışmada ise aleksitimik özellikler ile duygu tanıma becerileri arasında ilişki saptanmamıştır. İlişki saptanmayan çalışmaların tamamında örneklem klinik popülasyondan oluşmaktaydı. Araştırmamızda da KZVD sergileyen ergenlerde aleksitimik özellikler ile duygu tanıma becerileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunun nedeni duygu tanıma becerilerini değerlendirme aracımız olan GZOT ile ilişkili olabilir. GZOT'un siyah beyaz resimlerden oluşan statik bir ölçüm aracı olması ve uygulama esnasında gence süre tanınması nedeniyle katılımcıların duygu durum ve aleksitimi düzeylerinden bağımsız bir şekilde duygu tanıma becerileri yüksek çıkmış olabilir; bu durum da çalışmamızın parametresini etkilemiş olabilir. Gelecek araştırmalar daha yüksek katılımcı sayısıyla ve dinamik duygu tanıma ölçüm testleri kullanarak, KZVD sergileyen ergenlerde aleksitimi ve duygu tanıma becerilerinin ilişkisini açıklayabilir.

Çalışmamızda KZVDDE toplam puanı ile GZOT puanı arasında orta düzeyde anlamlı negatif ilişki bulunmuş, KZVD şiddeti arttıkça, duygu tanıma becerilerinde azalma gözlenmiştir. Literatürde KZVD ile duygu tanıma ilişkisini araştıran çalışmaların sonuçları çelişkilidir. 2015 yılında KZVD olan ergenlerle yapılan bir araştırmada KZVD ile duygu tanıma arasındaki ilişki araştırılmış, araştırmanın sonuçlarında depresif semptomlar kontrol

edildiğinde KZVD ve duygu tanıma arasındaki ilişkinin devam ettiği saptanmıştır. Araştırma duygu tanımada daha fazla güçlükler yaşayan KZVD olan ergenlerin dayanıklılık ve özerklik işlevleri üzerinden KZVD sergilediklerini ortaya koymuştur. Ancak araştırmada KZVD sayısı ile duygu tanıma becerileri arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır.[275] Ülkemizde 2021 yılında yayınlanan, 30 KZVD olan kız ergen 31 sağlıklı kız ergenin dahil edildiği bir araştırmada KZVD özellikleri ile GZOT arasında ilişki bulunamamıştır.[404] 2016 yılında yapılan bir araştırmada ise KZVD bulunan ergenlerin, sağlıklı kontrol grubuna göre duygu tanıma kapasitesinde daha fazla eksiklikler yaşadığı saptanmıştır.[279] Lagni ve ark.[19] araştırmalarında KZVD olan ergenlerin olumlu ve olumsuz duygu ifadelerinde daha kötü performans gösterdiği, nötr duygu ifadelerinde ise kontrol grubuna göre herhangi bir farklılık sergilemediğini bulmuştur. Çalışmada KZVD sıklığı fazla olan ergenlerin olumsuz duygu ifadelerine karşı duyarlılıklarının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Yapılan bazı çalışmalarda duyguları tanımlama güçlüğü ve duyguları ifade etme güçlüğü alt ölçekleri ile KZVD arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.[362–364] Bir araştırma çocuklukta yaşanan olumsuz hayat olaylarının kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişkiye aleksitiminin aracılık ettiğini saptamıştır.[405] 2016 yılında yapılan bir araştırma DSM-5 tanı kriterlerine göre KZVD sergileyen 46 ve KZVD sergilemeyen ruhsal bozukluk tanısına sahip 26 kız ergeni çocuklukta kötü muamele, aleksitimi, disosiyasyon açısından değerlendirmiş; yalnızca aleksitiminin KZVD için anlamlı bir yordayıcı olduğunu, çocuklukta kötü muamele ve disosiyasyonun yordayıcı bir etkisi olmadığını göstermiştir.[12] Garisch ve Wilson[244] 2010 yılında yayınladıkları çalışmalarında bireyin depresyonda olmaması koşuluyla kendine zarar vermeden aleksitimi ile yaşamanın mümkün olduğunu öne sürmüştür. Araştırma sonuçlarında yüksek ve orta aleksitimi düzeylerinde depresif bulgular arttıkça KZVD önemli ölçüde artmış, düşük aleksitimi düzeylerinde ise depresif bulguların artması kendine zarar verme davranışında artışa neden olmamıştır. 2022 yılında yayınlanan sistematik gözden geçirme çalışmasına 9 klinik araştırma dahil edilmiş, tüm araştırmalarda depresyonlu ergenlerde kendine zarar verme ile aleksitimi arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir.[182] Araştırmamızda da KZVD olan ergenlerin KZVDDE toplam puanı ile TAÖ toplam puanı, TAÖ Duyguları Tanıma Güçlüğü alt ölçek puanı arasında orta düzeyde anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. Aleksitimik bireyler, duyguları uygun bir şekilde tanımlama ve iletişim kurma yeteneğinden yoksundur. Bu

yetenek, uygun duygu düzenlemesi için son derece önemlidir.[368] Gencin duygularını sınırlı düzeyde algılaması, yoğun olumsuz duygularla başa çıkmak için yeterli başa çıkma stratejilerinin uygulanamamasına neden olabilir. Etkili duygu düzenleme becerilerinin yokluğunda, gençler duygusal uyarılarını azaltmak için KZVD gibi uyumlu olmayan davranışlara başvurabilirler.[406]

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Araştırmamızda KZVD grubunda bulunan ergenler (n=50) kontrol grubunda bulunan ergenlerle (n=50) yaş, cinsiyet ve ruhsal patoloji açısından eşleştirilmiş, buna göre bazı temel sosyodemografik özellikleri, depresyon düzeyi, aleksitimi düzeyi, intihar olasılığı ve duygu tanıma özellikleri karşılaştırılmıştır. KZVD olan ergenlerin intihar olasılığı düzeyi ile duygu tanıma düzeyleri ve aleksitimi düzeyleri ilişkisi incelenmiştir.

- Kendine zarar verme davranışının genellikle orta ergenlikte (13-14 yaş) başladığı, daha çok kızlarda görüldüğü, kontrol grubuna göre akademik başarı düzeylerinin daha düşük olduğu, sorun paylaşma düzeyinin daha düşük olduğu ve sigara ile alkol kullanımının ve evden kaçma davranışının daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Ancak diğer sosyodemografik özellikler açısından kontrol grubuna göre anlamlı farklılık görülmemiştir.

- KZVD'nin kız ergenlerde daha sık görülme nedeni; kızların yardım arayışı için kliniğe başvurusunun daha sık olması, erkeklerin bu davranışı gizleme eğiliminin daha fazla olması olabilir. Kliniğe başka nedenlerle başvuran erkek ergenlerde de KZVD'nin sorulması unutulmamalıdır.

- Çalışmaya katılan tüm ergenlerin geçmişinde intihar girişimi öyküsü bulunmamakla beraber KZVD olan ergenlerin KZVD olmayan ergenlere kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla intihar düşüncesine sahip olduğu, daha fazla intihar planı yaptığı ve dolayısıyla intihar davranışı açısından daha fazla risk altında

olduğu saptanmıştır. KZVD intihar davranışının habercisi olduğu için kişinin ayrıntılı olarak ruhsal muayenesinin yapılması, daha öncesinde intihar girişiminin bulunup bulunmadığının sorgulanması ve hastane acillerine KZVD ile başvuranların da ayrıca belirlenip değerlendirilmesinin önemli bir halk sağlığı sorunu olan intihar davranışının önüne geçmek için önemli olduğunu düşünmekteyiz.

- KZVD özellikleri açısından kesme, yara iyileşmesine engel olma ve tırnaklama gibi davranışların sık görüldüğü, daha çok yalnızken bu davranışı yaptıkları ve o sırada birçoğunun acı hissetmediği veya az acı hissettiği, çoğunlukla KZVD dürtüsü geldikten sonraki ilk bir saat içerisinde kendilerine zarar verdikleri ve çoğunun KZVD'yi bırakmak istediği belirlenmiştir. Genellikle bırakma isteği olan bu ergenlere ve ebeveynlerine KZVD'nin özellikleri hakkında psikoeğitim verilmesi tedavi sürecinin daha sağlıklı ilerlemesine olanak sağlayacaktır.

- KZVD işlevlerine bakıldığında ergenlerin birkaç işlevi bir arada kullandığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda da yazınla uyumlu olarak en sık kullanılan işlev affekt regülasyonu (duygu düzenleme) olmuştur. Olguların hangi işlevi kullandığının bilinmesi tedavi sırasında yol haritasının daha iyi belirlenmesini ve bize KZVD'ye eşlik eden ruhsal tanılar hakkında da ipucu vermesini sağlayabilir.

- Olgu grubunda belirlenen en sık ilk üç ruhsal tanı sırasıyla; depresyon, DEHB ve anksiyete bozukluğu olarak saptanmıştır. Eşlik eden tanılara göre KZVD işlevlerinin de değişebileceğini düşünmekteyiz ve bu ilişkinin ileriki çalışmalarda araştırılması KZVD etiyolojisinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

- Araştırmamızda kendine zarar verme davranışı sergileyen gençlerin kontrol grubundaki gençlere göre anlamlı düzeyde daha fazla depresif belirtiler göstermekte olduğu ve Beck Depresyon Ölçeği toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca KZVD parametreleri ile depresyon düzeyi arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. KZVD sergileyen gençlerin tedavilerinde

depresyon tablosunun psiko-terapötik ve psikofarmakolojik tedavisinin etkin şekilde sağlanması gencin işlevsellik düzeyini olumlu biçimde artırabilir.

- Çalışmamızda KZVD sergileyen ergenler, Toronto Aleksitimi Ölçeğinin "duyguları tanımlamada güçlükler" ve "duyguları ifade etmede güçlükler" alt ölçeklerinden ve Gözlerden Zihin Okuma Testinden KZVD sergilemeyen ergenlere göre önemli ölçüde daha yüksek puan almışlardır. Gençlerde sınırlı düzeyde duygu tanıma, anlama ve düzenleme kapasitesi; yaşadıkları olaylar karşısında yeterli baş etme stratejilerini uygulama becerisini azaltabilir. KZVD sergileyen ergenler ile yapılacak terapötik görüşmelerde duygu tanıma, duygu adlandırma, duygu ifade etme ve duygu düzenleme becerilerinin ele alınması süreçte gencin daha sağlıklı baş etme stilleri geliştirmesine yardımcı olabilir.

- Araştırmamızda KZVD olan ergenlerde GZOT düzeyi ile İntihar olasılığı Düşmanlık alt ölçeği arasında orta düzeyde anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır. Agresif gençler, tehdit ipuçlarına karşı aşırı duyarlı olma, saldırgan ipuçlarına seçici olarak dikkat etme ve diğer kişinin davranışını etkilemiş olabilecek diğer durumsal faktörleri gözden kaçırma eğilimindedir. Bu nedenle agresif özellikleri olan gençlerle yapılacak görüşmelerde sosyal biliş kapsamında duygu tanıma becerileri ele alınmalı, ileride oluşabilecek düşmanca atıf yanlılığı minimalize edilmelidir.

- Araştırmamızda KZVD olan ergenlerin İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam puanı ile Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif ilişki olduğu bulunmuştur. Aleksitimik ergenlerin duygularını tanımlamada ve ifade etmede yaşadıkları güçlükler ergenlerin iletişim becerileri, sosyal ilişkileri, empati kurmalarında yetersizliklere neden olabilmekte ve bu durum, ergenlerin çevreleriyle uyumsuz ilişkiler içinde olmalarına neden olabilmektedir. Ortaya çıkan bu durum aleksitimik bireylerin daha fazla intihar davranışına sürüklenebileceği şeklinde yorumlanabilir. Kendi duygusunu tanıma ve ifade etmede güçlük çeken

her ergen poliklinik takiplerinde saptandıkça intihar davranışı riski açısından değerlendirilmeli, gençlere uygun müdahale stratejileri planlanmalıdır.

6.2. Öneriler

- Ülkemizde çocuk ve ergenlerde sık görülen KZVD ve intihar davranışının risk etkenlerini anlamaya yönelik toplum tabanlı geniş örneklemli çalışmaların yapılması toplum ruh sağlığı ve koruyucu ruh sağılığı açısından oldukça önemlidir.
- Gençler genellikle psikiyatri polikliniklerine bu davranış nedeniyle başvurmamaktadır. Kliniğe başvuran gençlerde riski arttıran gelişimsel özellikler ve psikiyatrik hastalıklar saptandığı zaman mutlaka KZVD'nin sorgulanması önerilir.
- Kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerin intihar davranışı açısından riskli konumda oldukları gözlenmiştir. KZVD ile takip altında olan gençlerin intihar girişimi riski açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Riski arttıran durumlar göz önünde bulundurulmalı, riskin yüksek olduğu hastalar yakından izlenmeli, ailelerle iş birliği yapılmalıdır. Ayrıca klinik izlemde intihar girişimine yönelik koruyucu önlemler alınması gerekmektedir.
- Kendine zarar verme davranışı bulunan ergenlerde duygusal baş edebilirliği arttırmak amacıyla destekleyici görüşmeler yapmak klinik izlemde faydalı olabilir.
- Kendine zarar verme davranışı bulunan ergenler ile görüşme yaparken ergenin kendi duygularını ve başka bireylerin duygularını anlama becerilerinin arttırılmasına yönelik destekleyici görüşmeler yapmak ve ergenin duygularını ifade etme kapasitesini artırmak tedavi sürecinde yararlı olabilir.
- Bu araştırma nicel yaklaşımlardan Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri, Beck Depresyon Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği kullanılarak yapılmıştır. Gelecekte yapılacak araştırmalarda hem nicel yaklaşımların hem de nitel yaklaşımların bir arada kullanıldığı karma yöntemler kullanılarak kendine zarar verme davranışının ve intihar davranışının anlaşılabilirliğinin arttırılması sağlanabilir.
- Araştırmanın bulgularının genellenebilmesi için çok merkezli, büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

