TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN ERGENLERDE BAĞLANMA STİLLERİ

Orçun AYKOL

DİSİPLİNLERARASI SOSYAL PSİKİYATRİ ANABİLİMDALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Bedriye ÖNCÜ

2015- ANKARA

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN ERGENLERDE BAĞLANMA STİLLERİ

Orçun AYKOL

DİSİPLİNLERARASI SOSYAL PSİKİYATRİ ANABİLİMDALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Bedriye ÖNCÜ

2015- ANKARA

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: / /2015

Ünvanı, Adı ve Soyadı
Üniversitesi
Jüri Başkanı

Ünvanı, Adı ve Soyadı
Üniversitesi
Raportör

Ünvanı, Adı ve Soyadı
Üniversitesi

Ünvanı, Adı ve Soyadı
Üniversitesi

Ünvanı, Adı ve Soyadı
Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay ii
İçindekiler iii
Önsöz v
Simgeler ve Kısaltmalar vi
Çizelgeler vii

1.GİRİŞ 1
1.1. Kendine Zarar Verme 2
1.1.1. Tanım 3
1.1.2. Eştanılar 5
1.1.3. Kendine Zarar Verme Davranışının Yaygınlığı 5
1.1.4. Kendine Zarar Verme Davranışının İntihar ile İlişkisi 7
1.1.5. Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevleri 8
1.1.6. Risk Etmenleri 11
1.1.6.1. Biyolojik Etmenler 11
1.1.6.2. Sosyodemografik Etmenler 12
1.1.6.3. Cinsel Kötüye Kullanım ve İhmal 13
1.2. Bağlanma Kuramı 17
1.2.1. Ergenlik Döneminde Bağlanma 20
1.2.2. Ergenlik Tanımları 22
1.2.3. Ergenlik Kuramları 24
1.2.3.1. Özünü Yenileme Kuramı: G. Stanley Hall 25
1.2.3.2. Psikoanalitik Kuram: Sigmund Freud, Anna Freud 26
1.2.3.3. Antropolojik Yaklaşım: M. Mead, R. Benedict 29
1.2.3.4. Alan Kuramı: K. Lewin 30
1.2.3.5. Kişilerarası Kuram: H. S. Sullivan 31
1.2.3.6. Öğrenme Kuramı: B.R. MC. Candless, A. Bandura 32
1.2.3.7. Bireysel Farklılıklar Kuramı: E. Spanger 34
1.2.3.8. Bilişsel Kuram: J. Piaget 34
1.2.3.9. Psikososyal Kuram: E. Erikson 35
1.2.3.10. Benmerkezlilik: L. D. Elkind 37
1.2.3.11. Psikososyal Gelişimsel Kuram: R. Havighurst 38
1.2.3.12. Odaksal Aşama Kuramı: J.H. Coleman 39
1.3. Araştırmanın Amacı 40

2. GEREÇ ve YÖNTEM 42
2.1. Örneklem 42
2.2. Veri Toplama Araçları 42
2.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu 43
2.2.2. Sosyodemografik Veri Formu 43

2.2.3. Kendini Yaralama Davranışı Bilgi Alma Formu 43
2.2.4. Kendine Fiziksel Zarar Verme Davranışı Ayrıntılı İnceleme Formu 44
2.2.5. Anne- Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) 44
2.2.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 45
2.3. İşlem 45
2.4. İstatistiksel Analiz 46

3. BULGULAR 47
4. TARTIŞMA 65
5. SONUÇ ve ÖNERİLER 78
ÖZET 80
SUMMARY 81
KAYNAKLAR 82
EKLER 101
Ek - 1 Bilgilendirilmiş Onam Formu 101
Ek - 2 Sosyodemografik Veri Formu 102
Ek - 3 Kendini Yaralama Davranışı Bilgi Alma Formu 107
Ek - 4 Kendine Fiziksel Zarar Verme Davranışı Ayrıntılı Bilgi Alma Formu 109
Ek - 5 Anne- Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) 115
Ek - 6 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 117
ÖZGEÇMİŞ 120

ÖNSÖZ

Çalışmada kendine zarar verme davranışı ile anne babaya bağlanma stilleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Çalışmamın başlangıcından sonlandırılmasına kadar her aşamada sonsuz sabır ve anlayışla görüş ve desteklerini esirgemeyen, danışman hocam sayın Prof. Dr. Bedriye ÖNCÜ'ye sonsuz teşekkürler ederim. Ayrıca yüksek lisans ders döneminde tanıştığım Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı hocalarıma da değerli bilgilerini paylaştıkları için çok teşekkürler ederim.

Çalışmanın yapılmasında desteklerinden ötürü meslektaşlarım ve psikiyatri hekimi arkadaşlarıma da çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca tanıştığım ve yakın dostluklar kurduğum arkadaşlarıma hem yardımları hem de dostlukları için çok teşekkür ederim.

Orçun AYKOL
İstanbul, 2015

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABBÖ : Anne Babaya Bağlanma Ölçeği

BDÖ : Beck Depresyon Envanteri

DSM : Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

KZVD (+) : Kendine zarar verme davranışı olan ergen/olgu

KZVD(-) : Kendine zarar verme davranışı olmayan ergen/olgu

KZVD :Kendine zarar verme davranışı

TL : Türk Lirası

TV : Televizyon

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

ÇİZELGELER

		Sayfa
Çizelge 1.1.	Kendine zarar verme davranışının (KZVD'nin) işlevleri	**8**
Çizelge 3.1.	Grupların yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımlarına ait karşılaştırmalar	**47**
Çizelge 3.2.	Grupların aile özellikleri ve bireylere çocukluklarında bakım verenlerin dağılımları	**48**
Çizelge 3.3.	İki gruptaki ergenlerin ebeveynlerin eğitim sürelerinin karşılaştırılması	**49**
Çizelge 3.4.	Gruplardaki ergenlerin ailelerinin aylık gelir düzeyleri ve annelerinin çalışma durumları	**49**
Çizelge 3.5.	İki gruptaki ergenlerin çalışma zorunluluğu nedeniyle okula gidememe durumları ve ebeveynlerinin uzun işsizlik sıklıkları	**50**
Çizelge 3.6.	Grupların konut, mahalle güvenliği durumları ve evde boş zaman aktiviteleri	**52**
Çizelge 3.7.	KZVD (+) grubundaki ergenlerde KZVD sıklığı	**52**
Çizelge 3.8.	KZVD (+) grubundaki ergenlerde yapılan KZVD türleri	**53**
Çizelge 3.9.	İki gruptaki ergenlerin anne ve baba için ayrı ayrı değerlendirme yaptıkları ABBÖ ölçeğinin alt ölçek puanlarının ve BDÖ puanlarının karşılaştırılması	**54**

Çizelge 3.10. KZVD (+) grubu ergenlerin KZVD sıklığı ile ABBÖ alt ölçek puanları, yaş, kardeş sayısı, evde yaşayan kişi sayısı, anne/baba eğitim düzeyi, aylık gelir ve BDÖ puanları arasındaki ilişkiler **55**

Çizelge 3.11. Gruplardaki ergenlerin kim tarafından anlaşılmak istediği, sorunlarını kimle paylaştığı, sorun paylaşılan arkadaş sayısı ve karşı cinse duyguların ifade sayısına ait dağılımları **56**

Çizelge 3.12. İki gruptaki annelerin ve babaların ergenlerin nerede ne yaptığını bilme ve ergenlerin eve gelme saatinin belli olup olmama sıklıkları **57**

Çizelge 3.13. Grupların kavgada yaralanma, yaralama, kesici alet taşıma ve polis müdahalesi gerektiren olayda bulunma sayılarının dağılımları **58**

Çizelge 3.14. İki gruptaki ergenlerin sigara, alkol, madde ve ilaç kullanım sıklıkları **59**

Çizelge 3. 15. İki gruptaki ergenlerin arkadaşlarında evden kaçan, madde kullanan/öneren, alkol kullanan ve kendine zarar veren arkadaş sayıları **61**

Çizelge 3.16. İki gruptaki ergenlerin ailelerinde alkol, madde ve sigara kullanımı **62**

Çizelge 3.17. İki gruptaki ergenlerin okul başarısı, devamsızlık ve okulda alınan ceza dağılımları **63**

Çizelge 3.18. İki gruptaki ergenlerin ailelerinde KZVD öyküsü; intiharla ölen, psikiyatrik tedavi gören, psikiyatri başvurusu olan, önceki ve halen devam eden psikiyatrik tedavi sayısı **64**

1. GİRİŞ

Kendine zarar verme davranışı (KZVD olarak bahsedilecektir) uzun süredir bilinen bir durum olsa da, son yıllarda KZVD konusuna ilgide büyük bir artış gözlenmiştir. Bu artış pek çok nedene bağlanabilir. Öncelikle, KZVD klinik ilgi alanına giren ciddi bir olgudur. Tanımı gereği intihar davranışlarından ayrıştırılmasına karşın, kendine zarar veren bireylerin intihar açısından yüksek risk taşıyan bir grubu oluşturdukları düşünülmektedir (Cloutier ve ark., 2007). Ayrıca KZVD geniş bir yelpazeye yayılan olumsuz kişi-içi ve kişilerarası sonuçlarla da ilişkilendirilmektedir (Favazza, 1998). KZVD, kliniğe başvurmayan kişilerde de düşünüldüğünden daha sık karşılaşılan bir durumdur (Briere ve Gil, 1998). Bu nedenle, KZVD'nin doğasını anlamak önem taşımaktadır. Bu kişilerin tedaviye dirençli olmaları ise daha kapsamlı formülasyon ve tedavi yaklaşımlarını gerektirmektedir. Bu noktadan hareketle, bu çalışmada ergenlik çağında görülen KZVD'ye ilişkin kapsamlı bir çerçeve oluşturulabilmesi amacıyla, KZVD'nin bireysel (duygu düzenleme güçlüğü), ailesel (anne-baba ya da bakım verenle ilişkisi) ve çevresel risk etmenleri (arkadaş ilişkileri, KZVD olan arkadaş sayısı, okul başarısı, yaşanılan ev ve mahalle) araştırılmıştır.

Bu bölümde ilk olarak KZVD'nin tanımı, özellikleri ve işlevleri aktarılmıştır. İzleyen bölümde ise, alanyazında KZVD ile ilişkili bulunan risk etmenleri ve bazı risk etmenlerinin birbiri ile ilişkisine yer verilmiştir. Daha sonra bağlanma ile ergenlik döneminde bağlanma ve ergenlik kuramlarına değinilmiştir. Son olarak araştırmanın amacı aktarılmıştır.

1.1. Kendine Zarar Verme

Pek çok hasta, hastanelerin acil servislerine kendilerini kestikleri, yaktıkları ya da yaraladıkları için başvurmaktadır (Koehne ve Sands, 2008). Alanyazında bu örüntüyü tanımlamak amacıyla birçok terim kullanılmıştır: kendini yaralama (self mutilation), kendine zarar verme (self-injury, self-harm), kasıtlı kendine zarar verme (deliberate self-harm). Kendine zarar verme, "birinin kasıtlı olarak intihar niyeti taşımaksızın beden dokusunu tahrip etmesi" olarak tanımlanmıştır (Favazza, 1998). Benzer biçimde, Osuch ve arkadaşları (1999) *kendine zarar verme*nin tanımında da davranışın irade dışında gerçekleşmemesine ve açık bir intihar niyetinin yokluğuna vurgu yapmıştır. Kasıtlı *kendine zarar verme* de bu iki tanımla oldukça benzeşir ancak, farklı olarak tekrarlı kendini kesme davranışı bu tanımın dışında tutulur (Paris, 2005). Tanımların birbiriyle oldukça binişik olduğu göz önünde bulundurularak; dil bütünlüğü sağlanması ve araştırmada ele alınan davranışların bütününü kapsayabilmesi amacıyla bu araştırmada *kendine zarar verme davranışı (KZVD)* terimi kullanılacaktır. KZVD olarak kabul edilen eylemlerin çeşitlilik göstermesi ve bu davranışın bir hastalık tablosu olarak üzerinde uzlaşılmış biçimde tanımlanamayışı, KZVD'nin klinik alanda tam olarak anlaşılamamasına neden olmuştur (Muehlenkamp, 2005). Alanyazında 33'ten fazla terim bu davranışları tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (Favazza, 1998) ve bu terimlerin bazıları KZVD'nin doğrudan olmayan biçimlerini (örneğin; risk alma davranışlarını) ya da intiharla ilgili davranışları da kapsamaktadır.

Bu davranışların tanımlanması ile ilgili güçlük, KZVD ile diğer potansiyel zarar verici davranışların arasındaki sınırı belirlemenin zorluğundan kaynaklanmaktadır. Bu nedenle izleyen alt bölümde, bu davranışların neler olduğu, hangi davranışların bu terimin kapsamı dışında kaldığı tartışılmış ve tanımların ortak noktaları göz önünde bulundurularak üzerinde fikir birliği sağlanabilecek bir tanım sunulmuştur.

1.1.1. Tanım

En geniş bakış açısıyla, bireyin kendisine fiziksel veya psikolojik olarak zarar vereceğini bildiği ve kasten gerçekleştirdiği tüm eylemler, kendini yaralama veya KZVD olarak kavramsallaştırılabilir (Nock, 2010).

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı IV- TR'de (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder: DSM IV-TR) kendini yaralama davranışı Basmakalıp Davranış Bozukluğu' nun ve Sınır Kişilik Bozukluğu' nun bir tanı ölçütü olarak yer almaktadır (APA, 2000). DSM-V'te yer alan "intihara yönelik olmayan kendini yaralama" (nonsuicidal self-injury) kavramı, bireyin, bilinçli intihar kastı olmaksızın vücut yüzeyinde hasar oluşturması olarak tanımlanmıştır (APA, 2014). "Kendine kasıtlı zarar verme" (deliberate self-harm) ve intihara yönelik olmayan kendini yaralama kavramı birbirinin yerine sık olarak kullanılan kavramlardır. Ancak, iki kavram arasındaki en önemli farklar; kendine kasıtlı zarar vermenin intihar davranışını (Hawton ve James, 2005; Muehlenkamp ve ark., 2012) ve bireyin vücuduna verdiği dolaylı zararları da (ağır madde kötüye kullanımı, maddelerin yüksek dozda alınması veya keskin cisimlerin yutulması) (Brunner ve ark., 2013) kapsamasıdır.

KZVD tanımlanmaya çalışılırken dolaysızlık, sosyal kabul edilebilirlik, sıklık, davranışın verdiği zararın düzeyi, davranışı gerçekleştirenin niyeti ya da psikolojik durumunun göz önünde bulundurulması gerektiği bildirilmektedir (Pattison ve Kahan, 1983; Walsh ve Rosen, 1988; Favazza, 1998). Benzer biçimde, Claes ve Vandereycken de (2007), çeşitli araştırmacıların sınıflandırmalarını ve tanımlamalarını gözden geçirmişler, KZVD'nin nasıl gerçekleştirildiğinin, bedendeki yerinin, sıklığının ve zamanlamasının, yol açtığı beden dokusu tahribatının düzeyinin, uyarıma yönelik stereotipik bir nitelik taşıyıp taşımamasının ve kendine zarar verenin psikobiyolojik durumunun ortak boyutlar olarak belirdiğini bildirmiştir. Sözü edilen bu boyutlar ve özellikler dikkate alındığında; klinik ilgi odağına giren patolojik kendine zarar vermenin

diğer KZVD'den farklılaştığı görülmektedir. Patolojik kendine zarar verme *kasıtlıdır*. Bu davranışların "kasıtlı" olması, onları kazara meydana gelen eylemlerden ayırır ve kazara olan bu eylemleri KZVD'nin dışında bırakır (Favazza, 1998). Patolojik kendine zarar verme *dolaysızdır* ve *sosyal kabul görmez*; alkollü araç kullanma gibi bireyin kendine dolaylı olarak zarar vermesine neden olan davranışlardan ve dövme yaptırma gibi çeşitli alt kültürlerde yaygın olarak kabul gören davranışlardan ayrışır (Walsh ve Rosen, 1988; Favazza, 1998). Patolojik kendine zarar verme, *tekrarlıdır* ve *orta düzeyde ikincil zararlarla* sonuçlanır; self- kastrasyon ya da göz çıkarma gibi genellikle psikozla ilişkili olarak ortaya çıkan ve tekrarlı olmayan ağır kendine zarar verme davranışları bu tanımlamanın dışında tutulur (Favazza, 1998). KZVD; *intihar niyeti taşınmaksızın gerçekleştirilir*, kendini yaralayanın bu davranışları gerçekleştirme amacına ve bu davranışların özelliklerine ilişkin algısı, intihar düşüncesi ile bağlantılı değildir (Brown ve ark., 2002; Nock ve Kessler, 2006). Son olarak KZVD, *bilişsel bir bozukluğa bağlı olarak ortaya çıkmaz*. KZVD zihinsel engelli ve otistik çocuklarda görülen kendine zarar verici, stereotipik davranışlar gibi farklı amaca hizmet eden, altında yatan dinamiklerin ve ilişkili özelliklerin farklı olduğu davranışlardan ayrışır (Johnson ve Rea, 1986; Favazza, 1998). Böylece, alanyazında üzerinde uzlaşı sağlanabilecek bir tanımın şu biçimde olacağı görülmektir:

Kendine zarar verme davranışları; beden dokusunu tahrip etmeye yönelik ikincil ya da orta düzeyde hasara neden olan, sosyal kabul görmeyen, doğrudan ve kasıtlı olarak gerçekleştirilen tekrarlı davranışlardır. Bu davranışları gerçekleştiren birey; psikolojik bir rahatsızlık durumu içinde olmakla birlikte intihar niyeti taşımamakta, kendini uyarma ihtiyacını karşılamamakta, zihinsel engellilik ya da otizm gibi gelişimsel bir bozukluğa özgü olan stereotipik bir davranışı sergilememektedir (Karagöz, 2010).

Bu tanım doğrultusunda KZVD'nin yaygın biçimleri kişinin kendisini kesmesi, yakması, derisini kazıması ve başını ya da diğer beden bölgelerini sert yüzeylere vurması olarak ortaya çıkar. Diğer bazı türleri, deriye sözcükler ya da semboller

kazımayı içerebilir. Madde kullanımı, yeme bozukluğuna bağlı olan alkol kötüye kullanımı ya da tıkanırcasına yeme ve çıkarma örüntüleri KZVD olarak ele alınmaz. Çünkü bu davranışlarda beden dokusunun tahribi genellikle planlanmayan bir sonuçtur (Klonsky, 2007a).

1.1.2. Eştanılar

DSM-IV-TR (APA, 2000), kendine zarar vermeyi Sınır Kişilik Bozukluğu'nun bir belirtisi olarak değerlendirmektedir. Araştırma bulguları, kendine zarar vermenin sınır kişilik bozukluğunun önemli bir belirtisi olduğu yönündeki görüşle paralellik gösterse de (Simeon ve ark., 1992; Zlotnick ve ark., 1999); Madde Bağımlılığı, Yeme Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Major Depresyon ve Kaygı Bozuklukları ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, ergenlerdeki riskli davranış örüntüleri de (sigara kullanımı, tıkınırcasına içki içme, okul devamsızlığı) KZVD çerçevesinde ele alınabilmektedir (Zlotnick ve ark., 1999; Haw ve ark., 2001; Haw ve ark., 2005; Brunner ve ark., 2007; Gollust ve ark., 2010; Serras ve ark., 2010).

1.1.3. Kendine Zarar Verme Davranışının Yaygınlığı

KZVD yaygınlığı genel bir değerlendirmeyle yüksek olarak kabul edilmekle birlikte, ergenlerin önemli bir bölümünde KZVD'nin kısa süreli ve bu süre içinde düşük sıklıkta olduğu gözlenmiştir. Tekrarlayıcı KZVD ise, önemli düzeydeki psikososyal sorun yükü ile ilişkilidir (Brunner ve ark., 2007). KZVD'nin yaygınlığını doğru bir biçimde belirlemek güçtür. Bu konuda yürütülen araştırmaların bir kısmı, KZVD'yi, intihar girişimlerinden ayırt etmemekte ya da sadece *kendini kesme* gibi KZVD'nin özgül bir biçimini kapsamaktadır (Walsh ve Rosen, 1988). KZVD'nin yaygınlığını belirlemeyi amaçlayan araştırmaların bir diğer kısmı ise, hastane ve polis kayıtlarından elde edilen

verileri kullanmaktadır. Bu durum, hastaneye başvurmayı gerektirmeyecek ya da polisin ilgi alanına girmeyecek denli hafif tahribata neden olan KZVD'nin bu araştırmaların kapsamı dışında kalmasına neden olmaktadır (Suyemoto, 1998). KZVD'nin yukarıda yapılan tanımı doğrultusunda yürütülen araştırmalar gözden geçirildiğinde, bu davranışların yaygınlığının değişik gruplar arasında farklılıklar gösterdiği gözlenmiştir. Biere ve Gil (1998), genel nüfusun % 4'ünde, klinik örneklemin % 21'inde KZVD'ye rastlandığını ve yaygınlığının kadın ve erkekler arasında eşit olduğunu bildirmiştir. Daha sonra yapılan çeşitli topluma dayalı çalışmaların sonuçları, KZVD'nin kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda olduğunu göstermiştir (Brunner ve ark., 2007; O'Connor ve ark., 2007a; Plener ve ark., 2007). Bu durum, depresyon ve anksiyetedeki cinsiyet farklılıklarına atfedilmektedir (Hilt ve ark., 2010a). Gratz ve Roemer (2010) ise KZVD'nin genel toplumda tahmin edilenden daha sık bir durum olduğunu ileri sürmüştür. Genç yetişkinlerle yürütülen bir araştırmada söz konusu davranışların yaygınlığının % 11.7 olduğu bildirilmiştir (Heath ve ark., 2007). Kadınlar arasında, yaşamları boyunca en az bir kez kendine zarar verme oranı % 8.8 ile % 72 arasında (Gratz ve ark., 2002; Gratz, 2006; Gratz ve Roemer, 2010; Ogle ve Clements, 2010), ergenlerde % 24.4 olduğu gösterilmiştir (Izutsu ve ark., 2006; Lundh ve ark., 2007). Erkeklerde ise bu oran % 44 olarak bildirilmiştir (Gratz ve Chapman, 2007). Ergenlerde KZVD'nin değerlendirildiği bir meta-analizde, bu davranışların sıklığı % 13 olarak bildirilmiştir (Evans ve ark., 2005). Türkiye'de yapılan çalışmalar alkol ve madde bağımlısı erkeklerde yaşamları boyunca en az bir kez KZVD gösteren bireylerin oranının % 33 ile % 34.6 arasında değiştiğini göstermektedir (Evren ve Evren, 2005; Evren ve ark., 2006). Favazza (1998), tekrarlı KZVD'nin kadınlarda daha yaygın olduğunu öne sürmüştür; ancak görgül çalışmaların büyük bir bölümünde böyle bir sonuca ulaşılamamıştır (Pattison ve Kahan, 1983; Briere ve Gil, 1998; Gratz ve ark., 2002). Croyle ve Waltz (2007), çoğu çalışmada cinsiyet açısından bir farklılığın ortaya çıkmamasının, katılımcıların klinik dışı örneklemlerden seçilmesinin bir sonucu olabileceği görüşünü ileri sürmüştür. Ancak, bu sonucun gerçek oranları yansıtabileceğini ve bu alanda klinik gruplarla yürütülen çalışmaların kadınlar lehine örnekleme yanlılığı gösteriyor olabileceğini de belirtmektedir. Sonuç olarak KZVD her

iki cinsiyette ve yaş gruplarında hem klinik örneklemde hem de genel toplumda sık gözlenen bir davranıştır (Akt., Karagöz, 2010).

1.1.4. Kendine Zarar Verme Davranışının İntihar ile İlişkisi

KZVD ile intihar girişimlerinin sıklıkla bir arada görüldüğünü bildiren çok sayıda çalışma olmasına karşın, KZVD ile intihar arasındaki ilişkinin doğası tartışma konusudur. Bazı kuramcılar, KZVD ve intiharın aynı risk etmenlerinden kaynaklandığını öne sürerek, bu iki olgunun aynı boyut üzerinde yer aldığını ve intiharın bu boyutun sonlanım noktası olduğunu savunmaktadır. Sözü edilen risk etmenleri; çocukluk çağı cinsel istismarı, depresyon, kişilerarası çatışmalar, dürtüsellik, yalıtım ve yalnızlık, psikiyatrik tanı konmuş olması gibi etmenleri kapsamaktadır (Cloutier ve ark., 2007). Ancak yapılan çalışmalar, kendine zarar verenler ile intihar girişiminde bulunanların depresyonun semptomatolojisi ve şiddeti, intihar düşüncesi ve yaşama ilişkin tutumları açısından farklılaştığını ortaya koymuştur (Muehlenkamp ve Gutierrez, 2004; Muehlenkamp, 2005). Ayrıca, KZVD ve intihar girişimleri; davranışın arkasındaki niyet, davranışın ölümcüllüğü, kullanılan yöntemler ve davranışın süreğenliği kadar, davranışa neden olan bilişler ve yaygınlığı açısından da farklılıklar göstermektedir (Brown ve ark., 2002; Nock ve Kessler, 2006). Örneğin; Murray ve arkadaşları (2003) tarafından heterojen bir örneklemle yapılan ve "kendine zarar vermenin ne olduğunun" kendine zarar veren katılımcılara sorulduğu bir çalışmada da, katılımcılar KZVD'nin başarısız bir intihar girişimi olmadığını bildirmişlerdir. KZVD ile intihar girişimi arasındaki ilişkide, zarar verme davranışının tipinin/düzeyinin intihar girişimi riskini gösterebileceği düşünülmektedir (Hawton ve ark., 2012). KZVD ve intihar arasındaki ilişkinin ele alındığı araştırmalar sınırlı sayıda olsa da, yukarıda sözü edilen çalışmaların ışığında, KZVD ve intihar girişimlerini aynı boyut üzerinde değerlendirmek yerine, bu iki davranışın birbirinden farklı; ancak ilişkili olabilecek iki yapı olarak değerlendirilmesinin daha uygun olduğu görülmektedir (Karagöz, 2010).

1.1.5. Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevleri

“Peki, intihar niyeti taşımıyorlarsa, insanlar neden kendine zarar vermektedir?” sorusunun pek çok cevabı olabilir. KZVD’yi güdüleyen ve bu davranışların gelecekteki sıklıklarını belirleyen birçok neden ve işlev olduğu düşünülmektedir (Brown ve ark., 2002). Bu konuyla ilgili alanyazındaki araştırmalar, kendine zarar verme davranışlarının hem kişi-içi, hem de kişiler-arası bağlamda birçok işleve sahip olduğuna işaret etmektedir (Klonsky, 2007b). Bu işlevler Çizelge 1.1’de özetlenmektedir (Karagöz, 2010).

Çizelge 1.1. Kendine zarar verme davranışının (KZVD’nin) işlevleri

Kişi-içi İşlevleri	**Kişilerarası İşlevleri**
Duygu düzenleme	Gruba uyum sağlama
Duyum üretme	Özerkliği dışavurma
İntihar dürtüsüne karşı koyma	İntikam alma
Acıyı somutlaştırma	Duygusal zorlukla başa çıkma
Kendini cezalandırma	Heyecan arama
	Sınır oluşturma
	Acı çektiğini gösterme
	Cezalandırılmaktan kaçınma
	Dikkatin kendine yönelmesini sağlama

KZVD’nin kişi-içi işlevlerinin başında *duygu düzenleme* işlevi gelir (Briere ve Gil, 1998; Brown ve ark., 2002; Nock ve Prinstein, 2004; Nock ve Prinstein, 2005; Klonsky ve Glenn 2009; Rissanen ve ark., 2010). Bu bağlamda KZVD akut olumsuz duygulanımları (negative affect) ya da duygulanımsal uyarılmışlık durumunu (affective arousal) yatıştırma işlevi görür.

KZVD *duyum üretimi* de sağlar. Bu davranışlar, bireyin disosiyatif bir yaşantı deneyimlerken, hayatta olduğunu hissetmesini ve gerçeklik hissine yeniden kavuşmasını

sağlayacak fiziksel ve duygusal bir uyarım yaratma ihtiyacını giderir (Brown ve ark., 2002; Klonsky ve Glenn, 2009; Rissanen ve ark., 2010).

KZVD *intihar dürtüsüne karşı koymayı kolaylaştırır.* Bunu, intihar düşüncelerinin ölüm riski olmadan dışa vurulmasını sağlayarak ve de intihar girişiminde bulunma dürtüsünün yerine geçerek gerçekleştirir (Suyemoto, 1998; Klonsky ve Glenn, 2009).

KZVD *acı verici bir psikolojik yaşantıyı somutlaştırır* ve *kendini cezalandırma* yöntemi olarak da kullanılabilir. Kendine zarar veren bireyler, olumsuz duygulanımlar deneyimlendiğinde, içinde bulundukları olumsuz durumun fiziksel bir sembolünü yaratmak amacıyla kendilerine zarar verebilmekte (Klonsky ve Glenn, 2009), ayrıca kendilerine yönelttikleri öfke sonucunda kendilerine zarar vererek kendi kendilerini cezalandırabilmektedirler.

Çeşitli çalışmalarda, KZVD'nin kişinin zaman zaman yaşadığı travmatik deneyimi hatırlamasıyla yoğun bir anksiyete yaşadığı ve bu anksiyeteyi sona erdirmek için bu davranışta bulunduğu vurgulanmıştır (Favazza, 1992; Langbehn ve Pfohl, 1993).

KZVD'nin kişilerarası işlevleri; *gruba uyum sağlama, özerkliği dışa vurma, diğerlerinden intikam alma, duygusal güçlüğe göre daha kolay başa çıkılabilir fiziksel bir acı yaratma*, *heyecan arama* (Klonsky ve Glenn, 2009; Rissanen ve ark., 2010), *diğerleri ile kendisi arasında bir sınır oluşturma* (Klonsky ve Glenn, 2009), *diğerlerine acı çektiğini gösterme* (Brown ve ark., 2002; Nock ve Prinstein, 2004; Nock ve Prinstein, 2005; Klonsky ve Glenn, 2010;), ve *yeterince dayanıklı olduğunu gösterme* (Klonsky ve Glenn, 2009) *veya cezadan kaçınma ve diğerlerinin dikkatini kendine yönlendirme* (Nock ve Prinstein, 2004) olarak sıralanabilir. Bu işlevler, kendine KZVD'nin; bu davranışı gerçekleştiren kişinin çevresini etkileme ya da manipüle etme

isteğine, kendisi ile diğerleri arasındaki sınırı doğrulama ihtiyacına ve heyecan arayışının doyumuna hizmet ediyor görünmektedir (Suyemoto, 1998).

Klonsky'e (2009) göre, farklı işlevler bir arada ortaya çıkabilir ya da kavramsal olarak binişiklik gösterebilir; ancak bazı işlevler diğerlerinden daha yaygın ya da daha birincil olabilir. Bu nedenle birincil ve ikincil işlevlerin birbirinden ayrılması ve tedavide anlamlı bir zemin oluşturmak amacıyla bu davranışların etiyolojisine ilişkin araştırmaların tasarlanması gereklidir.

