



**T.C.  
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ  
ANABİLİM DALI**

**GENÇ ERİŞKİNLERDE KENDİNE ZARAR VERME  
DAVRANIŞININ DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ,  
ALGILANAN EBEVEYN TUTUMLARI VE ERİŞKİN DİKKAT  
EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİNİN  
ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Deniz GÖKTEN ULUSOY  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**SAMSUN-2021**



**T.C.  
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ  
ANABİLİM DALI**

**GENÇ ERİŞKİNLERDE KENDİNE ZARAR VERME  
DAVRANIŞININ DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ,  
ALGILANAN EBEVEYN TUTUMLARI VE ERİŞKİN DİKKAT  
EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİNİN  
ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Deniz GÖKTEN ULUSOY  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Ömer BÖKE**

**SAMSUN- 2021**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlanma Őansına sahip olduğum değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN, Prof. Dr. Hatice GÜZ, Doç. Dr. Gökhan SARISOY, Doç. Dr. Aytül KARABEKİROĞLU' ve Dr. Öğr. Üyesi Selçuk ÖZDİN'e;

Tez sürecimde ve asistanlık eğitimimde desteğini ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Ömer BÖKE'ye;Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım başta Dr. Özge AKYÜREK BOLAT ve Dr. Büşra ATABAY ERDOĞAN olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma ve psikiyatri kliniği ekibine;

Hayatımın her döneminde desteklerini hissettiğim, sevgi ve fedakârlıkları ile her zaman yanımda olan sevgili annem Nuran GÖKTEN'e, babam Yüksel GÖKTEN'e ve kardeşim Akın GÖKTEN'e; sevgili eşim Serdar ULUSOY'a ve canım oğlum Koray'a sonsuz teőekkürler.

SAMSUN-2021

Dr. Deniz GÖKTEN ULUSOY

## BEYAN

“Genç erişkinlerde kendine zarar verme davranışının duygu düzenleme güçlüğü, algılanan ebeveyn tutumları ve Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile ilişkisinin araştırılması” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı bir davranışının olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışının olmadığını beyan ederim.



## ÖZET

**Amaç:** Çalışmamızın amacı genç erişkinlerde kendine zarar verme davranışının, duygu düzenleme güclüğü, algılanan ebeveyn tutumları ve erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile ilişkisini araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamıza KZVD gösteren 100 hasta ve KZVD öyküsü olmayan 100 hasta katılmıştır. Çalışma grubuna sosyodemografik veri formu, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ), Kısaltılmış Algılanan Ebeveyn Tutumları Ölçeği-Çocuk Formu (KAET-Ç) ve Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim ölçeği (ASRS) uygulanmış; kontrol grubuna KZVDDE dışındaki diğer ölçekler uygulanmıştır. Sonrasında tüm katılımcılarla Erişkin DEHB ve diğer psikiyatrik hastalıklara yönelik tanısal görüşme yapılmıştır.

**Bulgular:** Çalışma grubunda en sık kullanılan KZVD yönteminin “sert bir yere veya kendine vurma” ve “kesme” olduğu görülmüştür. Kadınlarda otonom işlev puan ortalamalarının erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma grubunda ASRS puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuş, Erişkin DEHB tanısının ve özellikle de bileşik görünümün önde olduğu tipin çalışma grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma grubunda DDGÖ tüm alt boyut puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grupları KAET-Ç puanları açısından karşılaştırıldığında anne-baba toplam reddetme ve anne-baba toplam aşırı koruma puanlarının çalışma grubunda, anne baba toplam duygusal yakınlık puanlarının kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir. Çalışma grubunda otonom işlev bozukluğu ile baba aşırı koruma arasında düşük derecede pozitif yönde korelasyon saptanmıştır.

**Sonuç:** Çalışmamızın sonuçları, KZVD gösteren bireylerde duygu düzenleme gücüğünün ve algılanan ebeveyn tutumlarının önemini ortaya koymuştur. Aynı zamanda kendine zarar veren bireylerde Erişkin DEHB'nin sık olabileceğini ve hem dikkatsizlik hem de hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerini gösteren DEHB olgularında daha sık olduğunu göstermiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kendine zarar verme davranışı, erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, duygu düzenleme güclüğü, algılanan ebeveyn tutumları

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of our study is to investigate the relationship between self-injurious behavior (NSSI) in young adults with emotional dysregulation, perceived parental attitudes, and adult attention deficit and hyperactivity disorder.