6.3. Sınırlılıklar

- Pek çok çalışmada olduğu gibi bu çalışmanın da birtakım sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, kendine zarar verme davranışını değerlendirmede kullanılan ölçeğin öz bildirime dayalı olmasından kaynaklı birtakım sınırlılıklarının olabileceği düşünülmektedir. Katılımcılar ölçek maddelerine karşı savunmacı bir tavır sergilemiş olup, kendilerini olduklarından daha iyi gösterecek şekilde cevaplar vermiş olabilirler. Yahut olduklarından daha kötü gösterecek yanıtlar vermeyi seçebilirler. Bu nedenle gelecekteki çalışmalarda öz bildirime dayalı ölçeklerin yanında kendine zarar verme davranışının ayrıntılı olarak değerlendirilebilmesi için kişilerin yakın çevrelerinden bilgi alınması yararlı olabilir. Gözlem ve görüşme yolu ile kişilerin hem kendisinden hem de yakın çevresinden alınacak bilgiler ile araştırma sonuçlarının daha sağlıklı olması sağlanabilir.
- Çalışmanın kesitsel bir çalışma olması bir başka sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Kesitsel çalışmalarda neden-sonuç ilişkisi kurmak güç olduğundan boylamsal çalışmaların yapılması neden-sonuç ilişkisi kurabilmek için faydalı olacaktır.
- Çalışmanın bir başka sınırlılığı da kullanılan ölçüm araçları ile ilgilidir. Ölçüm araçlarında madde sayısının fazla olması ölçeklerin doldurulma süresinin uzamasına neden olmaktadır. Bu nedenle katılımcıların motivasyonunun düşmüş olabileceği, soruları yanıtlarken dikkatlerinin dağılmış olabileceği düşünülmektedir.
- Katılımcıların psikiyatrik bozukluk tanıları rutin poliklinik görüşmeler esnasında belirlenmiş, KSADS-PL gibi yapılandırılmış tanısal görüşme aracı kullanılmamıştır.
- Çalışmamızda örneklem sayısı azdır. Bu durum bazı verilerde gruplar arasında fark olmasına rağmen, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamasına yol açmış olabilir.
- Çalışmamızın örneklemi kliniğe başvuran ergenlerden oluşmuştur. Bu nedenle kliniğe başvurmamış ergenler örneklemde temsil edilmemiştir. Bu ergenlerde KZVD doğası daha farklı olabilir. Daha büyük örneklem sayısı ile yapılacak toplum temelli çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.
- Son olarak, çalışmamızda duygu tanıma statik siyah beyaz resimler kullanılarak değerlendirilmiştir. Bununla birlikte, KZVD'nin sosyal bilişsel beceri

bozulmalarına ışık tutmak için daha kapsamlı duygu tanıma bataryalarına ihtiyaç vardır. Gelecekteki araştırmalar, duygu tanıma becerilerini değerlendirirken farklı testler kullanabilir. (Örneğin dinamik yüz ifade resimleri)

7. ÖZET

Amaç ve Giriş: Bu çalışmada çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine kendine zarar verme davranışı ile başvuran ergenlerin aleksitimi düzeyleri, duygu tanıma becerileri, kendine zarar verme davranış özellikleri ve intihar olasılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya olgu grubu olarak Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerinde Temmuz 2022 – Kasım 2022 tarihleri arasında kendine zarar verici davranışı nedeniyle takipli olan, acil olarak başvurmuş veya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi tarafından konsülte edilmiş 14-17 yaş arası 50 ergen dahil edilmiştir. Kontrol grubunu herhangi bir nedenle Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran, ruhsal bozukluk tanısıyla takip edilen ancak kendine zarar verme davranışı olmayan, olgu grubu ile yaş, cinsiyet ve ruhsal bozukluk açısından eşleştirilmiş 50 ergen oluşturmuştur. Çalışmaya katılan ergenlere sosyodemografik veri formu, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği, Gözlerden Zihin Okuma Testi ve kendine zarar verme davranışı olan ergenlere Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri uygulanmıştır.

Bulgular: Kendine zarar verme davranışı olarak en sık kesme davranışının kullanıldığı, KZVD'nin çoğunlukla affekt regülasyonu nedeniyle yapıldığı, KZVD olan ergenlerin kontrol grubundaki ergenlere göre aleksitimi düzeylerinin ve intihar olasılığının daha yüksek; duygu tanıma becerilerinin daha düşük olduğu, Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puan ile İntihar Olasılığı Ölçeği toplam puanı ve Gözlerden Zihin Okuma Testi ile İntihar Olasılığı Ölçeği Düşmanlık alt ölçeği arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri ile Beck Depresyon Ölçeği, Gözlerden Zihin Okuma Testi, Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puan ve Toronto Aleksitimi Ölçeği duyguları tanıma güçlüğü alt ölçek puanı arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. İntihar Olasılığı Ölçeği ile Gözlerden Zihin Okuma Testi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: Çalışmamızın verileri kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin intihar davranışı açısından oldukça yüksek riskli bir grubu oluşturduğunu vurgularken, bu ergenlerde KZVD bulunmayan ergenlere göre duygu tanıma becerilerinin daha düşük ve

aleksitimik özelliklerin fazla olduğunu göstermektedir. Buna ilaveten KZVD bulunan ergenlerin aleksitimik özelliklere sahip olması bu ergenlerde intihar olasılığı açısından dikkatli olunması gerektiğini düşündürmektedir. KZVD olan ergenlerde psikiyatrik değerlendirme ve sağaltımlarının sağlanması, duyguları tanıma ve ifade etme becerilerinin daha sağlıklı bir biçimde ortaya konması, intihar davranışına yönelik önleyici ruh sağlığı politikalarının ve etkili müdahale programlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Mevcut çalışmamız kesitsel desende olduğu için, neden sonuç ilişkilerinin daha derinlemesine incelenebileceği ve daha geniş örneklemde yapılabilecek çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.
Anahtar Kelimeler: Kendine zarar verme davranışı, ergen, aleksitimi, duygu tanıma, sosyal biliş, intihar

8. ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate the relationship between levels of alexithymia, emotion recognition skills, self-harm behavior characteristics, and suicide probability among adolescents who presented with self-harm behavior at a child and adolescent mental health clinic.

Method: The study included 50 adolescents aged 14-17 who were followed up for self-harm behavior between July 2022 and November 2022 at the Child and Adolescent Mental Health Clinics of Kocaeli University Faculty of Medicine, those who presented urgently, or were consulted by the Kocaeli University Faculty of Medicine Child Emergency Service. The control group was comprised of 50 adolescents matched for age, gender, and psychiatric disorders, who had been diagnosed with psychiatric disorders and were followed up for reasons other than self-harm behavior at the Kocaeli University Faculty of Medicine Child and Adolescent Mental Health Clinics. Sociodemographic Data Form, Toronto Alexithymia Scale, Beck Depression Inventory, Suicide Probability Scale, Reading the Mind in the Eyes Test and Inventory of Statements About Self-injury were applied to the participating adolescents.

Findings: It was found that cutting behavior was the most common self-harm behavior, and that the majority of self-harm behaviors were performed due to affect regulation. Adolescents with self-harm behavior had higher levels of alexithymia and suicide probability, and lower emotion recognition skills compared to the control group. A significant relationship was observed between the total score of the Toronto Alexithymia Scale and the total score of the Suicide Probability Scale, as well as between the Reading the Mind in the Eyes Test and the Hostility subscale of the SPS. A significant relationship was also found between the Inventory of Statements About Self-injury and the Beck Depression Inventory, Reading the Mind in the Eyes Test, total score of Toronto Alexithymia Scale, and the Difficulty in Identifying Feelings subscale score of Toronto Alexithymia Scale. However, no significant relationship was observed between the Suicide Probability Scale and Reading the Mind in the Eyes Test.

Result: Our study highlights that the data from adolescents with self-harm behavior represent a highly risky group for suicide behavior, and their emotion recognition abilities are lower, and their alexithymic features are more prominent compared to adolescents without NSSI. Furthermore, the presence of NSSI in these adolescents with alexithymic features should draw attention to the risk of suicide. The provision of psychiatric evaluations and treatments for those with NSSI, promoting healthy emotional expression and recognition skills, and developing effective intervention programs and preventive mental health policies towards suicidal behaviors are necessary. As our current study is of a cross-sectional design, further research with deeper investigation of cause-and-effect relationships and larger samples is required.

Keywords: Non-suicidal Self injury, adolescence, alexithymia, emotion recognition, social cognition, suicide.

9. EKLER

1. EK – ETİK KURUL ONAYI

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU

Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, 3. Kat, 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ	
	Tel / Faks / E-posta	0262 303 74 50 - 0262 303 74 63, gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr	
Başvuru Bilgileri	Araştırmanın Adı	Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde aleksitimi ve duygu tanıma becerilerinin intihar olasılığı ile ilişkisi	
	Sorumlu Araştırmacı	**Prof. Dr. Özlem YILDIZ GÜNDOĞDU**	
	Sorumlu Arş. Uzmanlığı	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	
	Araştırma Merkez(ler)i	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	
	Destekleyici		
	Araştırmanın Türü		
	Araştırmanın Tipi		
Karar ve Dayanak	**Tarih : 07/07/2022**	**Karar No: KÜ GOKAEK-2022/12.04**	**Proje No: 2022/194**
	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi ilgili maddelerine göre; yukarıda ismi geçmekte olan araştırmacının sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik ve bilimsel açıdan, ☒ Uygun bulunmuştur. ☐ Uygun bulunmamıştır. ☐ Kapsam dışı olarak değerlendirilmiştir.		

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	**Uzmanlık Alanı**	**Kurumu**	**Cinsiyet**	**Toplantıda Bulunma**		**İmza**
Prof. Dr. Nurettin Özgür DOĞAN Başkan	Acil Tıp	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof. Dr. Cem CERİT Başkan Yardımcısı	Psikiyatri	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Erkek	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Canan BAYDEMİR Üye	Biyoistatistik	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Yusufhan YAZIR Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Erkek	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Evren DEMİRSOY Üye	Dermatoloji	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç. Dr. Çiğdem VURAL Üye	Patoloji	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Ceyla ERALDEMİR Üye	Biyokimya	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç. Dr. Enver Alper SİNANOĞLU Üye	Ağız Diş ve Çene Radyolojisi	Kocaeli Üni. Diş Hek. Fak.	Erkek	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Aslıhan AKPINAR Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒	H ☐	

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	09.02.2021/KOGOEK01.6	1/1

2. EK – ERGEN ONAM FORMU

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU:

ERGEN (14 – 18 yaş) OLGU GRUBU

Gönüllü Kodu:

1. **Çalışmanın adı:**
   Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde aleksitimi ve duygu tanıma becerilerinin intihar olasılığı ile ilişkisi

2. **Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.**
   Prof Dr Özlem Yıldız Gündoğdu 0262 303 87 02
   Arş. Gör. Dr. Şeyma Nur Akpınar 0544 124 00 07
   Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02

3. **Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:**
   Bu çalışmada; çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvuran intihar dışı kendine zarar verme davranışı olan ve olmayan 14-18 yaş arası ergenlerde; kendi duygusunu tanıyamama olarak adlandırılan aleksitiminin ve başkalarının duygularını tanıma becerisinin intihar olasılığı ile ilişkili olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

4. **Neden ben seçildim?**
   Yaşınız 14-18 yaş arasında olduğu, intihar dışı kendine zarar verme davranışınız olduğu ve çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvurunuz olduğu için çalışmaya seçildiniz.

5. **Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?**
   Araştırmaya katılmak gönüllü olup, istediğiniz zaman herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz.

6. **Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?**
   Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde poliklinik başvurunuz için geldiğiniz gün size verilen ölçekleri doldurmanız istenecektir. Ölçekleri doldurmanız tahmini olarak 30 dakikanızı alacaktır. Görüşmeler sırasında herhangi bir kayıt alınmayacaktır.

7. **Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?**
   Uygulanacak olan görüşme veya testlerin bir zararı yoktur.

8. **Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?**
   Değerlendirme sonuçları tez olarak yayınlanacak, ilgili bilim alanında ileriki dönemlerde yapılacak araştırma ve alınacak önlemlere ışık tutacaktır.

9. **Araştırma masrafları:**
   Katılımcılardan ücret istenmeyecektir.

10. **Araştırmada ters giden bir şey olursa?**
    Katılımcılar araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilecektir. Uygulanacak olan testlerin ve görüşmenin üzerinizde kalıcı bir etkisi yoktur.

11. **Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?**
    Tüm formlar araştırmacılar tarafından toplanıp, dosyalarda tutulacaktır. Çalışmaya katılan araştırmacılar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Çalışmamızda kullandığımız İntihar Olasılığı Ölçeğinden klinik olarak yüksek puan almanız takdirde sizden onay alınıp ölçek puanınız sizi poliklinikten takip eden doktora iletilecektir.

12. **Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?**
    Bilgi istemeniz halinde araştırma bittiğinde çalışmacılardan bilgi alabilirsiniz.

13. **Araştırma sonuçlarına ne olacak?**
    Değerlendirme sonuçları tez olarak yayınlanacak, ilgili bilim alanında ileriki dönemlerde yapılacak araştırma ve alınacak önlemlere ışık tutacaktır. Sonuçlar gönüllülerin kimliği bildirilmeden bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.

14. **Daha ayrıntılı bilgi için,**
    Prof Dr Özlem Yıldız Gündoğdu 0262 303 87 02
    Arş. Gör. Dr. Şeyma Nur Akpınar 0544 124 00 07
    Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02
    Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 0262 303 71 64

15. **Teşekkür:**
    Bu çalışmaya katıldığınız ve bilimsel çalışmalara katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

16. **İAEK onayı:**
    İAEK tarafından onaylandıktan sonra bilgilendirme formlarının *"GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU"* tarafından onaylandığı belirtilmeli ve antetli kağıda karar numarası ile basılmalıdır.

17. **Şikâyet için başvuru adresi:**

    Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

    Prof Dr Özlem Yıldız Gündoğdu 0262 303 87 02
    Arş. Gör. Dr. Şeyma Nur Akpınar 0544 124 00 07
    Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02
    Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 0262 303 71 64
    Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul Rapotörü Dr. Öğretim Üyesi Aslıhan Akpınar Tel: 0262 303 70 55

ONAM FORMU (D^3)

(Araştırmacı nüshası ve Katılımcı nüshası olmak üzere iki nüsha halinde basılmalı ve imzalı araştırmacı nüshası saklanmalıdır. Gerekli olduğunda Etik Kurul tarafından onam formları istenebilir)

Araştırmanın Adı: Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde aleksitimi ve duygu tanıma becerilerinin intihar olasılığı ile ilişkisi

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

3. EK – EBEVEYN ONAM FORMU



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU:

EBEVEYN FORMU - OLGU GRUBU

Gönüllü Kodu:

1. **Çalışmanın adı:**
   Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde aleksitimi ve duygu tanıma becerilerinin intihar olasılığı ile ilişkisi

2. **Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.**
   Prof Dr Özlem Yıldız Gündoğdu 0262 303 87 02
   Arş. Gör. Dr. Şeyma Nur Akpınar 0544 124 00 07
   Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02

3. **Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:**
   Bu çalışmada; çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvuran intihar dışı kendine zarar verme davranışı olan ve olmayan 14-18 yaş arası ergenlerde; kendi duygusunu tanıyamama olarak adlandırılan aleksitiminin ve başkalarının duygularını tanıma becerisinin intihar olasılığı ile ilişkili olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

4. **Neden ben seçildim?**
   Çocuğunuzun yaşı 14-18 yaş arasında olduğu, çocuğunuzda intihar dışı kendine zarar verme davranışı olduğu ve çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvurunuz olduğu için çalışmaya seçildiniz.

5. **Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?**
   Araştırmaya katılmak gönüllü olup, istediğiniz zaman herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz.

6. **Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?**
   Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde poliklinik başvurunuz için geldiğiniz gün çocuğunuzdan kendisine verilen ölçekleri doldurması istenecektir. Çocuğunuzun ölçekleri doldurması tahmini olarak 30 dakikalık bir süre alacaktır. Görüşmeler sırasında herhangi bir kayıt alınmayacaktır.

7. **Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?**
   Uygulanacak olan görüşme veya testlerin bir zararı yoktur.

8. **Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?**
   Değerlendirme sonuçları tez olarak yayınlanacak, ilgili bilim alanında ileriki dönemlerde yapılacak araştırma ve alınacak önlemlere ışık tutacaktır.

9. **Araştırma masrafları:**
   Katılımcılardan ücret istenmeyecektir.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?