Bu amaçla yürütülen ve özbildirim yöntemi kullanan çalışmaların sonuçları; KZVD'nin kişilerarası işlevlerden çok kişi-içi işlevler nedeniyle; özellikle de duygu düzenleme işlevi nedeniyle gerçekleştirildiğini (Nock ve Prinstein, 2004; Klonsky ve Glenn, 2009; Klonsky, 2009) ve kişinin çevresini etkileme, manipüle etme ya da cezalandırma isteği gibi kişilerarası işlevlerin daha çok intiharla ilişkili olduğunu göstermiştir (Brown ve ark., 2002). Ek olarak, psikofizyolojik ölçümlere dayanan deneysel araştırmalar, KZVD'nin öncelikle olumsuz duygulanımda yatışmaya neden olduğunu göstermektedir. KZVD'nin bu özelliği ödüllendirici olduğundan davranışı pekiştirmekte ve davranış uyum bozucu olmasına karşın, olumsuz duygulanımla başa çıkmada etkili bir strateji olarak sürdürülüyor olabilir (Haines ve ark., 1995).

Klonsky (2009), KZVD'nin olumsuz duygulanımı yatıştırma işlevinin; duygulanımın neden olduğu uyarım, davranışın duygulanımda yarattığı değişim miktarı ve davranışın yaşam boyu sıklığı ile ilişkilerini incelemiştir. KZVD'nin öncesinde ve sonrasında ortaya çıkan duygulanım durumlarını değerlendirmek amacıyla bu durumları iki boyut üzerinde gruplamıştır. İlk boyut olan "valans"ta, deneyimlenen duygunun istenirliği *olumlu* ya da *olumsuz* olarak değerlendirilmektedir. Örneğin, mutluluk hoşa giden, istenir ve bu nedenle olumlu bir duyguyken, üzüntü hoşa gitmeyen, istenmeyen ve olumsuz bir duygu olarak değerlendirilmiştir. İkinci boyut olan "uyarım" da ise deneyimlenen duygu, yoğunluğuna göre *yüksek* ya da *düşük* olarak ele alınır. Örneğin,

kaygı ve umutsuzluk duygularının her ikisi de olumsuz olmasına karşın, ilki yüksek uyarıma neden olurken, ikincisi düşük uyarıma neden olmaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, kendine zarar verme davranışları birincil olarak olumsuz duygulanımdaki yatışma ve olumlu duygulanımdaki artışla ilişkilidir.

Duygulanım durumundaki değişim; engellenme, kaygılı olma gibi *olumsuz duygulanım yüksek uyarımın* olduğu durumlarda daha fazladır ve bu durumlar yaşam boyu KZVD'nin sıklığı ile de ilişkilidir.

1.1.6. Risk Etmenleri

Genellikle bir bozukluk ve bir etmen arasındaki ilişki deterministik değildir ve olasılığa dayanır. Bu nedenle risk etmenleri terimi, nedensel etmenler terimine yeğlenmektedir. *Risk etmeni*, ölçülebilir bir değişkendir, bozukluğun öncülü olarak ortaya çıkar ve bozukluğun gelişimi ile yüksek derecede ilişkilidir (Kraemer ve ark., 1997). KZVD etiyolojisinde de birçok risk etmeni tanımlanmaktadır. İzleyen alt bölümde alanyazında ele alınan KZVD ile ilişkili risk etmenleri özetlenmeye çalışılacaktır.

1.1.6.1. Biyolojik Etmenler

KZVD'nin biyolojik temellerine ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu konuya ilişkin bilgilerin büyük bir bölümü, dürtüsellik ve saldırganlık hakkında yürütülen çalışmalardan gelmektedir. Bu çalışmalar, kendine zarar vermede serotonerjik ve endojen opiyat sistemlerinin rolüne vurgu yapmaktadır. Özellikle de, düşük serotonin düzeyinin kendine zarar verme ile ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar elde edilmiştir (Favazza, 1996; Grossman ve Siever, 2001). Ancak, diğer çalışmalarda bu ilişkinin varlığına dair kanıtlar elde edilememiştir (Coccaro ve ark., 1990). Serotonin işlevsizliği

hipotezine yönelik en güçlü destek, serotoninin düşük düzeyi ile dürtüsellik, saldırganlık ve intihar eğilimi arasındaki güçlü ilişkiye dayanmaktadır. Ayrıca KZVD'nin tedavisinde serotonin geri alımı inhibitörleri ile sağlanan kısmi başarının da bu hipotezin lehine değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Kendine zarar veren bireylerin bir kısmının kendine zarar verme eylemleri sırasında deneyimledikleri analjeziye (ağrı yitimi) dayanarak endojen opiyat sisteminin de KZVD'de rolü olabileceği ileri sürülmüştür. Endojen opiyatların etkisini tersine çeviren bir ilaç olan naloxone'un KZVD tedavisinde kullanılmasına ilişkin olarak yürütülen çalışmaların sonuçları tutarsızdır. Çalışmaların bir bölümünün sonuçları endonerjik opiyat sistemin rolüne ilişkin hipotezleri desteklemekteyken, bazı çalışmalar bu hipotezi yanlışlar görünmektedir (Russ ve ark., 1994; Roth ve ark., 1996; Grossman ve Siever, 2001).

Yukarıda aktarıldığı gibi olası biyolojik risk etmenlerinin KZVD üzerindeki rolünü ele alan çalışmaların bulguları karmaşık bir tablo oluşturmakta ve bu nedenle, biyolojinin KZVD'de oynadığı rol halen belirsizliğini korumaktadır.

1.1.6.2. Sosyodemografik Etmenler

KZVD ile ilişkili olabileceği düşünülen sosyodemografik etmenlere ilişkin araştırma bulguları tartışmalıdır. Bu davranışlar hemen her yaşta ortaya çıkmakla birlikte, özellikle ergenlerde ve genç yetişkinlerde yüksek oranlarda gözlenmektedir (Briere ve Gil, 1998; Zlotnick ve ark., 1999). KZVD'den ötürü tıbbi tedaviye başvuran hastaların büyük bir bölümünü kadınlar oluşturmaktadır (Kapur ve ark., 2006). KZVD'nin ergen kızlarda erkeklerden daha yüksek oranda olduğu gösterilmiştir (Brunner ve ark., 2007; O'Connor ve ark., 2007b; Plener ve ark., 2007). Bununla birlikte Fliege ve arkadaşları'na (2007) göre genç yetişkinler ve yetişkinlerle yapılan çalışmaların büyük bir bölümünde böyle bir farklılık saptanmamıştır (Akt., Karagöz, 2010). Kapur ve arkadaşları (2006) ise cinsiyetin kendine zarar vermenin tekrarlanmasına da etkisi olmadığını bildirmişlerdir.

Ancak Gratz ve arkadaşları (2002), KZVD'nin risk etmenleri açısından cinsiyet farklılıkları bulunduğunu, bu davranışların etiyolojisine ilişkin çalışmaların, kadınlar ve erkekler için ayrı ayrı yürütülmesi gerektiğini belirtmiştir. KZVD'de gözlenen cinsiyet farklarının, depresyon ve anksiyetedeki cinsiyet farklılıkları ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (Hilt ve ark., 2010b).

KZVD olan bireylerin sosyoekonomik durumunu ve eğitim düzeyini inceleyen araştırmalar az sayıdadır. Bu araştırmalar, işsizliğin ve bir eşe sahip olmamanın tekrarlayıcılığın yordayıcısı olduğunu göstermektedir (Johnston ve ark., 2006; Kapur ve ark., 2006). Ergenlerde, sosyoekonomik düzey düştükçe KZVD'ye başvuranların sayısının arttığı gözlenmiştir (Burrows ve Laflamme, 2010). Ergenlerde kendine zarar verme sıklığının küçük yaşta eğitim sisteminin dışında kalma ve kısıtlı akademik başarı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Fliege ve ark., 2007; Hawton ve ark., 2012). Zlotnick ve arkadaşları (1999), yetişkinlerle yaptıkları çalışmada KZVD olan bireylerin eğitim düzeylerinin KZVD olmayan bireylerden daha düşük olduğunu bildirmiştir.

Aile özellikleriyle ilgili çalışmalarda, ergenlerin erken dönemlerde yalıtım duygusu ya da ayrılık kaygısı yaşamalarının da KZVD'ye neden olduğu belirtilmiştir. Çocuklar, ailenin sıkıntılarla baş etme tarzını ve öfkenin dışa vurumunu içselleştirmekte ve sıkıntılarla karşılaştıklarında bu yöntemleri kullanabilmektedirler (Webb, 2002).

1.1.6.3. Cinsel Kötüye Kullanım ve İhmal

KZVD'de risk etmenlerini değerlendiren birçok araştırmacı, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve KZVD arasındaki ilişkiyi incelemiş ve erken travmatik yaşantıların KZVD'nin gelişiminde önemli bir risk etmeni olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu alanda yürütülen çalışmalar, özellikle çocukluk dönemindeki cinsel kötüye kullanımın yetişkinlikte ortaya çıkan KZVD üzerindeki rolüne vurgu yapmaktadır. Çocuklukta ve

ergenlikte cinsel ve fiziksel kötüye kullanım ile ergenlikte KZVD arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Madge ve ark., 2010; O'Connor ve ark., 2007b). Örneğin; van der Kolk ve arkadaşları (1991), yaptıkları uzunlamasına çalışmada çocukluk çağında maruz kalınan cinsel kötüye kullanımın yetişkinlik döneminde görülen KZVD'nin güçlü bir yordayıcısı ve bu davranışların süreğenliğini belirleyen önemli bir etmen olduğunu göstermiştir. Ayrıca travmanın doğasının ve travmaya maruz kalan kişinin o zamanki yaşının da KZVD'nin şiddeti ve özellikleriyle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Buna göre, erken çocukluk döneminde maruz kalınan cinsel kötüye kullanım, KZVD'nin özel bir biçimi olarak *kendini kesme* davranışının sıklığı ile ilişkili bulunmuştur. Romans ve arkadaşları (1995) da çocukluk dönemindeki cinsel kötüye kullanımın yetişkinlikte ortaya çıkan KZVD'nin sıklığı ve şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermiş, bu bozukluğun gelişiminde cinsel kötüye kullanımın önemli bir etiyolojik etmen olabileceğini ileri sürmüştür. Ayrıca çocukluk döneminde cinsel kötüye kullanıma uğramış ve KZVD olan olguların, yine çocukluğunda cinsel kötüye kullanıma uğramış; ancak KZVD olmayan olgulara göre yetişkin yaşamlarında önemli kişilerarası sorunlar deneyimledikleri ve onları kötüye kullanıma açık hale getiren ilişkilerde bulunmaya daha yatkın oldukları gösterilmiştir. Wonderlich ve arkadaşları (1996) ise çocukluk döneminde cinsel kötüye kullanıma maruz kalmış bireylerdaki KZVD'nin kötüye kullanımla ilişkili olarak yaşadıkları duygusal sıkıntının azalmasına hizmet edebileceği ileri sürmüştür. Cavanaugh (2002), KZVD'yi cinsel kötüye kullanımın dışa vurumu olarak kavramsallaştırırken benzer bir biçimde Noll ve arkadaşları (2003) da cinsel kötüye kullanıma uğramış olan ve KZVD olan bireylerin maruz kaldıkları kötüye kullanımı yeniden canlandırdıklarını öne sürmüştür. Stone (1987) da bu davranışların gelişiminde erkek bir akrabanın uyguladığı cinsel kötüye kullanımın rolüne vurgu yapmıştır. Yates (2004) ise, cinsel kötüye kullanımın ve diğer çocukluk travmalarının, duygusal ve ilişkisel incinebilirliğe yol açarak uyumsal olmayan bir başa çıkma stratejisi olarak KZVD'ye olan gereksinimi ortaya çıkarttığını ileri sürmüştür.

Klonsky ve Moyer (2010), çocukluk dönemindeki cinsel kötüye kullanım öyküsü ve KZVD arasındaki ilişkiyi inceleyen 45 araştırmayı dahil ettikleri meta analiz çalışmasında, çocukluk dönemindeki cinsel kötüye kullanımın bu davranışların gelişiminde ve sürdürülmesinde birincil rolü üstlenemeyeceğini göstermiştir. Buna göre, çocukluk dönemindeki cinsel kötüye kullanım, kendini yaralama davranışındaki değişkenliğin (varyansın) çok küçük bir bölümünü açıklamaktadır. Araştırmacılar, bu iki değişken arasında saptanan güçlü ilişkilerin, aynı psikiyatrik risk etmenleriyle ilişkili oldukları için ortaya çıktığını; bu nedenle çocukluk dönemi cinsel kötüye kullanımının etiyolojik bir etmen olarak değil, yakın bir risk etmeni (proxy risk factor) olarak kavramsallaştırılmasının daha uygun olduğunu savunmaktadır (Akt., Karagöz, 2010).

Türkiye'de klinik dışı örneklemle yürütülen ve çocukluk çağı kötüye kullanımı, ihmali ve KZVD arasındaki ilişkilerin incelendiği araştırmalarda, KZVD olan olgularda arasında diğer çocukluk çağı kötüye kullanım türleri (fiziksel ve duygusal) ve ihmalin, cinsel kötüye kullanıma göre daha yaygın olduğu ve bildirilen cinsel kötüye kullanım öykülerinin büyük bir bölümünü ensest yaşantıların oluşturduğu belirlenmiştir (Zoroğlu ve ark., 2003; Akyüz ve ark., 2005). Ayrıca, Zoroğlu ve arkadaşları (2003) çocukluk dönemindeki duygusal, fiziksel kötüye kullanım, ihmal ve disosiyasyon arasında en zayıf yordayıcının çocukluk dönemindeki cinsel kötüye kullanım olduğunu bildirmiştir.

KZVD'nin çocukluk dönemindeki cinsel kötüye kullanımı dışındaki risk etmenlerine yeterince ilgi gösterilmemiştir (Karagöz, 2010). Bu alandaki görgül araştırmaların kısıtlılığına karşın, kuramsal alanyazın bu davranışların etiyolojisinde diğer risk etmenlerinin de rolü olabileceğini düşündürmektedir. Örneğin, Tantam ve Whittaker (1992) KZVD üzerindeki kuramsal çalışmalarında çocukluk dönemindeki cinsel kötüye kullanımdan çok patolojik aile ilişkilerinin oluşturduğu bağlamın birey için bir risk etmeni oluşturduğunu ileri sürmüştür. Benzer biçimde çocukluk dönemindeki kötüye kullanımın, ihmalin ve güvensiz bağlanmanın etkileşim içerisinde KZVD'nin gelişimini belirlediğini ileri sürülmüştür (van der Kolk ve ark., 1991). Çeşitli çalışmalarda, ailedeki boşanma gibi durumların ve yetersiz (maladaptive) ebeveynliğin

de KZVD ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Fergusson ve Lynskey, 1995; Johnson ve ark., 2002; O'Connor ve ark., 2007). Son olarak Linehan'ın (1993) değersizleştiren (invalidated) çevre ve bu çevrenin Sınır Kişilik Bozukluğu ve KZVD'nin gelişimindeki rolüne ilişkin kavramsallaştırması, fiziksel ve cinsel kötüye kullanımın yanı sıra, bir risk etmeni olarak duygusal ihmalin de potansiyel önemine dikkat çekmektedir. Görüldüğü gibi, kuramsal alanyazın, aile sistemi içerisinde yer alan çocukluk çağı yaşantılarının ve bakım veren kişi ya da kişilerle ilişkilerin KZVD ile güçlü bir ilişki içerisinde olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, KZVD'de risk etmenlerini değerlendiren araştırmalarda, çocukluk dönemindeki bağlanma stillerinin ele alınması gerekliliğini gündeme getirmiştir.

Duygusal kötüye kullanım ve ihmal, çocuğun duygusal ve zihinsel iyilik halini tehdit edecek boyuttaki sözel tehditlerin aşırı kullanımını, çocukla ilişkili küçük düşürücü ve aşağılayıcı yorumların yapılmasını içermektedir. *İhmal* ise, çocuğun fiziksel bakımının (beslenme, güvenlik, eğitim, tıbbi bakım vb.) ya da duygusal bakımının yeterli olmamasına (bağlanma ilişkisi kurmada başarısızlık; şefkat, sevgi, destek, teşvik ya da ilginin yokluğu vb.) karşılık gelmektedir (Zoroğlu ve ark., 2003). Bu değişkenleri ele alan araştırmalar cinsel kötüye kullanıma odaklanan araştırmalara göre sayıca yetersiz olmakla birlikte, önemli kanıtlar sunmaktadır. Örneğin; Glassman ve arkadaşları (2007) duygusal kötüye kullanımın ve fiziksel ihmalin kendine zarar verme ile güçlü bir ilişki gösterdiğini saptamıştır. Daha önce de söz edildiği gibi, Zoroğlu ve arkadaşları (2003) da benzer bulguları bildirmiştir: KZVD sırasıyla ihmal ve duygusal kötüye kullanım ile cinsel kötüye kullanıma göre daha güçlü bir ilişki göstermiştir. KZVD olan erkekler, normal erkeklerle karşılaştırıldığında daha fazla duygusal ihmal yaşantısı bildirmiştir (Gratz ve Chapman, 2007). Ancak burada yine, bu erkeklerin bağlanma stillerinden söz edilmemiştir. Rhesus maymunlarıyla yapılan uzunlamasına bir araştırmada izole edilen genç Rhesus maymunlarının kendilerini ısırdığı, kafalarını yumrukladığı ve sert zeminlere vurduğunun gözlenmesi, bakım verenle kurulan ilişkinin bir risk etmeni olarak önemine işaret etmektedir (Davenport ve ark., 2008). Benzer

biçimde, Gratz ve arkdaşları (2002) da çocukluk döneminde bakım veren kişiden ayrılmanın (childhood seperation), erkeklerde KZVD'nin en güçlü yordayıcısı olduğunu bildirmiştir. Ayrıca KZVD'nin birincil olarak çatışma, suçluluk ve süperego baskısı ile ilişkili olmadığını, ancak saldırgan bir bakım veren ile acı dolu yaşantılardan kaynaklanan primitif davranış örüntüleri olduğunu kuramsal olarak ileri sürülmektedir (Simpson ve Porter, 1981).

1.2. Bağlanma Kuramı

Bowlby (1973) bağlanmayı, insanların kendileri için önemli gördükleri kişilere karşı geliştirdikleri güçlü duygusal bağlar olarak tanımlamaktadır. Duygusal bağ kurma eğilimi ve gereksinimi, yeni doğanların yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli ve gelişimsel açıdan işlevsel olan bağlanma sistemini ifade eder.

Maccoby ve Masters'a (1970) göre Bowlby, bağımlılık (dependency) kavramıyla bağlanma kavramını birbirinden ayırmaktadır. Bağımlılık, kişinin fiziksel gereksinimleri için bir başkasına güvenmesidir. Bebek, yaşamının ilk haftalarında annesine bağımlıdır ancak annesine halen bağlanmamıştır. Bağlanmada yakınlık bozulduğunda diğer bir insanla ya da kişilerle yakınlığın korunması söz konusudur. Ayrıca bir davranışın bağlanma statüsünde yer alması için bağlanma örüntüsünün bir ya da daha fazla özel kişi ya da kişilere sahip olması gerekir ve bir durum karşısında bağlanılan kişiye verilen tepkinin diğer kişilere verilen tepkiden farklı olması gerekir (Akt., Dinçel, 2006). Bowlby'nin bağlanma kuramı; etiyoloji, nesne ilişkileri ve psikodinamik yaklaşımlar üzerine kurulmuş bir kişilik gelişim kuramıdır (Bretherton, 2000). Bowlby'e göre insanlar evrim süreci içerisinde güçlü anne-bebek bağlanmasına programlanmıştır (Liebert ve ark., 1977). Bowlby'e (1973) göre bağlanma sistemi, bebeğin ona bakan kişiye yakın olmasını ve çocuğun dışarıdan gelebilecek tehlikelere karşı korunmasını sağlar. Bakıcı ile kurulacak yakınlığın korunması, bağlanma sistemi içindeki en temel hedeftir ve bu sayede bebeğe güven içinde gelişebileceği bir alan sağlar. Yakınlık

bebeğin çevresini keşfetmede kullanabileceği ve tehlike anında korunabileceği bir sığınak işlevi görür.

Bağlanma, çocukla bakıcısı arasında gözlenen dört davranış biçimiyle tanımlanır: (i) yakınlığı arama ve koruma, (ii) ayrılığı protesto etme, (iii) keşfetme etkinlikleri için bakıcıyı güvenli bir üs olarak kullanma, (iv) destek ve güvenlik amacıyla bakıcıyı sağlam bir sığınak olarak kullanma (Hazan ve Shaver, 1994).

Bowlby'e (1973) göre bakıcıyla tekrarlanan günlük deneyimler çocuğun gelişiminde bakıcının içsel temsillerini oluşturur. Bakıcının çocuğa verdiği tepkiler ve onun yakınlık isteğine karşı sergilediği davranışlar bilişsel temsiller olarak kodlanır. Bowlby'nin kuramında bilişsel temsiller içsel çalışan modeller (internal working models) olarak adlandırılmıştır. İçsel çalışan modeller Bowlby'nin kuramının temelini oluşturur. Kendisi ve başkalarına ilişkin bilişten oluşan içsel çalışan modeller bakıcının tepkileri ile ilişkilidir. Çocuk ihtiyacı olduğunda bakıcısından gereken desteği ve olumlu tepkiyi görürse bakıcısının ulaşılabilir, güvenilir ve destekleyici olduğuna ilişkin bilişsel temsiller geliştirir. Tersi durumda ise -çocuğun bakıcısı çocuğun gereksinimlerine duyarsız ya da bunlarla uyuşmayan tepkilerle karşılık verdiğinde-, çocuk bağlanma figürünü reddedici, kendini de sevilmeye ve desteklenmeye değmez biri olarak kodlar. Bowlby'e (1973) göre benlik değeri ve benlik güveni, yapıcı ve destekleyici aile çevresinden köken alır.

Bowlby'nin bağlanma kuramını Ainsworth genişletmiştir. Ainsworth laboratuar koşullarında bebeğin bakıcısından ayrılmasına ve tekrar birleşmesine verdiği tepkileri incelemiştir.

Ainsworth duygusal bağlarla sosyal ilişkileri birbirinden ayırmıştır. Ainsworth'a (1989) göre, duygusal bağlar üç yönüyle sosyal ilişkilerden (relationship) farklıdır:

1- Duygusal ilişkiler, sosyal ilişkilerden daha uzun ömürlüdür.

2- Sosyal ilişki karşılıklıdır. Duygusal bağlar ise bireyin özellikleridir ve bireyin içsel örgütlenmesinde temsillerin varlığını gerektirir.

3- Sosyal ilişkinin doğası, iki birey arasındaki toplam ilişki tarihinden oluşur. Bu ilişki değişime eğilimlidir.

Sosyal ilişki birçok kategoriyi içerir. Bundan dolayı, sosyal ilişki birçok öğeyi içerir ve bazı sosyal ilişkiler bağlanma ya da duygusal bağlanma türünü oluşturan öğelerle ilişkisizdir. Ainsworth'a (1989) göre bağlanma, duygusal bağdır ve bundan dolayı bağlanma figürü, başka bir bağlanma figürüyle asla tamamıyla değiştirilemez. Ainsworth ve arkadaşları güvenli ve güvensiz bağlanma arasındaki farklılıkları ortaya koymak amacıyla laboratuar koşullarında 12-24 aylık çocukları gözlemlemiştir. Bu çalışmalar çocukların bilmedikleri bir ortamda, keşif deneyimi sırasında bakıcılarını güvenli üs olarak ne derece kullandıklarını, ortamdaki bir yabancının yakınlık çabalarına nasıl tepki verdiklerini ve yabancı bir ortamda bakıcının yokluğundan kaynaklanan kaygıyla nasıl baş edebildiklerini incelemeye yönelik üç bölümden oluşur. Ainsworth ve arkadaşları bu çalışmanın sonuçlarına dayanarak çocukların bağlanma stillerini üçe ayırmıştır:

Güvenli (Secure) bağlanmanın görüldüğü çocuklar, bakıcıları ile istekli bir biçimde ortamı keşif çabasına başlamıştır. Bakıcının yokluğunda çok az kaygı tepkisi göstermişler, bakıcının ortama dönmesi üzerine onlarla yakın temas kurmak istemişler ve temas sonucunda kızgınlık göstermeksizin yatışmışlar daha sonra ortamı araştırmaya geri dönmüşlerdir.

Kaygılı- Kararsız (Anxious-Ambivalant) bağlanmanın görüldüğü çocuklar, bakıcılarının varlığında sınırlı keşif davranışı ortaya koymuşlardır. Bakıcılarının

yokluğunda oldukça kaygılanmışlar, dönüşü üzerine de kolay yatışmamışlar ve bakıcılarına karşı yakınlık ve temas isteğine eşlik eden kızgınlık ve direnç içeren ikilemli tepkilerde bulunmuşlardır.

Kaçınan (Avoidant) bağlanmanın görüldüğü çocuklar, bakıcılarından ayrı oldukları sürece çok az stres belirtisi göstermişler, bakıcıları ile yakınlığı reddetmişler, Onlarla bir araya geldiklerinde bakıcılarından uzaklaşmışlar ve dikkatlerini ortama yöneltmişlerdir (Ainsworth, 1989; Hazan ve Shaver, 1990; Cassidy ve Berlin, 1994; Bretherton, 2000).

Bowlby (1973), ilk yaşlarda oluşan bilişsel modellerin pek fazla değişime uğramadan yaşamın daha sonraki dönemlerine aktarıldığını ileri sürmektedir. Ainsworth ve arkadaşlarının ortaya koydukları bebeklikteki bağlanma stillerinin yaşamın daha sonraki dönemlerine aktarıldığını destekleyen araştırmalar yapılmıştır (Davilla ve ark., 1997).

1.2.1. Ergenlik Döneminde Bağlanma

Bağlanma, ergenlik döneminde ergenin yeni durumlarla baş etmesinde temel rol oynar. Bağlanma bakış açısından ergenlik bir geçiş dönemidir. Bu dönemin başında ergen ilk bağlanma figürü olan bakıcısına daha az bağımlı olmak için büyük çaba harcar. Ergenlik dönemiyle birlikte, mantıksal ve soyut düşünme yeteneklerini içeren formal düşünce yeteneği gelişir. Formal düşünce ergenlerin anne babalarını ve bağlanma deneyimlerini çocukluk döneminden farklı bir biçimde değerlendirmelerini sağlar (Allen ve Land, 1999). Ergenlik aynı zamanda, ben ve diğerleri arasındaki ayrımlaştırmayı yapmada büyük ilerlemenin olduğu bir dönemdir. Bu ayrımlaştırma, -ergenin bakıcılarıyla olan ilişkisinden farklı olan- daha tutarlı bir benliğin oluşmasını sağlar. Bu benlik, çocuklukta baskın olan ilişkilerde eylem odaklı benlik görünüşünden farklıdır. Çocukluk döneminde

bağlanma ilişkisi tek yönlüdür. Çocuk, bağlanma figürünün bakım ve ilgisine gereksinim duyar. Ergenlik dönemi, ilişkilerde karşılıklılık ilkesinin geçerli olduğu ve ergenin de başkaları için güvenli bir üs olmaya başladığı dönemdir (Allen ve Land, 1999). Ergen özerkliğini kazanmaya çalışırken, ergenin diğer kişilerle olan ilişkilerinde aile ve ailesel ilişkilerin etkisi hala sürmektedir. Ailedeki güvenli çevre ve güvenli duygusal ilişkiler, ergenin yüksek benlik saygısına sahip olmasını sağlar. Anne ve baba ile olumlu duygusal ilişkiler, ergenin diğer kişilerle olumlu ve yakın yeni ilişkiler kurmasına yardımcı olur. Anne babayla güvenli ilişkiler kuramamış ergenler, kendilerini daha az sevilmeye değer gördüklerinden diğer insanlarla ilişki kurmakta zorlanırlar. Bundan dolayı ilk bağlanma stilleri, ergenlik dönemindeki ilişkilerde ilişkinin niteliğini belirler (Allen ve ark., 1994).

Trinke ve Bartholomew (1997) romantik ilişkisi bulunan ergenlerin bağlanma figürü sıralamasına bakıldığında birinci sırayı romantik ilişkide oldukları kişi, daha sonra da anne, baba, kardeşler ve en iyi arkadaşlarının aldığını belirtmiştir. Romantik ilişkisi olmayan ergenlerde ise bu sıra, bir sıra kayarak anne, baba, kardeşler ve en iyi arkadaşlar olmaktadır. Bu sıralamanın yaşla bir bağlantısı olmadığı belirlenmiştir. Trinke ve Bartholomew' in (1997) bu bulgusu, ana babanın güvenli üs olarak işlevlerinin ortadan kalkmadığını, ancak bu rolü ergenin bakış açısından başkalarıyla özelikle romantik ilişkideki diğer kişiyle paylaştıklarını gösterir. Bu bulgu, Hazan ve Shaver'in (1994) çocukluktaki bağlanmaların yetişkinliğe taşındığı düşüncesini de doğrulamaktadır.

Çalışmalar, ergenin farklı bağlanma stilleri ve bunun ergenin ilişkilerine ve psikososyal gelişimine etkilerine dair kanıtlar sağlamıştır. Güvenli bağlanan bireyler diğer kişilerle olumlu ilişkiler kurarlar. Bu bireylerin benlik saygıları da güvensiz bağlanan bireylerden daha yüksektir (Mikulincer ve ark., 1990; Brenan ve Morris, 1997).

1.2.2. Ergenlik Tanımları

Yavuzer'e (1993) göre ergen sözcüğü Batı alanyazınındaki "adolescent" karşılığı olarak kullanılmaktadır. Latincede büyümek, olgunlaşmak anlamında kullanılan "adolescere" fiilinin kökünden gelmekte olan bu sözcük, yapısı gereği bir duruma değil, bir sürece işaret etmektedir (Akt.; Dinçel, 2006).

Dacey ve Travers'e (1996) göre ergenlikle ilgili sorunlar yazılı tarihin başlangıcından bu yana ana babaları, eğitimcileri, felsefecileri ve sosyal bilimcilerin ilgi alanındadır. Yüzyıllar boyunca gençliğin, büyük bocalamalar ve fırtınalarla dolu olduğu düşünülmüş ve pek çok görüş ileri sürülmüştür. Sokrates, gençlerin lüksü sevdiklerini, kötü davranışlara sahip olduklarını, otoriteyi küçümsediklerini ifade ederken; Platon, gençliği ruhsal sarhoşluk olarak tanımlamış, Aristo ise, gençlerin değişkenliğine değinmiş ve gençleri mantıksız, dürtüsel, tutkularına yenilen, eleştiri kabul etmeyen yaratıklar olarak tanımlamıştır (Akt.; Dinçel, 2006).

Bu ifadeler, erişkinlerin ergenleri tanımlayışının iki bin beş yüz yıl önce de bugünkünden çok farklı olmadığını göstermektedir. Günümüzde, ergenlik hakkındaki bilgimiz iki bin yıl önce ifade edilenlerden çok daha farklıdır. Özellikle yiminci yüz yılın başından itibaren ergenler hakkında yapılan çalışmalar hızla artmaya başlamıştır. Ergenlik dönemi ile ilgili ilk bilimsel çalışma 1904 yılında yayınlanan G. Stanley Hall'ın "Adolescence" kitabıdır (Ekşi, 1990). Hall, Darwin'in evrim kuramından etkilenmiştir. Hall'a göre ergenlik, yeniden doğuş dönemidir ve insanlığın uygarlığa ilk geçişte yaşadığı sıkıntıların, her bir birey için yeniden yaşantılandığı bir dönemdir. Ergenlik dönemindeki bireyin bir takım tepkileri ile insani değerler çatışır ve bunun sonucunda stres yaşanır. Bu nedenle Hall, ergenlik dönemini "fırtına ve stres" dönemi olarak nitelemiştir. Bu çatışma, ergenlik döneminde her insanda yeniden yaşanır (Ekşi, 1990; Özbay ve Öztürk, 1992; Kulaksızoğlu, 1998).