**Materials and Methods:** Our study consisted of 100 patients with NSSI and 100 patients without a history of NSSI. Sociodemographic data form, Inventory of Statements About Selfinjury (ISAS), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Perceived Parental Attitudes Scale-Child Form (EMBU-Egna Minnen Barndoms Uppfostranand) and Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (ASRS) applied; other scales were applied to the control group, except ISAS. Afterwards, a diagnostic interview for Adult ADHD and other psychiatric diseases was conducted with all participants. Self-injurious behavior characteristics and functions in the study group were examined in terms of gender, and the study and control groups were compared in terms of DERS, EMBU, ASRS scales, and adult ADHD diagnosis and subtypes.

**Results:** It was observed that the most commonly used NSSI method in the study group was "banging or hitting self" and "cutting". It was observed that the autonomic function score averages of women were significantly higher than that of men. ASRS scores were found to be significantly higher in the study group, and it was observed that the adult ADHD diagnosis and especially in the combined type was significantly higher in the study group. In the study group, all sub-dimension scores of DERS were significantly higher than the control group. When the study and control groups were compared in terms of the EMBU scores, it was observed that the total rejection scores of the parents and the total overprotection scores of the parents were statistically significantly higher in the study group, and the total emotional warmth scores of the parents in the control group. A low degree of positive correlation was found between autonomic dysfunction and paternal overprotection in the study group.

**Conclusion:** The results of our study revealed the importance of emotional dysregulation and perceived parental attitudes in individuals with NSSI. At the same time, it has been shown that adult ADHD may be common in self-harming individuals

and it is more common in ADHD cases showing both inattention and hyperactivity / impulsivity symptoms.

**Keywords:** Self-injurious behavior, adult attention deficit and hyperactivity disorder, difficulty in emotion regulation, perceived parental attitudes



## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
BEYAN.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER .....	vi
KISALTMALAR DİZİNİ .....	viii
TABLolar DİZİNİ .....	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kendine Zarar Verme Davranışı.....	3
2.1.1 Tanım.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji .....	3
2.1.3. Sınıflandırma .....	4
2.1.4. Etiyoloji .....	6
2.1.5. Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevleri.....	8
2.1.6. Kendine Zarar Verme Davranışının Psikiyatrik Hastalıklarla Birlikteliği.....	9
2.2. Duygu Düzenleme .....	12
2.2.1. Duygu Düzenlemenin Özellikleri .....	12
2.2.2. Duygu Düzenleme Stratejileri .....	13
2.2.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü .....	15
2.2.4. Duygu Düzenleme İle Kendine Zarar Verme Davranışı.....	17
2.3. Algılanan Ebeveyn Tutumları.....	17
2.4. Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	19
2.4.1. Epidemiyoloji .....	20
2.4.2. Etiyoloji .....	20
2.4.3. Tanı Ve Eştanı .....	22
2.4.4. Erişkinlikte Dehb'nin Klinik Görünümü .....	23
3. HASTALAR VE YÖNTEM.....	25
3.1. Çalışmanın Deseni ve Katılımcılar .....	25
3.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	25
3.3. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri .....	26
3.4. Çalışmada Kullanılacak Form Ve Ölçekler .....	26
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	26
3.4.2. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE).....	26
3.4.3. Kısaltılmış Algılanan Ebeveyn Tutumları Ölçeği-Çocuk Formu (KAET-Ç) .....	28

3.4.4. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ).....	28
3.4.5. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) .	29
3.5. İstatistiksel analiz.....	30
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>31</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>41</b>
5.1. Grupların Sosyodemografik Veriler Açısından İncelenmesi.....	41
5.2. Çalışma Grubunun KZVD Özellikleri Açısından İncelenmesi .....	42
5.3. Çalışma Grubunda KZVDDE İşlevler Bölümünün Değerlendirilmesi .....	44
5.4. KZVDDE İşlevler Bölümünün Cinsiyetler Açısından İncelenmesi .....	46
5.5. Gruplardaki DEHB ile KZVD İlişkisi ile İlgili Verilerin İncelenmesi.....	47
5.6. Gruplardaki Duygu Düzenleme Güçlüklerinin İncelenmesi .....	49
5.7. Gruplardaki Algılanan Ebeveyn Tutumlarının İncelenmesi.....	50
5.8. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Psikiyatrik Tanıların Değerlendirilmesi .....	51
5.9. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	53
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>54</b>
<b>7.KAYNAKLAR.....</b>	<b>56</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>74</b>