Katılımcılar araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilecektir. Uygulanacak olan testlerin ve görüşmenin üzerinizde kalıcı bir etkisi yoktur.

11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Tüm formlar araştırmacılar tarafından toplanıp, dosyalarda tutulacaktır. Çalışmaya katılan araştırmacılar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Çocuğunuzun çalışmamızda kullandığımız İntihar Olasılığı Ölçeğinden klinik olarak yüksek puan alması takdirinde çocuğunuzdan onay alınıp ölçek puanı çocuğunuzu poliklinikten takip eden doktora iletilecektir.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Bilgi istemeniz halinde araştırma bittiğinde çalışmacılardan bilgi alabilirsiniz.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Değerlendirme sonuçları tez olarak yayınlanacak, ilgili bilim alanında ileriki dönemlerde yapılacak araştırma ve alınacak önlemlere ışık tutacaktır. Sonuçlar gönüllülerin kimliği bildirilmeden bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,

Prof Dr Özlem Yıldız Gündoğdu 0262 303 87 02
Arş. Gör. Dr. Şeyma Nur Akpınar 0544 124 00 07
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 0262 303 71 64

15. Teşekkür:

Bu çalışmaya katıldığınız ve bilimsel çalışmalara katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

16. İAEK onayı:

İAEK tarafından onaylandıktan sonra bilgilendirme formlarının *"GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU"* tarafından onaylandığı belirtilmeli ve antetli kağıda karar numarası ile basılmalıdır.

17. Şikâyet için başvuru adresi:

Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

Prof Dr Özlem Yıldız Gündoğdu 0262 303 87 02
Arş. Gör. Dr. Şeyma Nur Akpınar 0544 124 00 07
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 0262 303 71 64
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul Rapotörü Dr. Öğretim Üyesi Aslıhan Akpınar Tel: 0262 303 70 55

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU

ONAM FORMU (D^2)

(Araştırmacı nüshası ve Katılımcı nüshası olmak üzere iki nüsha halinde basılmalı ve imzalı araştırmacı nüshası saklanmalıdır. Gerekli olduğunda Etik Kurul tarafından onam formları istenebilir)

Araştırmanın Adı: Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde aleksitimi ve duygu tanıma becerilerinin intihar olasılığı ile ilişkisi

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

4. EK

SOSYODEMOGRAFİK ERGEN BİLGİ FORMU

Aşağıdaki soruları okuyunuz ve sizin için doğru olan seçenekleri daire içine alarak; açıklama istenen sorularda ise yazarak yanıt veriniz.

1) Tarih:
2) Cinsiyetin a. Kız b. Erkek
3) Yaşın: ……
4) Oturduğun il ve ilçe:……
5) Okuduğun okul ve sınıf:……
6) Ulaşılması gerektiğinde kullanılacak telefonu numaraları:……
7) İkametgah yerin : İl merkezi ( ) İlçe ( ) Köy ( )
8) Kardeş sayısı:
   a. Tek çocuk b.(2-5) Kardeş c. 6 ya da daha fazla kardeş
9) Evde yaşayan kişi sayısı:

a. (1-5) kişiyiz b. 6 ya da daha fazla kişiyiz

10) Anne ve Baban için hangisi doğru?

a. Beraberler b. Boşandılar ya da ayrılar c. Anne ölmüş d. Baba ölmüş e. Anne de baba da ölmüş

11) Kimlerle yaşıyorsun?
    a. Çekirdek aile b. Geniş aile c. Tek ebeveyn (anne/ baba) d. Diğer(……..)
12) Küçüklüğünde seni büyüten :
    0-1 yaş: a..Anne-Baba b. Büyükanne-büyükbaba c. Bakıcı d.Yetiştirme yurdu e.Diğer….
    1-3 yaş: a.Anne-Baba b. Büyükanne-büyükbaba c. Bakıcı d.Yetiştirme yurdu e.Diğer….
    3-6 yaş: a.Anne-Baba b. Büyükanne-büyükbaba c. Bakıcı d.Yetiştirme yurdu e.Diğer……
    6 yaş ve üzeri: a.Anne-Baba b. Büyükanne-büyükbaba c. Bakıcı d.Yetiştirme yurdu e.Diğer…..
13) Babanın eğitim durumu

a. Okula gitmemiş b.ilkokul c.Ortaokul d.Lise e.Üniversite

14) Annenin eğitim durumu

a. Okula gitmemiş b.ilkokul c.Ortaokul d.Lise e.Üniversite

15) Ailenin aylık geliri

a. (0-4000 TL) b. (4001-8000 TL) c.(8001-12000TL) d .(12001 TL ve üzeri)

16) Babanın işi

a. Çalışıyor (İş……) b. Çalışmıyor

17) Annenin işi

a. Çalışıyor (İş……) b. Çalışmıyor

18) Ev durumu

a. Kendinize ait b. Kira c.Lojman d.Diğer

19) Sorunlarını kiminle paylaşırsın:

a. Anne- baba b.Arkadaş c. Anne-baba ve arkadaş d.Hiç kimse

20) Sigara kullanımın var mı?

a. Hiç kullanmam b. Günde 1-10 adet c.Günde 10-20 adet d. Günde 20den fazla

21) Alkol kullanımın var mı?

a. Hiç b. Ayda 2-3 kez c.Haftada 2-3 kez d.Her gün

22) Alkol kullanan arkadaşın var mı?

a. Evet b. Hayır

23) Uyuşturucu veya başka madde kullanımın var mı?

a. Hiç b. Ayda 2-3 kez c.Haftada 2-3 kez d.Her gün

24) Uyuşturucu veya başka madde kullanan arkadaşın var mı?

a. Evet b. Hayır

25) Evden kaçma konusundaki durumun

a. Hiç b.Yılda 1-2 kez c.Ayda 1-2 kez d.Haftada 1-2 kez e.Hemen hemen her gün

26) Evden kaçan arkadaşın var mı?

a. Evet b. Hayır

27) Kendini yaralama davranışında bulunan arkadaşın var mı?

a. Evet b. Hayır

28) İntihar girişiminde bulunan arkadaşın var mı?

a. Evet b. Hayır

29) İntihar sonucunda ölen arkadaşın var mı?

a. Evet b. Hayır

30) Sana göre okuldaki başarı durumun nedir?

a. Mükemmel b.Ortalama üstü c.Ortalama d.Ortalama altı e.Zayıf

31) Okuldaki devamsızlık durumun nedir?

a.Hiç b. Her dönem 1-5 gün c. Her dönem 5-10 gün d. Her dönem 10-15 gün

e.Devamsızlıktan kalma

32) Yaşadığın mahalle ile ilgili düşüncen nedir?
a.Hiç güvenli değil b. Pek güvenli değil c. Orta derece güvenli d. Oldukça güvenli e. Çok güvenli

33) Polis müdahalesi gerektirecek bir olay yaşadın mı?
a.Hiç b. Bir kez c. 2-3 kez d. 4-5 kez e.5'den fazla

34) Günde kaç saat sosyal medya ile vakit geçirirsin?
a. 0-1 saat b. 1-2 saat c. 2-3 saat d. 3-4 saat e.4-5 saat f. 5 saatten fazla

35) Kendine zarar verme davranışın var ise, bu konu hakkında sosyal medyadan içerik paylaşımı yapar mısın?
a. Kendime zarar vermem b.Hayır, paylaşımda bulunmam c.Evet, paylaşımda bulunurum

36) Ailende tıbbi bir hastalığı olan var mı?

a. Var (Kim……..) b.Yok

37) Ailende psikiyatrik bir hastalığı olan var mı ?

a. Var (Kim……..) b.Yok

38) Ailende kendisine zarar verme davranışı olan var mı?

a. Var (Kim……..) b.Yok

39) Ailende intihar girişiminde bulunan var m?

a. Var (Kim……..Nasıl……) b.Yok

40) Ailende intihar sonucunda ölen var mı?

a. Var (Kim…….. Nasıl……) b.Yok

41) Kendin dışında aile bireyleri arasında sigara kullanan var mı?

a. Var (Kim……..) b.Yok

42) Babanda alkol kullanımı var mı?
a.Hiç b. Ayda 2-3 gün c. Haftada2-3 gün d. Her gün

43) Annende alkol kullanımı var mı?

a.Hiç b. Ayda 2-3 gün c. Haftada2-3 gün d. Her gün

44) Kardeşlerinde alkol kullanımı var mı?

a.Hiç b. Ayda 2-3 gün c. Haftada2-3 gün d. Her gün

45) Baban uyuşturucu (esrar, eroin, kokain, ekstazi, baly, tiner) kullanıyor mu?
a. Evet b. Hayır

46) . Annen uyuşturucu (esrar, eroin, kokain, ekstazi, baly, tiner) kullanıyor mu?
a. Evet b. Hayır

47) Kardeşlerin uyuşturucu (esrar, eroin, kokain, ekstazi, baly, tiner) kullanıyor mu?
a. Evet b. Hayır

48) Son bir ay içinde kullandığın ilaçlar var mı? Hangi ilaçlar? Hangi dozda?

49) Psikiyatrik tanıların ve tedavilerin

50) Ne zamandan beri poliklinik takibi altındasın?
a. 0-1 ay arası b. 1- 6 ay arası c. 6 ay -1 yıl arası d.1 – 2 yıl arası e. 2 yıldan fazla

51) Hiç intihar düşüncen oldu mu?
a. Evet b. Hayır

52) Hiç intihar planı yaptın mı?
a. Evet b. Hayır

53) Daha önce intihar girişiminde bulundun mu?
a. Evet b. Hayır

54) Yanıtın evet ise….

Kaç kez?

Her birinde hangi yöntemi kullandın?

5. EK

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 isenizanketin kalan kısmını doldurunuz. Eğer belirtilen davranışlardan hiç birisini gerçekleştirmemiş isenizanketin kalan kısmını doldurmayınız ve bir sonraki ankete geçiniz.*

********** 2.Eğer temel bir kendine zarar verme davranışınız varsa birinci sayfadaki bu tür davranış(lar)ı daireiçine 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 eylemigerçekleştirirsiniz?
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

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" ,**kısmen uygunsa** "1" işaretleyiniz, **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
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

6. EK
TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.
Hiçbir zaman (1) Nadiren (2) Bazen (3) Sık sık (4) Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiği tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.	1	2	3	4	5

7. EK

İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki her cümleyi dikkatle okuduktan sonra, her ifadenin yanındaki kutulardan size en uygun olan birinin içine (x) işareti koyunuz. Lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz.

1	Tepem atınca bir şeyler fırlatırım	1	2	3	4
2	Benimle candan ilgili pek çok kişi olduğuna inanıyorum	1	2	3	4
3	Düşüncesizce hareket etmeye eğilimli olduğumu sanıyorum	1	2	3	4
4	Başkalarına anlatılmayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum	1	2	3	4
5	Çok fazla sorumluluğumun olduğunu düşünüyorum	1	2	3	4
6	Yapabileceğim faydalı pek çok şey olduğuna inanıyorum	1	2	3	4
7	Başkalarını cezalandırmak için intiharı düşünüyorum	1	2	3	4
8	Başkalarına karşı düşmanca duygular duyuyorum	1	2	3	4
9	Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum	1	2	3	4
10	İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerini hissediyorum	1	2	3	4
11	Ölürsem pek çok kişinin üzüleceğine inanıyorum	1	2	3	4
12	Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum	1	2	3	4
13	İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu hissediyorum	1	2	3	4
14	Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapardım	1	2	3	4
15	Pek çok şeyi iyi yapmadığımı sanıyorum	1	2	3	4
16	Sevdiğim bir işi bulmakta ve sürdürmekte güçlük çekiyorum	1	2	3	4
17	Ölürsem hiç kimsenin beni özleyeceğini sanmıyorum	1	2	3	4
18	İşlerim yolunda gidiyora benziyor	1	2	3	4
19	İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum	1	2	3	4
20	Yaptığım, düşündüğüm şeyler için cezalandırılmam gerektiğini düşünüyorum	1	2	3	4
21	Dünyanın yaşamaya değer bir yer olmadığını düşünüyorum	1	2	3	4
22	Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaparım	1	2	3	4
23	Güvenebileceğim pek fazla arkadaşım olmadığını hissediyorum	1	2	3	4
24	Ölsem insanların daha iyi olacağını hissediyorum	1	2	3	4
25	Böyle yaşamaktansa ölmenin daha az acı verici olduğunu düşünüyorum	1	2	3	4
26	Kendimi anneme yakın hissediyorum/hissediyordum	1	2	3	4
27	Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum	1	2	3	4
28	Bir şeylerin iyi olacağı konusunda umutsuzum	1	2	3	4
29	İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissediyorum	1	2	3	4
30	Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünüyorum	1	2	3	4
31	Para konusu beni endişelendiriyor	1	2	3	4
32	İntihar etmeyi düşünüyorum	1	2	3	4
33	Kendimi yorgun ve kayıtsız hissediyorum	1	2	3	4
34	Tepem atınca (kızınca) bir şeyler kırarım	1	2	3	4
35	Kendimi babama yakın hissediyorum/hissediyordum	1	2	3	4
36	Nerede olursam olayım mutlu olamayacağımı sanıyorum	1	2	3	4

8. EK
BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Bu form son bir (2) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.

5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.

7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19 (0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımdan dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

9. EK

GÖZLERDEN ZİHİN OKUMA TESTİ (GZOT)

Uygulama yönergesi

Bu dosyada insanların göz resimlerinin olduğu birçok sayfa var. Her resmin çevresinde dört sözcük var. Resme dikkatlice bakıp resimdeki insanın ne düşündüğünü ya da ne hissettiğini en iyi tanımlayan sözcüğü seçmeni istiyorum. Hadi bununla başlayalım (alıştırma resmi). Bu resme bak. Kıskanmış gibi mi, korkmuş gibi mi, rahatlamış gibi mi, nefret ediyor gibi mi bakıyor (Her sözcüğü okurken aynı zamanda işaret de edin.) Çocuğun bir şıkkı seçmesini sağlayın ve doğru ya da yanlış olmasına bakmadan çocuğu cesaretlendirerek geri bildirimde bulunun.

Tamam şimdi diğerlerine bakalım. Bu resimlerden bazıları çok kolay bazıları da çok zor yani her zaman seçmek kolay olmayabilir bunun için üzülme ve en iyi sözcüğü seçmeye çalış. Sana bütün sözcükleri okuyacağım, merak etme. Eğer gerçekten en iyi sözcüğü seçemiyorsan tahminde bulunabilirsin. Test maddelerini alıştırma resmini sunduğunuz gibisunun.