Ergenliğin stresli ve fırtınalı bir dönem olduğunu destekleyen Rutter ve arkadaşları (1976) da ergenin sessiz bir çalkantı içinde olduğu görüşündedir. Bu görüşe göre; ergen kendi iç dünyasında, dışarıya yansımayan, ebeveyn ya da öğretmenlerin fark etmediği, öznel bazı duygusal rahatsızlıklar ve sosyal kuşkular yaşamakta, bununla birlikte sosyal ya da akademik alanlarda işlev bozukluğu yaşamamaktadır (Akt.; Dinçel, 2006).

Parman (1998), ergenliğin büyümek ve değişmek olduğunu ifade ederken, bunun bir başkalaşma olduğunu ve Fransız psikiyatrist ve psikanalist Françoise Dolto'nun, görüşünden hareketle, ergenliği ikinci doğum olarak tanımlar. Doğum, fetüs halinden bebek haline geçişi, ergenlik de çocukluktan erişkinliğe geçişi ifade eder (Akt.; Dinçel 2006).

Kulaksızoğlu' na (1998) göre, ergenlik; insanda bedence büyümenin, hormonal, cinsel, sosyal, duygusal, kişisel ve zihinsel değişme ve gelişmelerin olduğu, buluğla başlayan ve bedence büyümenin sona ermesiyle sonlandığı düşünülen özgül bir evredir.

Gençlik dönemi olarak da ifade edilebilen ergenlik, bireyin biyolojik ve duygusal süreçlerindeki değişikliklerle başlar, cinsel ve biyolojik olgunluğa doğru yol alması ile sürer. Bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı bir zamanda tamamlanır. Kronolojik şekilde süren ergenlik, normal bir gelişim ve değişim dönemidir (Özbay ve Öztürk, 1992). Atabek'e (2002) göre ergen olmak, çocuk olmaktan, çocuk yapabilir olmaya geçiş dönemidir.

Psikolojik açıdan yapılan başka bir ergenlik tanımı da; kişinin davranışlarında ve bilişsel yeteneklerinde meydana gelen değişiklikler dönemidir (Papalia ve ark., 1998). Milli Eğitim Bakanlığı'na göre gençlik, "buluğ çağına girme ile başlayan biyopsikolojik açıdan çocukluğun sona erdiği ve toplum hayatında sorumluluk alma dönemi olan, genç yetişkinliğin başladığı dönem olarak nitelendirilen 12-24 yaşları arasındaki grubu

tanımlar" (Ünver ve ark., 1986). "United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization" (UNESCO) tanımına göre genç, öğrenim yapan ve hayatını kazanmak için çalışmayan ve evi olmayan insandır. Gençlik çağının başlangıcı ve sonu ile ilgili olarak ileri sürülen yaş sınırlamaları da birbirinden farklıdır. UNESCO'nun tanımlamasında gençlik çağı, 15-25 yaşları arasında gösterilmektedir. (Kulaksızoğlu, 1998).

Adams'a (1995) göre çocuk, ailesinin gözetimine ve korumasına daha az gereksinim duymaya başladığında, fizyolojik ve hormonal gelişimi yetişkin düzeyine yaklaştığında ve fizyolojik olgunluk çocuğu toplumda sorumluluk yüklenmeye zorladığında, ergenlik başlamıştır (Akt.; Dinçel, 2006). Ergenlik döneminin gelişimsel özelliklerini değerlendiren birçok çalışma olmasına karşın, bu dönemin temel özellikleri ve yaş sınırları gibi konularda çok farklı görüşler bulunmaktadır. Normal ergen için birbirinden son derece farklı tanımlar verilebilmektedir. Bu tanımların bir ucunda ergenin psikolojik problem yaşamasının normal olduğunu savunanlar ile kendisinde bir rahatsızlık hissetmeyen, çevresiyle ve ailesi ile ilişkilerinde sorun yaşamayan ergenin anormal kabul edilmesi gerektiğini savunan görüşler yer almaktadır. Diğer uçta ise çeşitli çalışmalarında ortaya koyduğu, ortalama bir ergenin psikopatolojiden tamamen uzak, gelişimsel görevlerini başarı ile tamamlamış, duygularını esnek bir biçimde yaşayabilen, çatışmalarına akılcı çözümler bulabilen, yetişkinlerle iyi ilişkiler sürdüren, normlar ve değerlerden haberdar olan birey olduğu görüşü vardır (Çuhadaroğlu ve ark., 2004).

1.2.3. Ergenlik Kuramları

Ergenlik dönemindeki değişiklik ve süreçlerin ne olduğu, neden ortaya çıktığı ve nasıl geliştiğini inceleyen birçok yaklaşım, kuram ve araştırma bulunmaktadır. Aşağıda ele

alınacak kuramların birbirine uygun düşen ve birbirini tamamlayan yönleri olduğu gibi, tamamen birbirine zıt düşen yönleri de vardır (Dinçel, 2006).

1.2.3.1. Özünü Yenileme Kuramı: G. Stanley Hall

G. S. Hall (1844-1924) ergen psikolojisinin babası olarak bilinir. C. Darwin'in evrim konusundaki görüşlerinden yola çıkarak ergen gelişimi üzerine psikolojik bir kuram geliştirmiştir. Hall, ergenlik karmaşası kavramını psikolojiye kazandıran bilim adamıdır. Hall'ın bakış açısına göre, çocukluğun çeşitli evreleri insan evriminin çeşitli dönemlerine karşılık gelmektedir (Akt.; Dinçel, 2006). Her bir insanın yaşam sürecindeki gelişmesi, türün evrim içindeki gelişiminin bir tekrarıdır, bu durum ergenlik için de geçerlidir. Hall, ergenliğin insanın yaşam döngüsünde önemli bir dönem olduğu sonucuna varmıştır. Ona göre insan; bencil güdüleri, ihtiyaçları ve hayatta kalma kaygılarıyla hayvanlar aleminin bir üyesi olarak doğar. Ergenlik sırasında ise sosyal sorumlulukları, hakları ve başkalarıyla ilgili endişeleriyle uygar bir ırkın üyesi olarak "yeniden doğar". Uygar insanın başkalarını düşünme, adalet, sosyal refah gibi idealleri, kendini düşünmesinin önüne geçerken yaşanan iç çatışma -yani kişisel gereksinimler ve sosyal iyilik arasındaki bu içsel mücadele- ise fırtına ve strese yol açar (Gallatin, 1995; Adams, 2000; Berzonsky, 2000). Hall, ergenlikte şiddetli ruh hali değişimleri olduğunu vurgulamıştır. Ergenin, enerji ve coşkuya karşı kayıtsızlık ve sıkılma; neşe ve kahkahaya karşı hüzün ve melankoli, kibirlilik ve övünmeye karşı aşağılanma ve utangaçlık, duyarlılığa karşı vurdumduymazlık, şefkatliliğe karşı acımasızlık gibi çelişkili eğilimler sergilediğini belirtmiş ve bunun önemini vurgulamıştır. Ergenliğin sözü edilen karakteristik özellikleri; duygusal karışıklıklar, yoğun stres ve sıkıntıya neden olmaktadır (Dacey ve Kenny, 1994; Adams, 2000).

Hall'ın ergenlik dönemine ilişkin en önemli katkısı, ergenliği bireyselliğin geliştirildiği bir dönem olarak değerlendirmesidir. Ona göre yeniyetmelik yılları, fırtınalı ve stresli olabilir, ancak bunlar bireyin yeniden yapılanmasını sağlamaya da yardım eder (Gallatin, 1995). Ancak, Hall'ın insan gelişimi ile evrimi arasında ilişki kurma konusundaki ısrarı ve bilgi birikimini organize ederek ortaya koyamaması, kuramına ciddi eleştiriler getirilmesine neden olmuştur (Kulaksızoğlu, 1998). Bugün psikologların çoğu bu kuramda insanın sosyal gelişiminin; yanlış, ama ilginç bir resmi olduğu ve ergenliğin resmini doğru yansıtmadığı görüşündedir. Hall, sadece Amerikan kültürüne baktığı ve kültür içinde yaşayan bireylerin çoğu aynı şekilde geliştiği için, bu benzerlikten genlerin sorumlu olduğuna dair hatalı bir görüş geliştirmiştir. Daha sonra başka kültürlerde yapılan çalışmalar, gelişimsel örüntüler arasında büyük farklar olduğunu göstermiştir (Dacey ve Kenny, 1994).

1.2.3.2. Psikoanalitik Kuram: Sigmund Freud, Anna Freud

Psikoanalitik kuram, temel olarak insanın çocukluk dönemini ele alıp ergenliğe ikinci derecede önem vermiştir. Klasik psikoanalitik kuram, çocukluğun yetişkin kişiliğinde oynadığı rolü temel almakta, ergenlik sırasında kişilikte çok az değişiklik yaşandığını varsaymaktadır. Sigmund Freud'un kızı Anna ve diğer Yeni-Freudcular klasik psikoanalitik kuramın ilkelerini geliştirmiş ve bunları ergenlik sırasında gerçekleşen gelişim ve değişimlere uygulamıştır (Adams, 2000). Ancak, bu kuramın kurucusu Sigmund Freud'un (1856-1939) çocukluk dönemine bakışını bilmeden Freud'cuların ergenlik dönemini ele alışını anlamak olanaksızdır.

Psikoanalitik kuramın gelişimsel aşamalarının ilki oral dönem (doğum-1-1.5 yaş), bu dönemi takip eden anal dönem (1.5-3 yaş sonu), ardından fallik dönem (üç yaş civarı) ve gizil (latent) dönemdir (5-6 yaşından 12 yaşına kadar) (Kulaksızoğlu, 1998). Ergenlik dönemini içine alan gelişimsel dönemlerinin sonuncusu ise genital evredir. Bu dönem buluğun başladığı 11-13 yaşlarından genç yetişkinlik dönemine kadar sürer.

Ergenlik döneminde, çocuğun fizyolojik olgunluğa erişmesi ve bazı hormonların etkinliğinin artması ile cinsel nitelikli olanlar başta olmak üzere, çeşitli dürtülerin gücü artar. Bu yoğunlaşma, önceki gelişim dönemlerindeki çatışmanın yeniden yaşanmasına neden olur (Geçtan, 1995). Ergenler bu dönemde karşı cinsten arkadaşlarıyla daha fazla ilgilenmeye başlarlar. Bu arkadaşlar çoğunlukla fiziksel ya da zihinsel olarak ergenin ebeveynini andırır. Bu yeni ilişkilerin yoğunluğu yüzünden ergenler, görüntü ve düşünceleri dahil, kendileriyle yoğun olarak ilgilenmeye başlayarak "narsist" olmaya eğilim gösterirler. Kendilerini düşünürler ve herhangi bir eleştiri karşısında çok savunmacı olurlar. Bunun nedeni, bu yeni dönemde başkalarının gözündeki imajlarının onlar için çok önemli olmasıdır. Bu yüzden, iki Freud'un da söylediği gibi, savunma mekanizmalarının bu süre zarfında artması olasıdır. Ancak kişinin kendi içine bakmasının olumlu etkileri de bu dönemde görülür. Ergenler kademeli olarak, benlik duygusunu yeniden düzenlemeye başlarlar, ergenliğin diğer aşamalarına gelindikçe, daha fazla özsaygı ve daha net bir kimlik edinmeyi başarırlar (Dacey ve Kenny, 1994). Bu dönemin amacı, ergenin ebeveyne olan bağımlılığından kurtulup, aile dışındaki karşı cinsten kişilerle olgun ilişkiler kurabilmesini öğrenmeye yöneliktir. Karşı cinse ilginin yanı sıra toplumsallaşma, grup etkinliklerine katılma, meslek seçimine ilişkin tasarılar ve evlenme isteği belirir (Geçtan, 1995).

Ergenin bu dönemdeki en önemli çabalarından biri de, toplumun onayladığı değer yargılarına uygun varsayımlar geliştirmektir. Doğru-yanlış kavramları, kendini denetleyebilme mekanizmaları, kadın ya da erkek rolünü benimseme, seçim yapabilme ve karar verme gibi becerileri bu dönemde yaptığı denemelerle kazanmaya çalışır. Bu dönemi sağlıklı olarak atlatan ergen yetişkinliğe sağlam bir adım atmış olur (Geçtan, 1995).

Psikoanalitik kurama göre ergenlik geçici bir rol kararsızlığı dönemidir. Çeşitli roller, düşünceler, idealler ve değerler denenir, benimsenir, sonra terk edilir ve yenileri aranır. Bazen yıkıcılığa kadar varabilen kararlı bir bağımsızlık, diğer bir an bebeksi bir

bağımlılık gösteren ergen sürekli bir ileriye, bir geriye gider gelir. Bu dönemin çözülemeyen problemleri kimlik problemi olarak karşımıza çıkar (Geçtan, 1995).

Ergenlik dönemini birinci derecede ele alan, Sigmund Freud'un kızı Anna Freud'dur. A. Freud, erken çocuklukta geçirilen tecrübelerin ergenlikten çok yetişkin kişiliği üzerinde etken olduğuna inanmakla birlikte ergenliğin bazı uyum çabaları ile geçirilen bir dönem olduğunu düşünmektedir (Kulaksızoğlu, 1998). Bu nedenle, A. Freud da Hall gibi, ergenliği fırtına ve stres dönemi olarak tanımlamıştır. Fırtına ve stres sürecinin yokluğu her zaman normal sınırlarda bir ergenlik yaşantılandığı anlamına gelmez. Uysallık ve uyumluluk ebeveynler için uygun olabilir, ancak bu büyüme ve özerklik kurma yönünde isteksizlik anlamına da gelebilir. Elbette aşırı stres ve karmaşa uyumu güçleştirecektir, ancak stresten tamamen arınmış durumlar da uygun olmayabilir (Adams, 2000). Ergenler son derece egoisttirler, diğer yandan kendilerini bir şey ya da bir insan için feda ederler. Seçtikleri bir lidere körü körüne bağlanmakla, otoriteye karşı çıkmak arasında gidip gelirler. Bazen yorulmak bilmeden çalışır, bazen de ilgisiz ve tembel olurlar. A. Freud, gencin bocalamalarını normal kabul etmiş ve bu gel-gitlerin normal içsel gelişime ait uyum işaretleri olarak değerlendirmiştir. Bu kararsızlık döneminin, ergenliğin kaçınılmaz ve gerekli bir bölümü olduğuna inanmakta, bu dönemi yaşamadan gencin olgun bir yetişkin olamayacağını düşünmektedir (Ekşi, 1990; Kulaksızoğlu, 1998; Özbay, 2000).

Bu açıklamalar çerçevesinde Hall'ın ergenlik açıklaması ile Psikoanalitik açıklama arasında belli bir benzerlik olduğu düşünülebilir. Her ikisi de ergenlik döneminin karmaşıklığını açıklarken özünü yineleme ilkesini kullanmaktadır. Ancak, Hall bunu insan evrimindeki kritik bir evrenin tekrarı sonucu oluştuğunu düşünürken, Psikoanalitik kuram ergenlik dönemindeki fırtına ve stresi, erken çocukluk dönemi çatışmalarının yeniden ortaya çıkışına bağlamıştır (Ekşi, 1990; Gallatin, 1995).

1.2.3.3. Antropolojik Yaklaşım: M. Mead, R. Benedict

Bir antropolog olan Margaret Mead (1901-1978) de ergenlik gelişim kuramı oluşturma çalışmaları gerçekleştrimiştir. Mead; yaptığı araştırmaların sonuçlarına dayanarak, ergenlikte yaşanan "fırtına ve stres"in evrensel bir sorun olmadığından söz ederek alanda tartışma başlatmıştır. Mead, yaptığı araştırmada Samoalı kızların ergenlik dönemini sorunsuz ve yumuşak bir biçimde geçirdiklerini gözlemlemiş ve bu sonucu, Samoa'da cinsellikle ilgili tabuların olmamasına ve ergenlerin evlilik öncesi seksten uzak durmalarının beklenmemesine bağlamıştır. Ancak, diğer yandan, ergenlik dönemini stresli geçiren Amerikan gençlerinin durumunu, toplumun gençlerden cinsellikten uzak durmalarını beklemesi ile açıklamıştır. Çünkü Mead'a göre gençlerin uyanan cinsel istekleri toplum kurallarıyla çatışınca stres yaşanmaktadır (Gallatin, 1995).

Özetle Mead'e göre, ergenlerin davranış biçimleri ve sorunları, içinde yaşadıkları ve geliştikleri kültürel şartlara bağlı olarak değişen kavramlardır. Dolayısıyla, ergenlik üzerine bir tek kültürel kuram bulunmamaktadır; her kültür için farklı bir mikro-kuram vardır (Adams, 2000).

M. Mead gibi Ruth Benedict (1887-1948) de bireyin davranışlarının yetiştikleri çevreye büyük ölçüde bağlı olduğunu savunmuştur. Benedict, belirli ergen davranış ve sorunlarının kültürden kültüre farklılık gösterdiğini ortaya koymuş; ergenlikte stresin yoğun yaşandığı kültürlerin ne gibi ortak özellikleri olduğunu ve bu kültürlerin ergenliğin daha sakin ve sorunsuz yaşandığı diğer kültürle ne gibi sistematik farkları olduğunu araştırmıştır. Çalışmada; sosyalleşme, eğitim ve yetiştirme şekli üzerinde odaklanmış; stressiz kültürlerde eğitim ve sosyalleşmenin diğerlerine göre kademeli ve sürekli olduğunu belirlemiştir. Benedict, ergenliğin stresli yaşandığı kültürlerdeki eğitimin, kesintili olma eğilimi gösterdiğini bulmuştur. O da Mead'e benzer şekilde, Amerikan ve Batı kültürlerinde çocuklardan ergenlikleri boyunca çocuk gibi davranmaları istendiğini, sonra aniden yetişkin gibi davranmalarının beklendiğini

saptamıştır. Ona göre, kişinin çocukken yaptıkları ve öğrendikleri ile yetişkinlikte üstlenmesi beklenen rol arasında keskin bir kırılma ya da ayrım vardır. Daha "ilkel" toplumlarda ise, bu süreç daha kademeli ve kesintisiz yaşanmaktadır. Bir genç kız çocukken annesine yardım ederek yetişkinlikte üstleneceği kadın rolü için kademeli bir şekilde hazırlanmaktadır (Dacey ve Kenny, 1994; Adams, 2000).

1.2.3.4. Alan Kuramı: K. Lewin

Lewin'e göre davranış, kişinin çevresi ile etkileşimi sonucu ortaya çıkar. Yaş, zeka, cinsiyet, özel beceriler gibi bir dizi kişisel özellikler yanında, aile, arkadaşlar, yaşanılan çevre gibi çevresel etmenler de davranışa etki eder. Bütün bu etmenler "yaşam alanı" kavramını oluşturur. Bireyin yaşam alanındaki kişisel ve çevresel etmenler sürekli değişmektedir. Değişimlerin çok hızlı oluştuğu zamanlarda birey yoğun stresli bir dönem geçirir ve Lewin'e göre ergenlik de böyle bir dönemdir. Ergenlikteki birey, birdenbire hem bir takım fiziksel değişimle başa çıkmak zorunda kalır, hem de yeni bazı beklenti ve isteklerle karşılaşır. En önemlisi de, gelecekle ilgili bazı hedefler belirlemesinin zamanı gelmiştir (Kulaksızoğlu, 1998). Lewin, ergenlik döneminde bu yaşam alanının bozulduğunu savunmaktadır. Ergenler, çocukluk ile yetişkin dünyası arasında marjinal bir eleman gibi dururlar. Çocuklukta öğrendikleri davranışlar ile yetişkin olarak yapmaları beklenen davranışlar arasında doğrudan ve basit bir bağlantı bulunmamaktadır. Ergenler, yetişkinliğe geçerken, çocukluklarındaki amaç ve değerlerini bırakmaya zorlanırlar ve buna bağlı olarak ortaya çıkacak olan konumsuzluk, yoğun bir çelişki ve stres yaratır (Gallatin, 1995).

1.2.3.5. Kişilerarası Kuram: H. S. Sullivan

Sullivan, kişilerarası ihtiyaçların doyurulması gerekliliği üzerinde durarak, yakınlık, sevgi, güven, eşit ilişki gibi gereksinim örüntüleri tanımlamıştır (Geçtan, 1995). Ayrıca, insanların her şeyden çok aradıkları şeyin güven olduğunu belirtmiş ve güven gereksiniminin "kaygıdan kurtulma"nın bir yolu olduğunu savunmuştur (Gallatin, 1995). Sullivan'a göre kaygının oluşumunda kişilerarası ilişkiler etkilidir. Kaygı, insanın bebeklik döneminde bağımlılık ve çaresizliğinin hemen hemen kaçınılmaz olmasından kaynaklanır. Yani bebek, hayatta kalmak için başkaları ile iletişim kurmak zorundadır. Böylece, fizyolojik gereksinimler kolaylıkla kişilerarası gereksinimlere dönüşür ve bebek, davranışlarını diğer insanlardan gelecek tepkilere göre ayarlamayı öğrenir. Bebeğin ilk iletişim kurduğu kişi anne olduğu için annenin tepkilerindeki değişiklikler bebekte kaygı yaratabilir. Bebek de kaygıdan kaçınmak için annenin olumsuz tepki verdiği davranışlardan sakınmayı öğrenir (Gallatin, 1995). Sullivan göre ergenlik bir "cehennemdir." Bunun nedeni kültürel yapının, ergenlikteki cinsel ilginin karşı cinse yönelmesi konusunda gençleri yeterince hazırlamaması ve hatta engellemesidir (Özbay, 2000).

Sullivan, ergenlik dönemini kişilerarası ilişkilerdeki değişikliklere göre üç dönemde inceler:

Ön ergenlik, kendi cinsinden özel bir kişiye, yakın bir arkadaş-sırdaşa duyulan ilginin belirginleştiği dönemdir. Bu dönem kısa sürmesine karşın, diğer insanlarla gerçek ve yakın ilişkilerin başlaması anlamında büyük önem taşır. Kişi iç dünyasını paylaşabileceği, karşılaştığı sorunlar konusunda destek alabileceği, kendi cinsiyetinden yakın arkadaşlar edinir. Yakın arkadaşlık, ergenin kendisinin başkalarınca nasıl göründüğüne ilişkin ilk ipuçlarını almasını sağlar. Bu da gence olumsuz yönlerini fark edebilme ve değiştirme olanağı sağlar. Ergen bu dönemde sosyal beceriler ve organizasyonlara ilişkin ilk deneyimlerini kazanır. Bu dönemde yakın ilişkiler

kurulamazsa, umutsuzluğun eşlik ettiği yoğun bir yalnızlık içine düşer (Geçtan, 1995; Özbay, 2000).

Erken ergenlik, gerçek cinsel ilginin ortaya çıkışı ile başlar ve cinsel davranışın şekillenişine kadar sürer. Cinsel isteğin karşı cinse yönelmesine karşılık yakın arkadaşlıklar aynı cinsiyetten kişilerle sürdürülür. Bu dönemde toplumun cinselliğe bakışı nedeniyle genç, hissettiği arzu ile ne yapacağını bilemez hale gelir. Diğer kişilerle ilişkileri anlamsızlaşır, yakınlık ve güvenlik gereksinimi ile bağdaşmayan bu duyguyu reddedebilir ya da arzu duyacağı nesnelerle, yalnızlıktan kurtulmak için gereksinim duyacağı nesneleri ayırabilir. Gereksinimin gerektiği gibi ayırt edilememesi, kişide cinsel sapmalara neden olabilir (Özbay ve Öztürk, 1992; Geçtan, 1995).

Geç ergenlik, kişinin görev ve sorumluluklar üstlendiği, cinsel davranışına ilişkin seçimini yaptığı ve bunu yaşamının geri kalan kısmına nasıl yerleştireceğini fark ettiği dönemdir. Bu dönem gencin, diğer insanların yaşama dair görüşlerini ve onların kişilerarası ilişkilerindeki problemlerini ele alış biçimlerini fark etmeye ve değerlendirmeye başladığı, daha fazla eğitim olanağı bulduğu, yaşamdaki yolunu çizdiği, kendi sınırlarını diğer insanlarla karsılaştırarak deneme yanılma yoluyla genişletme olanağını bulduğu bir dönemdir. Kısacası sınırlı deneyimleri ile ortak değerler sistemini bütünleştirdiği, toplumda yerini aldığı dönemdir (Geçtan, 1995; Özbay, 2000).

1.2.3.6. Öğrenme Kuramı: B.R. MC. Candless, A. Bandura

Mc. Candless, sosyal öğrenme kuramının ilkelerini ergenliğe uyarlamaya çalışmıştır. Mc. Candless, insan davranışının dürtüler tarafından yönlendirildiğini savunmakta; hayal kırıklığı, saldırganlık, endişe, merak ve bağımlılık gibi öğrenilmiş ve öğrenilmemiş dürtü ve isteklerin bireyi harekete geçirdiğini düşünmektedir. Deneme

yanılma yoluyla birey, hangi davranışının hangi dürtüsünün sonucu olarak gerçekleşeceğini ve bu davranışının nasıl ve ne yönde devam edeceğini de öğrenmiş olur (Kulaksızoğlu, 1998).

Mc Candless'e göre ergen, daha önce öğrendikleri ile toplumun kendisinden bekledikleri arasında ortaya çıkan durum karşısında çelişki yaşar. Çocuklukta anne baba ya da öğretmenleri tarafından belli bir düzeyde bağımlılık geliştirmesi desteklenen bireyin, ergenlikte özerk ve bağımsız olması beklenmektedir (Gallatin, 1995).

Albert Bandura ise modellemenin kişilik gelişimine olası etkisi üzerinde durmuştur. Bandura, öğrenmenin, gözlemci modelin yanıtlarını taklit etmese ve herhangi bir destek almasa bile başkalarını gözleme yoluyla gerçekleştiğine dair kanıtlar elde etmişlerdir. Bu araştırmacılara göre, ergenler yetişkinlerin yaptığını gördükleri şeyi yaparlar. Bandura'nın varsayımları doğruysa, yetişkinler davranışları yoluyla ergenlerin davranışlarını şekillendirmede bir etken olabilirler. Özetle Bandura, ergen gelişiminin öngörülebilen aşamalarla değil, çevreden gelen sosyal uyarıcıların sonucu olarak meydana geldiğini savunmaktadır (Dacey ve Kenny, 1994).

Bandura ayrıca ergenliğin buhranlı bir dönem olduğu fikrine karşı çıkmaktadır. Ona göre ergenlikte bunalım geçirenler, yeterince toplumsallaşmamış olanlardır. Ergenlik döneminde saldırgan davranışlar sergileyen gençlerin durumu normal büyüme sancısı olarak kabul edilemez; bu gençlere aileleri tarafından uygun eğitim verilmemiştir. Bandura düzenli, istikrarlı, sevecen ailelerden gelen ergenlerin bu dönemi rahat geçirdiklerini belirtmiştir (Kulaksızoğlu, 1998).

Buraya kadar ergenliği fırtına ve stres dönemi olarak değerlendiren kuramcılar ele alınmıştır. Aşağıda ise ergenliği bu kapsam dışında ele alan kuramlara değinilecektir. Bu araştırmacılar, ergenliğin bir uyum süreci olduğu konusunda fikir birliği içindedirler

ve dolayısıyla bu dönemi normal sınırlarda geçiren gençlerin de olduğu varsayılmaktadır.

1.2.3.7. Bireysel Farklılıklar Kuramı: E. Spanger

Spranger kişinin biricikliği kavramını ergenlik gelişim kuramı içine yerleştirmiştir. Buradan yola çıkarak, ergenlik dönemindeki bireyi üç gruba ayırarak değerlendirmiştir. Birinci gruptakiler, fırtına ve stresle başı derde girenlerdir; bu ergenler için çocukluktan yetişkinliğe geçiş son derece zor ve acı vericidir. Bunun yanı sıra; ergenliği hiç zarar görmeden, sakin ve rahat geçiren ergenler de vardır. Üçüncü gruptakiler ise, diğer iki grup arasında yer alır. Bu ergenler ise kendi gelişimlerine doğrudan katılırlar. Bunalım yaşayabilirler ama bununla bilinçli olarak baş edebilir ve üstesinden gelmeye çalışırlar. Ergenlik döneminin niteliği yani ergenin stresli olup olmaması ergenin kişilik yapısına bağlıdır. Offer'ın 1974 ve 1975 yıllarında yaptığı araştırmaların da Spranger'in kuramını destekler nitelikte olduğu belirtilmektedir (Gallatin, 1995; Kulaksızoğlu, 1998).

1.2.3.8. Bilişsel Kuram: J. Piaget

Çocuk ve ergenlerde düşüncenin gelişimi sistematik olarak J. Piaget tarafından incelenmiştir. Ergenlerin bilişsel gelişimine ilişkin bilgilerimiz büyük oranda Piaget'in kuramına dayanmaktadır. Bu kurama göre, bireyler ilk üç evre olan duyu-hareket, işlem öncesi, somut işlemler evrelerini tamamlandıktan sonra, 11-12 yaşlarında soyut (formal-biçimsel) işlemler evresine girerler. Bu kurama göre ergenler son gelişim evresi olan soyut işlemler dönemindedir. Bu dönem, çeşitli seçenekleri değerlendirme ve düşünme yeteneğinin geliştiği dönemdir (12 yaş ve sonrası). Bu dönemde bireyler varsayım kurabilir, mantıksal sonuçlar çıkarabilir, ister somut, ister soyut olarak sunulsun

karmaşık problemleri sistematik olarak çözebilirler (Gander ve Gardiner, 1993; Gallatin, 1995).

Piaget, bilişsel ve entellektüel etkinliği ergenlerin günlük yaşantılarına uyum sağlamaları için bir yol olarak görür. Bilişsel yapılar, insanların dünyayı anlamak için kullandıkları zihinsel birimlerin iç düzenidir. Piaget'ye göre, bilişsel yapılar ergenler geliştikçe sürekli olarak arıtılır, gözden geçirilir ve geliştirilir. Ergenin bilişsel yapısı ne kadar farklılaştırılmış ve bütünleştirilmişse, o kadar etkin ve verimli bir şekilde sorunları çözüp değişen çevresel taleplere uyum sağlayabilir (Adams, 2000).

Soyut işlemler, gerçek olandan olası olana bir vurgu kayması olarak tanımlanmıştır. Soyut düşünce, ya hep ya hiç durumu değildir. Yani birey bir aşamadan bir anda başka bir aşamaya geçmez, değişim yavaşça gerçekleşir. Son yıllarda yapılan araştırmalar soyut düşüncenin 12-13 yaşlarında kazanıldığı görüşünü doğrulamamaktadır. Bu alanda yapılan araştırmalarda ortak görüş, çok küçük bir grubun 16 yaşından önce gelişmiş soyut düşünce aşamasına ulaşabildiği yönündedir. Bu da bize zekanın soyut düşünce gelişimi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, yetişkinlik döneminde bile insanların önemli bölümünün soyut gelişimsel düşünceyi edinemediği saptanmıştır. Bu durum da eğitim düzeyi ile açıklanabilir (Özbay, 2000).