## KISALTMALAR DİZİNİ

- KZVD** : Kendine Zarar Verme Davranışı
- DEHB** : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- KZVDDE** : Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri
- DDGÖ** : Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği
- ASRS** : Erişkin DEHB Kendi Bildirim ölçeği
- KAET-Ç** : Kısaltılmış Algılanan Ebeveyn Tutumları Ölçeği- Çocuk Formu
- DSM** : Diagnostik and Statistical Mental Of Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1:</b> Sosyodemografik verilerin karşılaştırılması	31
<b>Tablo 2:</b> KZVDDE davranışlar bölümü	32
<b>Tablo 3:</b> Çalışma grubunda cinsiyetler arasında kendine zarar verme türlerinin karşılaştırılması	34
<b>Tablo 4:</b> Çalışma grubunda KZVDDE işlevler bölümü puanlarının değerlendirilmesi	35
<b>Tablo 5:</b> Cinsiyetler KZVDDE işlevler bölümünün karşılaştırılması	36
<b>Tablo 6:</b> Gruplardaki ASRS puanları ve Erişkin DEHB tanılarının Karşılaştırılması	37
<b>Tablo 7:</b> Çalışma grubunda KZVDDE ile ASRS arasındaki ilişki	37
<b>Tablo 8:</b> Çalışma grubunda KZVDDE otonom işlevleri ile ASRS arasındaki ilişki	38
<b>Tablo 9:</b> KZVDDE sosyal işlevleri ile ASRS alt ölçekleri arasındaki ilişki	38
<b>Tablo 10:</b> Çalışma ve kontrol grubunda duyu düzenlemede güçlükler ölçeğinin karşılaştırılması	39
<b>Tablo 11:</b> Çalışma ve kontrol grubunda algılanan ebeveyn tutumları ölçeğinin karşılaştırılması	39
<b>Tablo 12:</b> KZVDDE ile Algılanan Ebeveyn tutumları ölçeği ilişkisi	40
<b>Tablo 13:</b> Çalışma ve kontrol grubunda psikiyatrik tanılarının incelenmesi	40

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kendine zarar verme davranışı (KZVD); kişinin kendi bedenine yönelik, tekrarlayıcı, bilinçli ölüm isteği olmadan yaptığı amaçlı bir eylemdir. Fiziksel ve psikolojik yönden verdiği birçok zarar nedeni ile KZVD'nin nedenlerinin anlaşılması önemli bir hale gelmiştir (1). Kişinin bu davranışı kendine acı veren duyguları hafifletmek, gerilimi azaltmak veya uyumsuz bir başa çıkma mekanizması veya duygu düzenleme yöntemi olarak yaptığını belirten çalışmalar mevcuttur (2). Klinik örneklem ve genel toplum üzerinde yapılan kapsamlı araştırmalar, KZVD'de bulunan kişilerin zarar verici davranışta bulunmayan bireylere kıyasla duygu düzenlemede daha fazla zorluk çektiğini göstermiştir (3). Linehan'ın biyososyal teorisine göre, sınır kişilik bozukluğuna sahip bireyler daha yoğun ve daha uzun süreli olumsuz duygular yaşayabilir ve duyguları düzenleme kapasiteleri sınırlı olduğu için KZVD yoğun olumsuz duyguları azaltmanın bir yolu haline gelebilir. Bu modelin ortaya atılması ile birlikte duygu düzenleme güçlüğü ile KZVD arasındaki ilişki araştırmacılar tarafından ilgi çekmeye başlamıştır (4). Kendine zarar verme davranışında duygu düzenleme güçlüğü'nün rolü ilgi gören bir konu olsa bu ilişkiyi doğrudan ele alan çalışmaların sayısı sınırlıdır.

Aile, bir çocuğun en çok temas kurduğu sosyal birimdir. Çocuk ve ebeveyn arasındaki iletişim çocuğun davranışlarının gelişiminde etkin rol oynamaktadır. Bu nedenle çocuk ve ergenlerde davranış sorunlarının oluşmasında ve önlenmesinde aile kavramının rolü büyüktür. Yapılan çalışmalarda ebeveynlerin aşırı eleştirel, aşırı kontrolcü ve aşağılayıcı tutumlarının çocuğun bilişsel- duygusal gelişimi üzerindeki olumsuz etkilerinin yetişkinlik döneminde de devam eden ciddi sonuçlar doğurabileceği gösterilmiştir (5).