Yanıtlar

E	İ	kıskanmış	korkmuş	rahatlamış	nefret ediyor
K	1	nefret ediyor	şaşırmış	nazik	öfkeli
K	2	kaba	öfkeli	şaşırmış	üzgün
E	3	arkadaşça	üzgün	şaşırmış	endişeli
E	4	rahatlamış	canı sıkkın	şaşırmış	heyecanlı
E	5	yaptığı şey için üzgün hissediyor	birine bir şey yaptırıyor	şaka yapıyor	rahatlamış
E	6	nefret ediyor	kaba	endişeli	sıkılmış
E	7	yaptığı şey için üzgün hissediyor	sıkılmış	bir şey ilgisini çekmiş	şaka yapıyor
E	8	bir şeyi hatırlıyor	mutlu	arkadaşça	kızgın
K	9	rahatsız olmuş	nefret ediyor	şaşırmış	bir şey düşünüyor
E	10	nazik	utangaç	inanmıyor	üzgün
E	11	emrediyor	umut ediyor	kızgın	iğrenmiş
E	12	aklı karışmış	şaka yapıyor	üzgün	ciddi
K	13	bir şey düşünüyor	canı sıkkın	heyecanlı	mutlu
E	14	mutlu	bir şey düşünüyor	heyecanlı	nazik
K	15	inanmıyor	arkadaşça	oynamak istiyor	rahatlamış
K	16	kararını vermiş	şaka yapıyor	şaşırmış	sıkılmış
K	17	kızgın	arkadaşça	kaba	biraz endişeli
E	18	üzücü bir şey hakkında düşünüyor	kızgın	emrediyor	arkadaşça
K	19	kızgın	hayal kuruyor	üzgün	bir şey ilgisini çekmiş
E	20	nazik	şaşırmış	memnun değil	heyecanlı
K	21	bir şey ilgisini çekmiş	şaka yapıyor	rahatlamış	mutlu
K	22	şen	nazik	şaşırmış	bir şey düşünüyor
K	23	şaşırmış	bir şey hakkında emin	şaka yapıyor	mutlu
E	24	ciddi	yaptığından utanmış	kafası karışmış	şaşırmış
E	25	utangaç	suçlu	hayal kuruyor	endişeli
K	26	şaka yapıyor	rahatlamış	sinirli	pişman
E	27	yaptığından utanmış	heyecanlı	inanmıyor	memnun
E	28	iğrenmiş	nefret ediyor	mutlu	sıkılmış

alıştırma

kıskanmış

korkmuş



rahatlamış

nefret ediyor

10. KAYNAKLAR:

1. Nock MK. The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury. Oxford University Press; 2014.
2. Crosby AE, Ortega L, Melanson C. Self-Directed Violence: Uniform Definitions and Recommended Elements.; 2011. Accessed July 6, 2022. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cdc.gov/suicide/pdf/self-directed-violence-a.pdf
3. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5. American Psychiatric Association; 2013.
4. Center for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [online]. (2014). 10 Leading Causes of Death by Age Group, United States – 2014.
5. Christiansen E, Jensen BF. Risk repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: A register-based survival analysis. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2007;41(3):257-265. doi:10.1080/00048670601172749
6. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. The Lancet. 2012;379(9834):2373-2382. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5
7. Prinstein MJ, Heilbron N, Guerry JD, et al. Peer influence and nonsuicidal self injury: Longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. J Abnorm Child Psychol. 2010;38(5):669-682. doi:10.1007/s10802-010-9423-0
8. Beer JS, Ochsner KN. Social cognition: A multi level analysis. Brain Res. 2006;1079(1):98-105. doi:10.1016/j.brainres.2006.01.002
9. Dereboy F. Aleksitimi: Bir Gözden Geçirme.; 1990.
10. Sasioglu M, Gulol C, Tosun A. The Concept of Alexithymia. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry. 2013;5(4):507. doi:10.5455/cap.20130531
11. Iskric A, Ceniti AK, Bergmans Y, McInerney S, Rizvi SJ. Alexithymia and self-harm: A review of nonsuicidal self-injury, suicidal ideation, and suicide attempts. Psychiatry Res. 2020;288. doi:10.1016/j.psychres.2020.112920
12. Lüdtke J, In-Albon T, Michel C, Schmid M. Predictors for DSM-5 nonsuicidal self-injury in female adolescent inpatients: The role of childhood maltreatment, alexithymia, and dissociation. Psychiatry Res. 2016;239:346-352. doi:10.1016/j.psychres.2016.02.026

13. de Berardis D, Fornaro M, Orsolini L, et al. Alexithymia and suicide risk in psychiatric disorders: A mini-review. Front Psychiatry. 2017;8(AUG):148. doi:10.3389/fpsyt.2017.00148

14. Sayar K, Kose S, Acar B, Ak I, Reeves RA. Predictors of suicidal behavior in a sample of turkish suicide attempters. Death Stud. 2004;28(2):137-150. doi:10.1080/07481180490264727

15. Mann LS, Wise TN, Trinidad A, Kohanski R. Alexithymia, affect recognition, and the five-factor model of personality in normal subjects. Psychol Rep. 1994;74(2):563-567. doi:10.2466/pr0.1994.74.2.563

16. Carr L, Iacoboni M, Dubeau MC, Mazziotta JC, Luigi Lenzi G, Raichle ME. Neural Mechanisms of Empathy in Humans: A Relay from Neural Systems for Imitation to Limbic Areas.; 2003. www.pnas.orgcgidoi10.1073pnas.0935845100PNAS

17. Collin L, Bindra J, Raju M, Gillberg C, Minnis H. Facial emotion recognition in child psychiatry: A systematic review. Res Dev Disabil. 2013;34(5):1505-1520. doi:10.1016/j.ridd.2013.01.008

18. Plana I, Lavoie MA, Battaglia M, Achim AM. A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders. J Anxiety Disord. 2014;28(2):169-177. doi:10.1016/j.janxdis.2013.09.005

19. Laghi F, Cerutti R, Terrinoni A, et al. Evaluation of the “Reading the Mind in the Eyes Test” with Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) adolescents: A pilot study. Current Psychology. 2021;40(11):5471-5477. doi:10.1007/s12144-019-00505-5

20. Hatkevich C, Venta A, Sharp C. Theory of mind and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. J Affect Disord. 2019;256:17-25. doi:10.1016/j.jad.2019.05.051

21. Nestor BA, Sutherland S. Theory of Mind and Suicidality: A Meta-Analysis. Archives of Suicide Research. 2022;26(4):1666-1687. doi:10.1080/13811118.2021.1939209

22. Pisani S, Murphy J, Conway J, Millgate E, Catmur C, Bird G. The relationship between alexithymia and theory of mind: A systematic review. Neurosci Biobehav Rev. 2021;131:497-524. doi:10.1016/j.neubiorev.2021.09.036

23. Favazza AR, Richard MPH, Rosenthal J. Diagnostic Issues in Self-Mutilation. Vol 44.; 1993.

24. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization; 1992.

25. Dıagnostıc And Statıstıcal Manual Of Mental Dısorders Fıfth Edıtıon Text Revısıon.

26. Başay B, Somer O. Ergenlerde Kendine Zarar Verme Davranışı. Türkiye Klinikleri. Published online 2018:277-286.

27. Lewis SP, Heath NL. Nonsuicidal self-injury among youth. Journal of Pediatrics. 2015;166(3):526-530. doi:10.1016/j.jpeds.2014.11.062

28. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: A systematic review of the literature. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2015;2(1). doi:10.1186/s40479-014-0024-3

29. Ogle RL, Clements CM. Deliberate self-harm and alcohol involvement in college-aged females: A controlled comparison in a nonclinical sample. American Journal of Orthopsychiatry. 2008;78(4):442-448. doi:10.1037/a0014325

30. Hilt LM, Cha CB, Nolen-Hoeksema S. Nonsuicidal Self-Injury in Young Adolescent Girls: Moderators of the Distress-Function Relationship. J Consult Clin Psychol. 2008;76(1):63-71. doi:10.1037/0022-006X.76.1.63

31. 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. doi:10.1186/1753-2000-6-10

32. Swannell S, Martin G, Page A, et al. Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. Child Abuse Negl. 2012;36(7-8):572-584. doi:10.1016/J.CHIABU.2012.05.005

33. Salih Zoroglu S, Tuzun U, Sar V, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. Regular Article Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2003;57:119-126. doi:10.1046/j.1323-1316.2002.01088.x

34. Kabukçu Başay B, Bildik T. Lise Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışı: İşlevleri, Emosyonel Regülasyon ve Ayrılma Bireyleşme. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ; 2011.

35. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2015;9(1). doi:10.1186/s13034-015-0062-7

36. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. Archives of Suicide Research. 2007;11(1):69-82. doi:10.1080/13811110600992902

37. Ross S, Heath N. A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. Vol 31.; 2002.

38. Garrison CZ, Addy CL, Mckeown RE, Cuffe SP, Jackson KL, Waller JL. Nonsuicidal Physically Self-Damaging Acts in Adolescents. Vol 1.; 1993.

39. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An Investigation of Differences Between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents. Suicide Life Threat Behav. 2004;34(1):12-23. doi:10.1521/suli.34.1.12.27769

40. 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(8):957-979. doi:10.1016/j.cpr.2004.04.005

41. 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. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010

42. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. Archives of Suicide Research. 2007;11(2):129-147. doi:10.1080/13811110701247602

43. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: Self report survey in schools in England. Br Med J. 2002;325(7374):1207-1211. doi:10.1136/bmj.325.7374.1207

44. Hintikka J, Tolmunen T, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylmä J, Laukkanen E. Mental Disorders in Self-Cutting Adolescents. Journal of Adolescent Health. 2009;44(5):464-467. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.10.003

45. Rahman F, Webb RT, Wittkowski A. Risk factors for self-harm repetition in adolescents: A systematic review. Clin Psychol Rev. 2021;88. doi:10.1016/j.cpr.2021.102048

46. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: A research review for the practitioner. J Clin Psychol. 2007;63(11):1045-1056. doi:10.1002/jclp.20412

47. 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):337-347. doi:10.1016/j.adolescence.2010.04.004

48. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2008;37(2):363-375. doi:10.1080/15374410801955771

49. Lüleci S. Kendini Yaralama Davranışı Olan Ergenlerin Psikiyatrik ve Sosyokültürel Özellikleri.; 2007.

50. Ford JD, Gómez JM. The Relationship of Psychological Trauma and Dissociative and Posttraumatic Stress Disorders to Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality: A Review. Journal of Trauma and Dissociation. 2015;16(3):232-271. doi:10.1080/15299732.2015.989563

51. Tolmunen T, Rissanen ML, Hintikka J, et al. Dissociation, self-cutting, and other self-harm behavior in a general population of finnish adolescents. Journal of Nervous and Mental Disease. 2008;196(10):768-771. doi:10.1097/NMD.0b013e3181879e11

52. Kisiel CL, Lyons JS. Article Dissociation as a Mediator of Psychopathology Among Sexually Abused Children and Adolescents. Vol 158.; 2001.

53. 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. Vol 59.; 2005.

54. Weierich MR, Nock MK. Posttraumatic Stress Symptoms Mediate the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Nonsuicidal Self-Injury. J Consult Clin Psychol. 2008;76(1):39-44. doi:10.1037/0022-006X.76.1.39

55. Svirko E, Hawton K. Self-Injurious Behavior and Eating Disorders: The Extent and Nature of the Association. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(4):409-421. doi:10.1521/suli.2007.37.4.409

56. Claes L, Muehlenkamp JJ. Advancements in Etiology and Treatment Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders in Eating Disorders in Eating Disorders.

57. Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: A review of current research for family medicine and primary care physicians. Journal of the American Board of Family Medicine. 2010;23(2):240-259. doi:10.3122/jabfm.2010.02.090110

58. Rodham K, Hawton K, Evans E. Reasons for Deliberate Self-Harm: Comparison of Self-Poisoners and Self-Cutters in a Community Sample of Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43(1):80-87. doi:10.1097/01.chi.0000096627.64367.74

59. Eker Yüksek Lisans Tezi Danışman Doç Levent Kayaalp Em. 2005 Yılında Stanbul Ortaöğretm Kurumlarında Eğğtm Gören Ergenlern Yeme Tutumlarının Değerlendrlmes Ve Kendne Zarar Verme Le Nthar Davranışları Bakımından Karşılaştırılması.; 2006.

60. Madge N, Hewitt A, Hawton K, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. J Child Psychol Psychiatry. 2008;49(6):667-677. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x

61. Joiner T. Why People Dıe By Suıcıde.; 2005.

62. 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. doi:10.1080/16506070701778951

63. Baldessarini RJ, Hennen J. Genetics of Suicide: An Overview. Harv Rev Psychiatry. 2004;12(1):1-13. doi:10.1080/10673220490425915

64. Sandman CA, Hetrick WP. Opıate Mechanısms In Self-Injury. Vol 7.; 1995.

65. Tiefenbacher S, Novak MA, Lutz CK, Meyer JS. Introduction 3. The Primate Model 3.1. Self-Injurious Behavior in Macaques 3.2. Neurochemical and Physiological Correlates of SIB 3.2.1. Role of Serotonin and Dopamine 3.2.2. Role of Peripheral and Central Opioids 3.2.3. Role of Peripheral and Central Stress Response Systems 4. An Integrated Hypothesis of SIB in Macaques: Implications for Understanding Self. Vol 10.; 2005.

66. 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):134-140. doi:10.1016/j.jad.2009.10.028

67. Sher L, Stanley BH. The role of endogenous opioids in the pathophysiology of self-injurious and suicidal behavior. Archives of Suicide Research. 2008;12(4):299-308. doi:10.1080/13811110802324748

68. Groschwitz RC, Plener PL. The Neurobiology of Non-suicidal Self-injury (NSSI): A review.

69. Crowell SE, Beauchaine TP, McCAULEY E, et al. Psychological, autonomic, and serotonergic correlates of parasuicide among adolescent girls. Public Health Service. Published online 1999:1105-1127. doi:10.10170S0954579405050522

70. Cakin Memik N, Hunc F, Kalayci S, et al. Assessment of Plasma-Endogenous Opioid Neuropeptide Levels and Psychometric Properties of Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents. Archives of Suicide Research. Published online 2022. doi:10.1080/13811118.2022.2066494

71. Winchel RM, Stanley M. Self-Injurious Behavior: A Review of the Behavior and Biology of Self-Mutilation.; 1991.

72. Markovitz PJ, Calabrese JR, Charles Schulz S, Meltzer HY. Clinical and Research Reports Fluoxetine in the Treatment of Borderline and Schizotypal Personality Disorders.

73. López-Ibor JJ. 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. doi:10.1159/000118207.

74. Wong DF, Harrist JC, Naiduiii S, et al. Dopamine Transporters Are Markedly Reduced in Lesch-Nyhan Disease in Vivo (Mental Retardation/Positron Emission Tomography/Neurodevelopment/Rett Syndrome). Vol 93.; 1996.

75. Minshawi NF, Hurwitz S, Morriss D, McDougle CJ. Multidisciplinary Assessment and Treatment of Self-Injurious Behavior in Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability: Integration of Psychological and Biological Theory and Approach. J Autism Dev Disord. 2015;45(6):1541-1568. doi:10.1007/s10803-014-2307-3

76. Tiefenbacher S, Novak MA, Lutz CK, Meyer JS. Introduction 3. The Primate Model 3.1. Self-Injurious Behavior in Macaques 3.2. Neurochemical and Physiological Correlates of SIB 3.2.1. Role of Serotonin and Dopamine 3.2.2. Role of Peripheral and Central Opioids 3.2.3. Role of Peripheral and Central Stress Response Systems 4. An Integrated Hypothesis of SIB in Macaques: Implications for Understanding Self. Vol 10.; 2005.