1.2.3.9. Psikososyal Kuram: E. Erikson

Erik Erikson insan gelişimini, genlerle içinde yaşanılan çevre arasındaki etkileşimin bir sonucu olarak görür (Dacey ve Kenny, 1994). Erikson'a göre insan yaşamında sekiz evreden söz etmek mümkündür. Ona göre ergenlik, normatif bir kriz dönemidir. Ergenler bu dönemde, ne olduklarını algılamaya ve aynı zamanda ne olabileceklerini anlamaya başlarlar. Geçmiş deneyimleri bütünleştirme, "ben kimim?" sorusuna yanıt arama, sağlam bir kişisel kimlik duygusuna ulaşma çabası içindedirler. Bu kriz dönemini

geçerek kişiliğinde belli bir bütünlüğe ulaşan ergen, kimlik kazanmıştır. Erikson'a göre kendisi, ilişkileri ve yaşam biçimi gibi konularda çözümsüz ve ilgisiz oluş ise kimlik karmaşasının belirtisidir (Özbay, 2000). Kimlik karmaşasında ergen kendini belli roller ve hedefler karşısında yetersiz ve tanımlanmamış biri olarak algılar. Kimlik duygusunun kazanılması, çocukluktaki sorunların halledilmesi ve yetişkinler dünyasının sorunlarıyla yüz yüze gelebilmeye hazır olmayı gerektirir. Bu çatışmaların çözümü kültürden kültüre değişebildiği gibi kişiden kişiye de değişebilmektedir (Ekşi, 1990).

Her krizi bir sonraki aşamaya geçmeden yaşamış olmak gerekir. Herhangi bir aşamada krizin yetersiz bir şekilde çözülmüş olması, özel bir yardım alınmadığı takdirde, sonraki bütün aşamalarda gelişimin önünü tıkayacaktır (Dacey ve Kenny, 1994). Erikson'un fırtına ve stres konusundaki konumu Hall'inkinden farklıdır. Erikson, Spanger gibi bireyin biricik olduğuna ve hatta aynı kültürde birbirine benzer şekilde gelişim gösteren iki kişinin olmadığını savunduğundan ergenliğin oldukça bireysel bir konu olduğunu ileri sürer. Her toplumda gençler birçok benzer sorunla karşılaşırlar, fakat her biri bu sorunları farklı biçimde çözerler. Bundan dolayı ergenlik sarsıntılı ve çatışmalı olabileceği gibi, sarsıntılı ve çatışmalı olmayabilir (Gallatin, 1995).

Erikson, ergenin "sosyal geçerliliği olan bir kendilik" oluşturmasının önemini vurgular. Yani ergen kendisinin nasıl bir insan olduğuna ilişkin kuramlar geliştirir, bu kuramları dener, değiştirir ya da bu kuramlara uygun davranmaya çalışır. Ergen böylece kendine bakışında giderek bir bütünlük ve süreklilik kazanır (Özbay ve Öztürk, 1992).

Erikson'a göre ergen, kimlik kazanma mücadelesinde başkalarının gözündeki kendisi ile kendi gözündeki kendisini karşılaştırır. Bu dönemin olumlu geçmesi yetişkinliğe de yansıyacak ve bireyin sağlıklı bir yetişkin olarak yaşaması söz konusu olacaktır (Kulaksızoğlu, 1998).

Erikson şu sloganla ergenlik döneminde yaşanılanları özetlemeye çalışmıştır: "Ben olmam gereken gibi değilim, olacağım gibi de değilim, ama daha önce olduğum gibi de değilim" (Özbay, 2000).

1.2.3.10. Benmerkezlilik: L. D. Elkind

Elkind, ergenlikte benmerkezlilik kavramını geliştirmiştir. Ona göre benmerkezlilik, diğer insanların düşüncelerini dikkate alamama yeteneğidir. Kişi kendi düşünceleri ile diğerlerinin ne düşündüğünü birbirinden ayırt etmede aşırı derecede zorlanır. Ergenin aklına bir soru takılmışsa diğer insanların da aynı şeye akıllarının takıldığını varsayar. Elkind bu tip benmerkezliliği "hayali izleyici" kavramı ile adlandırmaktadır. Bu aşamada ergen, tüm gözlerin onun davranışlarını, fiziksel görünümünü ve diğer tavırlarını izlediğine inanır. Bu inanç, ergenlerin bir bölümünde huzursuzluk yaratırken, bir bölümünde kendini kahraman gibi hissetmeye ve abartılı davranışlar sergilemeye neden olabilir. Benmerkezliligin diğer önemli bir yanı da, "kişisel efsane" adını verdiği kavramdır. Ergen, ölümsüzlüğü ya da eşsiz bir insan olduğu ya da diğer insanlardan çok özel bir konuda farklı olduğuna ilişkin inançlar besleyebilir. Genellikle bu inanç biçimi, 16 yaş dolaylarında ortadan kalkar (Özbay ve Öztürk, 1992; Özbay, 2000).

Ergenlik dönemine ilişkin kuram ve görüşlerin büyük bir bölümü ergenlik döneminin sorunlu bir dönem olduğu noktasında birleşmektedir. Ancak araştırma sonuçları bu görüşleri desteklememektedir (Dinçel, 2006). Ergenlikte ortaya çıkan değişikliklerle gencin birer birer başa çıktığını, ergenliğin bu yüzden bir kriz dönemi olmadığını savunan görüşler vardır. Ancak, deneysel verilere dayanan araştırma bulguları, ergenlerin yarısı için bu dönemin potansiyel bir stres dönemi olduğunu desteklemektedir. Bu durum sosyal ve eğitimsel alanda işlev bozukluğu yaratmaz, ancak ergenin kendisine rahatsızlık verir. Bu bocalama olmadan ruhsal gelişme olmayacağı kuramı doğru değildir. Deneysel çalışmaların sonuçları ebeveynleri ile uyumlu ilişkileri

olan, akademik sorunu ve antisosyal davranışları az olan ergenlerin ruh sağlığının da daha iyi olduğu görüşünü desteklemektedir (Özbay, 2000).

1.2.3.11. Psikososyal Gelişimsel Kuram: R. Havighurst

Psikososyal kuram, 1950 ve 60'larda geçmiş bakış açılarına tepki olarak yeni bir kuram olarak doğmuştur. Chicago Üniversite'sinde bir sosyolog olan Robert Havighurst bu kuramın önemli bir temsilcisi olmuştur. Havighurst, hayatın her aşamasında, kişinin ihtiyaçları ile toplumun hedefleri ortasında duran belirli gelişimsel görevler olduğunu söylemiştir. Bu görevleri kişinin yaşamda başarılı olabilmesi için gereken beceri, bilgi, işlev ve tutum olarak tanımlamıştır. Psikoanalitik kuramda olduğu gibi, herhangi bir aşamayı başarılı bir şekilde tamamlayamama sonraki tüm aşamaları etkilemektedir (Dacey ve Kenny, 1994).

Havighurst, ergenlik dönemi için sekiz gelişimsel görev tanımlamıştır (Gander ve Gardiner, 1993; Dacey ve Kenny, 1994):

1. Fiziksel görünüşünü kabul etmek ve bedenini etkili bir şekilde kullanmak,

2. Kadın ya da erkek olarak toplumsal cinsiyet rolünü başarmak,

3. Her iki cinsten yaşıtlarıyla yeni ve olgun ilişkiler kurmak,

4. Anne baba ya da başka yetişkinlerden duygusal olarak bağımsız olmak,

5. Bir meslek seçip bunun için hazırlanmak ve ekonomik özgürlüğe kavuşabilmek,

6. Evlilik ve aile yaşantısına hazırlanmak,

7. Toplumsal olarak sorumlu davranışlar sergilemeyi istemek ve bunu başarmak,

8. Bir ideoloji edinmek ve davranışlarına yol gösterecek bir takım değerleri ve ahlaki sistemi oluşturmak.

Elli yıl kadar önce yazılmış olmasına karşın, Havighurst'ün gelişimsel görev listesi bugünün Batı kültürleri için bugün bile geçerlidir. Araştırmalar, Havighurst'ün kuramını önemli boyutta desteklemiş, eğitimciler ve terapistler başka kültürlerde uygulanırlıkları çok az incelenmiş olsa da düşüncelerini kullanışlı bulmuşlardır (Dacey ve Kenny, 1994).

1.2.3.12. Odaksal Aşama Kuramı: J.H. Coleman

Ergenlik hakkında yıllardır yazan kuramcıların bir ucundaki grupta, ergen yaşamının çeşitli alanlarında meydana gelen beklenmedik ve uç değişimlerden kaynaklanan oldukça önemli bir kesinti dönemi olduğunu düşünen bir grup vardır. Diğer uçta ise ergenliğin hayatın içinde oldukça sıradan bir dönem olduğunu düşünenler yer almaktadır. Her iki ucun da olumlu yanları bulunmakla birlikte, ikisi de gerçek resmi bütün olarak sergileyememektedir. Psikolog John Coleman, ergen gelişimi üzerine Odaksal Aşama Kuramı (1978) adını verdiği bir görüş ileri sürmüştür (Dacey ve Kenny, 1994).

Ergenlik dönemindeki birey, hem psikolojik hem de toplumsal düzenleme ile ilgilenmektedir. Ergen, toplumsal yaşamın kuralları ile bütünleşirken, bu kurallara uyum sağlarken, bir yandan da kendi sistemini de oluşturmaktadır. Bu süreç, başa çıkılması gereken zor bir durumdur. Coleman'a göre ergen, bu durumla baş etmek için odaklanmayı kullanır. Bu aşamada ergen, ilgilenmesi gereken şeyleri sıraya koyar. Bu yöntem, ergenin belirli bir zaman dilimi içinde, belirlenmiş bir konuya yeterli enerji

harcamasını sağlar. Ergen önce bir konuyu daha sonra da diğerini çözmeye çalışarak uyum sağlama sürecini yıllara yayar (Özbay, 2000).

Coleman'a göre, ergenlik bir ya/ya da olgusu değildir. Kanıtlara göre ergenlik, insan hayatının zorluklar içeren, küçük değil büyük streslerin yaşandığı bir dönemidir. Ebeveynle temel değerler üzerine değil, dünyevi konular üzerine çatışmalar yaşanır. Çoğu genç insan mutsuzluk hissini yaşar; ancak bütünde bu durum ebeveynler ya da öğretmenler tarafından fark edilmez. Ergenler yaşları ilerledikçe ileride sahip olacakları kimlik üzerine endişelenmeye başlarlar, ancak bu endişelerin bir kimlik krizine yol açması nadir görülen bir durumdur (Dacey ve Kenny, 1994).

1.3. Araştırmanın Amacı

Alanyazındaki birçok araştırma, ergenlerde KZVD'nin sıklığını (Briere ve Gil, 1998; Zlotnick ve ark., 1999), bazı risk etmenleri ile ilişkisini (Evren ve Evren, 2005; Johnston ve ark., 2006; Kapur ve ark., 2006), aile ilişkileri ya da ailenin yapısına bağlı olarak nasıl ortaya çıkabileceğini incelemiştir. Ancak alanyazında bağlanma stillerinin KZVD'de risk etmeni olabileceği ileri sürülmekle birlikte, hangi tür bağlanma stilinin ergenlerde KZVD ile ilişkili olabileceği konusunda net bir sonuç bildirilmemiştir. Bu noktadan hareketle, bu araştırma, KZVD olan ergenlerin bağlanma stillerini saptamayı amaçlamaktadır. Bununla birlikte, alanyazında KZVD'nin yüksek düzeyde kaygı ile baş etmede kullanıldığı vurgulanmaktadır. Bağlanma stilleri ise bebeklikten itibaren kaygı ile baş etmede önemli bir unsurdur. Bu bağlamda, her iki durumun birbiri ile ilişkisini değerlendirmek açısından bu çalışmanın önemli olacağı düşünülmektedir. Çalışmada bağlanmayla ilişkili olduğu bilinen evde yaşayan kişi sayısı, kardeş sayısı (Nash, 1988; Lamb, 2005; Lewis, 2005; Yolalan, 2013) ile akran grubu özelliklerinin KZVD nasıl bir ilişki içinde olduğunun gösterilmesi de amaçlanmıştır. Alanyazında geniş aile ve kardeş sayısının KZVD ile ilişkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamış olması

çalışmanın bu bağlamda önemli olduğunu düşündürmektedir. Son olarak KZVD'nin depresyonla ilişkisi bilinmektedir (Zlotnick ve ark., 1999; Haw ve ark., 2001). Nixon ve arkadaşları (2002), ergenlerin en fazla depresyon ve öfkeyi kontrol altına almak için KZVD'de bulunduğunu bildirmiştir. Bu yüzden çalışmada KZVD olan ve olmayan bireylerin depresyon düzeyleri ile karşılaştırılması yapılarak KZVD olan ve olmayan ergenlerin ve ailelerinin psikiyatrik/psikolojik tedavi/yardım arama girişimlerinin incelenmesi; ergenlerle çalışan meslek profesyonellerine, bu tür ergenleri (örneğin, rehber öğretmenler, öğretmenler vb.) psikiyatrik/psikolojik yardıma yönlendirme konusunda yol gösterici olmak amaçlanmıştır.

Araştırmanın amacı KZVD ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi göstermek olduğu için KZVD ile ilişki olabilecek diğer etmenler araştırmanın dışında bırakılmıştır (örneğin, çocukluk dönemi ihmal/istismar gibi).

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Örneklem

Çalışma için Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır ve Helsinki Deklarasyonu'na (WMA, October 2010) ve İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu'na (T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, 1995) uygun şekilde yürütülmüştür.

Bu çalışmaya Ocak 2013-Ağustos 2014 tarihleri arasında Ankara ve İstanbul illerinde, ayaktan tedavi yürüten iki özel psikiyatri polikliniğine başvuran, ailesiyle yaşayan 14-18 yaş arasındaki 55 ergen dahil edilmiştir. Bir psikiyatri uzmanı tarafından DSM-IV-TR ölçütlerine göre yapılan klinik görüşmede anksiyete bozuklukları, psikoz, mental retardasyon tanısını konanlar araştırma kapsamının dışında bırakılmıştır. Çalışma grubu; en az okur-yazar olan, ailesi ile yaşayan, en az bir kez KZVD'de bulunmuş ve çalışmaya katılmayı kabul eden 14-18 yaş aralığındaki kız ve erkek ergenlerden; kontrol grubu, KZVD öyküsü olmayan 14-18 yaş aralığında, ailesiyle yaşayan, mental retardasyon, psikotik bozukluğu olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden ergenlerden oluşturulmuştur.

2.2. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak alanyazın bilgisi doğrultusunda, araştırmanın amacına uygun olarak uygulamacı tarafından hazırlanmış Bilgilendirilmiş Onam Formu ile Sosyodemografik Veri Formu, Kendini Yaralama Davranışı Bilgi Alma Formu, Kendine Fiziksel Zarar Verme Davranışı Ayrıntılı İnceleme Formu, Anne- Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır.

2.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan form, araştırmanın genel içeriği ve bilgilerin hangi amaçla değerlendirileceği, gönüllük esasını ve araştırmayı istedikleri zaman sonlandırabilecekleri konusunda katılımcıları bilgilendirmek ve onaylarını almak amacıyla kullanılan formdur. 14, 15, 16 ve 17 yaşında olan çalışmaya katılmayı kabul eden ergenlerin anne ya da babalarından 18 yaşında olan ergenlerin ise kendisinden yazılı onay alınmıştır.

2.2.2. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmada 53 maddeden oluşan bir sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. Form Lüleci'nın (2007) tez çalışmasında kullandığı formdan yararlanarak ve araştırmacı tarafından uzman görüşleri alınarak oluşturulmuştur. Formda ergenin yaşı ve eğitim düzeyi; anne- babanın yaşı, mesleği, eğitim düzeyi, geliri, medeni durumu, yaşadığı semt, kardeş sayısı vb. bilgiler yer almaktadır.

2.2.3. Kendini Yaralama Davranışı Bilgi Alma Formu

Daha önce Zoroğlu ve ark. (2003) tarafından oluşturulmuş ve Lüleci (2007) tarafından da kullanılan bu form, kendini yaralama davranışı kapsamında değerlendirilen davranış biçimlerinin, varlığını ve uygulanma sıklığını değerlendirmek amacıyla kullanılan 10 maddelik bir veri toplama formudur.

2.2.4. Kendine Fiziksel Zarar Verme Davranışı Ayrıntılı İnceleme Formu

KZVD'yi 11 yaş ve üzerinde gerçekleştirmiş olan ve bu nedenle çalışma grubu olarak seçilmiş ergenlerde KZVD'nin özelliklerini araştırmaya yönelik bir veri formudur. Lüleci (2007) tarafından geliştirilmiştir. Form 19 maddeden oluşmaktadır. Form alanyazın ve bu konuda yazılan tezlerden yola çıkılarak oluşturulmuştur.

2.2.5. Anne- Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)

Özgün ölçek olan "Parental Bonding Instrument" (PBI), Bowlby'nin bağlanma kuramını temel alarak Parker ve ark. (1979) tarafından geliştirilmiştir (Parker ve ark., 1979). Ölçek, Kapçı ve Küçüker (2006) tarafından, Türk kültürüne uyarlanmış ve geçerlik, güvenirliği yapılmıştır. Bireyin anne ve babası ile ilişkisini algılayış şeklini geriye dönük olarak değerlendirmektedir. Ölçek bağlanma kuramını temel alarak geliştirilen ilk ölçeklerdendir. Anne ve babaya bağlanmanın, ilgi/kontrol ve aşırı koruma boyutlarını kapsamaktadır. Algılanan anne ve baba davranışı bu iki boyuta göre ayrı ayrı puanlanabilmektedir. Ayrıca, dörtlü bir sınıflandırma içerisinde de değerlendirme yapılabilmektedir (Görgün, 2007). Ölçek, 25 maddeden oluşan 4'lü Likert-tipi bir ölçek olup her cümle 'tamamen böyleydi', 'kısmen böyleydi', 'pek böyle değildi' ve ' hiç böyle değildi' ifadelerine göre işaretlenmektedir. Ölçek cevaplanırken, bireyden anne ve babasını 16 yaşına kadar olan dönem için değerlendirerek kendisine en uygun gelen seçeneği işaretlemesi istenmektedir. Ölçek, anne ve baba için ayrı ayrı doldurulmaktadır. İlgi/kontrol alt boyut puanının artışı ilgiyi, sıcaklığı, anlayışlı olmayı; azalması ise yetersiz bakım verme, ergenin gereksinimlerini karşılamama, küçümseme, soğuk davranma veya reddetmeyi göstermektedir. Aşırı koruma boyutunda ise puan artışı koruyucu davranışların azaldığına işaret etmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değerleri anne aşırı koruma alt boyutu için .71, anne ilgi/kontrol alt boyutu için .90; baba aşırı koruma alt boyutu için .67, baba ilgi/kontrol alt boyutu için .92 olarak bulunmuştur.

2.2.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen bu ölçek hastanın algıladığı depresif belirtileri nicel olarak değerlendiren, depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçen 21 maddelik bir özbildirim ölçeğidir. Her belirti kategorisi dört kendini değerlendirme maddesinden oluşmaktadır. Ülkemizde üniversite öğrencilerinde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Türkiye'deki geçerlik güvenirlik çalışmasında Beck Depresyon Ölçeği'nde 17 ve üstü puan alanların depresyon açısından bir risk grubu oluşturabileceği bildirilmiştir (Hisli, 1989). Ergenlerde depresyon şiddetini ölçmek için yaygın olarak kullanılan bir ölçektir.

2.3. İşlem

Özel psikiyatri kliniğine başvuran ve araştırma katılım koşullarına uygun olduğu belirlenen ergenler/ebeveynleri araştırmaya katılmaya davet edilmiş, daveti kabul edenlere gerek yazılı bilgilendirilmiş onam formuyla, gerekse de sözel olarak araştırmanın genel amacı ve araştırmada kullanılan ölçeklerde ne gibi sorularla karşılaşacakları anlatılmıştır. Araştırmaya katılmaya karar veren tüm katılımcılardan/ebeveynlerinden araştırmaya gönüllü katıldıklarına dair yazılı onam formu alınmıştır. Görüşmenin ardından katılımcılara her ölçeğin ne şekilde doldurulacağı anlatılmış, her ölçekten bir ya da birkaç maddenin uygulamacının gözetiminde doldurulması sağlan daha sonra katılımcı ölçekleri tek başına doldurmuştur. Ölçek bataryalarının doldurulma sürelerinin 20 dakika ile 45 dakika arasında değiştiği gözlenmiştir. Uygulama bittikten sonra, katılımcıların uygulama ile ilgili değerlendirmeleri sorulmuş, uygulamadan ötürü herhangi bir sıkıntı yaşayıp yaşamadıkları öğrenilmeye çalışılmıştır.

2.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen tüm veriler bilgisayarda Windows işletim sisteminde, "Statistical Packages for the Social Science" (SPSS) 11.5 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Tanımlayıcı istatistiksel analizler yapıldıktan sonra (frekans, yüzde dağılımı, ortalama±standart sapma), değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu *Shapiro Wilks Testi* ile değerlendirilmiştir. İki grubun sürekli ve bazı durumlarda sıralı değişkenleri karşılaştırılırken *Mann-Whitney U Testi* kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerle ilgili karşılaştırmalarda; *Pearson Ki-kare Testi, Yates' Ki-kare Testi ve Fisher's Exact Test* kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin ilişkilerinin değerlendirildiği analizlerde *Spearman Korelasyon Testi* kullanılmıştır. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Kendine zarar verme davranışı olan (KZVD (+) olarak bahsedilecektir) ve kendine zarar verme davranışı olmayan (KZVD (-) olarak bahsedilecektir) ergenlerin yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları bakıldığında iki grubun yaş ortalamaları (KZDV(+): 16.74±0.98, KZVD(-):17.05±1; p=0.221; Z=-1.224) ve cinsiyet dağılımları (KZVD(+): %51.4 kız, %48.6 erkek; KZVD(-): %55 kız, %45 erkek; p=1.000; χ^2=0) arasında fark yoktur (Bkz. Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1. Grupların yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımlarına ait karşılaştırmalar.

		GRUPLAR				
		KZVD (+) (n=35)		KZVD (-) (n=20)		
		Ort.±SS		Ort.±SS		**P**
Yaş (yıl)		16.74±0.98		17.05±1		0.221* (Z=-1.224)
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kız	18	51.4	11	55	1.000** (χ^2=0)
	Erkek	17	48.6	9	45	

*Mann-Whitney U Test
**Yates Ki-kare Test

Olgular aile özellikleri açısından incelendiğinde KZVD (+) grubundaki ergenlerin 27'sinin (%77.1) anne-babasının hayatta olduğu ve birlikte yaşadıkları saptanmıştır. KZVD (-) grubundaki ergenlerin 19'unun (% 95) anne-babasının hayatta olduğu ve birlikte yaşadığı saptanmıştır. İki grubun ebeveynlerinin sağ ve beraber olma durumlarına ait dağılımlar arasında anlamlı fark yoktur (p=0.133). KZVD(+) grubunda 32'sinin (%91.4), KZVD(-) grubunda 18'inin (%90) kardeşi vardır. İki grubun kardeş sayısı dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=1.000).

Evde yaşayan kişi sayısına bakıldığında KZVD (+) grubundakilerin 29'u (%82.9), 2-5 kişilik ailede, 6'sı (%17.1) ise 6 ve daha fazla kişi sayısı olan ailede yaşamaktadır. KZVD (-) grupta ise 20 kişi (%100) 2-5 kişilik ailede yaşamaktadır. İki grup arasında evde yaşayan kişi sayısı bakımından fark saptanmamıştır (p=0.076). KZVD (+) grubunda çocukluğunda anne-babası tarafından bakım verilenler kategorisinde 30 (% 85.7) ergen vardır. KZVD (-) grubundaki ergenlerin tamamına çocukluğunda anne-babası tarafından bakım verilmiştir (n=20, % 100). İki grubun çocukluğunda bakım veren kişi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.147) (Bkz. Çizelge 3.2).

Çizelge 3.2. Grupların aile özellikleri ve bireylere çocukluklarında bakım verenlerin dağılımları.

		GRUPLAR				
		KZVD (+) (n=35)		KZVD (-) (n=20)		
		N	%	n	%	**P***
Anne ve Baba	Yaşıyorlar ve Beraberler	27	77.1	19	95	0.133
	Ayrılar veya En az biri ölmüş	8	22.9	1	5	
Kardeş sayısı	0	3	8.6	2	10	1.000
	1-5	32	91.4	18	90	
Evde yasayan kişi sayısı	2-5	29	82.9	20	100	0.076
	≥6	6	17.1	0	0	
Çocukluğunda bakım veren	Anne-baba	30	85.7	20	100	0.147
	Diğer	5	14.3	0	0	

*Fisher's Exact Test

İki gruptaki ergenlerin ebeveynleri eğitim süresi açısından karşılaştırıldığında KZVD (+) olguların baba (KZVD(+): 10.77±3.40; KZVD(-): 12.90±3.57; p=0.018; Z=-2.359) ve anne (KZVD(+): 8.74±3.57; KZVD(-): 11.80±3.79; p=0.006; Z=-2.766) eğitim süreleri KZVD (-) olguların ebeveynlerinin eğitim düzeylerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür (Bkz. Çizelge 3.3).

Çizelge 3.3. İki gruptaki ergenlerin ebeveynlerin eğitim sürelerinin karşılaştırılması.

	GRUP										
	KZVD (+)					**KZVD (-)**					
	Ort	SS	Medy	Min	Maks	Ort	SS	Medy	Min	Maks	**p (Z)**
Baba Eğitim Süresi (yıl)	10.77	3.40	11	5	15	12.90	3.57	15	5	15	0.018 (-2.359)
Anne Eğitim Süresi (yıl)	8.74	3.57	8	5	15	11.80	3.79	13	5	15	0.006 (-2.766)

Mann Whitney U testi

Olguların aileleri aylık gelirlerine göre karşılaştırıldığında KZVD (+) grubundaki ergenlerin ailesinin aylık geliri asgari ücret (891,03) ve altında olan olgu yoktur. Asgari ücret-2000 TL arasında 2 (%5.7), 2000-3000 TL arasında 17 (%48.6), 3001 TL ve üzerinde 16 (%45.7) olgu olduğu görülmüştür. Gruplara düşen olgu sayısı 5'ten az olduğu için 0-3000 TL ve 3001 TL ve üzeri olarak iki kategori oluşturulmuştur. Oluşturulan bu yeni kategorilerde ailesinin aylık geliri 3000 TL ve altında olan 19 (%54.3) ve KZVD (-) grubunda ailesinin aylık geliri 3000 TL ve altında olan 6 (% 30) olgu vardır. İki grubun aylık gelir dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.145; χ^2=2.127) (Bkz. Çizelge 3.4).

Ergenlerin annelerinin çalışma durumu karşılaştırıldığında KZVD (+) grubunda 10 (%28.6), KZVD (-) grubunda 5 (%25) olgunun annesi çalışmaktadır. İki grubun çalışma durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=1.000; χ^2=0) (Bkz. Çizelge 3.4).

Çizelge 3.4. Gruplardaki ergenlerin ailelerinin aylık gelir düzeyleri ve annelerinin çalışma durumları.

		GRUPLAR				
		KZVD (+) (n=35)		KZVD (-) (n=20)		
		n	%	n	%	**p*** (χ^2)
Aylık gelir	0-3000 TL	19	54.3	6	30	0.145 (2.127)
	3001 TL ve üzeri	16	45.7	14	70	
Annenin çalışma durumu	Çalışıyor	10	28.6	5	25	1.000 (0)
	Çalışmıyor	25	71.4	15	75	

* Yates Ki-kare Test

İki gruptaki ergenlerin ebeveynlerinden herhangi birinin uzun süre işsiz kalma sıklıkları karşılaştırılmıştır. KZVD (+) grubundaki ergenlerin 12'sinin (% 34.3), KZVD (-) grubundaki ergenlerin 2'sinin (% 10) ebeveynlerinden herhangi birinin uzun süre işsiz kaldığı görülmüştür. İki gruptaki ergenlerin ebeveynlerinden herhangi birinin uzun süre işsiz kalma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.095; χ^2=2.780) (Bkz. Çizelge 3.5).

KZVD (+) grubunda çalışmak zorunda kalıp okula gidemeyen 2 (% 5.7) ve KZVD (-) grubunda çalışmak zorunda kalıp okula gidemeyen 1 (% 5) ergen vardır. Grupların çalışmak zorunda kalıp okula gidememe sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=1.000) (Bkz. Çizelge 3.5).

Çizelge 3.5. İki gruptaki ergenlerin çalışma zorunluluğu nedeniyle okula gidememe durumları ve ebeveynlerinin uzun işsizlik sıklıkları.

	GRUPLAR				
	KZVD (+) (n=35)		KZVD (-) (n=20)		
	n	%	n	%	**p** (χ^2)
Çalışmak zorunda kalıp okula gidememe	2	5.7	1	5.0	1.000* (-)
Ebeveynlerden herhangi birinde uzun süre işsizlik	12	34.3	2	10	0.095** (2.780)

*Fisher's Exact Test
**Yates Ki-kare Test

Gruplar konut durumu dağılımları, yaşadıkları mahallenin güvenliği ve evdeyken yapmayı en çok tercih ettikleri aktiviteler açısından karşılaştırılmıştır. KZVD (+) grubunda oturdukları konut kendilerinin olan 20 (% 57.1) ve olmayan 15 (% 42.8) ergen; KZVD (-) grubunda oturdukları konut kendilerinin olan 14 (% 70) ve olmayan 6 (% 30) ergen vardır. İki grubun konut durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.512; χ^2=0.430). KZVD (+) grubunda oturduğu mahalle için "hiç güvenli değil" yanıtını 4 (% 11.4), "pek güvenli değil" yanıtını 8 (% 22.9), "orta derecede güvenli" yanıtını 8 (% 22.9), "oldukça güvenli" yanıtını 11 (% 31.4) ve "çok güvenli" yanıtını 4 (% 11.4) ergen işaretlemiştir. KZVD (-) grubunda oturduğu mahalle için "hiç güvenli değil" yanıtını işaretleyen ergen yoktur. "Pek güvenli değil" yanıtını 5 (% 25), "orta derecede güvenli" yanıtını 4 (% 20), "oldukça güvenli" yanıtını 8 (% 40)

ve "çok güvenli" yanıtını 3 (% 15) ergen işaretlemiştir. Mahallelerin güvenlik düzeyleri sıralı değişken olarak alındığında (*Mann Whitney U testi kullanılmıştır*), iki gruptaki olguların yaşadığı mahallelerin güvenlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.302; Z=-1.032) (Bkz. Çizelge 3.6).

KZVD (+) grupta "okumak-ders çalışmak" seçeneğini işaretleren 2 (%5.7), "TV izleme ya da bilgisayar başında zaman geçirme" seçeneğini işaretleyen 21 (%60), "aile ile sohbet" seçeneğini işaretleyen 2 (%5.7), "müzik dinlemek" seçeneğini işaretleyen 8 (22.9), diğer aktivitelerle zaman geçirmeyi seçen 2 (5.7) ergen vardır. Telefonla zaman geçirme" seçeneğini işaretleyen ergen yoktur. KZVD (-) grupta "okumak-ders çalışmak" seçeneğini işaretleren 2 (%10), "TV izleme ya da bilgisayar başında zaman geçirme" seçeneğini işaretleyen 12 (%60), "telefonla zaman geçirme" seçeneğini işaretleyen 1 (% 5) "aile ile sohbet" seçeneğini işaretleyen 1 (%5), "müzik dinlemek" seçeneğini işaretleyen 4 (%20) ergen vardır. KZVD (-) grupta diğer aktivitelerle zaman geçiren ergen yoktur. İki grubun boş zaman aktiviteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.221; Z=-1.224) (Bkz. Çizelge 3.6).