Yapılan bazı çalışmalar ergenlerin aile ilişkilerinde yaşadığı sorunlar nedeniyle kendine zarar verici davranışlarda bulunduğunu göstermektedir (6). Kendine zarar vermenin olası sebeplerini daha iyi anlamak için özellikle ebeveyn-çocuk ilişkisini ve ebeveyn tutumlarının önemi hakkında bilgiler kısıtlıdır (5).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), uygunsuz seviyelerde dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsel davranışlarla karakterize gelişimsel bir bozukluktur (7). Çocuklarda ve ergenlerde % 4-6 oranında görülme sıklığı ile en

yaygın psikiyatrik bozukluklardan biri olan DEHB'ye sahip çocukların yaklaşık üçte ikisinde yetişkinlikte de şikâyetlerin devam ettiği görülmüştür (8). DEHB semptomatolojisinden önemli ölçüde etkilenmeye devam eden yetişkinlerdeki dürtüsel özelliklerin tehlikeli araç kullanma, madde bağımlılığı gibi bir dizi yüksek riskli davranışta bulunma olasılığını artırdığı gösterilmiştir (9, 10). Risk alma davranışına ek olarak, bir dizi çalışma, yetişkinlerde DEHB ile kendi kendine yönlendirilen zararlı davranışlar arasında bağlantılar olduğunu göstermiştir (11, 12). Literatür incelendiğinde Impey ve Heun (13), DEHB ile kendine zarar verme davranışı arasında pozitif ilişkiler saptamışlardır.

Çalışmamızdaki birinci amaç, kendine zarar verme davranışı olan genç erişkin hastalarda, KZVD özellikleri, algılanan ebeveyn tutumları ve duygu düzenleme güçlüklerini ortaya koymaktır. Çalışmanın ikinci amacı ise KZVD bulunan genç erişkin hastalarda Erişkin DEHB sıklığını ve alt tipler arasında bağlantı olup olmadığını araştırmaktır.

Temel Hipotezlerimiz:

Kendine zarar verme davranışında bulunan bireylerin;

1. Duygu düzenleme güçlükleri daha yüksektir.
2. Çocukluk dönemindeki algıladıkları ebeveyn tutumlarından reddedicilik ve aşırı korumacılık tutumu yüksek, duygusal yakınlık tutumu daha düşük düzeydedir.
3. Erişkin DEHB sıklığı, özellikle de dürtüsel tip DEHB görülme oranı daha yüksektir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI**

#### **2.1.1 Tanım**

Kendine zarar verme davranışı (KZVD), bir kişinin bilinçli bir şekilde ölmek niyetinde olmadan, kendi vücudunun bir bölümüne bilerek zarar vermesi olarak tanımlanır (14). Walsh ve Rosen (15), KZVD tanımını “bilinçsizce gelişen, yanlışlıkla ya da belirsiz bir davranışın sonucu olmayan, kasıtlı bir şekilde yapılan amaçlı bir eylem” olarak yapmıştır. Günümüze dek KZVD birçok tanım ve terim ile ele alınmıştır. Bunlar; “kasten kendine zarar verme” (deliberate self-harm), “kendine zarar verme” (self injury), “kendini yaralama” (self mutilation), “fiziksel olarak kendini tahrip etme” (self destruction), “kendine yönelik agresyon” (otoagresyon), “parasuisid” (ölüm amacı taşımayan intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları) olarak sıralanabilir (16). Kendine zarar verme davranışını, Walsh ve Rosen (15); “genellikle ölümcül olmayan, istemli olarak yapılan ve toplumsal olarak kabul edilmeyen bir davranış”, Favazza ve Conterio (17); “kişinin durumu ile başa çıkamamasının yarattığı baskı ve tahammülsüzlük nedeniyle, kendine yardım etme ve rahatlama amacıyla yaptığı bir davranış”, Ghaziuddin ve arkadaşları (18); “kişinin kendi bedenine yönelik gerçekleştirdiği, bilinçli ölüm arzusu olmadan doku hasarına neden olan girişim”, LeBlanc (19) ise “hoşnutsuzluğun ve ortama uyamamanın bir yansıması olarak” tanımlamıştır. Bu tanımlamaların ortak özelliklerine bakıldığında davranışın tekrarlayıcı nitelikte olması, ölümcül olmaması, vücudun belirli bölümlerine zarar verilmesi, hayatı tehdit edici düzeyde olmaması yer almaktadır (20).