77. Ballard E, Bosk A, Pao M. Invited commentary: Understanding brain mechanisms of pain processing in adolescents' non-suicidal self-injury. J Youth Adolesc. 2010;39(4):327-334. doi:10.1007/s10964-009-9457-1

78. 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):157-161. doi:10.1016/j.psyneuen.2011.05.009

79. Beauchaine TP, Crowell SE, Hsiao RC. Post-Dexamethasone Cortisol, Self-Inflicted Injury, and Suicidal Ideation Among Depressed Adolescent Girls. J Abnorm Child Psychol. 2015;43(4):619-632. doi:10.1007/s10802-014-9933-2

80. 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):484-494. doi:10.1007/s10964-009-9470-4

81. Hornor G. Nonsuicidal Self-Injury. Journal of Pediatric Health Care. 2016;30(3):261-267. doi:10.1016/j.pedhc.2015.06.012

82. 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):140-144. doi:10.1016/j.psychres.2010.09.009

83. Skegg K. Self-harm. The Lancet. 2005;366(9495):1471-1483. doi:10.1016/S0140-6736(05)67600-3

84. 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):477-493. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.10.013

85. Bebbington PE, Minot S, Cooper C, et al. Suicidal ideation, self-harm and attempted suicide: Results from the British psychiatric morbidity survey 2000. European Psychiatry. 2010;25(7):427-431. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.12.004

86. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. J Abnorm Psychol. 2005;114(1):140-146. doi:10.1037/0021-843X.114.1.140

87. O'Connor RC, Rasmussen S, Miles J, Hawton K. Self-harm in adolescents: Self-report survey in schools in Scotland. British Journal of Psychiatry. 2009;194(1):68-72. doi:10.1192/bjp.bp.107.047704

88. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2015;38:55-64. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.009

89. Glenn CR, Klonsky ED. A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. 2010;1(1):67-75. doi:10.1037/a0017427

90. Hamza CA, Willoughby T, Heffer T. Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2015;38:13-24. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.010

91. 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. doi:10.1037/0022-006X.76.1.28

92. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury: An introduction. J Clin Psychol. 2007;63(11):1039-1043. doi:10.1002/jclp.20411

93. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. J Consult Clin Psychol. 2004;72(5):885-890. doi:10.1037/0022-006X.72.5.885

94. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. Clin Psychol Rev. 2007;27(2):226-239. doi:10.1016/j.cpr.2006.08.002

95. García-Nieto R, Carballo JJ, Díaz de Neira Hernando M, de León-Martinez V, Baca-García E. Clinical Correlates of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in an Outpatient Sample of Adolescents. Archives of Suicide Research. 2015;19(2):218-230. doi:10.1080/13811118.2014.957447

96. 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):759-773. doi:10.1007/s10802-013-9712-5

97. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. Behaviour Research and Therapy. 2006;44(3):371-394. doi:10.1016/j.brat.2005.03.005

98. Somer O, Bildik T, Kabukçu-Başay B, Güngör D, Başay Ö, Farmer RF. Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community

sample of adolescents. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015;50(7):1163-1171. doi:10.1007/s00127-015-1060-z

99. Self-Harm: Assessment, Management and Preventing Recurrence NICE Guideline.; 2022. www.nice.org.uk/guidance/ng225

100. Witt KG, Hawton K, Hetrick SE, Taylor Salisbury TL, Townsend E, Hazell P. Interventions for self-harm in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020;2020(7). doi:10.1002/14651858.CD013667

101. Nock MK. The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury.

102. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021;2021(3). doi:10.1002/14651858.CD013667.pub2

103. Kapur N, Steeg S, Webb R, et al. Does Clinical Management Improve Outcomes following Self-Harm? Results from the Multicentre Study of Self-Harm in England. PLoS One. 2013;8(8). doi:10.1371/journal.pone.0070434

104. Nixon K, Heath N. Self-Injury In Youth.; 2008.

105. Kabukçu Başay B, Somer O. Ergenlerde Kendine Zarar verme Davranışı. Türkiye Klinikleri. Published online 2018:277-28.

106. Glenn CR, Franklin JC, Nock MK. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2015;44(1):1-29. doi:10.1080/15374416.2014.945211

107. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. J Clin Psychol. 2006;62(4):459-480. doi:10.1002/jclp.20243

108. linehan-bohus-lynch-2007.

109. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World Psychiatry. 2010;9:11-15.

110. Rossouw, Trudie I. Self Harm In Young People: Randomısed Control Trıal Testıng Mentalızatıon Based Treatment Agaınst Treatment As Usual.; 2012.

111. Turner BJ, Austin SB, Alexander ;, Chapman L. Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions. Vol 59.; 2014. www.TheCJP.ca

112. Pies RW, Popli AP. Self-injurious behavior: pathophysiology and implications for treatment. J Clin Psychiatry. 1995;56(12):580—588. http://europepmc.org/abstract/MED/8530335

113. Roberts N. Adolescent Self-Mutilatory Behavior: Psychopharmacological Treatment. Child Adolesc Psychopharmacol News. 2003;8:10-12. doi:10.1521/capn.8.5.10.22902

114. Grootens KP, Verkes RJ. Emerging evidence for the use of atypical antipsychotics in borderline personality disorder. Pharmacopsychiatry. 2005;38(1):20-23. doi:10.1055/s-2005-837767

115. Editorial G, David Klonsky E, Victor SE, Saffer BY. Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need to Know. Vol 59.; 2014. www.TheCJP.ca

116. Walsh BW. Sample Chapter: Treating Self-Injury, Second Edition: A Practical Guide.; 2012. www.guilford.com/p/walsh5

117. Zlotnick C, Shea MT, Pearlstein T, Simpson E, Costello E, Begin A. The Relationship Between Dissociative Symptoms, Alexithymia, Impulsivity, Sexual Abuse, and Self-Mutilation.; 1996.

118. 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):453-466. doi:10.1521/suli.2007.37.4.453

119. Guan K, Fox KR, Prinstein MJ. Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. J Consult Clin Psychol. 2012;80(5):842-849. doi:10.1037/a0029429

120. David Klonsky E, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. J Abnorm Psychol. 2013;122(1):231-237. doi:10.1037/a0030278

121. Glenn CR, Lanzillo EC, Esposito EC, Santee AC, Nock MK, Auerbach RP. Examining the Course of Suicidal and Nonsuicidal Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Outpatient and Inpatient Adolescents. J Abnorm Child Psychol. 2017;45(5):971-983. doi:10.1007/s10802-016-0214-0

122. Leenaars AA. Edwin S. Shneidman on Suicide. Suicidol Online. 2010;1:5-18.

123. Eyüboğlu İ. Türk Dilinin Etimoloji Sözlüğü. İstanbul: Sosyal Yayınlar; 1998.

124. Alptekin FB, Burhan HŞ. Tüm Yönleriyle İntihar. Akademisyen Kitabevi; 2022. doi:10.37609/akya.2041

125. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. Lancet Psychiatry. 2014;1(1):73-85. doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6

126. de Leo D, Goodfellow B, Silverman M, et al. International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: A survey exploring preferred terminology. BMJ Open. 2021;11(2). doi:10.1136/bmjopen-2020-043409

127. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. The Lancet. 2016;387(10024):1227-1239. doi:10.1016/S0140-6736(15)00234-2

128. Alptekin FB, Burhan HŞ. Tüm Yönleriyle İntihar. Akademisyen Kitabevi; 2022. doi:10.37609/akya.2041

129. Breaking Point: Second Generation Suicide Theories. Nesne Psikoloji Dergisi. Published online July 30, 2021. doi:10.7816/nesne-09-20-12

130. Türk Psikiyatri Derneği. İntiharı Anlama ve Müdahale Temel Kitap. (Devrimci Özgüven H, Sercan M, eds.). Türk Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019.

131. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Accessed December 12, 2022. https://doi.org/10.1093/med/9780198834441.003.0050

132. Winnicott D. Oyun ve Gerçeklik. Metis; 1971.

133. Kohut Heinz, Atbaşoğlu Cem, Büyükkal Banu, İşcan C. Kendiliğin Çözümlenmesi : Narsisistik Kişilik Bozukluklarının Psikanalitik Tedavisine Sistemli Bir Yaklaşım. Metis; 1998.

134. Baumeister RF. Suicide as Escape From Self. Vol 97.; 1990.

135. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, et al. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. Psychol Bull. 2017;143(12):1313-1345. doi:10.1037/bul0000123

136. Breaking Point: Second Generation Suicide Theories. Nesne Psikoloji Dergisi. Published online July 30, 2021. doi:10.7816/nesne-09-20-12

137. David Klonsky E, May AM. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. Int J Cogn Ther. 2015;8(2):114-129. doi:10.1521/ijct.2015.8.2.114

138. Suicide in the World Global Health Estimates.; 2019. http://apps.who.int/bookorders.

139. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. The Lancet. 2009;374(9693):881-892. doi:10.1016/S0140-6736(09)60741-8

140. Shain B. Suicide and suicide attempts in adolescents. Pediatrics. 2016;138(1). doi:10.1542/peds.2016-1420

141. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev. 2008;30(1):133-154. doi:10.1093/epirev/mxn002

142. Wasserman D, Cheng QXin Jiang X G. Global suicide rates among young peopleaged 15-19. World Psychiatry. 2005;4(2):114-120.

143. URAN P. İntihar Girişimi Nedeniyle Konsülte Edilen Çocuk ve Ergenlerin Psikopatojilerinin Sosyodemografik ve İntihar Davranışı Özelliklerinin Çok Yönlü Değerlendirilmesi. Akdeniz Medical Journal. Published online April 17, 2018. doi:10.17954/amj.2018.140

144. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Ölüm İstatistikleri, 2018. 2019.; 2019.

145. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Türkiye Sağlık Araştırması , 2016. 2017.; 2017.

146. Nock MK, Green JG, Hwang I, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. JAMA Psychiatry. 2013;70(3):300-310. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55

147. Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, et al. Psychiatric Diagnoses as Contemporaneous Risk Factors for Suicide Attempts Among Adolescents and Young Adults: Developmental Changes. J Consult Clin Psychol. 2009;77(2):281-290. doi:10.1037/a0014732

148. de Crescenzo F, Serra G, Maisto F, et al. Suicide Attempts in Juvenile Bipolar Versus Major Depressive Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017;56(10):825-831.e3. doi:10.1016/j.jaac.2017.07.783

149. Serra G, de Crescenzo F, Maisto F, et al. Suicidal behavior in juvenile bipolar disorder and major depressive disorder patients: Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2022;311:572-581. doi:10.1016/j.jad.2022.05.063

150. Hauser M, Galling B, Correll CU. Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. Bipolar Disord. 2013;15(5):507-523. doi:10.1111/bdi.12094

151. Althoff RR, Crehan ET, He JP, Burstein M, Hudziak JJ, Merikangas KR. Disruptive Mood Dysregulation Disorder at Ages 13-18: Results from the National Comorbidity Survey - Adolescent Supplement. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2016;26(2):107-113. doi:10.1089/cap.2015.0038

152. Kanwar A, Malik S, Prokop LJ, et al. The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: A systematic review and meta-analysis. Depress Anxiety. 2013;30(10):917-929. doi:10.1002/da.22074

153. Hill RM, Castellanos D, Pettit JW. Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. Clin Psychol Rev. 2011;31(7):1133-1144. doi:10.1016/j.cpr.2011.07.008

154. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: Findings from a longitudinal study. Psychol Med. 2007;37(3):431-440. doi:10.1017/S0033291706009147

155. Apter A, Horesh N, Gothelf D, et al. Depression and suicidal behavior in adolescent inpatients with obsessive compulsive disorder. J Affect Disord. 2003;75(2):181-189. doi:10.1016/S0165-0327(02)00038-1

156. Garas P, Balazs J. Long-Term Suicide Risk of Children and Adolescents With Attention Deficit and Hyperactivity Disorder—A Systematic Review. Front Psychiatry. 2020;11. doi:10.3389/fpsyt.2020.557909

157. Dickerson Mayes S, Calhoun SL, Baweja R, Mahr F. Suicide Ideation and Attempts in Children With Psychiatric Disorders and Typical Development. Crisis. 2015;36(1):55-60. doi:10.1027/0227-5910/a000284

158. Aebi M, Barra S, Bessler C, Steinhausen HC, Walitza S, Plattner B. Oppositional defiant disorder dimensions and subtypes among detained male adolescent offenders. J Child Psychol Psychiatry. 2016;57(6):729-736. doi:10.1111/jcpp.12473

159. Wei HT, Lan WH, Hsu JW, et al. Risk of Suicide Attempt among Adolescents with Conduct Disorder: A Longitudinal Follow-up Study. J Pediatr. 2016;177:292-296. doi:10.1016/j.jpeds

160. Barbeito S, Vega P, Sánchez-Gutiérrez T, Becerra JA, González-Pinto A, Calvo A. A systematic review of suicide and suicide attempts in adolescents with psychotic disorders. Schizophr Res. 2021;235:80-90. doi:10.1016/j.schres.2021.07.029

161. Preti A, Rocchi MBL, Sisti D, Camboni M v., Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. Acta Psychiatr Scand. 2011;124(1):6-17. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01641.x

162. Ruuska J, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, Koivisto AM. Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in adolescent eating disorder outpatients. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2005;14(5):276-281. doi:10.1007/s00787-005-0473-8

163. Smith AR, Ortiz SN, Forrest LN, Velkoff EA, Dodd DR. Which Comes First? An Examination of Associations and Shared Risk Factors for Eating Disorders and Suicidality. Curr Psychiatry Rep. 2018;20(9). doi:10.1007/s11920-018-0931-x

164. Cliffe C, Shetty H, Himmerich H, Schmidt U, Stewart R, Dutta R. Suicide attempts requiring hospitalization in patients with eating disorders: A retrospective cohort study. International Journal of Eating Disorders. 2020;53(5):458-465. doi:10.1002/eat.23240

165. Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: A meta-analysis. Journal of Public Health (United Kingdom). 2016;38(3):e282-e291. doi:10.1093/pubmed/fdv148

166. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, et al. Substance abuse and suicide risk among adolescents. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2012;262(6):469-485. doi:10.1007/s00406-012-0292-0

167. Rutter M. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell Pub; 2008.

168. Tidemalm D, Runeson B, Waern M, et al. Familial clustering of suicide risk: A total population study of 11.4 million individuals. Psychol Med. 2011;41(12):2527-2534. doi:10.1017/S0033291711000833

169. Petersen L, Sørensen TIA, Andersen PK, Mortensen PB, Hawton K. Genetic and Familial Environmental Effects on Suicide - An Adoption Study of Siblings. PLoS One. 2013;8(10). doi:10.1371/journal.pone.0077973

170. Roy A, Segal NL. Suicidal Behavior in Twins: A Replication. Vol 66.; 2001. www.elsevier.com/locate/jad

171. Picouto MD, Villar F, Braquehais MD. The role of serotonin in adolescent suicide: Theoretical, methodological, and clinical concerns. Int J Adolesc Med Health. 2015;27(2):129-133. doi:10.1515/ijamh-2015-5003

172. Pandey GN, Dwivedi Y, Rizavi HS, et al. Higher Expression of Serotonin 5-HT 2A Receptors in the Postmortem Brains of Teenage Suicide Victims. Vol 159.; 2002.