Çizelge 3.6. Grupların konut, mahalle güvenliği durumları ve evde boş zaman aktiviteleri.

		GRUPLAR				
		KZVD (+) (n=35)		KZVD (-) (n=20)		
		n	%	n	%	P
Konut durumu	Kendilerine ait	20	57.1	14	70	0.512* (χ^2=0.430)
	Lojman	15	42.9	6	30	
Mahallenin güvenliği	Hiç güvenli değil	4	11.4	0	0	0.302** (Z=-1.032)
	Pek güvenli değil	8	22.9	5	25	
	Orta derece güvenli	8	22.9	4	20	
	Oldukça güvenli	11	31.4	8	40	
	Çok güvenli	4	11.4	3	15	
Boş zaman aktiviteleri	Okumak-ders çalışmak	2	5.7	2	10	0.221** (Z=-1.224)
	TV-Bilgisayar	21	60	12	60	
	Telefon	0	0	1	5	
	Aile ile sohbet	2	5.7	1	5	
	Müzik Dinlemek	8	22.9	4	20	
	Diğer	2	5.7	0	0	

*Yates Ki-kare Test
** Mann Whitney U Testi

KZVD (+) grubundaki ergenlerin KZVD sıklıklarına bakıldığında 8'i (%22.9) 1 kez, 10'u (%28.6) 2-5 kez, 3'ü (%8.6) 6-10 kez ve 14'ü 11 ve üzeri sıklıkta KZVD sergilemiştir (Bkz. Çizelge 3.7).

Çizelge 3.7. KZVD (+) grubundaki ergenlerde KZVD sıklığı.

		KZVD (+) (n=35)	
		n	%
KZVD sıklığı	1 kez	8	22.9
	2-5 kez	10	28.6
	6-10 kez	3	8.6
	11 ve üzeri	14	40

KZVD (+) grubundaki ergenlerin "Kendini Yaralama Davranışı Bilgi Alma Formu" ile saptanan en sık KZVD yöntemi kafa ya da vücudun diğer bölgelerini sert bir yere vurmadır (n= 28; %80). Diğer yöntemler sırasıyla vücutta bölge çizme-kazıma 27 (%77.1), vücutta bölge kesimi 22 (%62.9), vücudun herhangi bir yerine sivri cisim batırma 20 (%57.1), vücudun herhangi bir yerini ısırma 18 (%51.4), saçları çok şiddetli

yolma 16 (%45.7), vücutta herhangi bir yara iyileşmesini engelleme 14 (%40), vücutta herhangi bir yeri yakma 7 (%20), başka yöntemlerle kendine fiziksel zarar verme 2'dir (%5.7) (Bkz. Çizelge 3.8).

Çizelge 3.8. KZVD (+) grubundaki ergenlerde yapılan KZVD türleri.

	KZVD (+) (n=35)	
	n	%
Kafa ya da vücudun diğer bölgelerini sert bir yere vurma	28	80
Vücutta bölge çizme kazıma	27	77.1
Vücutta bölge kesimi	22	62.9
Vücudun herhangi bir yerine sivri cisim batırma	20	57.1
Vücudun herhangi bir yerini ısırma	18	51.4
Saçları çok şiddetli yolma	16	45.7
Vücutta herhangi bir yara iyileşmesini engelleme	14	40
Vücutta herhangi bir yeri yakma	7	20
Başka yöntemlerle kendinize fiziksel zarar verme	2	5.7

İki gruptaki ergenlerin ABBÖ ve BDÖ değerleri karşılaştırılmıştır. Anne ve baba için ayrı ayrı doldurulan ABBÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı fark yoktur (KZVD (+) anne ilgi/kontrol: 37.46±11.57; KZVD (-) anne ilgi /kontrol: 37.45±11.17; p=0.833; Z=-0.210; KZVD (+) anne aşırı koruma: 11.03±3.80; KZVD (-) anne aşırı koruma: 11.56±3.79; p=0.279; Z=-0.806; KZVD (+) baba ilgi/kontrol: 36.69±11.66; KZVD (-) baba ilgi/kontrol: 37.65±11.49; P=0.420; Z=-1.083, KVZD (+) baba aşırı koruma: 12.03±3.41; KZVD (-) baba aşırı koruma: 12.75±3.78; p=0.838; Z=-0.872). KZVD (+) grubunun BDÖ puan ortalaması kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (KZVD (+): 18.32±12.25, KZVD (-): 9.55±7.23; p=0.008; Z=-2.656) (Bkz. Çizelge 3.9).

Çizelge 3.9. İki gruptaki ergenlerin anne ve baba için ayrı ayrı değerlendirme yaptıkları ABBÖ ölçeğinin alt ölçek puanlarının ve BDÖ puanlarının karşılaştırılması.

		GRUP										p
		KZVD (+)					KZVD (-)					
		Ort	SS	Medy	Min	Maks	Ort	SS	Medy	Min	Maks	(Z)
ANNE*	**İlgi/kontrol**	37.46	11.57	39	16	54	37.45	11.17	43	18	51	0.833 (-0.210)
	Aşırı koruma	11.03	3.80	11	5	18	11.65	3.79	14	4	15	0.279 (-0.806)
BABA*	**İlgi/kontrol**	36.69	11.66	40	18	54	37.65	11.49	43	15	51	0.420 (-1.083)
	Aşırı koruma	12.03	3.41	13	5	18	12.75	3.78	13.50	7	19	0.383 (-0.872)
BDÖ**		18.32	12.25	15	0	51	9.55	7.23	7	1	27	0.008 (-2.656)

Mann Whitney U testi
*Anne-Babaya Bağlanma Ölçeği
** Beck Depresyon Ölçeği

KZVD (+) grubundaki ergenlerin KZVD sıklığı ile ABBÖ alt ölçek puanları, yaş, kardeş sayısı, evde yaşayan kişi sayısı, anne/baba eğitim düzeyi, aylık gelir ve BDÖ puanları arasındaki ilişkiler incelenmiştir (Bkz. Çizelge 3.10). KZVD sıklığı ile anne ilgi/kontrol boyutu arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (r= 0.376; p= 0.026). KZVD sıklığı ile anne aşırı koruma boyutu arasında anlamlı ilişki yoktur (r= -0.173; p= 0.320). KZVD sıklığı ile baba ilgi/kontrol boyutu (r= 0.192; p= 0.268) ve baba aşırı koruma boyutu arasında (r= -0.060; p= 0.730) ilişki yoktur. KZVD sıklığı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki yoktur (r= 0.099; p= 0.572). KZVD sıklığı ile kardeş sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (r= 0.249; p= 0.149). KZVD sıklığı ile evde yaşayan kişi sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r= -0.121; p= 0.489). KZVD sıklığı ile anne eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yokken (r= -0.207; p= 0.234) baba eğitim düzeyi (r= -0.424; p= 0.011) arasında negatif yönlü ilişki olduğu görülmüştür.

KZVD sıklığı ile BDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (r= -0.104; p= 0.558).

Çizelge 3.10. KZVD (+) grubu ergenlerin KZVD sıklığı ile ABBÖ alt ölçek puanları, yaş, kardeş sayısı, evde yaşayan kişi sayısı, anne/baba eğitim düzeyi, aylık gelir ve BDÖ puanları arasındaki ilişkiler.

	Anne ABBÖ İlgi/Kontrol	**Baba ABBÖ İlgi/Kontrol**	**Anne ABBÖ Aşırı Koruma**	**Baba ABBÖ Aşırı Koruma**	**Yaş**
r	**0.376**	0.192	-0.173	-0.060	0.099
p	**0.026**	0.268	0.320	0.730	0.572
	Kardeş Sayısı	**Evde Yaşayan Kişi Sayısı**	**Anne Eğitim Düzeyi**	**Baba Eğitim Düzeyi**	**Aylık Gelir**
r	0.249	-0.121	-0.207	**-0.424**	0.032
p	0.149	0.489	0.234	**0.011**	0.857
	BDÖ				
r	-0.104				
p	0.558				

Spearman's rho

Gruplara "Kim tarafından anlaşılmak isterdiniz?" sorusu sorulmuştur. KZVD (+) grubunda aile bireyleri tarafından anlaşılmak isteyen 30 (% 85.7) ve KZVD (-) grubunda aile bireyleri tarafından anlaşılmak isteyen 12 (% 60) ergen vardır. KZVD (+) grubunda aile bireyleri tarafından anlaşılmak istediğini ifade eden ergenlerin sayısı, KZVD (-) grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.048) (Bkz. Çizelge 3.11).

Gruplara "Sorunlarınızı kimle paylaşırsınız?" sorusu sorulmuştur. KZVD (+) grubunda sorunlarını aile bireyleri ile paylaşan 18 (% 51.4) ve KZVD (-) grubunda sorunlarını aile bireyleri ile paylaşan 12 (% 60) ergen vardır. İki grup arasında sorun paylaşılan birey açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktur (p=0.739; χ^2=0.111) (Bkz. Çizelge 3.11).

Grupların sorun paylaşılan arkadaş sayısı dağılımları karşılaştırıldığında KZVD (+) grubunda sorunlarını paylaştığı arkadaşı olmayan 10 (% 28.6) ve KZVD (-) grubunda sorunlarını paylaştığı arkadaşı olmayan 2 (% 10) ergen vardır. İki grup arasında sorunlarını paylaştığı arkadaş varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.176) (Bkz. Çizelge 3.11).

Grupların karşı cinse duygularını ifade sayıları karşılaştırıldığında KZVD (+) grubunda karşı cinse duygularını hiç ifade etmeyen 11 (% 31.4) ve ve KZVD (-) grubunda karşı cinse duygularını hiç ifade etmeyen 7 (% 35) ergen vardır. İki grup arasında karşı cinse duygularını ifade edenlerin arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=1.000; χ^2=0) (Bkz. Çizelge 3.11).

Çizelge 3.11. Gruplardaki ergenlerin kim tarafından anlaşılmak istediği, sorunlarını kimle paylaştığı, sorun paylaşılan arkadaş sayısı ve karşı cinse duyguların ifade sayısına ait dağılımları.

		GRUPLAR				
		KZVD (+) (n=35)		KZVD (-) (n=20)		
		n	%	n	%	**p** (χ^2)
Kim tarafından anlaşılmak isterdiniz?	Aile bireyleri	30	85.7	12	60	0.048* (-)
	Diğer	5	14.3	8	40	
Sorunlarınızı kimle paylaşırsınız?	Aile bireyleri	18	51.4	12	60	0.739** (0.111)
	Diğer	17	48.6	8	40	
Sorun paylaşılan arkadaş sayısı	Yok	10	28.6	2	10	0.176* (-)
	Var	25	71.4	18	90	
Karşı cinse duygularını ifade sayısı	0	11	31.4	7	35	1.000** (0)
	≥1	24	68.6	13	65	

*Fisher's Exact Test
**Yates Ki-kare Test

İki gruptaki annelerin ve babaların ergenlerin nerede, ne yaptığını bilme sıklıkları ve ergenlerin eve gelme saatinin belli olup olmama durumları incelenmiştir (Bkz. Çizelge 3.12). Ergenlerin "nerede, ne yaptığımı annem bilir " sorusuna verdikleri cevaplara bakıldığında KZVD (+) grubunda bilmez 4 (%11.4), çok seyrek 2 (%5.7), ara sıra 5 (%14.3), sık sık 10 (%28.6), sürekli bilir diyen 14 (%40) ergen vardır. KZVD (-) grubunda bilmez ve çok seyrek bilir diyen yoktur (n=0; %0). Ara sıra 4 (%20.0), sık sık 8 (%40.0), sürekli bilir diyen 8 (%40) ergen vardır. İki gruptaki ergenlerin annelerinin nerede ne yaptığını bilme durumları arasında istatistiksel anlamda fark yoktur (p=0.506).

Ergenlerin "nerede, ne yaptığımı babam bilir " sorusuna verdikleri cevaplara bakıldığında KZVD (+) grubunda bilmez 6 (%17.1), çok seyrek 7 (%20), ara sıra 9 (%14.3), sık sık 8 (%22.9), sürekli bilir diyen 5 (%14.3) ergen vardır. KZVD (-) grubunda bilmez 1 (%5), çok seyrek 4 (%20.0), ara sıra 4 (20.0), sık sık 6 (%30.0),

sürekli bilir diyen 5 (%25) ergen vardır. İki gruptaki ergenlerin babalarının nerede ne yaptığını bilme durumları arasında istatistiksel anlamda fark yoktur (p=0.155).

"Hergün kaçta evde olmanız gerektiği ne sıklıkta bellidir" sorusuna KZVD (+) grubunda belli değildir 6 (%17.1), çok seyrek 5 (%14.3), ara sıra 11 (%31.4), sık sık 3 (%8.6), sürekli diyen 10 (%28.6) ergen vardır. KZVD (-) grubunda belli değildir 3 (%15), çok seyrek 1 (%5.0), ara sıra 2 (%10), sık sık 8 (%40), sürekli diyen 6 (%30) ergen vardır. İki grup arasında eve gelme saatinin belli olup olmama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktur (p=1.000).

Çizelge 3.12. İki gruptaki annelerin ve babaların ergenlerin nerede ne yaptığını bilme ve ergenlerin eve gelme saatinin belli olup olmama sıklıkları.

		GRUPLAR				
		KZVD (+) (n=35)		KZVD (-) (n=20)		
		n	%	n	%	**P**
Nerede ne yaptığımı annem bilir	Bilmez	4	11.4	0	0	
	Çok seyrek	2	5.7	0	0	
	Ara sıra	5	14.3	4	20.0	0.506
	Sık sık	10	28.6	8	40.0	
	Sürekli	14	40.0	8	40.0	
Nerede ne yaptığımı babam bilir	Bilmez	6	17.1	1	5.0	
	Çok seyrek	7	20.0	4	20.0	
	Ara sıra	9	25.7	4	20.0	0.155
	Sık sık	8	22.9	6	30.0	
	Sürekli	5	14.3	5	25.0	
Her gün kaçta evde olmanız gerektiği ne sıklıkta bellidir	Belli değildir	6	17.1	3	15.0	
	Çok seyrek	5	14.3	1	5.0	
	Ara sıra	11	31.4	2	10.0	1.000
	Sık sık	3	8.6	8	40.0	
	Sürekli	10	28.6	6	30.0	

İki grubun kavgada yaralanma öyküsü dağılımları karşılaştırılmıştır. KZVD (+) grubunda kavgada yaralanma öyküsü olan 19 (% 54.3) ergen bulunmaktadır. KZVD (-) grubunda kavgada yaralanma öyküsü olan 6 (% 30) ergen vardır. Kavgada yaralanma açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.145; χ^2=2.127) (Bkz. Çizelge 3.13).

İki grubun kavgada yaralama öyküsü sıklıkları karşılaştırılmıştır. KZVD (+) grubunda kavgada yaralama öyküsü olan 15 (% 42.9) ergen; KZVD (-) grubunda kavgada yaralama öyküsü olan 4 (% 20) ergen vardır. Kavgada yaralama açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.156; χ^2=2.017) (Bkz. Çizelge 3.13).

İki grubun yanında kesici alet taşıma dağılımları incelendiğinde KZVD (+) grubunda yanında kesici alet taşıyan 13 (% 37.1) ergen; KZVD (-) grubunda yanında kesici alet taşıyan 1 (% 5) ergen vardır. KZVD (+) grubunda yanında en az bir defa kesici alet taşıyanların sıklığı KZVD (-) grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.021; χ^2=5.339) (Bkz. Çizelge 3.13).

İki gruptaki ergenlerin polis müdahalesi gerektiren bir olayda bulunma sıklıklarının dağılımlarına bakıldığında KZVD (+) grubunda polis müdahalesi gerektiren bir olayda bulunan 11 (% 31.4) ergen bulunmaktadır. KZVD (-) grubunda polis müdahalesi gerektiren bir olayda bulunan 2 (% 10) ergen vardır. İki grup arasında polis müdahalesi gerektiren bir olayda bulunma sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktur (p=0.102) (Bkz. Çizelge 3.13).

Çizelge 3.13. Grupların kavgada yaralanma, yaralama, kesici alet taşıma ve polis müdahalesi gerektiren olayda bulunma sayılarının dağılımları.

	GRUPLAR				
	KZVD (+) (n=35)		KZVD (-) (n=20)		
	n	%	n	%	**p** (χ^2)
Kavgada yaralanma	19	54.3	6	30	0.145* (2.127)
Kavgada yaralama	15	54.3	4	20	0.156* (2.017)
Yanında kesici alet taşıma	13	37.1	1	5	0.021* (5.339)
Polis müdahalesi gerektiren bir olayda bulunma	11	31.4	2	10	0.102** (-)

*Yates Ki-kare Test
**Fisher's Exact Test

Gruplar sigara, alkol, madde ve ilaç kullanımı sıklığı açısından karşılaştırılmıştır. KZVD (+) grubunda en az bir defa sigara kullanmış 25 (% 71.4) ergen; KZVD (-) grubunda en az bir defa sigara kullanmış 6 (% 30) ergen vardır. KZVD (+) grubunda en

az bir defa sigara kullanmış olanların oranı, KZVD (-) grubundakinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.007; χ^2=7.277) (Bkz. Çizelge 3.14).

KZVD (+) grubunda en az bir defa alkol kullanmış 13 (% 37.1) ergen vardır. KZVD (-) grubunda en az bir defa alkol kullanmış 5 (% 25) ergen bulunmaktadır. İki grup arasında en az bir kez alkol kullanımı oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.532; χ^2=0.390) (Bkz. Çizelge 3.14).

KZVD (+) grubunda en az bir defa madde kullanmış 7 (% 20) ergen bulunmaktadır. KZVD (-) grubunda en az bir defa madde kullanmış 1 (% 5) ergen vardır. Madde kullanımı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. (p=0.234) (Bkz. Çizelge 3.14).

KZVD (+) grubunda en az bir defa ilaç kullanmış 4 (% 11.4) ergen vardır. KZVD (-) grubunda en az bir defa ilaç kullanmış 3 (% 15) ergen bulunmaktadır. İlaç kullanımı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.696) (Bkz. Çizelge 3.14).

Çizelge 3.14. İki gruptaki ergenlerin sigara, alkol, madde ve ilaç kullanım sıklıkları.

		GRUPLAR				
		KZVD (+) (n=35)		KZVD (-) (n=20)		
		n	%	n	%	p (χ^2)
Sigara kullanımı	Hayır	10	28.6	14	70	0.007* (7.277)
	En az bir defa	25	71.4	6	30	
Alkol kullanımı	Hayır	22	62.9	15	75	0.532* (0.390)
	En az bir defa	13	37.1	5	25	
Madde kullanımı	Hayır	28	80	19	95	0.234** (-)
	En az bir defa	7	20	1	5	
İlaç kullanımı	Hayır	31	88.6	17	85	0.696** (-)
	En az bir defa	4	11.4	3	15	

*Yates Ki-kare Test
**Fisher's Exact Test

KZVD (+) grubunda madde kullanan arkadaşı olan 10 (% 28.6) ergen ve KZVD (-) grubunda madde kullanan arkadaşı olan 7 (% 35) ergen vardır. İki grubun madde kullanan arkadaş oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.847; χ^2=0.037) (Bkz. Çizelge 3.15).

KZVD (+) grubunda madde öneren arkadaşı olan 5 (% 14.3) ergen vardır. KZVD (-) grubunda madde öneren arkadaşı olan 2 (% 10) ergen vardır. Grupların madde öneren arkadaş oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. (p=1.000) (Bkz. Çizelge 3.15).

KZVD (+) grubunda alkol kullanan arkadaşı olan 20 (% 57.1) ve KZVD (-) grubunda alkol kullanan arkadaşı olan 11 (% 55) ergen vardır. Grupların alkol kullanan arkadaş oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. (p=1.000; χ^2=0) (Bkz. Çizelge 3.15).

İki gruptaki ergenlerin kendine zarar veren arkadaş sayıları karşılaştırılmıştır. KZVD (+) grubunda kendine zarar veren arkadaşı olan 18 (% 51.4) ergen; KZVD (-) grubunda kendine zarar veren arkadaşı olan 3 (% 15) ergen vardır. KZVD (+) grubunda kendine zarar veren arkadaşı olanların oranı, KZVD (-) grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.017; χ^2=5.695) (Bkz. Çizelge 3.15).

KZVD (+) grubunda evden kaçan arkadaşı olan 8 (% 22.9) ergen vardır. KZVD (-) grubunda evden kaçan arkadaşı olan 2 (% 10) ergen vardır. İki grubun evden kaçan arkadaş oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.297) (Bkz. Çizelge 3.15).

Çizelge 3.15. İki gruptaki ergenlerin arkadaşlarında evden kaçan, madde kullanan/öneren, alkol kullanan ve kendine zarar veren arkadaş sayıları.

	GRUPLAR				
	KZVD (+) (n=35)		KZVD (-) (n=20)		
	n	%	n	%	**p** (χ^2)
Madde kullanan arkadaş olması	10	28.6	7	35	0.847** (0.037)
Madde öneren arkadaş olması	5	14.3	2	10	1.000* (-)
Alkol kullanan arkadaş olması	20	57.1	11	55.0	1.000** (0)
Kendine zarar veren arkadaş olması	18	51.4	3	15	0.017** (5.695)
Evden kaçan arkadaş olması	8	22.9	2	10	0.297*(-)

*Fisher's Exact Test
**Yates Ki-kare Test

İki gruptaki ergenlerin babalarının alkol kullanım durumları karşılaştırılmıştır. KZVD (+) grubundaki ergenlerden 30'unun (%85.7) ve KZVD (-) grubundaki ergenlerden 12'sinin (%60) babası alkol kullanmaktadır. KZVD (+) grubunda babası alkol kullanan ergenlerin sıklığı, KZVD (-) grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktur (p=0.048) (Bkz. Çizelge 3.16).

İki gruptaki ergenlerin annelerinin alkol kullanım karşılaştırılmıştır. KZVD (+) grubundaki ergenlerden 3'ünün (% 8.6) annesi ve KZVD (-) grubundaki ergenlerden 6'sının (% 30) annesi alkol kullanmaktadır. İki gruptaki ergenlerin annelerinin alkol kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.059) (Bkz. Çizelge 3.16).

İki gruptaki ergenlerin kardeşlerinin alkol kullanım durumları karşılaştırılmıştır. KZVD (+) grubundaki ergenlerden 9'unun (% 25.7) kardeşi ve KZVD (-) grubundaki ergenlerden 1'inin (% 5) kardeşi alkol kullanmaktadır. İki gruptaki ergenlerin kardeşlerinin alkol kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.075) (Bkz. Çizelge 3.16).

İki gruptaki ergenlerin ailesinde sigara kullanımına bakıldığında KZVD (+) grubunda ailesinde sigara kullanımı olan 28 (% 80) ergen ve KZVD (-) grubunda

ailesinde sigara kullanımı olan 14 (% 70) ergen vardır. Grupların ailede sigara kullanımı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.513) (Bkz. Çizelge 3.16).

İki gruptaki ergenlerin anne- baba ve kardeşlerinin madde kullanımı dağılımı incelenmiştir. KZVD (+) grubunda babasında madde kullanım öyküsü olan 1 (% 2.9) ergen vardır. KZVD (-) grubundaki ergenlerin hiçbirinin babasında madde kullanım öyküsü yoktur (n=20, % 100). İki gruptaki ergenlerin babalarının madde kullanım öyküsü dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=1.000). KZVD (+) grubunda annesinde madde kullanım öyküsü olan 1 (% 2.9) ergen vardır. KZVD (-) grubundaki ergenlerin hiçbirinin annesinde madde kullanım öyküsü yoktur (n=20, % 100). İki gruptaki ergenlerin annelerinin madde kullanım öyküsü dağılımları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=1.000). KZVD (+) grubunda kardeşinde madde kullanım öyküsü olan 1 (% 2.9) ergen vardır. KZVD (-) grubundaki ergenlerin hiçbirinin kardeşinde madde kullanım öyküsü yoktur (n=20, % 100). İki gruptaki ergenlerin kardeşlerinin madde kullanım öyküsü dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=1.000) (Bkz. Çizelge 3.16).

Çizelge 3.16. İki gruptaki ergenlerin ailelerinde alkol, madde ve sigara kullanımı.

	GRUPLAR				
	KZVD (+) (n=35)		KZVD (-) (n=20)		
	n	%	n	%	**p** (χ^2)
Baba alkol kullanımı	30	85.7	12	60	0.048* (-)
Anne alkol kullanımı	3	8.6	6	30	0.059* (-)
Kardeş alkol kullanımı	9	25.7	1	5	0.075* (-)
Ailede sigara kullanımı	28	80.0	14	70.0	0.513* (-)
Baba madde kullanımı	1	2.9	0	0	1.000* (-)
Anne madde kullanımı	1	2.9	0	0	1.000* (-)
Kardeş madde kullanımı	1	2.9	0	0	1.000* (-)

*Fisher's Exact Test

Grupların okul başarısı, sınıf tekrarı, devamsızlık, ceza dağılımları karşılaştırılmıştır. KZVD (+) grubunda okul başarısı ortalama altı olan 17 (% 48.5)

ergen; KZVD (-) grubunda okul başarısı ortalama altı olan 2 (% 10) ergen vardır. KZVD (+) grubunda okul başarı durumu ortalama altı olan olguların oranı, KZVD (-) grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.009; χ^2=6.755). KZVD (+) grubunda sık olarak başarısız not alan 17 (% 48.5) ergen; KZVD (-) grubunda sık olarak başarısız not alan 2 (% 10) ergen bulunmaktadır. KZVD (+) grubunda sık olarak başarısız not alanların oranı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.003; χ^2=9.085). KZVD (+) grubunda sınıf tekrarı olan 9 (% 25.7) ergen; KZVD (-) grubunda sınıf tekrarı olan 3 (% 15) ergen bulunmaktadır. İki grup arasında sınıf tekrarı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktur (p=0.502). KZVD (+) grubunda sık olarak devamsızlık yapan 14 (% 40) ergen vardır. KZVD (-) grubundaki ergenlerin tamamı hiç devamsızlık yapmayan veya nadir olarak devamsızlık yapan kategorisindedir (n=20, % 100). KZVD (+) grubunda sık devamsızlık yapanların oranı, KZVD (-) grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.003; χ^2=8.727). KZVD (+) grubunda okulda ceza alan 22 (% 62.9) ergen; KZVD (-) grubunda okulda ceza alan 5 (% 25) ergen bulunmaktadır. KZVD (+) grubunda okulda ceza alan olguların oranı, KZVD (-) grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.015; χ^2=5.862) (Bkz. Çizelge 3.17).

Çizelge 3.17. İki gruptaki ergenlerin okul başarısı, devamsızlık ve okulda alınan ceza dağılımları.

		GRUPLAR				
		KZVD (+) (n=35)		KZVD (-) (n=20)		
		n	%	n	%	p (χ^2)
Okul başarı durumu	Ortalama veya üstü	18	51.5	18	90	0.009* (6.755)
	Ortalama altı	17	48.5	2	10	
Başarısız not alma	Hiç veya nadir	18	51.5	19	90	0.003* (9.085)
	Sık	17	48.5	1	10	
Sınıf tekrarı		9	25.7	3	15	0.502** (-)
Devamsızlık sıklıkları	Hiç veya nadir	21	60	20	100	0.003* (8.727)
	Sık	14	40	0	0	
Okulda aldığı ceza		22	62.9	5	25	0.015* (5.862)

*Yates Ki-kare Test
**Fisher's Exact Test

İki gruptaki ergenlerin aile bireylerinin KZVD öyküsü ve intihar sıklıkları karşılaştırılmıştır. KZVD (+) grubundaki ergenlerin 4'ünün (% 11.4) aile bireylerinde KZVD öyküsü vardır. KZVD (-) grubundaki ergenlerin 1'inin (% 5) aile bireylerinde KZVD öyküsü vardır. İki gruptaki ergenlerin aile bireylerinin KZVD öyküsü sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.643). KZVD (+) grubunda ailelerinde intihar sonucu ölüm olan 2 (% 5.7) ergen; KZVD (-) grubunda ailelerinde intihar sonucu ölüm olan 2 (% 10) ergen vardır. İki gruptaki ergenlerin ailelerinde intihar sonucu ölüm sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.616) (Bkz. Çizelge 3.18).

Gruplar ailelerinde psikiyatrik öykü ve kendilerinin psikiyatrist- psikolog başvuruları bakımından karşılaştırılmıştır. KZVD (+) grubunda ergenlerin 23' ünün (% 65.7) ve KZVD (-) grubunda 11' inin (% 55) ailesinde psikiyatrik tedavi öyküsü vardır. İki gruptaki ergenlerin ailelerinde psikiyatrik tedavi öyküsü sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.618; χ^2=0.248). KZVD (+) grubunda daha önce psikiyatrist ya da psikolog başvurusu olan 33 (% 94.3) ergen ve KZVD (-) grubunda daha önce psikiyatrist ya da psikolog başvurusu olan 17 (% 85) ergen vardır. İki gruptaki ergenlerin daha önce psikiyatrist ya da psikolog başvuru sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.342) (Bkz. Çizelge 3.18).

Çizelge 3.18. İki gruptaki ergenlerin ailelerinde KZVD öyküsü; intiharla ölen, psikiyatrik tedavi gören, psikiyatri başvurusu olan, önceki ve halen devam eden psikiyatrik tedavi sayısı.

	GRUPLAR				
	KZVD (+) (n=35)		KZVD (-) (n=20)		
	n	%	n	%	**p** (χ^2)
Ailede KZVD	5	14.3	1	5	0.643* (-)
Ailede intiharla ölen kişi sayısı	2	5.7	2	10.0	0.616* (-)
Ailede psikiyatrik tedavi öyküsü	23	65.7	11	55	0.618** (0.248)
Daha önceki psikiyatrist ya da psikolog başvurusu	33	94.3	17	85	0.342* (-)

*Fisher's Exact Test
**Yates Ki-kare Test

4. TARTIŞMA

KZVD'nin yaygınlığını belirlemek güçtür (Walsh ve Rosen, 1988). Aynı biçimde cinsiyetler arası fark söz konusu olduğunda da alanyazında farklı sonuçlarla karşılaşılmaktadır. KZVD'nin, kadınlarda erkeklerden daha yüksek yaygınlığa sahip olduğu hem toplum çalışmalarında (Brunner ve ark., 2007; O'Connor ve ark., 2007; Plener ve ark., 2007) hem de klinik örneklemin değerlendirildiği çalışmalarda (Kirkcaldy ve ark., 2006) gösterilmiştir. Kız ergenlerde KZVD'nin erkek ergenlerden daha sık olduğu bilinmektedir (Morey ve ark., 2010; Kokkevi ve ark., 2012). KZVD'nin kız ergenlerde sık olması, depresyon ve anksiyetenin kız ergenlerde yüksek oranda olmasına bağlanmıştır (Hilt ve ark., 2010a). Biere ve Gil (1998) ise yaygınlığın kadın ve erkeklerde eşit olduğunu göstermiştir. Brunner ve arkadaşları (2013), KZVD'nin iki cinsiyette de emosyonel ve davranışsal sorunlarla ilişkili olduğunu saptanmıştır. Bu çalışmada da cinsiyetin KZVD açısından belirleyici olmadığını destekler nitelikte iki grup arasında cinsiyet oranları açısından fark olmadığı bulunmuştur. Yapılan bu çalışmanın bir genel toplum değerlendirme çalışması olmaması ve klinik örneklemle değerlendirilmiş olması nedeniyle bu sonuçların dikkatle değerlendirilmesi gerekir.