173. Lin PY, Tsai G. Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism and suicide: Results of a meta-analysis. Biol Psychiatry. 2004;55(10):1023-1030. doi:10.1016/j.biopsych.2004.02.006

174. Nemeroff CB, Owens MJ, Bissette G, Andorn AC, Stanley M. Reduced Corticotropin Releasing Factor Binding Sites in the Frontal Cortex of Suicide Victims. http://archpsyc.jamanetwork.com/

175. Turecki G, Ernst C, Jollant F, Labonté B, Mechawar N. The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. Trends Neurosci. 2012;35(1):14-23. doi:10.1016/j.tins.2011.11.008

176. Coryell W, Michael MD. Article The Dexamethasone Suppression Test and Suicide Prediction. Vol 158.; 2001.

177. Melhem NM, Munroe S, Marsland A, et al. Blunted HPA axis activity prior to suicide attempt and increased inflammation in attempters. Psychoneuroendocrinology. 2017;77:284-294. doi:10.1016/j.psyneuen.2017.01.001

178. Pandey GN, Rizavi HS, Ren X, et al. Proinflammatory cytokines in the prefrontal cortex of teenage suicide victims. J Psychiatr Res. 2012;46(1):57-63. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.08.006

179. Liu RT, Trout ZM, Hernandez EM, Cheek SM, Gerlus N. A behavioral and cognitive neuroscience perspective on impulsivity, suicide, and non-suicidal self-injury: Meta-analysis and recommendations for future research. Neurosci Biobehav Rev. 2017;83:440-450. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.09.019

180. Hewitt PL, Caelian CF, Chen C, Flett GL. Perfectionism, Stress, Daily Hassles, Hopelessness, and Suicide Potential in Depressed Psychiatric Adolescents. J Psychopathol Behav Assess. 2014;36(4):663-674. doi:10.1007/s10862-014-9427-0

181. Bilsen J. Suicide and Youth: Risk Factors. Front Psychiatry. 2018;9. doi:10.3389/fpsyt.2018.00540

182. Bordalo F, Carvalho IP. The role of alexithymia as a risk factor for self-harm among adolescents in depression – A systematic review. J Affect Disord. 2022;297:130-144. doi:10.1016/j.jad.2021.10.029

183. Brausch AM, Clapham RB, Littlefield AK. Identifying Specific Emotion Regulation Deficits that Associate with Nonsuicidal Self-injury and Suicide Ideation in Adolescents. J Youth Adolesc. 2022;51(3):556-569. doi:10.1007/s10964-021-01525-w

184. Pisani AR, Wyman PA, Petrova M, et al. Emotion Regulation Difficulties, Youth-Adult Relationships, and Suicide Attempts Among High School Students in Underserved Communities. J Youth Adolesc. 2013;42(6):807-820. doi:10.1007/s10964-012-9884-2

185. Burke TA, Connolly SL, Hamilton JL, Stange JP, Abramson LY, Alloy LB. Cognitive Risk and Protective Factors for Suicidal Ideation: A Two Year Longitudinal Study in Adolescence. J Abnorm Child Psychol. 2016;44(6):1145-1160. doi:10.1007/s10802-015-0104-x

186. Ortuño-Sierra J, Aritio-Solana R, del Casal ADG, Fonseca-Pedrero E. Neurocognitive Functioning in Adolescents at Risk for Suicidal Behaviors. Archives of Suicide Research. 2021;25(3):657-671. doi:10.1080/13811118.2020.1746938

187. Beautrais AL. Risk Factors for Suicide and Attempted Suicide among Young People. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2000;34(3):420-436. doi:10.1080/j.1440-1614.2000.00691.x

188. Martin G, Richardson AS, Bergen HA, Roeger L, Allison S. Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: Implications for teachers. J Adolesc. 2005;28(1):75-87. doi:10.1016/j.adolescence.2004.04.005

189. Brunstein Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(1):40-49. doi:10.1097/01.chi.0000242237.84925.18

190. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescent Completed Suicide. http://archpsyc.jamanetwork.com/

191. Litwiller BJ, Brausch AM. Cyber Bullying and Physical Bullying in Adolescent Suicide: The Role of Violent Behavior and Substance Use. J Youth Adolesc. 2013;42(5):675-684. doi:10.1007/s10964-013-9925-5

192. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatry. 2006;47(3-4):372-394. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x

193. Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, et al. Suicide attempts in a longitudinal sample of adolescents followed through adulthood: Evidence of escalation. J Consult Clin Psychol. 2015;83(2):253-264. doi:10.1037/a0038657

194. Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. BMJ. 2008;337(7682):1328-1331. doi:10.1136/bmj.a2205

195. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011;50(8):772-781. doi:10.1016/j.jaac.2011.04.003

196. 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. Doi:10.1016/J.Psychres.2006.05.010

197. Jans T, Vloet Td, Taneli Y, Warnke A, Psychiatry A. Suıcıde And Self-Harmıng Behavıour 2018 Edition.

198. 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. doi:10.1016/j.jaac.2014.10.009

199. Becker M, Correll CU. Suicidality in childhood and adolescence. Dtsch Arztebl Int. 2020;117(15):261-267. doi:10.3238/arztebl.2020.0261

200. Dodds TJ. Prescribed benzodiazepines and suicide risk: A review of the literature. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2017;19(2). doi:10.4088/PCC.16r02037

201. Riesselman A, Johnson E, Palmer E. Lithium and clozapine in suicidality: shedding some light to get out of the dark. Mental Health Clinician. 2015;5(5):237-243. doi:10.9740/mhc.2015.09.237

202. Koçak R. Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları.; 2002.

203. Sifneos PE. The Prevalence of "Alexithymie" Characteristics in Psychosomatic Patients. Vol 22.; 1972.

204. Shipko S. Alexithymia and Somatization. Psychoter Psychosom. 1982;37:193-201.

205. Harmancı H, Akdeniz S, Ahçı ZG. Prevalence of eating disorders: Its relationship with alexithymia and mental complaints. Cyprus Turkish Journal of Psychiatry and Psychology. 2021;3(1):30-36. doi:10.35365/ctjpp.21.1.02

206. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. Psychother Psychosom. 1977;28(1-4):337-342.

207. Sifneos PE. Hemispheric Specialization Alexithymia and Its Relationship to Hemispheric Specialization, Affect, and Creativity.; 1988.

208. Michael Bagby R, Parker Jda, Taylor Gj. The Twenty-Item Toronto Alexıthymıa Scale-I. Item Selectıon And Cross-Valıdatıon Of The Factor Structure. Vol 38.; 1994.

209. Lesser IM. A Review of the Alexithymia Concept.; 1981.

210. Timoney LR, Holder MD. Emotional Processing Deficits and Happiness the Measurement, Correlates, and Well-Being of People with Alexithymia.; 2013. http://www.springer.com/series/10150

211. Dimaggio G, Nicolò G, Brüne M, Lysaker PH. Mental state understanding in adult psychiatric disorders: Impact on symptoms, social functioning and treatment1. Psychiatry Res. 2011;190(1):1-2. doi:10.1016/j.psychres.2011.02.005

212. Grynberg D, Luminet O, Corneille O, Grèzes J, Berthoz S. Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? Pers Individ Dif. 2010;49(8):845-850. doi:10.1016/j.paid.2010.07.013

213. Montebarocci O, Codispoti M, Baldaro B, Rossi N. Adult attachment style and alexithymia. Pers Individ Dif. 2004;36(3):499-507. doi:10.1016/S0191-8869(03)00110-7

214. Vanheule S, Verhaeghe P, Desmet M. In search of a framework for the treatment of alexithymia. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2011;84(1):84-97. doi:10.1348/147608310X520139

215. Springer KW. Psychotherapy for the Advanced Practice Psychiatric Nurse: A How-to Guide for Evidence-Based Practice, Second Edition. Journal of EMDR Practice and Research. 2015;9(1). doi:10.1891/1933-3196.9.1.71

216. Taylor GJ, Michael Bagby R, Parker JDA. The Alexithymia Construct: A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. Psychosomatics. 1991;32(2):153-164. doi:10.1016/S0033-3182(91)72086-0

217. Lesser I. A critique of contribution to the alexithymia symposium. Psychoterapy and Psychosomatics. 1981;44(2):82-88. doi:10.1159/000287897

218. Kosten TR, Krystal JH, Giller EL, Frank J. Alexithymia as a Predictor of Treatment Response in Post-Traumatic Stress Disorder. Vol 5.; 1992. doi:10.1002/jts.2490050406

219. Kaplan CD, Wogan M. Management of pain through cerebral activation: An experimental analogue of alexithymia. Psychotherapy and Psychosomatics . 1977;27(3-6):144-153. doi:10.1159/000287011

220. Lane RD, Ahern GL, Schwartz GE, Kaszniak AW. Is Alexithymia the Emotional Equivalent of Blindsight?; 1997.

221. Moriguchi Y, Ohnishi T, Lane RD, et al. Impaired self-awareness and theory of mind: An fMRI study of mentalizing in alexithymia. Neuroimage. 2006;32(3):1472-1482. doi:10.1016/j.neuroimage.2006.04.186

222. von Rad M. Alexithymia and symptom formation. Psychother Psychosom. 1984;42(1-4):80-89. doi:10.1159/000287827

223. Mc Dougal J. Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. Psychother Psychosom. 1982;38:81-90. doi:10.1159/000287617

224. Uzal G, Yavuz M, Akdenız B, Çalli S, Bolat N. Investigating the relationships between alexithymia characteristics, meta-cognitive features and mental problems in high school students in ıstanbul. Anadolu Psikiyatri Derg. 2018;19(5):478-484. doi:10.5455/apd.289804

225. Pennebaker JW. Confession, inhibition, and disease. Adv Exp Soc Psychol. 1989;22:211-244. doi:10.1016/S0065-2601(08)60309-3

226. Lane RD, Schwartz GE. Levels of Emotional Awareness: A Cognitive-Developmental Theory and Its Application to Psychopathology. Vol 144.; 1987.

227. Baskak B. Cultural Aspects Of Somatization Effect Of A Social Defeat Experience On Prefrontal Activity İn Schizophrenia View Project Investıgatıng Paın Perceptıon In Somatosensory Cortex For Healthy And Fıbromyalgıa Patıent Populatıons By Usıng Fnırs View Project.; 2007. Https://Www.Researchgate.Net/Publication/342467083

228. Escobar JI, Burnam ; M Audrey, Karno M, Forsythe A, Golding JM. Somatization in the Community. Arch Gen Psychiatry. 1987;44(8):713-718. doi:10.1001/archpsyc.1987.01800200039006

229. Stoudemire A. Somatothymia: Parts I and II. Psychosomatics. 1991;32(4):365-381. doi:10.1016/S0033-3182(91)72037-9

230. Cömert I, Ögel K. Madde Kullanan Ergenlerin Bağlanma Stilleri. Addicta: The Turkish Journal On Addictions. 2014;1(1):9-40. doi:10.15805/addicta.2014.1.1.001

231. Wolff HH. The Contribution of the Interview Situation to the Restriction of Fantasy Life and Emotional Experience in Psychosomatic Patients. Vol 28.; 1976.

232. Zimmermann G, Rossier J, de Stadelhofen FM, Gaillard F. Alexithymia assessment and relations with dimensions of personality. European Journal of Psychological Assessment. 2005;21(1):23-33. doi:10.1027/1015-5759.21.1.23

233. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. Psychiatry Res. 2011;190(1):43-48. doi:10.1016/j.psychres.2010.04.026

234. Runcan R. Alexithymia in Adolescents: A Review of Literature.

235. Bolat N, Yavuz M, Eliacık K, Zorlu A. The relationships between problematic internet use, alexithymia levels and attachment characteristics in a sample of adolescents in a high school, Turkey. Psychol Health Med. 2018;23(5):604-611. doi:10.1080/13548506.2017.1394474

236. Sayar K, Kose S, Grabe HJ, Topbas M. Alexithymia and Dissociative Tendencies in an Adolescent Sample from Eastern Turkey. Vol 59.; 2005.

237. Paniccia MF, Gaudio S, Puddu A, et al. Alexithymia in parents and adolescents with generalised anxiety disorder. Clinical Psychologist. 2018;22(3):336-343. doi:10.1111/cp.12134

238. Thorberg FA, Young RMD, Sullivan KA, Lyvers M. Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. Addictive Behaviors. 2009;34(3):237-245. doi:10.1016/j.addbeh.2008.10.016

239. Karukivi M. Associations Between Alexithymia And Mental Well-Being In Adolescents.; 2011.

240. Peres V, Corcos M, Robin M, Pham-Scottez A. Emotional intelligence, empathy and alexithymia in anorexia nervosa during adolescence. Eating and Weight Disorders. 2020;25(1):1-8. doi:10.1007/s40519-018-0482-5

241. Deborde AS, Miljkovitch R, Roy C, et al. ALEXITHYMIA AS A MEDIATOR BETWEEN ATTACHMENT AND THE DEVELOPMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN ADOLESCENCE. Vol 26.; 2012.

242. Samson AC, Hardan AY, Podell RW, Phillips JM, Gross JJ. Emotion regulation in children and adolescents with autism spectrum disorder. Autism Research. 2015;8(1):9-18. doi:10.1002/aur.1387

243. Hornsveld RHJ, Kraaimaat FW. Alexithymia in Dutch violent forensic psychiatric outpatients. Psychology, Crime and Law. 2012;18(9):833-846. doi:10.1080/1068316X.2011.568416

244. Garisch JA, Wilson MS. Vulnerabilities to deliberate self-harm among adolescents: The role of alexithymia and victimization. British Journal of Clinical Psychology. 2010;49(2):151-162. doi:10.1348/014466509X441709

245. Loas G, Speranza M, Pham-Scottez A, Perez-Diaz F, Corcos M. Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder. J Psychosom Res. 2012;72(2):147-152. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.11.006

246. Wang YJ, Li X, Ng CH, Xu DW, Hu S, Yuan TF. Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: A meta-analysis. EClinicalMedicine. 2022;46:101350. doi:10.1016/j

247. Venta A, Hart J, Sharp C. The relation between experiential avoidance, alexithymia and emotion regulation in inpatient adolescents. Clin Child Psychol Psychiatry. 2013;18(3):398-410. doi:10.1177/1359104512455815

248. Cerutti R, Zuffianò A, Spensieri V. The role of difficulty in identifying and describing feelings in non-suicidal self-injury behavior (NSSI): Associations with perceived attachment quality, stressful life events, and suicidal ideation. Front Psychol. 2018;9(MAR). doi:10.3389/fpsyg.2018.00318

249. Kim H, Seo J, Namkoong K, et al. Alexithymia and perfectionism traits are associated with suicidal risk in patients with obsessive-compulsive disorder. J Affect Disord. 2016;192:50-55. doi:10.1016/j.jad.2015.12.018

250. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale 1. Vol 26.; 2004.