Aile çevresindeki ilişkilerin niteliği ile KZVD arasında güçlü ilişki vardır (Wedig ve Nock, 2007; Yates ve ark., 2010; Kaess ve ark., 2012). Anne babanın bir arada yaşamıyor olması KZVD riskini arttırmaktadır (Kokkevi ve ark., 2012). Anne-babanın ayrılığı, boşanması ve yeniden evlenmesi intihar davranışı riskini arttırmaktadır (Rubenstein ve ark., 1998). KZVD ile ebeveynlerin ayrılması veya boşanması arasında da pozitif ilişki saptanmıştır (Yang ve Clum, 1996). Bu çalışmada ise KZVD (+) gruptaki ergenlerden anne babaları beraber yaşamayanların KZVD (-) gruptaki ergenlerden daha sık olduğunu bulunmuştur. Bu farkın anlamlılığa ulaşmaması örneklemin oldukça küçük olmasıyla ilişkili olabilceği düşünülmüştür.

Alanyazında, geniş aile veya kardeş sayısının KZVD davranışı üzerine etkisini değerlendiren çalışma ile karşılaşılamamıştır. Ancak, kardeş ilişkisinin/sıcaklığının ergenlikte yaşam olayları ile başa çıkma potansiyeline katkıda bulunduğu bildirilmiştir (Waite ve ark., 2011). Kardeşler arasındaki dinamiklerin akranlarla ilişkilerde ve okul uyumunda da etkili olduğu bilinmektedir (Feinberg ve ark., 2012a; Feinberg ve ark., 2012b). Geleneksel bağlanma kuramı (monotropik bağlanma), bakım verenler arasında bir hiyerarşi olduğunu ve bağlanmanın özellikle özgül birincil bir kişiyle gerçekleştiğini savunmaktadır (Bowlby, 1980; Howes, 1999) ve çocukların birincil bakım verenlerine bağlanmalarının nasıl gerçekleştiğini açıklamayı amaçlamaktadır. Geleneksel (monotropik) bağlanma, bakım veren-çocuk ilişkilerinin çocukların uyum sağlaması üzerine etkilerinin anlaşılması için güçlü bir değerler dizisidir (paradigm) (Lewis, 2005). Alternatif bir bakış açısı olarak sosyal ağ yaklaşımı (politropik bağlanma), bağlanma kuramını önemli ilişkiler ağının etkilerini dikkate alarak değerlendirmektedir. Sosyal ağ modeli, bağlanmanın anne, baba, kardeş, anneanne, babaanne, dede ve bakıcılar gibi çok sayıda bağlanma figürüne eş zamanlı olarak bağlanma geliştiğini savunmaktadır (Nash, 1988; Lamb, 2005; Lewis, 2005; van Ijzendoorn, 2005). Bu çalışmada, aile içi ilişkilerin doğası ile ilgili değerlendirme yapılmamıştır. Ancak, yukarıda sözü edilen sosyal ağ modeli açısından bakıldığında evde yaşayan kişi sayısının yüksekliğinin güvenli bağlanmaya katkısının olması ve KZVD'yi engellemesi beklenebilir. Çalışmada, KZVD (+) grubundaki ergenlerin istatistiksel anlamlılığa ulaşmamakla birlikte kontrol grubundaki ergenlerden daha kalabalık evlerde yaşadığını bulunmuştur. Bu ergenlerin çocukluk döneminde yaşadıkları evdeki kişi sayısı ve ilişkilerin doğası bilinmediğinden doğru bir sonuca ulaşmak olanaklı değildir. Ancak, aile desteğinin KZVD'nin azaltılmasında en önemli etmen olduğu bilgisi dikkate alındığında (Tatnell ve ark., 2014), çalışmada KZVD öyküsü olan ergenlerin evlerinde yaşayan kişi sayısı yüksek olsa bile aile destek ağlarının yetersiz olduğu söylenebilir.

Çoğu çalışmada, düşük sosyoekonomik sınıftan olmanın KZVD 'nin sıklığını arttırıcı etkisi olduğu bildirilmiştir (Nada-Raja ve ark., 2004; Brunner ve ark., 2007; Hilt ve ark., 2010b; Kokkevi ve ark., 2012). Ancak, Beyaz Irk' tan (Caucasian) ergenlerde

orta ve üst sosyoekonomik sınıfta olmanın KZVD riskindeki artışla ilişkili olduğunu bildiren bir araştırma vardır (Yates ve ark., 2010). Yapılan bu çalışmada da KZVD (+) ergenlerin anne ve babalarının eğitim düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Bununla birlikte KZVD sıklığı ve babanın eğitim düzeyi arasındaki negatif yönlü ilişki dikkat çekmiştir. Bu sonuç alanyazınla uyumlu olmakla birlikte KZVD sıklığında babanın sosyokültürel durumunun daha belirleyici olduğunu düşündürmüştür. İki ergen grubunun ailelerinin ekonomik durumları (aylık gelir, oturulan konut sahip olma /kiracı olma, ergenin çalışmak zorunda kalması/okula gidememesi, ebeveynlerden herhangi birinin uzun süren işsizlik dönemlerinin olması) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı değildir. Yukarıda sözü edilen araştırma sonuçları, KZVD ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişkinin çeşitli olabileceğini ve bu çeşitliliğin kültürler arası farklılıklara bağlanabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle, bu çalışmada saptanan farklı örüntü şaşırtıcı bir durum olarak yorumlanmamalıdır. Ayrıca iki gruptaki örneklemi oluşturan ergenlerin benzer çevre ve özel psikiyatri merkezinden seçilmesi ekonomik açıdan farklılığın olmamasını etkileyebilir.

Ebeveynin işsiz olması ile KZVD arasında güçlü ilişki olduğu belirlenmiştir (Brunner ve ark., 2013). Bu çalışmada da alanyazına paralel kabul edilebilecek biçimde, KZVD (+) olan ergenlerin ebeveynlerinin uzun süre işsiz kalma sıklıklarının (%34,3) KZVD (-) grubundan (%10) yüksek olduğu saptanmakla birlikte aradaki fark istatiksel olarak anlamlı değildir. Bu sonuç örneklemin küçük olmasına bağlanabilir. İki gruptaki ergenlerin konutlarının bulunduğu bölgelerin güvenlilik açısından farklı olmadığını tespit edilmiştir.

KZVD; cildi kesme/kazıma (Nock, 2010), kendini ısırma, bilerek kendine vurma veya deriyi yakma (Lloyd-Richardson ve ark., 2007) biçiminde olabilir. Brunner ve arkadaşları (2013), KZVD'nin en sık biçiminin deriyi kesme, yakma veya beden bölgesini vurma dışındaki yöntemlerle deriye zarar verme biçiminde (% 65.1; deriyi kesme % 54.4) olduğunu göstermiştir. Sıklık sırasına göre diğer zarar verme biçimleri kendini yakma ve beden bölgesini vurma olarak belirlenmiştir. Kendini kesme, başka

araştırmalarda da ilk sırada yer alan KZVD biçimi olarak bildirilmiştir (Whitlock ve ark., 2006; Morey ve ark., 2010). Lüleci'nin (2007) yaptığı çalışmada ergenlerde en sık bildirilen KZVD biçiminin vücudunu sert yerlere vurma olduğu belirtilmiş, bunu çizme/kazıma izlemiştir. Bu çalışmada da kafa veya vücudun herhangi bir bölgesini sert bir yere vurma en sık kullanılan KZVD biçimi olarak belirlenmiştir. Bunu, çizme/kazıma ve kesme davranışları izlemektedir. Kendini yakma, göreli daha az sıklıkta başvurulan bir yöntem olarak bulunmuştur. Türk örneklemiyle yapılan bu iki çalışmanın sonuçlarından hareketle KZVD biçimlerinin kültüre özgü olabileceği ve Türk kültüründe ergenlerde vücudu sert yere vurmanın KZVD açısından önemli olabileceği düşünülmüştür.

Ergenlerin değerlendirildiği çalışmalarda, KZVD'nin yaygınlığının % 12-42 arasında değiştiği gösterilmiştir (Gratz ve ark., 2002; Whitlock ve ark., 2006; Hallab ve Covic, 2010). KZVD olan ergenlerin ebeveynlerinin duygusal gereksinimlere yeterli düzeyde yanıt verebilirliklerinin KZVD olmayan ergenlerin ebeveynlerinden daha yetersiz olduğu bildirilmiştir (Gratz ve ark., 2002; Vary ve ark., 2007; Bureau ve ark., 2010; Hallab ve Covic, 2010). Bu durum, çocukluk çağındaki çevrenin daha sonraki yaşamda ruhsal sağlık açısından önemli olduğunu göstermektedir (Bowlby, 1988). Diğer çalışmalarda güvenli olmayan bağlanmanın daha önemli psikolojik ve kişiler arası güçlüklerle (Cooper ve ark., 1998; Allen ve Land, 1999) ve KZVD, anksiyete ve depresyonla (Kobak ve Hazan, 1991; Hallab ve Covic, 2010) ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ek olarak güvensiz bağlanmanın erişkinlikte çocukluk dönemde olduğu gibi baş etme becerileri donanımını olumsuz yönde etkilediği ve çeşitli psikolojik sorunlar açısından riski arttırdığı bildirilmiştir (Shaver ve ark., 1988). Ergen bireylerin değerlendirildiği çalışmalarda; KZVD'nin, -özellikle bakım verenle ilişkilerde kendini gösteren (Gratz ve ark., 2002; Seguin ve ark., 2004) - aile içi anlaşmazlıklar / çatışmalarla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Hawton ve Harriss, 2010). KZVD ile bozulmuş ebeveyn çocuk ilişkisi (Gould ve ark., 1996) ve kısıtlı duygu ifadesi ve/veya aşırı korumacı ebeveynlik (Adam ve ark., 1994) arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Ayrıca, annenin yanıt verirliğinin (responsiveness) yetersiz olması (düşük düzeyli

emosyonel duyarlılık, düşük düzeyli kabul edicilik) gibi olumsuz ebeveynlik tarzları ile ergenlik dönemindeki KZVD riskinin arttığı belirlenmiştir (Fergusson ve Lynskey, 1995). Bir çalışmada araştırmacılar; ergenlerdeki KZVD'yi, intihar dışı kendini yaralama çerçevesinde ve bu yaralamada ana-babaya bağlanmanın rolünü belirlemeyi amaçlamışlardır ve intihar dışı KZVD gösteren ergenlerdeki ebeveyn bağlanma kalitesinin, böyle bir KZVD olmayan ergenlerden daha düşük olduğu bulunmuştur (Hilt ve ark., 2010a). Fergusson ve arkadaşları (2000), algılanan ebeveyn bağlanma kalitesinin KZVD riskini belirgin biçimde arttırdığını göstermiştir. Bu çalışmada ise KZVD (+) ergenlerin algılanan ebeveyn bağlanma örüntülerinin -hem ilgi/kontrol hem de aşırı koruma açısından- kontrollerden farklı olmadığını bulunmuştur. Sonuçlar değerlendirilirken; örneklem boyutunun küçük olduğu, KZVD ile ilgili kültürler arası çalışmaların sonuçlarının tartışmalı olduğu (Giletta ve ark., 2012; Kokkevi ve ark., 2012) akılda tutulmalıdır. Ayrıca, ABBÖ değerlendirmesinde de kültürel farklar gözlenebilmektedir. Ana-babanın kontrol davranışları; batı kültüründe aşırı koruyucu ana-babalık örüntüsünün bir parçası iken, bizim kültürümüzde ise ilgili ana-babalık davranış örüntüsünün bir parçası olarak ortaya çıkmaktadır. ABBÖ ölçeğinin Türkçe geçerlik çalışmasında kontrol ve ilgi maddelerinin bir arada yer alması, kültürümüzde ilgili ana-baba olmanın, çocuğun davranışlarını denetlemeyi ve/veya yaptıklarından haberdar olmayı da içermesine bağlanmıştır. Ancak çalışmada KZVD (+) grupta, annenin ilgi/kontrolü arttıkça KZVD sıklığının da arttığı bulunmuştur. Bu sonucun yine ölçeğin ilgi/kontrol boyutunun kültürel olarak denetleme ve kontrol içermesi ile açıklanabilir. Ayrıca ergenlerin annelerini babalarına göre daha ilgili algıladıkları da gösterilmiştir (Kapçı ve Küçüker, 2006).

KZVD, tipik olarak 10-20 yaşlar arasında başlamaktadır (Whitlock ve ark., 2006). Diğer psikososyal değişkenler kontrol edildikten sonra düşük yaşın KZVD'yi yordayabildiği belirlenmiştir. Bu durum, benzer psikososyal risk etmenleri yüküne sahip ergenlerden daha genç olanlarda KZVD riskinin yüksek olduğunu düşündürmektedir (Brunner ve ark., 2013). Bu çalışmada yaş ile KZVD sıklığı arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Alanyazındaki sonuçlar ile bu çalışmanın sonuçları arasındaki

farkın nedeni, yukarıda sözü edilen çalışmada örneklem boyutunun çok büyük olmasına ve/veya ortalama yaşın (n:12068;14.9±0.89) bu çalışmadan (n:35; 16.74±0.98) daha düşük olmasına bağlanabilir.

Ergenlik ve erken erişkinlikteki intihar davranışının başlamasında bir risk etmeni olarak ebeveyne bağlanmanın rolü araştırılmış ve 15 yaşında ebeveyne bağlanmanın algılanan kalitesi ile 15-21 yaş arasındaki intihar girişimi riski arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmada, ebeveyne bağlanmanın intihar davranışını bağımsız biçimde belirlemediği, ailesel etmenler ile KZVD arasındaki ilişkinin "nedensel ilişkiler süreci" (causal chain process) yoluyla geliştiği ileri sürülmüştür. Sözü edilen son kavram, çocukluktaki olumsuzlukların, ergenin psikolojik sıkıntılara ve zorlu yaşam olaylarına duyarlılığını arttırdığına ve buna bağlı olarak intihar davranışlarının arttığına işaret etmektedir (Fergusson ve ark., 2000). Önergenlikte fiziksel kötüye kullanıma maruz kalmanın, ebeveyn ve akran bağlanmasının ergenlikteki intihar davranışları için bir risk etmeni olup olmadığı araştırıldığı altı yıllık izlem çalışmasında ebeveyne bağlanmanın algılanan kalitesinin ergenlerdeki intihar davranışı riskini belirgin ve bağımsız biçimde azalttığı bulunmuştur. Ancak, akran bağlanmasının intihar davranışı riskini önergenlikteki kötüye kullanım ile gözlenen risk artışının ötesine götürmediği bildirilmiştir (Salzinger ve ark., 2007). Ergenlikte ve erken erişkinlikteki intihar eylemlerinin ailesel, akran ile ilişkili (ebeveyn ve akran bağlanması) ve bireysel yordayıcıların araştırıldığı, değerlendirme yöntemleri (ölçekler) açısından çeşitli kısıtlılıkları olan bir çalışmada, depresif belirtileri yüksek düzeyde olan ergenlerde bu ilişkilerin gözlendiği, ancak tüm örneklemde böyle ilişkilerin saptanmadığı bildirilmiştir (Nrugham ve ark., 2010). Bu bağlamda, KZVD dışında intihar ilişkili durumların da bağlanma ile ilişkisi bilinmektedir. KZVD ile intihar düşünceleri/girişimi arasında güçlü ilişki olduğu bilinmektedir (Nock ve ark., 2006; Brunner ve ark., 2007). Bazı araştırmacılar, KZVD' yi, intihar düşüncelerinin eyleme dönüşmesi olasılığını artıran bir aracı olarak düşünmektedirler (Joiner, 2005). Bu görüşü destekler biçimde, uzunlamasına araştırmaların sonuçları, KZVD'nin gelecekteki intihar girişimleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Cooper ve ark., 2005).

Sorun odaklı başa çıkma ve sorun çözme becerilerinin, bağlanma ile psikolojik sorun arasındaki ilişkide aracı etmenler olarak rol oynadığını gösteren çalışmalar vardır. (Lopez ve ark., 2001; Wei ve ark., 2003). Ek olarak, bağlanma ile KZVD arasındaki ilişkide, stres ve uyumsal olmayan affekt düzenlemenin aracı etmenler olarak rol oynadığı gösterilmiştir (Kimball ve Diddams, 2007; Hallab ve Covic, 2010). KZVD olan ergenlerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin oldukça sık olduğu gözlenmiştir (Hawton ve ark., 2002; Brunner ve ark., 2007; Lloyd-Richardson ve ark., 2007). Bu çalışmada da, en az bir KZVD (+) ergenlerin depresyon puanlarının KZVD (-) ergenlerden yüksek olduğunu bulunmuştur. Bu sonuç alanyazınla uyumludur. KZVD (+) ergenlerin büyük bölümü, KZVD örüntüsünü kısa bir dönem boyunca düşük sıklıkta sürdürmekteyken, küçük bir bölümünde bu davranışların uzun süre boyunca sık olarak tekrarladığı gözlenmiştir. İkinci gruptaki ergenlerin, daha yüksek düzeyde psikolojik sorun yüküne sahip olduğu belirlenmiştir (Brunner ve ark., 2007). KZVD, ergenlerdeki depresyon ile yordanabilmektedir (Haavisto ve ark., 2005; Moran ve ark., 2012). Yapılan bu çalışmada ise KZVD bildiren ergenlerin depresyon şiddetleri ile KZVD sayıları arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç alanyazınla uyumlu görünmemektedir. Diğer dikkat çeken sonuç KZVD (+) gruptaki ergenlerin depresyon puanları daha yüksek olduğu halde psikiyatri/psikolog başvurusunun KZVD (-) grubundakilerden farklılık göstermemesidir. Bu durum, KZVD (+) gruptaki ergenlerin daha çok belirti gösterdiklerini; ancak yardım arama isteklerinin sınırlı olduğunu düşündürmektedir. Lüleci'nin (2007) yaptığı çalışmanın sonuçları da KZVD (+) olguların psikiyatrist/psikolog başvurusu isteklerinin KZVD (-) olgulara göre 3 kat yüksek olduğunu; fakat psikiyatri başvurularının düşük olduğunu göstermektedir. Sonuçlar, öğretmenler, rehber öğretmenler vb. ergenlerle çalışan meslek elemanlarının KZVD (+) bir ergenle karşılaştığında depresyon ve yukarıda da bahsedildiği gibi intihar riski açısından psikiyatriste yönlendirme yapmasını önemli kılmaktadır.

Ailede çatışma ve eleştirel ebeveynliğin, intihar girişimi dışındaki KZVD ile yakından ilişkili olduğu bulunmuştur (Wedig ve Nock, 2007; Yates ve ark., 2010; Kaess ve ark., 2013). Diğer bir çalışmada, ebeveyn ihmalinin yüksek düzeyli olması ile KZVD

arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Brunner ve ark., 2013). Norveç'te ergenlerle yapılan bir çalışmada, KZVD ile sosyal destek ağının zayıflığı arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Wichstrom, 2007). Doğrudan KZVD ve dolaylı KZVD'nin (madde kullanımı vb.) bir boyut üzerindeki farklı noktaları temsil ettiği düşünüldüğünde (Holinger, 1979; Nock, 2010), her iki durum için de ebeveyn çocuk ilişkisinin benzer örüntü göstermesi beklenen bir durumdur. Ebeveynlerine sorunlarını anlatabilen (Ackard ve ark., 2006) ve ebeveynleri ile geçirdiği süre daha fazla olan (Cohen ve ark., 1994) ergenlerde madde kullanımı riskinin azaldığı gözlenmiştir. Ebeveyn çocuk ilişkisi, madde kullanımında özellikle kız ergenler için koruyucu bir faktördür (Yeh ve ark., 2006). Ebeveynin kontrolü ve duygusal desteği, madde (tütün, alkol, esrar) kullanımı ile güçlü negatif ilişki göstermektedir (Choquet ve ark., 2010). Bu çalışmada KZVD öyküsü olan ergenler arasında anne babası tarafından anlaşılmak istenenlerin sıklığı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Ebeveynlerin gençlerin duygusal gereksinimlere yeterli düzeyde yanıt verebilmeleri, KZVD deneyimini azaltmaktadır (Gratz ve ark., 2002; Vary ve ark., 2007; Bureau ve ark., 2010; Hallab ve Covic, 2010). Bu durum, yapılan çalışmada KZVD grubundaki ergenlerin ebeveynlerinin çatışmaya neden olabilecek biçimde eleştirel olabileceklerini veya ebeveynleri tarafından empatik yaklaşılmadığını akla getirmektedir. Ancak, iki grubun ABBÖ ilgi/kontrol alt ölçek puanları arasında ne anne ne de baba için anlamlı fark gözlenmemesi, çalışmanın bu sonuçlarının çelişkili olduğunu ve bu sonuçlara oldukça dikkatli yaklaşılması gerektiğini düşündürmektedir.

Yapılan bu çalışmada, KZVD öyküsü olan ergenlerde aile bireyleri (anne, baba veya kardeş) tarafından anlaşılma isteğinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, gerçekten de KZVD öyküsü olan ergenlerin sosyal destek ağının zayıf olduğunu veya ergenlerin algıladığı sosyal destek düzeyinin yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada da, aile desteğinin KZVD'nin azaltılmasında en önemli etmen olduğu gösterilmiştir (Tatnell ve ark., 2014). Ayrıca bu çalışmada ebeveynlerin ilgi düzeyleri incelenmiştir. İki gruptaki anne babaların ergenlerin nerede

ne yaptığını bilme sıklıkları ve ergenlerin eve gelme saatinin belli olup olmama sıklıkları arasında anlamlı farkın olmadığı görülmüştür.

Stresli yaşam olayları ve sıkıntılı durumlar sırasında ana destek kaynağının ebeveynler olduğu ileri sürülmekte (West ve ark., 1999), fakat ergenlik döneminde akran ilişkilerinde artış gözlenmektedir (Furman ve Buhrmester, 1992). Genel toplum çalışmalarında, akran bağlanmasının KZVD üzerine etkisinin olmadığına dair sonuçlar elde edilmiş olmasına karşın (Salzinger ve ark., 2007; Nrugham ve ark., 2010), psikolojik sıkıntıya belirgin tepkiler veren ebeveynleri olan ergenlerin arkadaş ilişki niteliği ile psikolojik sıkıntı dayanıklılığı arasında negatif ilişki saptanmıştır (Ehrlich ve ark., 2013). Ayrıca, akran ilişkilerindeki sorunlar ile KZVD arasında ilişki saptayan çalışmalar da vardır (Klonsky, 2007a; Giletta ve ark., 2012). Bireysel etmenlere ek olarak akran kurbanlaştırmasının (peer victimization) (Klonsky, 2007a) ve akran reddinin de (Brunner ve ark., 2013) KZVD ile güçlü ilişki gösterdiği bildirilmiştir. Güvensiz akran ve okul ilişkilerinin KZVD gelişim olasılığını arttırdığı gösterilmiştir (Stallard ve ark., 2013). Yakın zamanda yapılan kesitsel çalışmalarda, akran ilişkileri ile KZVD arasında duygusal düzensizlik (emotional disregulation) (Adrian ve ark., 2012) ve stres (Hallab ve Covic, 2010) üzerinden yorumlanabilecek dolaylı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu bağlamda, akran ilişkisinin psikolojik açıdan iyileştirici bir etkisi olabileceği düşünülebilir. Bu çalışmada, KZVD grubunda aile ve/veya akran ilişkilerinin kontrol grubundan daha kötü olduğuna dair sonuçlar sunmakla birlikte, bu farkın sadece aile tarafından anlaşılma isteği açısından anlamlılık düzeyine ulaştığını göstermiştir. O zaman, yapılan bu çalışmanın sonuçlarının alanyazınla en azından kısmen paralellik gösterdiği söylenebilir. Sonuçların kısmen paralellik göstermesi örneklemin aynı merkeze başvuran ergenler arasından oluşturulması ve geniş bir örneklem kullanılmamış olması ile ilişkili olabilir.

Bağlanma ile KZVD'nin ilişkisinin değerlendirildiği bu çalışmada, iki gruptaki ergenlerden de boş zamanlarını aileleri ile geçirenlerin çok az sayıda olduğu gözlenmiştir. Televizyon izleme ve bilgisayar veya oyun sistemleri ile zaman harcama

çocuklar ve genç bireyler için oldukça popüler hale gelmiştir (Santaliestra-Pasias ve ark., 2013). Sonuçların, dünyada ve günümüzdeki genel ergen zaman geçirme örüntüleri ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

Alanyazında, 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 (Lüleci 2007) ve bu aletlerle tehdit edilme veya dövülme arasında bir ilişki saptanmasına karşın, KZVD ile kavgada yaralanma arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Baheiraei ve ark., 2011). O zaman, KZVD ile ergenlikte şiddet davranışları arasında da ilişki olması beklenen bir durumdur. Ancak, bu çalışmada, iki gruptaki olguların kavgada yaralama veya yaralanma, polis müdahalesi gerektiren bir olayda bulunma sıklığı açısından benzer olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni örneklemin özel psikiyatri kliniğine başvuran ve benzer çevreden gelen ergenlerden seçilmesi ile ilgili olabilir. Ayrıca yanında kesici alet taşıyanların KZVD (+) grupta daha sık olduğu saptanmıştır. Bu sonuç alanyazınla uyumludur ve kesici alet taşımanın davranım bozukluğu, öfke veya dürtü kontrol zorluğu gibi psikiyatrik tanılarla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

KZVD' nin; ergenlerdeki çeşitli riskli ergen davranışları (sigara kullanımı, alkol kullanımı ve okul devamsızlığı) ve eş tanı olarak saptanan psikiyatrik bozukluklar (depresyon, anksiyete, davranım bozukluğu, intihar düşüncelerinin varlığı) ile pozitif ilişki gösterdiği iyi bilinmektedir (Haw ve ark., 2005; Brunner ve ark., 2007; Gollust ve ark., 2010; Serras ve ark., 2010). Doğrudan KZVD ve dolaylı KZVD'nin (madde kullanımı vb.) bir boyut üzerindeki farklı noktaları temsil ettiği ileri sürülmektedir. Bu durum, "özyıkımın devamlılığı" (continuity of self- destruction) olarak adlandırılmaktadır (Holinger, 1979; Nock, 2010). KZVD ile diğer risk alma davranışları ve özyıkım davranışları arasındaki ilişkilerin; yukarıda sözü edilen tüm davranış örüntülerinin "yoğun negatif duygusal durumların düzenlenmesine" hizmet etmesinden kaynaklanıyor olabileceği ileri sürülmüştür (Brunner ve ark., 2007). Ergenlerde, yasa dışı ilaç kullanımı (McMahon ve ark., 2010; Haw ve Hawton, 2011; Kokkevi ve ark.,

2012), sigara kullanımı (Kokkevi ve ark., 2012), alkol, esrar ve madde kötüye kullanımı (Moran ve ark., 2012) ile KZVD riski arasında güçlü ilişki saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları da KZVD öyküsü olan ergenlerin sigara kullanım sıklıklarının KZVD öyküsü olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek ve alanyazınla uyumlu olduğunu göstermiştir. KZVD öyküsü olan ergenlerin alkol (%37,1), madde (%20) ve ilaç kullanım sıklıklarının (%11) KZVD öyküsü olmayanlardan (alkol %25, madde %5, ilaç %15) anlamlılığa ulaşmayan hafif bir yükseklik gösterdiğini bulunmuştur. Çalışmanın sonuçlarının alanyazınla sadece kısmen tutarlılık göstermesinin nedeni çok küçük boyutlu örneklem kullanılmış olması olabilir.

Ergenlerin KZVD (+) arkadaşlarının olması, KZVD riskini artıran bir etmen olarak bildirilmiştir (McMahon ve ark., 2010). KZVD (+) grubundaki ergenlerden KZVD (+) arkadaşlara sahip olanların oranı KZVD (-) grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Bu durumun, daha önce alanyazında bahsedilen KZVD'nin kişilerarası işlevlerden biri olan gruba uyum sağlama işlevi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca taklit etme, gruptan dışlanmama, örnek alma gibi faktörler de bunda etkili olabilir.

Sosyal öğrenme, bağlanma, ve anormal davranış kuramları ve aile etkileşim kuramı, ergenlerin madde kullanımının psikolojik durum, akran etkileri ve aile karakteristiklerinden kaynaklandığını ileri sürmektedir (Brook ve ark., 2000; Brook ve ark., 2006).

Madde kullanımında akran etkisinin olduğuna dair kanıtlar vardır (Musher-Eizenman ve ark., 2003). Asya kökenli Amerikalı ergenlerle yapılan bir çalışmada, akran kılavuzluğunun ve baskısının madde kötüye kullanımında önemli faktörlerden biri olduğu bildirilmiştir (Hahm ve ark., 2003; Fang ve ark., 2011). Bu çalışmanın sonuçları da değerlendirilen iki gruptaki ergenlerin madde kullanan veya öneren ve alkol kullanan arkadaş sayısı açısından benzer olduğunu göstermiştir. Böylece, sonuçların, KZVD

grubundaki ergenlerin madde/alkol kullanımına yönlendirilmesinde akran kılavuzluğu ve/veya baskısının KZVD öyküsü olmayan ergenlerden farklı olmadığı biçiminde yorumlanabilir.

Alanyazında KZVD (+) ergenlerin ailelerinde alkol bağımlılığının olduğu ve ergenlerin alkol kullanmasında, ebeveynin alkol kullanımının etkili olduğu bildirilmiştir (Johnson ve Pandina, 1991; Lochman ve ark., 2007; Lüleci, 2007). Yapılan bu çalışmada ise KZVD (+) ve KZVD (-) grupların anne, baba ve kardeşlerinin alkol ve madde kullanımı açısından fark olmadığı görülmüştür. Ancak KZVD (+) grupta baba alkol kullanımının (%85.7) KZVD (-) grupta baba alkol kullanımıdan (%60) fazla olduğu görülmüştür. Sonucun farklılığa ulaşmaması örneklemin küçük olması ile ilişkili olabilir.

Psikopatoloji şiddeti kontrol edildikten sonra okul performansı ve okulda disiplin sorunlarının intihar girişimi olan (Richardson ve ark., 2005) veya intihar eden (Gould ve ark., 1996) bireyler arasında daha sık olduğu bulunmuştur. Jablonska ve arkadaşları (2007), çocukların okul performansının gelecekte KZVD ile kendini gösteren ruhsal hastalıkların gelişmesi ile ilişkili olduğu saptamıştır. O zaman KZVD (+) ergenlerde okul performansı ve disiplin sorunlarının daha sık olması beklenebilir. Yapılan bu çalışmada da yukarıda bahsedilen çalışmaların sonuçlarını destekler biçimde, KZVD (+) ergenlerin okul başarılarının ve okula devamlılıklarının KZVD (-) ergenlerden daha kötü olduğunu belirlenmiştir. Ek olarak, KZVD (+) ergenlerin aldıkları cezaların hiyerarşik düzeyinin KZVD (-) ergenlerden daha yüksek olduğunu saptanmıştır.