251. Hemming L, Taylor P, Haddock G, Shaw J, Pratt D. A systematic review and meta-analysis of the association between alexithymia and suicide ideation and behaviour. J Affect Disord. 2019;254:34-48. doi:10.1016/j.jad.2019.05.013

252. Mitchell JP. Mentalizing and Marr: An information processing approach to the study of social cognition. Brain Res. 2006;1079(1):66-75. doi:10.1016/j.brainres.2005.12.113

253. Insel T. Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders. Published online 2010. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09091379

254. Flavell JH. The development of role-taking and communication skills in children. In: ; 1968.

255. Shamay-Tsoory SG, Aharon-Peretz J. Dissociable prefrontal networks for cognitive and affective theory of mind: A lesion study. Neuropsychologia. 2007;45(13):3054-3067. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2007.05.021

256. Oniski KK, Baillargeon R. Do 15-month-old infants understand false beliefs? Science (1979). 2005;308(5719):255-258. doi:10.1126/science.1107621

257. Pons F, Harris PL, de Rosnay M. Emotion comprehension between 3 and 11 years: Developmental periods and hierarchical organization. European Journal of Developmental Psychology. 2004;1(2):127-152. doi:10.1080/17405620344000022

258. Sebastian CL, Fontaine NMG, Bird G, et al. Neural processing associated with cognitive and affective theory of mind in adolescents and adults. Soc Cogn Affect Neurosci. 2012;7(1):53-63. doi:10.1093/scan/nsr023

259. Shamay-Tsoory SG, Harari H, Aharon-Peretz J, Levkovitz Y. The role of the orbitofrontal cortex in affective theory of mind deficits in criminal offenders with psychopathic tendencies. Cortex. 2010;46(5):668-677. doi:10.1016/j.cortex.2009.04.008

260. Happe F, Conway JR. Recent progress in understanding skills and impairments in social cognition. Curr Opin Pediatr. 2016;28(6):736-742. doi:10.1097/MOP.0000000000000417

261. Barbato M, Liu L, Cadenhead KS, et al. Theory of mind, emotion recognition and social perception in individuals at clinical high risk for psychosis: Findings from the NAPLS-2 cohort. Schizophr Res Cogn. 2015;2(3):133-139. doi:10.1016/j.scog.2015.04.004

262. Lecce S, Ceccato I, Bianco F, Rosi A, Bottiroli S, Cavallini E. Theory of Mind and social relationships in older adults: the role of social motivation. Aging Ment Health. 2017;21(3):253-258. doi:10.1080/13607863.2015.1114586

263. Nelson CA, Dolgin KG. The Generalized Discrimination of Facial Expressions by Seven-Month-Old Infants. Vol 56.; 1985. http://www.jstor.orgURL:http://www.jstor.org/stable/1130173http://www.jstor.org/stable/1130173?seq=1&cid=pdf-reference#references_tab_contents

264. Üçüncü O, Çeviri B, Santrock JW. GELİŞİM GELİŞİM PİSİKOLOJİSİ LIFE-SPAN DEVELOPMENT.

265. Keltner D. Expression and the Course of Life: Studies of Emotion, Personality, and Psychopathology from a Social-Functional Perspective. In: Annals of the New York Academy of Sciences. Vol 1000. New York Academy of Sciences; 2003:222-243. doi:10.1196/annals.1280.011

266. Tse WS, Bond AJ. The Impact of Depression on Social Skills: A Review. Journal of Nervous and Mental Disease. 2004;192(4):260-268. doi:10.1097/01.nmd.0000120884.60002.2b

267. McClure EB, Pope K, Andrea Hoberman JJ, Daniel Pine BS, Leibenluft E. Facial Expression Recognition in Adolescents With Mood and Anxiety Disorders. Vol 160.; 2003.

268. Demenescu LR, Kortekaas R, den Boer JA, Aleman A. Impaired attribution of emotion to facial expressions in anxiety and major depression. PLoS One. 2010;5(12). doi:10.1371/journal.pone.0015058

269. Simcock G, McLoughlin LT, de Regt T, et al. Associations between facial emotion recognition and mental health in early adolescence. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(1). doi:10.3390/ijerph17010330

270. Berg HE, Ballard ED, Luckenbaugh DA, Nugent AC, Ionescu DF, Zarate CA. Recognition of emotional facial expressions in anxious and nonanxious depression. Compr Psychiatry. 2016;70:1-8. doi:10.1016/j.comppsych.2016.06.007

271. Brotman MA, Rich BA, Schmajuk M, et al. Attention Bias to Threat Faces in Children with Bipolar Disorder and Comorbid Lifetime Anxiety Disorders. Biol Psychiatry. 2007;61(6):819-821. doi:10.1016/j.biopsych.2006.08.021

272. Waters AM, Henry J, Mogg K, Bradley BP, Pine DS. Attentional bias towards angry faces in childhood anxiety disorders. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2010;41(2):158-164. doi:10.1016/j.jbtep.2009.12.001

273. Jarros RB, Salum GA, Belem da Silva CT, et al. Anxiety disorders in adolescence are associated with impaired facial expression recognition to negative valence. J Psychiatr Res. 2012;46(2):147-151. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.09.023

274. Whipple R, Fowler JC. Affect, Relationship Schemas, And Social Cognition: Self-Injuring Borderline Personality Disorder Inpatients. Psychoanalytic Psychology. 2011;28(2):183-195. doi:10.1037/a0023241

275. Hatkevich C. The Relatıon Between Theory Of Mınd And Nonsuıcıdal Self-Injury In Partial Fulfillment Of The Requirements For The Degree Of Master Of Arts.; 2015.

276. Laghi F, Terrinoni A, Cerutti R, et al. Theory of mind in non-suicidal self-injury (NSSI) adolescents. Conscious Cogn. 2016;43:38-47. doi:10.1016/j.concog.2016.05.004

277. Wolff J, Frazier EA, Esposito-Smythers C, Burke T, Sloan E, Spirito A. Cognitive and social factors associated with NSSI and suicide attempts in psychiatrically hospitalized adolescents. J Abnorm Child Psychol. 2013;41(6):1005-1013. doi:10.1007/s10802-013-9743-y

278. In-Albon T, Ruf C, Schmid M. Facial emotion recognition in adolescents with nonsuicidal self-injury. Psychiatry Res. 2015;228(3):332-339. doi:10.1016/j.psychres.2015.05.089

279. Seymour KE, Jones RN, Cushman GK, et al. Emotional face recognition in adolescent suicide attempters and adolescents engaging in non-suicidal self-injury. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2016;25(3):247-259. doi:10.1007/s00787-015-0733-1

280. Dawkins JC, Hasking PA, Boyes ME. Thoughts and beliefs about nonsuicidal self-injury: An application of social cognitive theory. Journal of American College Health. 2021;69(4):428-434. doi:10.1080/07448481.2019.1679817

281. Ferrer I, Alacreu-Crespo A, Salvador A, et al. I Cannot Read Your Eye Expression: Suicide Attempters Have Difficulties in Interpreting Complex Social Emotions. Front Psychiatry. 2020;11. doi:10.3389/fpsyt.2020.543889

282. Prinstein MJ, Boergers J, Spirito A, Little TD, Grapentine WL. Peer Functioning, Family Dysfunction, and Psychological Symptoms in a Risk Factor Model for Adolescent Inpatients' Suicidal Ideation Severity. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2000;29(3):392-405. doi:10.1207/S15374424JCCP2903_10

283. King CA, Merchant CR. Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. Archives of Suicide Research. 2008;12(3):181-196. doi:10.1080/13811110802101203

284. Hollingsworth DW, Slish ML, Wingate LRR, et al. The indirect effect of perceived burdensomeness on the relationship between indices of social support and suicide ideation in college students. Journal of American College Health. 2018;66(1):9-16. doi:10.1080/07448481.2017.1363764

285. Gibbs LM, Dombrovski AY, Morse J, Siegle GJ, Houck PR, Szanto K. When the solution is part of the problem: Problem solving in elderly suicide attempters. Int J Geriatr Psychiatry. 2009;24(12):1396-1404. doi:10.1002/gps.2276

286. Devine RT, Hughes C. Silent Films and Strange Stories: Theory of Mind, Gender, and Social Experiences in Middle Childhood. Child Dev. 2013;84(3):989-1003. doi:10.1111/cdev.12017

287. Bailey PE, Henry JD, von Hippel W. Empathy and social functioning in late adulthood. Aging Ment Health. 2008;12(4):499-503. doi:10.1080/13607860802224243

288. 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):215-219. doi:10.1007/s10862-008-9107-z

289. Bildik T, Somer O, Kabukçu Başay B, Başay ömer, özbaran B. The validity and reliability of the turkish version of the inventory of statements about self-injury. Turk Psikiyatri Dergisi. 2013;24(1):41-49. doi:10.5080/u6901

290. Range LM. Book Review: Suicide Probability Scale. J Psychoeduc Assess. 1989;7(1):94-97. doi:10.1177/073428298900700112

291. Eskin M. Reliability of the turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal behavior, and suicide probability scale. J Clin Psychol. 1993;49(4):515-522. doi:10.1002/1097-4679(199307)49:4<515::aid-jclp2270490408>3.0.co;2-k

292. Atlı Z. İntihar Olasılığı Ölçeği Türkçe Geçerlik Güvenirlik Çalışması. Published online 2007.

293. Güleç H. Toronto Aleksitimi Ölçeği Geçerlik Güvenirlik Çalışması.; 2009. www.psikofarmakoloji.org

294. Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. Vol 56.; 1988.

295. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği. Psikoloji dergisi. 1989;7(23):3-13.

296. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The "Reading the Mind in the Eyes" Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2001;42(2):241-251. doi:10.1111/1469-7610.00715

297. Girli A. Psychometric Properties of the Turkish Child and Adult Form of "Reading the Mind in the Eyes Test." Psychology. 2014;05(11):1321-1337. doi:10.4236/psych.2014.511143

298. Gillies D, Christou MA, Dixon AC, et al. Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. Vol 733.; 2018. www.jaacap.org

299. Lim KS, Wong CH, McIntyre RS, et al. Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: A meta-analysis. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(22). doi:10.3390/ijerph16224581

300. Groschwitz RC, Kaess M, Fischer G, 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):454-461. doi:https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.019

301. Bježančević M, Groznica Hržić I, Dodig-Ćurković K. Self-Injury in Adolescents: A Five-Year Study of Characteristics and Trends. Psychiatr Danub. 2019;31(4):413-420. doi:10.24869/psyd.2019.413

302. Parker GB, Brotchie HL. From Diathesis to Dimorphism: The Biology of Gender Differences in Depression. Journal of Nervous and Mental Disease. 2004;192(3):210-216. doi:10.1097/01.nmd.0000116464.60500.63

303. Beer MD, Muthukumaraswamy A, Khan AA, Musabbir MA. Clinical characteristics of patients with self harming behaviour in a low secure mental health unit. Journal of Psychiatric Intensive Care. 2010;6(1):15-21. doi:10.1017/S1742646409990112

304. Brunner R, Parzer P, Haffner J, et al. Prevalence and Psychological Correlates of Occasional and Repetitive Deliberate Self-Harm in Adolescents. Vol 161.; 2007.

305. Kiekens G, Claes L, Demyttenaere K, et al. Lifetime and 12-Month Nonsuicidal Self-Injury and Academic Performance in College Freshmen. Suicide Life Threat Behav. 2016;46(5):563-576. doi:10.1111/sltb.12237

306. Landstedt E, Gillander Gådin K. Deliberate self-harm and associated factors in 17-year-old Swedish students. Scand J Public Health. 2011;39(1):17-25. doi:10.1177/1403494810382941

307. Baetens I, Greene D, van Hove L, et al. Predictors and consequences of non-suicidal self-injury in relation to life, peer, and school factors. J Adolesc. 2021;90(1):100-108. doi:10.1016/j.adolescence.2021.06.005

308. David Hawkins J, Catalano RF, Kosterman R, Abbott R, Hill KG, DeAngelis CD. Preventing Adolescent Health-Risk Behaviors by Strengthening Protection During Childhood. Vol 153.; 1999. http://archpedi.jamanetwork.com/

309. Crosnoe R, Erickson KG, Dornbusch SM. Protective functions of family relationships and school factors on the deviant behavior of adolescent boys and girls: Reducing the impact of risky friendships. Youth Soc. 2002;33(4):515-544. doi:10.1177/0044118X02033004002

310. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Non-suicidal self-injury in adolescents. Dtsch Arztebl Int. 2018;115(3):23-30. doi:10.3238/arztebl.2018.0023

311. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. Clin Psychol Rev. 2015;42:156-167. doi:10.1016/j.cpr.2015.09.002

312. Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, 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. doi:10.1016/j.jad.2006.02.015

313. Kara K, Ozsoy S, Teke H, et al. Non-Suicidal Self-Injurious Behavior in Forensic Child and Adolescent Populations Clinical Features and Relationship with Depression. Vol 20.; 2015. www.neurosciencesjournal.org

314. Baetens I, Claes L, Martin G, et al. Is Nonsuicidal Self-Injury Associated With Parenting and Family Factors? Journal of Early Adolescence. 2014;34(3):387-405. doi:10.1177/0272431613494006

315. Bowlby J, Soylu TVeli. Bağlanma ve Kaybetme.; 1982.

316. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. World Psychiatry. 2012;11(1):11-15. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.01.003

317. Adam KS, Sheldon-Keller AE, West M. Attachment Organization and History of Suicidal Behavior in Clinical Adolescents. Vol 64.; 1996.

318. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood L J. Risk Factors and Life Processes Associated with the Onset of Suicidal Behaviour during Adolescence and Early Adulthood. Vol 30.; 2000.

319. Liang S, Yan J, Zhang T, et al. Differences between non-suicidal self injury and suicide attempt in Chinese adolescents. Asian J Psychiatr. 2014;8(1):76-83. doi:10.1016/j.ajp.2013.11.015

320. Cox LJ, Stanley BH, Melhem NM, et al. A longitudinal study of nonsuicidal self-injury in offspring at high risk for mood disorder. Journal of Clinical Psychiatry. 2012;73(6):821-828. doi:10.4088/JCP.11m07250

321. Page A, Lewis G, Kidger J, et al. Parental socio-economic position during childhood as a determinant of self-harm in adolescence. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014;49(2):193-203. doi:10.1007/s00127-013-0722-y

322. Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. J Child Psychol Psychiatry. 2012;53(4):381-389. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02457.x

323. Crowell SE, Beauchaine TP, McCauley E, Smith CJ, Vasilev CA, Stevens AL. Parent-Child Interactions, Peripheral Serotonin, and Self-Inflicted Injury in

Adolescents. J Consult Clin Psychol. 2008;76(1):15-21. doi:10.1037/0022-006X.76.1.15

324. 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):477-493. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.10.013

325. Skegg K. Self-harm. The Lancet. 2005;366(9495):1471-1483. www.thelancet.com

326. Andrews JA, Tildesley E, Hops H, Li F. The influence of peers on young adult substance use. Health Psychology. 2002;21(4):349-357. doi:10.1037/0278-6133.21.4.349

327. Prinstein MJ, Meade CS, Cohen GL. Adolescent Oral Sex, Peer Popularity, and Perceptions of Best Friends' Sexual Behavior. https://academic.oup.com/jpepsy/article/28/4/243/942606

328. Borsari B, Carey KB. Peer Influences on College Drinking: A Review of the Research.

329. You J, Lin MP, Fu K, Leung F. The best friend and friendship group influence on adolescent nonsuicidal self-injury. J Abnorm Child Psychol. 2013;41(6):993-1004. doi:10.1007/s10802-013-9734-z

330. Duncan GJ, Boisjoly J, Kremer M, Levy DM, Eccles J. Peer effects in drug use and sex among college students. J Abnorm Child Psychol. 2005;33(3):375-385. doi:10.1007/s10802-005-3576-2

331. Gratz KL, Dixon-Gordon KL, Chapman AL, Tull MT. Diagnosis and Characterization of DSM-5 Nonsuicidal Self-Injury Disorder Using the Clinician-Administered Nonsuicidal Self-Injury Disorder Index. Assessment. 2015;22(5):527-539. doi:10.1177/1073191114565878