Hargus ve arkadaşlarının (2007) yaptığı kesitsel bir araştırmada, KZVD (+) ebeveyne sahip çocuklarda intihar niyetiyle KZVD riskinin arttığı saptanmıştır. Ancak bu çalışmaya ise intihar niyeti ile KZVD gösteren ergenler alınmamıştır. Başka bir çalışamda ergenlerde intihar niyeti olmadan girişilen KZVD riski ile aile bireyleri arasındaki intihar girişimi veya intihar niyeti olmaksızın gerçekleştirilen KZVD arasında

ilişki olmadığı gözlenmiştir (Cox ve ark., 2012a). Ailedeki psikiyatrik bozuklukların da intihar niyeti olmadan girişilen KZVD riski ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (Cox ve ark., 2012b). Lüleci (2007) ise ailede KZVD, yakınlarında intihar ile ölüm, ailede psikiyatrik hastalık açısından KZVD (+) ve KZVD (-) gruplar arasında fark olmadığını göstermiştir. Bu çalışmanın sonuçları da benzer biçimde, iki grubun ailede KZVD öyküsü, intiharla ölen ve psikiyatrik tedavi öyküsü açısından farklı olmadığını göstermiştir. Farklılığın olmamasının nedeni çalışmada klinik örneklem kullanılmasıyla ilgili olabilir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, KZVD (+) ile KZVD (-) gruptaki ergenlerin anne ve baba bağlanma örüntüleri arasında fark olmadığı; fakat aileleri tarafından daha çok anlaşılmak istendikleri; KZVD (+) ergenlerin depresyon puanlarının KZVD (-) grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Sonuçlar, KZVD (+) ergenlerin en sık başvurduğu yöntemlerin vücut bölgelerini sert bir yere vurma, vücut bölgelerini çizme/kazıma ve kesme olduğunu göstermiştir. KZVD (+) ergenlerde, KZVD sıklığı ile annenin ilgi/kontrol düzeyi arasında pozitif ve baba eğitim düzeyi arasında negatif ilişki bulunmuştur. KZVD (+) ergenlerin (-) ergenlere göre okul başarılarının daha düşük olduğu, okulda daha çok disiplin cezaları aldıkları belirlenmiştir. Ayrıca KVZD (+) ergenlerin KZVD (-) ergenlerden daha çok yanlarında kesici alet taşıdıkları görülmüştür. Psikiyatrik/psikolojik tedaviye başvurma sıklıklarına bakıldığında ise iki grup arasında fark bulunmamıştır. Bunun nedeni örneklerimin klinik gruptan seçilmiş olması olabilir.

KZVD ve ABBÖ ilişkisi ile ilgili sonuçlar alanyazınla paralellik göstermemiştir. Bu, örneklem boyutunun küçük olması nedeniyle tip II hata olasılığının artması ile ilişkili olabilir.

KZVD'nin kategorizasyonu ile ilgili sorunlar çalışma desenleri arasında belirgin farklılıklar olmasına neden olmaktadır.

Yüz yüze görüşmelerde kendine zarar verme davranışlarının ergenler tarafından bildirilmeme olasılığı, bu çerçevede yapılan araştırmaların genel kısıtlılığıdır.

Hem bağlanma hem de KZVD ile ilgili sosyokültürel farklılıklar da dikkate alındığında sonuçların alanyazınla paralellik göstermemesi daha anlaşılır hale gelmektedir.

Yaş, cinsiyet ve diğer sosyodemografik özellikler açısından eşlenmiş gruplarla yapılacak, örneklem boyutu yeterli olan ergenlerin dahil edileceği çalışmalarla daha güçlü sonuçlar elde edilecektir.

Son olarak bu çalışmanın sonuçları KZVD (+) ergenlerin depresyon, KZVD gibi benzer sorunları olan kişilerle arkadaşlık etmesi, yanlarında kesici alet bulundurması, düşük okul başarısı ve okulda disiplin sorunlarının olduğunu göstermesi öğretmenler, rehber öğretmenler vb. ergenlerle çalışan profesyonellerin bu ergenleri daha kolay ayırt etmesine ve psikiyatrik/psikolojik tedaviye/yardıma yönlendirmesi bakımından önemlidir.

ÖZET

Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergenlerde Bağlanma Stilleri

Araştırmanın temel amacı ergenlerde kendine zarar verme davranışı ile anne babaya bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. 55 ergenden oluşan örneklem (29 kız, 26 erkek) farklı iki şehirde bulunan iki özel psikiyatri kliniğine başvuran 14-18 yaşları arasındaki ergenlerden seçilmiştir (İstanbul ve Ankara). Kendine zarar verme davranışı (KZVD) olan grup okuma yazma bilen, en az bir kez kendine zarar verme davranışı olan ergenlerden oluşturulmuştur (n: 35). Yazılı bilgilendirilmiş onam formu 18 yaşında ise ergenlerin kendisine 18 yaşından küçük ise ailesine imzalatılmıştır. Zeka geriliği, psikotik bozukluk, şizofren tanısı alan ergenler çalışma grubuna dahil edilmemiştir. Kontrol grubu ise okuma yazma bilen, kendine zarar verme davranışı olmayan, psikoz ve mental retardasyon tanısı almayan ergenlerden (n= 20) oluşturulmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmanın amacına göre hazırlanmış Sosyodemografik Veri Formu, Kendini Yaralama Davranışı Bilgi Alma Formu, Kendine Fiziksel Zarar Verme Davranışı Ayrıntılı İnceleme Formu, Anne Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre kendine zarar verme davranışı olan ve olmayan ergenlerin anne babaya bağlanma stilleri arasında fark yoktur. Ancak kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin kontrol grubuna göre aileleri tarafından anlaşılmayı daha çok istedikleri bulunmuştur. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin depresyon puanlarının kendine zarar vermeyen ergenlerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin kontrol grubuna göre okul başarıları daha düşüktür, okulda aldıkları ceza ve okula devamsızlık oranları daha fazladır. Yardım isteme davranışı bakımından her iki grup benzerdir.

Örneklemin iki büyük şehir ve özel psikiyatri kliniğinden oluşması ve boyutu, çalışmanın en büyük kısıtlılığıdır.

Çalışmada anne babaya bağlanma ile kendine zarar verme davranışı arasında ilişki bulunmamasına rağmen bazı önemli sonuçlar bulunmuştur. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin depresyon puanları yüksek, akademik başarıları düşüktür. Buna karşın yardım arayışları sınırlıdır. Kendine zarar verme davranışı olan tüm ergenler depresyon açısından riskli grup olarak değerlendirilmeli ve öncü rolündeki erişkinler (öğretmenler, rehber öğretmenler vb.) buna dikkat etmeli, kendine zarar verme davranışı olan ergenleri profesyonel yardıma yönlendirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Anne babaya bağlanma stilleri, depresyon, ergenlik, kendine zarar verme davranışı, yardım arama.

SUMMARY

Attachment Styles of the Adolescents with Self Mutilation

In this study our main aim was to explore the relation between self mutilative behavior and attachment styles of adolescents. The sample consisted of 55 adoolescents (29 female, 26 male) selected from two private psychiatry outpatient clinics from 2 different cities (Ankara and Istanbul). Literate adolescents who had self mutilative behavior at least once were included in the self mutilation group (n: 35). Written informed consent was signed either by adolescents or the families (for adolescents younger than 18). Adolescents with mental retardation, schizophrenia were excluded from the study. Sociodemographic charactersistics were obtained by the modified Sociodemographic Data Form. Other instruments were characteristics of self mutilative behavior explored by Detailed Survey of Self Mutilative Behaviour, Parental Bonding Instrument (PBI), Beck Depression Inventory (BDI).

Attachment styles of adolescents with self mutilative behaviour was similar to adolescents without self mutilative behaviour. However adolescents in small group reported that they would like to be understood by their parents more than the adolescents in the control group. Although for depression was an exclusion criteria both self mutilation behaviour and control groups. Mean BDI scores of self mutilative behaviour group was significantly higher compared to controls.

Academic performance of the adolescents in self mutilative behaviour group significantly was lower than the control group, as well as that absence from school was higher in self mutilative behaviour group.

History of help seeking behaviour (psychiactric/psychological) was similar in both groups.

Sample size and composition (two large cities and private psychiatry center) are the limitations of this study.

Althogh contrary to our hypothesis we found no parental bonding and self mutilative behavior, there are some important findings of this study. Adolescents with self mutilative behaviour have higher depression scores, lower academic success. İn spite of that they have limited help seeking. All adolescents with self mutlation needs to be considered a risky group for depressive sympthoms and adults (teachers, etc) with gate keeper roles should be aware of this and guide adolescents with self mutilative behaviour to get professional help.

Keywords: Adolescence, attachment styles to parents, depression, help seeking, self-mutilation.

KAYNAKLAR

ACKARD, D. M., NEUMARK-SZTAINER, D., STORY, M., PERRY, C. (2006). Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. American Journal of Preventive Medicine, **30**: 59-66.

ADAM, K. S., KELLER, A., WEST, M., LAROSE, S., GOSZER, L. B. (1994). Parental representation in suicidal adolescents: a controlled study. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, **28**: 418-425.

ADAMS, G. (2000). Adolescent Development The Essential Readings. Oxford, Blackwell Publishers Ltd.

ADRIAN, M., ZEMAN, J., ERDLEY, C., LISA, L., SIM, L. (2012). Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. Journal of Abnormal Child Psychology, **39**: 389-400.

AINSWORTH, M. D. (1989). Attachment beyond infancy. American Psychologist, **44**: 709-716.

AKYÜZ, G., ŞAR, V., KUĞU, N., DOĞAN, O. (2005). Reported childhood trauma, attempted suicide and self-mutilative behavior among women in the general population. European Psychiatry, **20**: 268-273.

ALLEN, J. P., HAUSER, S. T., BELL, K. L., O'CONNOR, T. G. (1994). Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors of adolescent ego development and self-esteem. Child Devolepment, **65**: 179-194.

ALLEN, J. P., LAND, D. (1999). Attachment in adolescence. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. C. J. and S. P. R. New York, NY, Guilford Press**: p.:** 319-335.

AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ, (APA) (2000). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM- IV- TR). (Çev. E., Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ, (APA) (2014). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM- V). (Çev. E., Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

ATABEK, E. (2002). Erken büyüyen çocuklar. 2. Basım, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, **s.:** 69- 71.

BAHEIRAEI, A., HAMZEHGARDESHI, Z., MOHAMMADI, M. R., NEDJAT, S. (2011). Violence-related behaviors and self-inflicted injuries among 15-18 year old Iranian adolescents. Indian Pediatry**, 48**: 984-985.

BECK, A, T. WARD, C. H. MENDELSON, M., MOCK, J., ERBAUGH, J. (1961): An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, **4:** 561-571.

BERZONSKY, M. D. (2000). Theories adolescence. Oxford: Blackwell Published LTD.

BOWLBY, J. (1973). Attachment and Loss, Vol. 2, Seperation. New York: Basic Books.

BOWLBY, J. (1980). Attachment and Loss: Vol. 3. Loss, Sadness and Depression. New York: Basic Books.

BOWLBY, J. (1988). A secure base: Clinical applications of attachment theory. London: Routledge.

BRENAN, K. A., MORRIS, K. A. (1997). Attachment styles, self esteem and patterns of seeking feedback from romantic partners. Personality and Social Psychology Bulletin, **23**: 23-32.

BRETHERTON, I. (2000). The Origins of Attachment Theory. Attachment Theory Social, Developmental and Clinical Perspectives, S. Goldbergs, R. Muir and R. Kerr. Londan: The Analytic Press.

BRIERE, J., GIL, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. American Journal of Orthopsychiatry, **68**: 609-620.

BROOK, D. W., BROOK, J. S., RUBENSTONE, E., ZHANG, C., GEROCHI, C. (2006). Cigarette smoking in the adolescent children of drug-abusing fathers. Pediatrics**, 117**: 1339-1347.

BROOK, J. S., RICHTER, L., WHITEMAN, M. (2000). Effects of parent personality, upbringing, and marijuana use on the parent-child attachment relationship. Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **39**: 240-248.

BROWN, M. Z., COMTOIS, K. A., LINEHAN, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. Journal of Abnormal Psychology**,** **111**: 198-202.

BRUNNER, R., KAESS, M., PARZER, P., FISCHER, G., CARLI, V., HOVEN, C. W., WASSERMAN, C., SARCHIAPONE, M., RESCH, F., APTER, A., BALAZS, J., BARZILAY, S., BOBES, J., CORCORAN, P., COSMANM, D., HARING, C., IOSUEC, M., KAHN, J. P., KEELEY, H., MESZAROS, G., NEMES, B., PODLOGAR, T., POSTUVAN, V., SAIZ, P. A., SISASK, M., TUBIANA, A., VARNIK, A., WASSERMAN, D. (2013). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. Journal of Child Psychology and Psychiatry, **55:** 337-348.

BRUNNER, R., PARZER, P., HAFFNER, J., STEEN, R., ROOS, J., KLETT, M., RESCH, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents." Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, **161**: 641-649.

BUREAU, J. F., MARTIN, J., FREYNET, N., POIRIER, A. A., LAFONTAINE, M. F., CLOUTIER, P. (2010). Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. Journal of Youth Adolescent, **39**: 484-494.

BURROWS, S., LAFLAMME, L. (2010). Socioeconomic disparities and attempted suicide: state of knowledge and implications for research and prevention. Internatioanl Journal of Injury Control and Safety Promotion, **17**: 23-40.

CASSIDY, J., BERLIN, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: theory and research. Child Development**,** **65**: 971-991.

CAVANAUGH, R. M. (2002). Self-mutilation as a manifestation of sexual abuse in adolescent girls. Journal of Pediatric Adolescent Gynecology, **15**: 97-100.

CHOQUET, M., HASSLER, C., MORIN, D., FALISSARD, B., CHAU, N. (2010). Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among French adolescents: gender and family structure differentials. Alcohol Alcohol, **43**: 73-80.

CLAES, L., VANDEREYCKEN, W. (2007). Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. Comprehensive Psychiatry, **48**: 137-144.

CLOUTIER, P., MARTIN, J., KENNEDY, A., NIXON, M. K., MUEHLENKAMP, J. J. (2007). Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. Journal of Youth and Adolescence, **39**: 259-269.

COCCARO, E. F., ASTILL, J. L., SZEALEY, R. J., MALKOWICKA, D. E. (1990). Serotonin in personality disorder. Psychiatric Annals, **20**: 587-599.

COHEN, D. A., RICHARDSON, J., LABREE, L. (1994). Parenting behaviors and the onset of smoking and alcohol use: a longitudinal study. Pediatrics, **94**: 368-375.

COOPER, J., KAPUR, N., WEBB, R., LAWLOR, M., GUTHRIE, E., MACKWAY-JONES, K., APPLEBY, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. American Journal of Psychiatry, **162**: 297-303.

COOPER, M. L., SHAVER, P. R., COLLINS, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. Journal of Personalitiy and Social Psychology, **74**: 1380-1397.

COX, L. J., STANLEY, B. H., MELHEM, N. M., OQUENDO, M. A., BIRMAHER, B., BURKE, A., KOLKO, D. J., ZELAZNY, J. M., MANN, J. J., PORTA, G., BRENT, D. A. (2012a). Familial and individual correlates of nonsuicidal self-injury in the offspring of mood-disordered parents. Journal of Clinic Psychiatry, **73**: 813-820.

COX, L. J., STANLEY, B. H., MELHEM, N. M., OQUENDO, M. A., BIRMAHER, B., BURKE, A., KOLKO, D. J., ZELAZNY, J. M., MANN, J. J., PORTA, G., BRENT, D. A. (2012b). A longitudinal study of nonsuicidal self-injury in offspring at high risk for mood-disorder. Journal of Clinic Psychiatry, **73**: 821-828.

ÇUHADAROĞLU, F., CANAT, S., KILIÇ, E., ŞENOL, S., RUGANCI, N., ÖNCÜ, B., HOŞGÖR, A. G., IŞIKLI, S., AVCI, A. (2004). Ergen ve Ruhsal Sorunlar. Durum Saptama Çalışması. Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) Raporları, Ankara.

DACEY, J. S., KENNY, M. (1994). Adolescent Development. USA: Brown & Benchmark Publishers.

DAVENPORT, M. D., LUTZ, C. K., TIEFENBACHER, S., NOVAK, M. A., MEYER, J. S. (2008). A Rheusus monkey model of self-injury: Effects of Relocation Stress on Behaviour and Neuroendocrin Function. Biological Psychiatry, **63:** 990- 996.

DAVILLA, J., BURGE D., HAMMEN, C. (1997). Why does attachment style change? Journal of Personality and Social Psychology**, 73**: 826-838.

DİNÇEL, E. (2006). Ergenlik dönemi gelişimsel ödevleri ve psikolojik problemler. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

EHRLICH, K. B., CASSIDY, J., GORKA, S. M., LEJUEZ, C. W., DAUGHTERS, S. B. (2013). Adolescent friendships in the context of dual risk: the roles of low adolescent distress tolerance and harsh parental response to adolescent distress. Emotion, **13**: 843-51.

EKŞİ, A. (1990). Çocuk, Genç, Ana Babalar. 1. Basım, Ankara: Bilgi Yayınevi.

EVANS, E., HAWTON, K., RODHAM, K., DEEKS, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. Suicide and Life- Threatening Behavior, **35**: 239-50.

EVREN, C., EVREN, B. (2005). Self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. Drug Alcohol and Dependence**, 80**: 15-22.

EVREN, C., KURAL, S., ÇAKMAK, D. (2006). Clinical correlates of self-mutilation in Turkish male substance-dependent inpatients. Psychopathology**, 39**: 248-254.

FANG, L., BARNES-CEENEY, K., LEE, R. A., TAO, J. (2011). Substance use among Asian-American adolescents: perceptions of use and preferences for prevention programming. Society for Social Work Leadership in Health Care, **50**: 606-624.

FAVAZZA, A. R. (1992). Repetitive self-mutilation. Psychiatry Annual, **22**: 60-63.

FAVAZZA, A. R. (1996). Bodies Under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry. London: The Johns Hopkins University Press.

FAVAZZA, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. Journal of Nervous and Mental Disease, **186**: 259-268.

FEINBERG, M. E., SAKUMA, K. L., HOSTETLER, M., MCHALE, S. M. (2012a). Enhancing sibling relationships to prevent adolescent problem behaviors: theory, design and feasibility of Siblings Are Special. Evaluation and Program Plannig, **36**: 97-106.

FEINBERG, M. E., SOLMEYER, A. R., MCHALE, S. M. (2012b). The third rail of family systems: sibling relationships, mental and behavioral health, and preventive intervention in childhood and adolescence. Clinical Child and Family Psychology Review, **15**: 43-57.

FERGUSSON, D. M., LYNSKEY, M. T. (1995). Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry, **34**: 612-22.

FERGUSSON, D. M., WOODWARD, L. J., HORWOOD, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. Psychological Medicine, **30:** 23-39.

FURMAN, W., BUHRMESTER, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of Networks of personal relationships. Child Development, **63**: 103-115.

GALLATIN, J. (1995). Ergenlik Kuramları. J. F. Adams (Ed); Ergenliği Anlamak (Çev. Nermin Çelen) B. Onur (Ed). Ankara: İmge Yayınevi, **s**.: 49-80.

GANDER, M.J., GARDINER, H.W. (1993). Çocuk ve Ergen Gelişimi. B. Onur (Ed). Ankara: İmge Yayınevi.

GEÇTAN, E. (1995). Psikanaliz ve Sonrası. 8. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi A.Ş., **s:** 32-42.

GILETTA, M., SCHOLTE, R. H., ENGELS, R. C., CIAIRANO, S., PRINSTEIN, M. J. (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: a cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. Psychiatry Research**, 197**: 66-72.

GLASSMAN, L. H., WEIERICH, M. R., HOOLEY, J. M., DELIBERTO, T. L., NOCK, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. Behaviour Research Therapy, **45**: 2483-2490.

GOLLUST, S. E., EISENBERG, D., GOLBERSTEIN, E. (2010). Prevalence and correlates of self-injury among university students. Journal of American Collage Health, **56**: 491-498.

GOULD, M. S., FISHER, P., PARIDES, M., FLORY, M., SHAFFER, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. Archives of General Psychiatry, **53**: 1155-1162.

GÖRGÜN, S. (2007). K.T.Ü.öğrencilerinde madde kullanımı ve anne babaya bağlanma biçimleri ile ilişkisi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

GRATZ, K. L, CHAPMAN, A. L. (2007). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self- harm among male undergraduates. Psychology of Men & Masculinity**, 8**: 1- 14.

GRATZ, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. American Journal of Orthopsychiatry, **76**: 238-250.

GRATZ, K. L., CONRAD, S. D., ROEMER, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. American Journal of Orthopsychiatry, **72**: 128-140.

GRATZ, K. L., ROEMER, L. (2010). "The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. Cognitive Behavioral Therapy, **37**: 14-25.

GROSSMAN, R., SIEVER, L. (2001). Self İnjurious Behaviors: Assessment and Treatment. Impulsive Self-injurious Behaviors: Neurobiology and Psychopharmacology. D. Simeonhing and E. Hollander. Washington, DC: American Psychiatric Publish**, p**.: 117-148.

HAAVISTO, A., SOURANDER, A., MULTIMAKI, P., PARKKOLA, K., SANTALAHTI, P., HELENIUS, H., NIKOLAKAROS, G., MOILANEN, I., KUMPULAINEN, K., PIHA, J., ARONEN, E., PUURA, K., LINNA, S. L., ALMQVIST, F. (2005). Factors associated with ideation and acts of deliberate self-harm among 18-year-old boys. A prospective 10-year follow-up study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, **40**: 912-921.

HAHM, H. C., LAHIFF, M., GUTERMAN, N. B. (2003). Acculturation and parental attachment in Asian-American adolescents' alcohol use. Journal of Adolescent Health, **33**: 119-129.

HAINES, J., WILLIAMS, C. L., BRAIN, K. L., WILSON, G. V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. Journal of Abnormal Psychology, **104**: 471-489.

HALLAB, L., COVIC, T. (2010). Deliberate self-Harm: The interplay between attachment and stress. Behavior Change, **27**: 93-103.

HARGUS, E., HAWTON, K., RODHAM, K. (2007). Distinguishing between subgroups of adolescents who self-harm. Suicide and Life- Threatening Behavior**, 39**: 518-537.

HAW, C. M., HAWTON, K. (2011). Problem drug use, drug misuse and deliberate self-harm: trends and patient characteristics, with a focus on young people, Oxford, 1993-2006. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, **46**: 85-93.

HAW, C., HAWTON, K., CASEY, D., BALE, E., SHEPHERD, A. (2005). Alcohol dependence, excessive drinking and deliberate self-harm: trends and patterns in Oxford, 1989-2002. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, **40**: 964-71.

HAW, C., HAWTON, K., HOUSTON, K., TOWNSEND, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. The British Journal of Psychiatry, **178**: 48-54.

HAWTON, K., HARRISS, L. (2010). Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome. Journal of Child Psychology and Psychiatry, **49**: 441-448.

HAWTON, K., JAMES, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. British Medical Journal, **330**: 891-894.

HAWTON, K., RODHAM, K., EVANS, E., WEATHERALL, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. British Medical Journal, **325**: 1207-1211.

HAWTON, K., SAUNDERS, K. E., O'CONNOR, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. Lancet, **379**: 2373-2382.

HAZAN, C., SHAVER, P. R. (1990). Love and work: An attachment theoretical perspective. Journal of Personality and Social Psychology**, 59**: 270-280.

HAZAN, C., SHAVER, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationshıps. Psychology Inquiry**, 5**: 1-22.

HEATH, N. L., ROSS, S., TOSTE, J. R., CHARLEBOIS, A., NEDECHEVA, T. (2007). Retrospective analysis of social factors and nonsuicidal self-injury among young adults. Canadian Journal of Behavioral Science, **41**: 180- 186.

HILT, L. M., CHA, C. B., NOLEN-HOEKSEMA, S. (2010a). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship. Journal of Consultant and Clinical Psychology, **76**: 63-71.

HILT, L. M., NOCK M. K., LLOYD-RICHARDSON, E. E., PRINSTEIN, M. J. (2010b). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents. The Journal of Early Adolescence, **28**: 455-469.

HİSLİ, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi**, 7**: 3-13.

HOLINGER, P. C. (1979). Violent deaths among the young: recent trends in suicide, homicide, and accidents. American Journal of Psychiatry**, 136**: 1144-1147.

HOWES, C. (1999). Attachment Relationships in the Context of Multiple Caregivers. Handbook of Attachment Theory, Research, and Clinical Applications. J. Cassidy and P. R. Shaver. New York, London: Guilford Press**, p.:** 671-687.

IZUTSU, T., SHIMOTSU, S., MATSUMOTO, T., OKADA, T., KIKUCHI, A., KOJIMOTO, M., NOGUCHI, H., YOSHIKAWA, K. (2006). Deliberate self-harm and childhood hyperactivity in junior high school students. European Child and Adolescent Psychiatry, **15**: 172-176.

JABLONSKA, B., LINDBERG, L., LINDBLAD, F., RASMUSSEN, F., OSTBERG, V., HJERN, A. (2007). School performance and hospital admissions due to self-inflicted injury: a Swedish national cohort study. International Journal of Epidemiology, **38**: 1334-1341.

JOHNSON, J. G., COHEN, P., KASEN, S., BROOK, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. American Journal of Psychiatry, **159**: 394-400.

JOHNSON, V., PANDINA, R. J. (1991). Effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency, and coping styles. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, **17**: 71-88.

JOHNSON, W. L., REA, J. A. (1986). Self-injurious behavior treatment and research: A historical perspective. Advances in Learning and Behavioral Disabilities, **5**: 1-23.

JOHNSTON, A., COOPER, J., WEBB, R., KAPUR, N. (2006). Individual- and area-level predictors of self-harm repetition. British Journal of Psychiatry**, 189**: 416-421.

JOINER, T. E. (2005). Why People Die by Suicide. Cambridge MA: Harvard University Press.

KAESS, M., PARZER, P., MATTERN, M., PLENER, P. L., BIFULCO, A., RESCH, F., BRUNNER, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. Psychiatry Research, **206**: 265-72.

KAESS, M., PARZER, P., MATTERN, M., RESCH, F., BIFULCO, A., BRUNNER, R. (2012). Childhood Experiences of Care and Abuse (CECA) - validation of the German version of the questionnaire and interview, and results of an investigation of correlations between adverse childhood experiences and suicidal behavior. Z Kinder Jugendpsychiatry and Psychotherapy, **39**: 243-252.

KAPÇI, E. G., KÜÇÜKER, S. (2006). Ana Babaya Bağlanma Ölçeği: Türk Üniversite Öğrencilerinde Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi, **17**: 118-124.

KAPUR, N., COOPER, J., KING-HELE, S., WEBB, R., LAWLOR, M., RODWAY, C., APPLEBY, L. (2006). The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. Journal of Clinical Psychiatry, **67**: 1599-1609.

KARAGÖZ, B. (2010). Alkol veya madde bağımlısı bir grupta kendini yaralama davranışının incelenmesi: çocukluk dönemi istismarı ve ihmali ile duygu düzenleme güçlüğü faktörleri. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

KIMBALL, J. S., DIDDAMS, M. (2007). Affect regulation as a mediator of attachment and deliberate self-harm. Journal of College Counseling, **10**: 44-53.

KIRKCALDY, B. D., BROWN, J., SIEFEN, R. G. (2006). Disruptive behavioural disorders, self harm and suicidal ideation among German adolescents in psychiatric care. International Journal of Adolescent Medicine and Health, **18**: 597-614.

KLONSKY, E. D. (2007a). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. Clinical Psychology Review, **27**: 226-239.

KLONSKY, E. D. (2007b). Non-suicidal self-injury: an introduction. Journal of Clinical Psychology, **63**: 1039-1043.

KLONSKY, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. Psychiatry Research**, 166**: 260-268.

KLONSKY, E. D., GLENN, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal selfinjury: Psychometric properties of the inventory of statements about self-injury (ISAS). Journal of Behavioral Assessment, **31:** 215- 219.

KLONSKY, E. D., GLENN, C. R. (2010). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. Personality and Individual Differences, **46**: 25-29.

KOBAK, R. R., HAZAN, C. (1991). Attachment in marriage: effects of security and accuracy of working models. Journal of Personal and Social Psychology, **60**: 861-869.

KOEHNE, K., SANDS, N. (2008). Borderline personality disorder- an overview for emergency clinicians. Australasian Emergency Nursing Journal, **11**: 173-177.

KOKKEVI, A., ROTSIKA, V., ARAPAKI, A., RICHARDSON, C. (2012). Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 53**: 381-389.

KRAEMER, H. C., KAZDIN, A. E., OFFORD, D. R., KESSLER, R. C., JENSEN, P. S., KUPFER, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. Archives of General Psychiatry, **54**: 337-343.

KULAKSIZOĞLU, A. (1998). Ergenlik Psikolojisi. 6. Basım; İstanbul: Remzi Yayınevi, **s:** 19-32.

LAMB, M. E. (2005). Attachments, social networks, and developmental contexts. Human Development, **48**: 108-112.

LANGBEHN, D. R., PFOHL, B. (1993). Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients. Annals of Clinical Psychiatry, **5**: 45-51.

LEWIS, M. (2005). The child and its family: The social network model. Human Development, **48**: 8-27.

LIEBERT, R. M., POULOS, R. W., MARMOR, G. S. (1977). Developmental Psychology, by Prentice-Hall. New Jersey: Englewood Cliffs.

LINEHAN, M. M. (1993). Cognitive- Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guildford Press.

LLOYD-RICHARDSON, E. E., PERRINE, N., DIERKER, L., KELLEY, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. Psychological Medicine, **37**: 1183-1192.

LOCHMAN, J. E., WELLS, K. C., MURRAY, M. (2007). Science-based Programs for Children and Adolescents. Preventing Youth Substance Abuse. P. H. Tolan, J. Szapocznik and S. Sambrano. Washington DC: American Psychological Association, **p.:**185-210.

LOPEZ, F. G., MAURICIO, A. M., GORMLEY, B., SIMKO, T.,BERGER, E. (2001). Adult attachment orientations and college student distress: The mediating role of problem coping styles. Journal of Counseling & Development, **79**: 459-464.

LUNDH, L. G., KARIM, J., QUILISCH, E. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: a pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. Scandanavian Journal of Psychology, **48**: 33-41.

LÜLECİ, S. (2007). Kendini yaralama davranışı olan ergenlerin psikiyatrik ve sosyokültürel özellikleri. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

MADGE, N., HEWITT, A., HAWTON, K., DE WILDE, E. J., CORCORAN, P., FEKETE, S., VAN HEERINGEN, K., DE LEO, D., YSTGAARD, M. (2010). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. Journal of Child Psychology and Psychiatry**,** **49**: 667-677.

MCMAHON, E. M., REULBACH, U., CORCORAN, P., KEELEY, H. S., PERRY, I. J., ARENSMAN, E. (2010). Factors associated with deliberate self-harm among Irish adolescents. Psychological Medicine, **40**: 1811-1819.

MIKULINCER, M., FLORIAN, V., TOLMACZ, R. (1990). Attachment styles and fear of personal death: A case of effect regulation. Journal of Personality and Social Psychology Inquiry**,** **58**: 273-280.

MORAN, P., COFFEY, C., ROMANIUK, H., OLSSON, C., BORSCHMANN, R., CARLIN, J. B., PATTON, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. Lancet**,** **379**: 236-243.

MOREY, C., CORCORAN, P., ARENSMAN, E., PERRY, I. J. (2010). The prevalence of self-reported deliberate self harm in Irish adolescents. British Medical Centre Public Health, **8**: 79.

MUEHLENKAMP, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. American Journal of Orthopsychiatry, **75**: 324-333.