332. Lewis SP, Seko Y. A Double-Edged Sword: A Review of Benefits and Risks of Online Nonsuicidal Self-Injury Activities. J Clin Psychol. 2016;72(3):249-262. doi:10.1002/jclp.22242

333. Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H. The Impact of Social Contagion on Non-Suicidal Self-Injury: A Review of the Literature. Archives of Suicide Research. 2013;17(1):1-19. doi:10.1080/13811118.2013.748404

334. Kaess M, Parzer P, Mattern M, 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):265-272. doi:10.1016/j.psychres.2012.10.012

335. Wichstrøm L. Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: Similar or different? Archives of Suicide Research. 2009;13(2):105-122. doi:10.1080/13811110902834992

336. Martin J, Bureau JF, Yurkowski K, Fournier TR, Lafontaine MF, Cloutier P. Family-based risk factors for non-suicidal self-injury: Considering influences of maltreatment, adverse family-life experiences, and parent-child relational risk. J Adolesc. 2016;49:170-180. doi:10.1016/j.adolescence.2016.03.015

337. Haw C, Hawton K, Casey D, Bale E, Shepherd A. Alcohol dependence, excessive drinking and deliberate self-harm. Trends and patterns in Oxford, 1989-2002. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40(12):964-971. doi:10.1007/s00127-005-0981-3

338. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. British Journal of Psychiatry. 2001;178(JAN.):48-54. doi:10.1192/bjp.178.1.48

339. Miller DN, Brock SE. Identifying, Assessing, and Treating Self-Injury at School. Springer Science + Business Media; 2010. doi:10.1007/978-1-4419-6092-4

340. Kumar G, Pepe D, Steer RA. Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. Journal of Nervous and Mental Disease. 2004;192(12):830-836. doi:10.1097/01.nmd.0000146737.18053.d2

341. Abdelraheem M, McAloon J, Shand F. Mediating and moderating variables in the prediction of self-harm in young people: A systematic review of prospective longitudinal studies. J Affect Disord. 2019;246:14-28. doi:10.1016/j.jad.2018.12.004

342. Hauber K, Boon A, Vermeiren R. Non-suicidal self-injury in clinical practice. Front Psychol. 2019;10(MAR). doi:10.3389/fpsyg.2019.00502

343. Martin G, Rozanes P, Pearce C, Allison S. Adolescent suicide, depression and family dysfunction. Acta Psychiatr Scand. 1995;92(5):336-344. doi:10.1111/j.1600-0447.1995.tb09594.x.

344. Barrocas AL, Giletta M, Hankin BL, Prinstein MJ, Abela JRZ. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescence: Longitudinal Course, Trajectories, and Intrapersonal Predictors. J Abnorm Child Psychol. 2015;43(2):369-380. doi:10.1007/s10802-014-9895-4

345. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. Psychol Med. 2007;37(8):1183-1192. doi:10.1017/S003329170700027X

346. David Klonsky E, Thomas Oltmanns MF, Turkheimer E. Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. Vol 160.; 2003. http://ajp.psychiatryonline.org

347. Akdemir D, Zeki A, Ünal DY, Kara M, Çuhadaroğlu Çetin F. Kendine zarar verme davranişi olan ergenlerde psikiyatrik belirtiler, kimlik karmaşasi ve benlik saygisi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2013;14(1):69-76. doi:10.5455/apd.35961

348. Liu ZZ, Chen H, Bo QG, et al. Psychological and behavioral characteristics of suicide attempts and non-suicidal self-injury in Chinese adolescents. J Affect Disord. 2018;226:287-293. doi:10.1016/j.jad.2017.10.010

349. Meszaros G, Horvath LO, Balazs J. Self-injury and externalizing pathology: A systematic literature review. BMC Psychiatry. 2017;17(1). doi:10.1186/s12888-017-1326-y

350. James A, Lai FH, Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: A review of possible associations. Acta Psychiatr Scand. 2004;110(6):408-415. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00384.x

351. Gibbons RD, Hendricks Brown C, Hur K, et al. Article Early Evidence on the Effects of Regulators' Suicidality Warnings on SSRI Prescriptions and Suicide in Children and Adolescents. Vol 164.; 2007. http://webappa.cdc.gov./cgi-bin/broker.exe

352. Daniel Smith B, Brian Daniel Smith by. Self-Mutilation and Pharmacotherapy.; 2005.

353. Robert W. Baker, Mauricio Tohen, Jan Fawcett. Acute Dysphoric Mania: Treatment Response to Olanzapine Versus Placebo. J Clin Psychopharmacol. 2003;23(2).

354. Ingenhoven TJM, Duivenvoorden HJ. Differential effectiveness of antipsychotics in borderline personality disorder: Meta-analyses of placebo-controlled, randomized clinical trials on symptomatic outcome domains. J Clin Psychopharmacol. 2011;31(4):489-496. doi:10.1097/JCP.0b013e3182217a69

355. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. Pediatrics. 2006;117(6):1939-1948. doi:10.1542/peds.2005-2543

356. Garisch JA, Wilson MS. Prevalence, correlates, and prospective predictors of non-suicidal self-injury among New Zealand adolescents: Cross-sectional and longitudinal survey data. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2015;9(1). doi:10.1186/s13034-015-0055-6

357. Auerbach RP, Kim JC, Chango JM, et al. Adolescent nonsuicidal self-injury: Examining the role of child abuse, comorbidity, and disinhibition. Psychiatry Res. 2014;220(1-2):579-584. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.027

358. Tang J, Yu Y, Wu Y, et al. Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: A cross-section study. PLoS One. 2011;6(4). doi:10.1371/journal.pone.0017977

359. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. Psychol Med. 2016;46(2):225-236. doi:10.1017/S0033291715001804

360. Franklin J, Ribeiro J, Fox K. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. Psychol Bull. 2017;143(2):187-232. doi:10.1037/bul0000084

361. Özyay Eroğlu F, Aktepe E, Erturan İ. The evaluation of psychiatric comorbidity, self-injurious behavior, suicide probability, and other associated psychiatric factors (lonileness, self-esteem, life satisfaction) in adolescents with acne: A clinical pilot study. J Cosmet Dermatol. 2019;18(3):916-921. doi:10.1111/jocd.12708

362. Borrill J, Fox P, Flynn M, Roger D. Students who self-harm: Coping style, rumination and alexithymia. Couns Psychol Q. 2009;22(4):361-372. doi:10.1080/09515070903334607

363. 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. doi:10.1080/16506070701819524

364. Polk E, Liss M. Psychological characteristics of self-injurious behavior. Pers Individ Dif. 2007;43(3):567-577. doi:10.1016/j.paid.2007.01.003

365. Gatta M, Dal Santo F, Rago A, Spoto A, Battistella PA. Alexithymia, impulsiveness, and psychopathology in Nonsuicidal self-injured adolescents. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:2307-2317. doi:10.2147/NDT.S106433

366. Cerutti R, Calabrese M, Valastro C. Alexithymia and Personality Disorders in the Adolescent Non-suicidal Self Injury: Preliminary Results. Procedia Soc Behav Sci. 2014;114:372-376. doi:10.1016/j.sbspro.2013.12.714

367. Norman H. The Relationship Between Alexithymia and Self-Harm: A Mixed Methods Investigation.; 2020.

368. Gross JJ. Emotion regulation: Past, present, future. Cogn Emot. 1999;13(5):551-573. doi:10.1080/026999399379186

369. Moon H, Nam G, Hur JW. Neural correlates of affective theory of mind in medication-free nonsuicidal self-injury: An fMRI study. Front Psychiatry. 2022;13. doi:10.3389/fpsyt.2022.850794

370. Jans T, Vloet Td, Taneli Y, Warnke A, Psychiatry A. Suıcıde And Self-Harmıng Behavıour 2018 Edition.

371. Swannell S v., 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 Threat Behav. 2014;44(3):273-303. doi:10.1111/sltb.12070

372. Çimen İD, Coşkun A, Nasiroğlu S, Etiler N. İzmit'te yaşayan ergenlerde kendine zarar verme davranışı ve aile özellikleri ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2017;18(3):257-264. doi:10.5455/apd.211669

373. 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):260-268. doi:10.1016/j.psychres.2008.02.008

374. Koenig J, Thayer JF, Kaess M. A meta-analysis on pain sensitivity in self-injury. Psychol Med. 2016;46(8):1597-1612. doi:10.1017/S0033291716000301

375. Nock MK. Self-Injury. Annu Rev Clin Psychol. 2010;6:339-363. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258

376. Koenig J, Rinnewitz L, Warth M, et al. Psychobiological response to pain in female adolescents with nonsuicidal self-injury. Journal of Psychiatry and Neuroscience. 2017;42(3):189-199. doi:10.1503/jpn.160074

377. van der Venne P, Balint A, Drews E, et al. Pain sensitivity and plasma beta-endorphin in adolescent non-suicidal self-injury. J Affect Disord. 2021;278:199-208. doi:10.1016/j.jad.2020.09.036

378. Hooley JM, Ho DT, Slater J, Lockshin A. Pain perception and nonsuicidal self-injury: A laboratory investigation. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. 2010;1(3):170-179. doi:10.1037/a0020106

379. Kostić J, Žikić O, Stankovic M, Nikolić G. Nonsuicidal self-injury among adolescents in south-east Serbia. Int J Pediatr Adolesc Med. 2019;6(4):131-134. doi:10.1016/j.ijpam.2019.06.002

380. Andover MS, Primack JM, Gibb BE, Pepper CM. An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characteristics? Archives of Suicide Research. 2010;14(1):79-88. doi:10.1080/13811110903479086

381. Gandhi A, Luyckx K, Baetens I, et al. Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data. Compr Psychiatry. 2018;80:170-178. doi:10.1016/j.comppsych.2017.10.007

382. Tekgül N, Saltık D, Şen Y, Kurt ES. 15-49 Yaş Kadınlarda Ortalama Menarş Yaşı.; 2005.

383. Reinhardt M, Kökönyei G, Drubina B, Urbán R. Gender Differences in the Psychometric Characteristics of the Inventory of Statements About Self-Injury in A Community Adolescent Sample. doi:10.21203/rs.3.rs-151042/v1

384. 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. doi:10.1542/peds.2011-2094

385. Greenberg DM, Warrier V, Abu-Akel A, et al. Sex and age differences in “theory of mind” across 57 countries using the English version of the “Reading the Mind in the Eyes” Test. Proc Natl Acad Sci U S A. 2023;120(1). doi:10.1073/pnas.2022385119

386. Orobio De Castro B, Veerman JW, Koops W, Bosch JD, Monshouwer HJ. Hostile Attribution of Intent and Aggressive Behavior: A Meta-Analysis. Child Dev. 2022;73(3):916-934. http://www.psycinfo.com

387. Vitale JE, Newman JP, Serin RC, Bolt DM. Hostile attributions in incarcerated adult male offenders: An exploration of diverse pathways. Aggress Behav. 2005;31(2):99-115. doi:10.1002/ab.20050

388. Nguyen TT, Ross T, Fontao MI. Aggression and Hostility do not predict Negative Emotion Recognition between Offenders. Published online 2022. doi:10.13140/RG.2.2.36243.96805

389. Combs DR, Finn JA, Wohlfahrt W, Penn DL, Basso MR. Social cognition and social functioning in nonclinical paranoia. Cogn Neuropsychiatry. 2013;18(6):531-548. doi:10.1080/13546805.2013.766595

390. Dodge KA, Pettit GS, Mcclaskey CL, Brown MM, Gottman JM. Social Competence in Children. Vol 51.; 1986.

391. Bradshaw CP, Garbarino J. Social cognition as a mediator of the influence of family and community violence on adolescent development: Implications for intervention. In: Annals of the New York Academy of Sciences. Vol 1036. New York Academy of Sciences; 2004:85-105. doi:10.1196/annals.1330.005

392. Palmquist CM, Floersheimer A, Crum K, Ruggiero J. Social cognition and trust: Exploring the role of theory of mind and hostile attribution bias in children's skepticism of inaccurate informants. J Exp Child Psychol. 2022;215:105341. doi:10.1016/J.JECP.2021.105341

393. Evren C, Can S, Evren B, Çakmak D. Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol Bağımlılarında Aleksitiminin Depresyon, Anksiyete ve Erektil İşlev Bozukluğu ile İlişkisi: Kontrollü Bir Çalışma. Klinik Psikofarmakoloji Bülten. 2002;12(4).

394. Sayar K, Öztürk M, Acar B. Aşırı Dozda İlaç Alımıyla İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikolojik Etkenler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2000;10(3).

395. Hintikka J, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, et al. Alexithymia and suicidal ideation: A 12-month follow-up study in a general population. Compr Psychiatry. 2004;45(5):340-345. doi:10.1016/j.comppsych.2004.06.008

396. Hund AR, Espelage DL. Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. Child Abuse Negl. 2006;30(4):393-407. doi:10.1016/j.chiabu.2005.11.003

397. Na KS, Oh SJ, Jung HY, et al. Alexithymia and low cooperativeness are associated with suicide attempts in male military personnel with adjustment disorder: A case-control study. Psychiatry Res. 2013;205(3):220-226. doi:10.1016/j.psychres.2012.08.027

398. Lambert A, De Man AF. Alexithymia, Depression, and Self-Mutilation in Adolescent Girls. Vol 9.; 2007.

399. Krause FC, Linardatos E, Fresco DM, Moore MT. Facial emotion recognition in major depressive disorder: A meta-analytic review. J Affect Disord. 2021;293:320-328. doi:10.1016/j.jad.2021.06.053

400. Dalili MN, Penton-Voak IS, Harmer CJ, Munafò MR. Meta-analysis of emotion recognition deficits in major depressive disorder. Psychol Med. 2015;45(6):1135-1144. doi:10.1017/S0033291714002591

401. Kilinçel Ş, Vural AP, Kilinçel O. Theory of mind deficit in adolescents with major depressive disorder. Anadolu Psikiyatri Derg. 2020;21(2):158-164. doi:10.5455/apd.53279

402. Dror C, Portnoy V, Dayan-Rosenblum S, et al. Emotion perception and theory of mind in adolescents with major depression. Acta Neuropsychiatr. Published online 2021. doi:10.1017/neu.2021.16

403. Sfärlea A, Greimel E, Platt B, Dieler AC, Schulte-Körne G. Recognition of emotional facial expressions in adolescents with anorexia nervosa and adolescents with major depression. Psychiatry Res. 2018;262:586-594. doi:10.1016/j.psychres.2017.09.048

404. Tekden M, Kılıçoğlu AG, Mutlu C, Karaçetin G. Mentalization in female adolescents with non-suicidal self-injury and alexithymic and depressive features in their parents. Clin Child Psychol Psychiatry. 2021;26(4):981-992. doi:10.1177/13591045211013871

405. Paivio SC, McCulloch CR. Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. Child Abuse Negl. 2004;28(3):339-354. doi:10.1016/j.chiabu.2003.11.018

406. Wupperman P, Fickling M, Klemanski DH, Berking M, Whitman JB. Borderline Personality Features and Harmful Dysregulated Behavior: The Mediational Effect of Mindfulness. J Clin Psychol. 2013;69(9):903-911. doi:10.1002/jclp.21969