MUEHLENKAMP, J. J., GUTIERREZ, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. Suicide and Life- Threatening Behavior, **34**: 12-23.

MUEHLENKAMP, J. J., PEAT, C. M., CLAES, L., SMITS, D. (2012). Self-injury and disordered eating: expressing emotion dysregulation through the body. Suicide and Life- Threatening Behavior, **42**: 416-25.

MURRAY, C. D., WARM, A., FOX, J. (2005). An Internet survey of adolescent self-injurers. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, **4**: 1-9.

MUSHER-EIZENMAN, D. R., HOLUB, S. C., ARNETT, M. (2003). Attitude and peer influences on adolescent substance use: the moderating effect of age, sex, and substance. Journal of Drug Education, **33**: 1-23.

NADA-RAJA, S., SKEGG, K., LANGLEY, J., MORRISON, D., SOWERBY, P. (2004). Self-harmful behaviors in a population-based sample of young adults. Suicide and Life- Threatening Behavior, **34**: 177-186.

NASH, A. (1988). Ontogeny, Phylogeny, and Relationships. Handbook of Personal Relationships: Theory, Research and Interventions. S. W. Duck. Chichester, NY: John Wiley & Sons**, p.:**121-141.

NIXON, M. K., CLOUTIER, P. F., AGGARWAL, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self- injury in hospitalized adolescents. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. **11:** 1333-1341.

NOCK, M. K. (2010). Self-injury. Annual Review of Clinical Psychology, **6**: 339-363.

NOCK, M. K., JOINER, T. E., JR., GORDON, K. H., LLOYD-RICHARDSON, E., PRINSTEIN, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. Psychiatry Research, **144**: 65-72.

NOCK, M. K., KESSLER, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. Journal of Abnormal Psychology, **115**: 616-623.

NOCK, M. K., PRINSTEIN, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. Journal of Consultant Clinical Psychology, **72**: 885-890.

NOCK, M. K., PRINSTEIN, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. Journal of Abnormal Psychology, **114**: 140-146.

NOLL, J. G., HOROWITZ, L. A., BONANNO, G. A., TRICKETT, P. K., PUTNAM, F. W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: results from a prospective study. Journal of Interpersonal Violence, **18**: 1452-1471.

NRUGHAM, L., LARSSON, B., SUND, A. M. (2010). Predictors of suicidal acts across adolescence: influences of familial, peer and individual factors. Journal of Affect Disorders, **109**: 35-45.

O'CONNOR, R. C., RASMUSSEN, S., HAWTON, K. (2007a). Predicting deliberate self-harm in adolescents: a six month prospective study. Suicide and Life- Threatening Behavior, **39**: 364-375.

O'CONNOR, R. C., RASMUSSEN, S., MILES, J., HAWTON, K. (2007b). Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. British Journal of Psychiatry, **194**: 68-72.

OGLE, R. L., CLEMENTS, C. M. (2010). Deliberate self-harm and alcohol involvement in college-aged females: a controlled comparison in a nonclinical sample. American Journal of Orthopsychiatry, **78**: 442-448.

OSUCH, E. A., NOLL, J. G., PUTNAM, F. W. (1999). The motivations for self-injury in psychiatric inpatients. The American Journal of Psychiatry, **62**: 334-346.

ÖZBAY, H. M. (2000). Ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine başvuran ergenlerin kendilerini algılamalarıyla başvurmayanların kendilerini algılamalarının karşılaştırılması. Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

ÖZBAY, H., ÖZTÜRK, E. (1992). Gençlik. 10. Basım, İstanbul: İletisim Yayıncılık A.Ş., **s:** 62-66.

PAPALIA, D. E., OLDS, S. W., FELDMAN, R. D. (1998). Human Development. Boston: McGraw-Hill.

PARIS, J. (2005). Understanding self-mutilation in borderline personality disorder. Harvard Review of Psychiatry, **13**: 179-185.

PARKER, G., TUPLING, H., BROWN, L. B. (1979). A parental bonding instrument. British Journal of Medical Psychology, **52**: 1-10.

PATTISON, E. M., KAHAN, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. American Journal of Psychiatry, **140**: 867-872.

PLENER, P. L., LIBAL, G., KELLER, F., FEGERT, J. M., MUEHLENKAMP, J. J. (2007). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. Psychological Medicine, **39**: 1549-1558.

RICHARDSON, A. S., BERGEN, H. A., MARTIN, G., ROEGER, L., ALLISON, S. (2005). Perceived academic performance as an indicator of risk of attempted suicide in young adolescents. Archives Suicide Reserach, **9**: 163-176.

RISSANEN, M. L., KYLMA, J., LAUKKANEN, E. (2010). Descriptions of self-mutilation among Finnish adolescents: a qualitative descriptive inquiry. Issues Mental Health Nursing, **29**: 145-163.

ROMANS, S. E., MARTIN, J. L., ANDERSON, J. C., HERBISON, G. P., MULLEN, P. E. (1995). Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. American Journal of Psychiatry, **152**: 1336-1342.

ROTH, A. S., OSTROFF, R. B., HOFFMAN, R. E. (1996). Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behaviour: an open-label trial. Journal of Clinical Psychiatry, **57**: 233-237.

RUBENSTEIN, J. L., HALTON, A., KASTEN, L., RUBIN, C., STECHLER, G. (1998). Suicidal behavior in adolescents: stress and protection in different family contexts. American Journal of Orthopsychiatry, **68**: 274-284.

RUSS, M. J., ROTH, S. D., KAKUMA, T., HARRISON, K., HULL, J. W. (1994). Pain perception in self-injurious borderline patients: naloxone effects. Biological Psychiatry, **35**: 207-209.

SALZINGER, S., ROSARIO, M., FELDMAN, R. S., NG-MAK, D. S. (2007). Adolescent suicidal behavior: associations with preadolescent physical abuse and selected risk and protective factors. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, **46**: 859-866.

SANTALIESTRA-PASIAS, A. M., MOURATIDOU, T., VERBESTEL, V., BAMMANN, K., MOLNAR, D., SIERI, S., SIANI, A., VEIDEBAUM, T., MARILD, S., LISSNER, L., HADJIGEORGIOU, C., REISCH, L., DE BOURDEAUDHUIJ, I., MORENO, L. A. (2013). Physical activity and sedentary behaviour in European children: the IDEFICS study. Public Health Nutrition: 1-12.

SEGUIN, M., LYNCH, J., LABELLE, R., GAGNON, A. (2004). Personal and family risk factors for adolescent suicidal ideation and attempts. Archives Suicide Reserach, **8**: 227-238.

SERRAS, A., SAULES, K. K., CRANFORD, J. A., EISENBERG, D. (2010). Self-injury, substance use, and associated risk factors in a multi-campus probability sample of college students. Psychology Addictive Behavior, **24**: 119-128.

SHAVER, P. R., HAZAN, C., BRADSHAW, D. (1988). Love as Attachment: The İntegration of Three Behavioral Systems. The Psychology of Love. R. J. Sternberg and M. L. Barnes. New Haven, CT: Yale University Press**, p.:** 68-99.

SIMEON, D., STANLEY, B., FRANCES, A., MANN, J. J., WINCHEL, R., STANLEY, M. (1992). Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. American Journal of Psychiatry, **149**: 221-226.

SIMPSON, C. A., PORTER, G. L. (1981). Self-mutilation in children and adolescents. Bulletin of Menninger Clinic, **45**: 428-438.

STALLARD, P., SPEARS, M., MONTGOMERY, A. A., PHILLIPS, R., SAYAL, K. (2013). ",Self-harm in young adolescents (12-16 years): onset and short-term continuation in a community sample. BioMed Psychiatry, **13**: 328.

STONE, M. H. (1987). A psychodynamic approach: some thoughts on the dynamics and therapy of self-mutilating borderline patients. Journal of Personal Disorder, **1**: 347- 349.

SUYEMOTO, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. Clinical Psychology Review, **18**: 531-554.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞIı İLAÇ VE ECZACILIK GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (1995). İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

TANTAM, D., WHITTAKER, J. (1992). Personality disorder and self-wounding. British Journal of Psychiatry, **161**: 451-464.

TATNELL, R., KELADA, L., HASKING, P., MARTIN, G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: The role of intrapersonal and interpersonal factors. Journal of Abnormal Child Psychology, **42**: 885-896.

TRINKE, S. J., BARTHOLOMEV, K. (1997). Hierarchies of attachment relationships in young adulthood. Journal of Social and Personal Relationships**, 14**: 603-625.

ÜNVER, Ö., TOLAN, B., BULUT, İ., DAĞDAŞ, C. (1986). 2-24 yaş gençlerin sosyo-ekonomik sorunları. T.C. MEB Gençlik ve Spor Bakanlığı Gençlik Hizmetleri ve Dairesi Baskanlığı, Ankara.

VAN DER KOLK, B. A., PERRY, J. C., HERMAN, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. American Journal of Psychiatry, **148**: 1665-1671.

VAN IJZENDOORN, M. H. (2005). Attachment in social networks: Toward an evolutionary social network model. Human Development, **48**: 85-88.

VARY, T. C., KIMBALL, S. R., SUMNER, A. (2007). Sex-dependent differences in the regulation of myocardial protein synthesis following long-term ethanol consumption. American Journal of Physiology- Regulatory Integrative Comparative Physiology, **292**: 778-787.

WAITE, E. B., SHANAHAN, L., CALKINS, S. D., KEANE, S. P., O'BRIEN, M. (2011). Life Events, Sibling Warmth, and Youths' Adjustment. Journal of Marriage and Familiy, **73**: 902-912.

WALSH, B. W., ROSEN, P. (1988). Self-mutilation. Theory, Research, and Treatment. New York: Guilford Press.

WEBB, L. (2002). Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors. Journal of Advanced Nursing, **38**: 235-244.

WEDIG, M. M., NOCK, M. K. (2007). Parental expressed emotion and adolescent self-injury. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, **46**: 1171-1178.

WEI, M., HEPPNER, P. P., MALLINCKRODT, B. (2003). Perceived coping as a mediator between attachment and psychological distress: A structural equation modeling approach. Journal of Counseling Psychology**,** **50**: 438-447.

WEST, M. L., SPRENG, S. W., ROSE, S. M., ADAM, K. S. (1999). Relationship between attachment-felt security and history of suicidal behaviours in clinical adolescents. Canadian Journal of Psychiatry, **44**: 578-582.

WHITLOCK, J., ECKENRODE, J., SILVERMAN, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. Journal of Pediatrics, **117**: 1939-1948.

WICHSTROM, L. (2007). Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: similar or different? Archives of Suicide Research, **13**: 105-122.

WMA (2010). Declaration Of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 59th WMA General Assembly. W. M. Association. Seoul.

WONDERLICH, S., DONALDSON, M. A., CARSON, D. K., STATON, D., GERTZ L., LEACH, L. R., JOHNSON, M. (1996). Eating disturbance and incest. Journal of Interpersonal Violence, **11**: 195-207.

YANG, B., CLUM, G. A. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A review. Clinical Psychology Review, **16**: 177-195.

YATES, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation. Clinical Psychology Review, **24**: 35-74.

YATES, T. M., TRACY, A. J., LUTHAR, S. S. (2010). Nonsuicidal self-injury among "privileged" youths: longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. Journal of Consulting and Clinical Psychology, **76**: 52-62.

YEH, M. Y., CHIANG, I. C., HUANG, S. Y. (2006). Gender differences in predictors of drinking behavior in adolescents. Addictive Behaviors, **31**: 1929-1938.

YOLALAN, H. (2013): Ergenlerde depresyon ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

ZLOTNICK, C., MATTIA, J. I., ZIMMERMAN, M. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. Journal of Nervous and Mental Disease, **187**: 296-301.

ZOROĞLU, S. S., TÜZÜN, U., ŞAR V., TUTKUN, H., SAVACI, H. A., ÖZTÜRK, M., ALYANAK, B., KORA, M. E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. Psychiatry and Clinical Neurosciences**,** **57**: 119-126.

EKLER

Ek - 1

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu çalışma Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Yüksek Lisans tez çalışması kapsamında yürütülmektedir. Çalışmada ergenlerde kendine zarar verme davranışı ile anne babaya bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla gönüllüye dört farklı veri toplama formu verilecek ve bunları doldurmanız istenecektir. Her veri toplama formunda formun adı ve nasıl doldurulacağı açıklanmıştır. Elde edilecek verilerin gizliliği çalışma sonuçlanana kadar araştırmacı tarafından muhafaza edilecek ve çalışmanın sonunda veriler imha edilecektir.

Ölçekleri doldurma süresi 20-45 dakika arasında sürmektedir. Gönüllü çalışmadan çıkmak istediğini belirttiğinde formları doldurmayı bırakabilir. Böyle bir durumda araştırmacı gönüllüden formu alır ve çalışma sonlanmış olur. Gönüllü katılımcı veri toplama formlarında sorulan sorulardan rahatsızlık duyduğunu ifade ederse, herhangi bir nedenle formları doldurmaktan vazgeçerse o gönüllü ile çalışma sonlandırılacaktır.

Orçun AYKOL
0507 783 12 33

Yukarıda yazılan açıklamayı okudum ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Adı- Soyadı (Velisinin Adı- Soyadı):

İmza:

Ek - 2

Sosyodemografik Veri Formu

1. Cinsiyetiniz
a.Kız b.Erkek
2. Yaşınız (----------)

3. Anne ve Babanız için hangisi doğru?
a.Beraberler b.Boşandılar ya da ayrılar c. Annem öldü
d. Babam öldü e. Annem de Babam da öldü

4. Kardeş sayınız ile ilgili doğru olanı işaretleyiniz.
a.Tek çocuğum b.(2-5) Kardeşiz c.6 ya da daha fazla Kardeşiz

5. Evde kaç kişi yaşadığınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.(1-5) kişiyiz b. 6 ya da daha fazla kişiyiz

6. Sizi büyüten kişi için doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Anne-Baba b. Büyükanne-büyükbaba c. Akraba d.Yetiştirme yurdu e.Diğer

7. Babanızın eğitim düzeyine ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Okula gitmemiş b.ilkokul c.Ortaokul d.Lise e.Üniversite

8. Annenizin eğitim düzeyine ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Okula gitmemiş b.ilkokul c.Ortaokul d.Lise e.Üniversite

9. Ailenizin aylık gelirine ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. (0-891.03 TL) b. (892-2000 TL) c.(2000-3000TL) d. (3001 ve üzeri)

10. Annenizin çalışmasına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Annem çalışıyor (İş……) b. Annem çalışmıyor

11. Ev durumunuza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Kendimize ait b. Kira c.Lojman d.Diğer

12. Yaşadığınız mahalle ile ilgili düşüncenize ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Hiç güvenli değil b.Pek güvenli değil c.Orta derece güvenli
d.Oldukça güvenli e.Çok güvenli

13. Evde iken aşağıdakilerden hangisini yapmayı en çok tercih edersiniz?
a.Okumak ders çalışmak b. TV izlemek ya da bilgisayarla uğraşmak
c. Telefonla konuşmak d.Ailemle sohbet etmek e.Müzik dinlemek f.Diğer (……..)

14. Aşağıdakilerden hangisinin sizi anlamasını en çok isterdiniz?
a.Anne b.Baba c.Kardeş d.Arkadaş e.Öğretmen

15. Sorunlarınızı kiminle paylaşırsınız?
a.Anne b.Baba c.Kardeş d.Arkadaş e.Öğretmen

16. Sorunlarınızı paylaştığınız arkadaş sayısına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Hiç b.Bir kişi c.2-3 kişi d.4-5 kişi e.5'den fazla

17. Karşı cinse duygularınızı ifade edebilme sıklığınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Hiç b.Bir kez c.2-3 kez d.4-5 kez e.5'den fazla

18. Bugüne kadar yaptığınız kavgalarda yaralanma sıklığınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz a.Hiç b.Bir kez c.2-3 kez d.4-5 kez e.5'den fazla

19. Bugüne kadar kavgalarda birini yaralama sıklığınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Hiç b.Bir kez c.2-3 kez d.4-5 kez e.5'den fazla

20. Yanınızda kesici alet taşımanıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Hiç b.Bir kez c.Ara sıra d.Sık sık e.Sürekli

21. Polis müdahalesi gerektirir bir olayda bulunmanıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Hiç b.Bir kez c.2-3 kez d.4-5 kez e.5'den fazla

22. Doktorun size önerdiği ilaçtan ve önerdiği süreden daha fazla ilaç kullanır mısınız?
a. Hiç b.Çok seyrek c. Ara sıra d.Sık sık e.Sürekli

23. Sigara kullanımınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Hiç kullanmam b.Bir iki kez c.Ayda birkaç kez d.Haftada birkaç kez e.Her gün

24. Alkol kullanımınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Hiç b.Çok seyrek c. Ara sıra d.Sık sık e.Sürekli

25. Uyuşturucu kullanımınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Hiç b.Çok seyrek c.Ara sıra d.Sık sık e.Sürekli

26. Kendinize göre okuldaki başarı durumunuza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Mükemmel b.Ortalama üstü c.Ortalama d.Ortalama altı e.Zayıf

27. Başarısız not alma sıklığınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Hiç b.Çok seyrek c. Ara sıra d.Sık sık e.Sürekli

28. Şu ana kadar sınıf tekrarı yapma sayınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Hiç b.Bir kez c.2-3 kez d.4-5 kez

29. Okula devamsızlık durumunuza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Hiç b.Çok seyrek c. Ara sıra d.Sık sık e.Sürekli

30. Çalışmak zorunda olduğunuz için okula gidemediğiniz hiç oldu mu?
a.Evet b.Hayır

31. Okulda aldığınız cezalara ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Hiç b.Uyarma c.Kınama d.Kısa süreli uzaklaştırma e.Uzun süreli uzaklaştırma

32. Evden kaçan arkadaşınızın varlığına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Hiç b.Bir kişi c.2-3 kişi d.4-5 kişi e.5'den fazla

33. Uyuşturucu kullanan arkadaşınızın varlığına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Hiç b.Bir kişi c.2-3 kişi d.4-5 kişi e.5'den fazla

34. Uyuşturucu kullanmayı size öneren arkadaşınızın varlığına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Hiç b.Bir kişi c.2-3 kişi d.4-5 kişi e.5'den fazla

35. Alkol kullanan arkadaşınızın varlığına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Hiç b.Bir kişi c.2-3 kişi d.4-5 kişi e.5'den fazla

36. Kendini yaralama davranışı bulunan arkadaşınızın varlığına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Hiç b.Bir kişi c.2-3 kişi d.4-5 kişi e.5'den fazla

37. Sizin dışınızdaki aile bireyleriniz arasında sigara kullanan var mı?
a.Var b.Yok

38. Babanızdaki alkol kullanımına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Hiç b.Çok seyrek c. Ara sıra d.Sık sık e.Sürekli

39. Annenizdeki alkol kullanımına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Hiç b.Çok seyrek c. Ara sıra d.Sık sık e.Sürekli

40. Kardeşlerinizdeki alkol kullanımına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Hiç b.Çok seyrek c. Ara sıra d.Sık sık e.Sürekli

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

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

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

44. Nerede, kiminle, ne yaptığınızı annenizin bilme sıklığına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Hiç b.Çok seyrek c. Ara sıra d.Sık sık e.Sürekli

45. Nerede, kiminle, ne yaptığınızı babanızın bilme sıklığına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a. Hiç b.Çok seyrek c. Ara sıra d.Sık sık e.Sürekli

46. Her gün kaçta evde olmanız gerektiği ne sıklıkta bellidir?
a. Hiç b.Çok seyrek c. Ara sıra d.Sık sık e.Sürekli

47. Ebeveynlerinizden herhangi birinde uzun süre işsizlik ne sıklıkta yaşanır?
a. Hiç b.Çok seyrek c. Ara sıra d.Sık sık e.Sürekli

48. Ailenizde siz hariç, kendini yaralama davranışının varlığına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Yok b.Anne c.Baba d.Kardeş e.Yakın akraba

49. Yakınlarınız arasında intihar ile ölenlerin varlığına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Yok b.Anne c.Baba d.Kardeş e.Yakın akraba

50. Ailede sizin dışınızda psikiyatrik tedavi görenlere ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Yok b.Anne c.Baba d.Kardeş e.Yakın akraba f.Birden fazla kişi

51. Bugüne kadar psikiyatr ya da psikologa başvurunuza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Hiç b.Bir kez c.2-3 kez d.4-5 kez e.5'den fazla

52. Bugüne kadar size uygulanmış psikiyatrik tedaviye ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Hiç b.Bir kez c.2-3 kez d.4-5 kez e.5'den fazla

53. Halen size uygulanmaya devam edilen psikiyatrik tedaviye ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
a.Yok b.ilaç c.Psikoterapi d.İlaç+psikoterapi e.Diğer yöntemler

Ek - 3

Kendini Yaralama Davranışı Bilgi Alma Formu

ŞİMDİYE KADAR HİÇ (Kendinizi öldürme amacıyla değil)KENDİNİZE FİZİKSEL OLARAK ZARAR VERME AMACIYLA;

1. Vücudunuzun çeşitli bölgelerini kestiniz mi? (kol, göğüs, sırt, bacak vb gibi.)

Evet ( ) Hayır( )

2. Vücudunuzun çeşitli bölgelerini çizdiniz ya da kazıdınız mı?

Evet( ) Hayır( )

3. Kafanızı ya da vücudunuzun diğer bölgelerini sert bir yere (duvar, kapı vb.) vurdunuz mu?

Evet( ) Hayır( )

4. Vücudunuzda herhangi bir yeri yaktınız mı?(sigara ya da yakıcı bir madde ile)

Evet( ) Hayır( )

5. Saçlarınızı çok şiddetli olarak yoldunuz mu?

Evet( ) Hayır( )

6. Vücudunuzun herhangi bir yerini ısırdınız mı?

Evet( ) Hayır( )

7. Vücudunuzun herhangi bir yerine sivri bir cisim batırdınız mı?

Evet( ) Hayır( )

8. vücudunuzdaki herhangi bir yaranın iyileşmesini engellediniz mi?

Evet( ) Hayır( )

9. Yukarıda belirtilmemiş başka yöntemlerle kendinize fiziksel açıdan zarar verdiniz mi?

Evet( ) Hayır( )

Nasıl?

Belirtiniz……

10. şimdiye kadar toplam kaç kez kendinize fiziksel açıdan zarar verme davranışında bulundunuz mu?

Bir kez( ) 2-5 arası( ) 5-10( ) 11 ve daha fazla( )

Ek - 4

Kendine Fiziksel Zarar Verme Davranışı Ayrıntılı Bilgi Alma Formu

I. Kendini yaralama davranışı çeşitleri:

1- Cildini kesmek

2- Cildini yakmak

3- Cildini tahriş etmek,

4- Bedeninin çeşitli bölümlerini sivri cisimle delmek

5- Yara iyileşmesini engellemek

6- Saçlarını çekmek

7- Kendine vurmak

8- Başını, yumruğunu, ya da ayaklarını sert bir yere vurmak

9- Parmaklarını ya da vücudunun diğer bölgelerini ısırmak

II. Kendini yaralama davranışı başlangıç yaşı:

III. şu ana dek kendini yaralama davranışı sıklığı:

1- Bir kez

2- 2-5 kez

3- 6-10 kez

4- 10'un üstünde

IV. En son kendini yaralama davranışı:

1- Son bir hafta içinde

2- son bir ay içinde

3- Son 6 ay içinde

4- Son bir yıl içinde

5- Son 1-5 yıl içinde

V. ilk kendini yaralama davranışı için bildirilen neden:

1- aile ile ilgili

2- okulla ilgili

3- işle ilgili

4- polisle ilgili

5- adli

6- arkadaşıyla ilgili

7- karşı cinsle duygusal ilişkisiyle ilgili

8- merak ve deneme isteği

9- örnek alma

10-diğer…

VI. Kendini yaralama davranışı esnasında ağrı hissi:

1- yok

2- hafif

3- orta

4- şiddetli

VII. kendini yaralama davranışı kararını uygulama:

1- daima

2- sıklıkla

3- nadiren

4- bazen

VIII. Kendini yaralama davranışının hemen sonrasında kendini nasıl hissettiği:

1- daha kötü

2- değişiklik yok

3- daha iyi

IX. Kendini yaralama davranışı nedeniyle hastaneye başvurma:

1- yok

2- genel hastane acil servisine

3- psikiyatri kliniğine

X. Genelde kendini yaralama davranışı esnasına yanında birilerinin olup olmadığı:

1- var

2- yok

XI. kendini yaralama davranışı olan arkadaşı var mı?

1- var

2- yok

XII. Bir arkadaşı kendini yaralama kararı aldığında tutumu:

1- vazgeçirmeye çalışmak

2- ilgilenmemek

3- teşvik etmek

XIII. Yara izlerinin lokalizasyonu:

1- yüz

2- boyun

3- kollar

4- bacaklar

5- göğüs

6- karın bölgesi

7- genital bölge

8- saçlı deri

XIV. Yara izlerinin niteliği:

1- tıbbi girişim gerektiren

2- tıbbi girişim gerektirmeyen

3- her ikisi

XV. Yara izleri konusundaki düşünceleri:

1- çirkin olduğunu düşünme

2- hoşlanma, hoş bulma

3- aldırmama

XVI. Kendini yaralama davranışı için kullanılan araç:

1- cam

2- jilet, ustura

3- bıçak, falçete

4- sigara, çakmak, kibrit

5- asit ve diğer yakıcı maddeler

6- kendi eli

7- duvar ya da kapı gibi sert yapılar

8- sıcak su

9- kendi dişleri

10- diğer

XVII. Kendini yaralama davranışı için isteklendirme:

1- üzüntü ve acı hissini azaltmak

2- sıkıntı hissini azaltmak

3- öfkesini azaltmak

4- kendinden nefret etmek kendini cezalandırmak

5- dikkat çekmek, insanların kendiyle ilgilenmesini sağlamaya çalışmak

6- ortam ve şartların değiştirilmesi için başkalarını etkilemek

7- birine duygusal olarak yakınlaştığında kendini yaralamak

8- çevredeki insanlara korkmadığını göstermek

9- hoş bir duygulanım hali (öfori) yaratmak

10-varlığını hissetmek

11-başkasına zarar vermemek

12-büyüsel düşünce(kendini yaraladığında bir olayın olurlu_unu etkileyeceğini düşünmek)

13-grupta kabul görmek

14-isteklendirme tanımlanmıyor

XVIII. Uyuşturucu madde kullanımı ve madde etkisindeyken kendini yaralama davranışı:

1- Geçmişte uyuşturucu madde kullanımı var

2-şimdi uyuşturucu madde kullanımı var

3- madde etkisindeyken kendini yaralama davranışı var

4- madde etkisindeyken kendini yaralama davranışı yok

XIX. ilk kendini yaralama davranışı madde kullanımının

1- öncesinde

2- sonrasında

3- eş zamanlı

Ek - 5

Anne- Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)

Aşağıda, anne ve babanızın çeşitli tutum ve davranışlarına ilişkin ifadeler yer almaktadır. 16 yaşınıza kadar olan dönemde annenizi (A) ve babanızı (B) hatırlamaya çalışarak, her bir satırdaki ifade ile ilgili anneniz (A) ve babanız (B) için uygun seçeneklerin altındaki parantezlere X işareti koyunuz.

A: Anne **B: Baba**	**Tamamen böyleydi**		**Kısmen böyleydi**		**Pek böyle değildi**		**Hiç böyle değildi**	
	A	**B**	**A**	**B**	**A**	**B**	**A**	**B**
1.Benimle yumuşak ve arkadaşça bir tarzda konuşurdu.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
2.İhtiyaç duyduğum kadar yardım etmezdi.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
3. Hoşlandığım şeyleri yapmama izin verirdi.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
4.Duygusal olarak bana karşı soğuk görünürdü.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
5. Sorunlarımı ve endişelerimi anlıyor görünürdü.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
6. Bana karşı sevgi doluydu.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
7. Kendi kararlarımı vermemden memnuniyet duyardı	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
8. Büyümemi istemezdi.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9.Yaptığım her şeyi kontrol etmeye çalışırdı.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
10. Mahremiyetime müdahale ederdi.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
11.Olan-bitenler hakkında benimle konuşmaktan keyif alırdı.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
12. Genellikle bana karşı güler yüzlüydü	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
13.Bana, bebekmişim gibi davranma eğilimi vardı.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
14. İhtiyaçlarımı ve isteklerimi anlamıyor gibiydi.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
15. Kendimle ilgili kararları almama izin verirdi.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
16. İstenmediğimi hissettirirdi.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
17. Üzgün olduğum zamanlarda kendimi daha iyi hissetmemi sağlardı.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
18. Benimle pek fazla konuşmazdı.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
19. O'na bağımlı olduğum duygusunu yaşatmaya çalışırdı.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
20. Annem yanımda olmadığı zaman, kendime bakamayacağımı hissederdim.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
21. İstediğim kadar özgürlük tanırdı.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

22. İstediğim zaman dışarı çıkmama izin verirdi	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
23. Bana karşı aşırı koruyucuydu.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
24. Beni övmezdi.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
25.İstediğim gibi giyinmeme izin verirdi.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

Ek - 6

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Bu form son bir (1) 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.

ÖZGEÇMİŞ

ADI-SOYADI: Orçun AYKOL
DOĞUM TARİHİ ve YERİ: 04.01.1985/ Keşan-Edirne
MEDENİ DURUM: Bekar
ASKERLİK DURUMU: Yapıldı
ADRES: Girne Sokak As Blokları H Blok No: 5/3 Gayrettepe İstanbul
TELEFON: CEP: 507 783 12 33, İŞ: 212 270 17 90
E-MAİL: orcunaykol@hotmail.com
orcun.aykol@uskudar.edu.tr
LİSANS EĞİTİMİ: Hacettepe Üniversitesi Edebiyat fakültesi Psikoloji Bölümü
MEZUNİYET: 2008/ Haziran

YABANCI DİL: İngilizce

MESLEKİ DENEYİM:

1. Özel İlk Sempati Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (Temmuz 2008- Haziran 2010)
   Görev: Psikolog

2. Madalyon Psikiyatri Kliniği- Ankara (Temmuz 2010- Haziran 2012)
   Görev: Psikolog

3. Üsküdar Üniversitesi NPSUAM Etiler Polikliniği (Haziran 2012- Halen devam)
   Görev: Psikolog

SERTİFİKALAR:

1. Türk Psikologlar Derneği, Nöropsikolojik Değerlendirme Eğitimi Sertifikası (Belge No: 2013/424, Tarih: 30. 03. 2013)
2. Rorschach ve Projektif Testler Derneği, Rorschach Test Eğitimi Sertifikası (2014)

KATILIM BELGELERİ:

1- Şema Terapisi Katılım Belgesi (Sertifika No: 11-082- 06.03.2012)
2- Sağlık Bakanlığı Psikolojinin Tıbbi Uygulamaları Yetki Belgesi (Belge No: Psk-01363- 21.12.2012)

DİĞER

1- Bireysel psikanaliz süreci (Nisan 2013- Devam)

ÜYE OLDUĞU ORGANİZASYONLAR:

Türk Psikologlar Derneği
Rorschach ve Projektif Testler Derneği

BİLİMSEL YAYINLAR

1- EVRENSEL A., AYKOL O. (2014). Kendine zarar verme davranışının sınırları. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 15:181
2- EVRENSEL A., AYKOL O., CÖMERT G. (2015). Bir kompulsif kaçınma olarak ejakülasyonu engelleme davranışı. doi: 10.5455/medscience.2015.4.8245