#### **2.1.2. Epidemiyoloji**

KZVD, özellikle ergenlik ve genç erişkinlik döneminde sık görülen ve yaygınlığı zamanla artış gösteren önemli bir ruh sağlığı sorunu olarak göze çarpmaktadır. Toplum örnekleminde yapılan çalışmalarda, ergenlerin yaklaşık üçte biri ile yarısında kendine zarar verici davranışların görüldüğü bulunmuştur (21). KZVD sıklığı ergen örneklem ile yapılan bir toplum çalışmasında %14-40, klinik çalışmalarda %40-61 arasında bulunmuştur (22, 23). Yapılan başka bir çalışmada ise genel toplumda görülme sıklığı %1 olarak bulunmuş, ergen ve genç erişkinlerde bu oranın %12'ye kadar çıkabileceği belirtilmiştir (24). Çalışmalardaki oranlardan anlaşıldığı üzere KZVD sıklığı ile ilgili

tutarlı bir sonuç belirtilmemiştir. Bu farklılık, çalışmalarda kullanılan ölçüm araçlarının farklılığından kaynaklanmaktadır.

KZVD ergenlikten önce nadiren görülür, genellikle ergenlik döneminde başlar, ABD’de başlangıç yaşı 16 olarak bildirilmektedir (25). Ülkemizde yapılan bir çalışmada benzer şekilde kendini yaralama davranışının 16-20 yaşları arasında başladığı belirtilmiştir (26). KZVD ve cinsiyet ilişkisi ile ilgili literatür incelendiğinde bazı çalışmalarda KZVD kadınlarda erkeklerden daha fazla iken (27, 28) bazı çalışmalarda ise cinsiyet farkının olmadığını belirtmiştir (29, 30). Bu bulguların dikkatli bir şekilde yorumlanması gerekmektedir. Çünkü KZVD’nin kadın cinsiyette daha fazla olduğunu gösteren bulgular kadınlarda sık görülen psikiyatrik gruplarda yapılarak elde edilmiştir. Bu alanda elde edilen veriler, cinsiyet açısından belirgin farklılık olmadığını göstermektedir (31).

KZVD yöntemlerinden en sık başvurulan tür olan kendini kesme, KZVD olan bireylerin %70-97’sinde görülür. Kendini kesme davranışını takiben sırasıyla kendine vurma (%21-44) ve kendini yakma davranışı (%15-35) görülür. Çoğunluk birden çok yöntem kullanır. Hayat boyu kendine zarar verici davranış ortalama sayısı 3,4-50 arasında değişir (32). Erkeklerde daha sık kendilerine vurma ve yakma davranışı bildirilirken, kadınlarda da kendilerini kesme ve yakma davranışı daha yüksek bulunmuştur. Psikopatolojinin varlığı, kendine zarar verme davranışları ve düşüncelerinin olasılığını artırır. Kendine zarar verme, hem erkekler hem de kadınlar arasında daha fazla semptom ve psikopatolojinin şiddeti ile ilişkilidir (33).

### **2.1.3. Sınıflandırma**

Ögel ve Aksoy’un KZVD raporunda (34), KZVD’nin ilk sınıflandırmasının 1980 yılında Farberow tarafından yapıldığı belirtilmiştir. Buna göre KZVD doğrudan veya dolaylı KZVD olarak sınıflandırılmıştır. Doğrudan KZVD kesme, yakma ve vurma gibi davranışları; dolaylı KZVD ise sigara içmek, alkol ve madde kullanmak, tıbbi hastalığına rağmen ilaçlarını kullanmamak gibi davranışlar olarak belirtilmiştir (34). Daha güncel olarak ise fiziksel zarara yol açan KZVD’nin üzerinde durularak bu davranışların sınıflandırması kullanılmaya başlanmıştır. Buna göre Simeon ve Favazza’nın 2001’de yaptığı sınıflandırmada KZVD major, stereotipik, kompulsif ve dürtüsel şeklinde dört gruba ayrılmıştır.

*Majör tip kendine zarar verme davranışları*; yaşamı tehdit edici düzeyde ve geri dönüşü zor olan doku hasarına neden olabilmektedir. Ciddi psikotik belirtileri olan kişiler tarafından gerçekleştirilen kastrasyon (penis ya da testislerin kesilmesi) davranışını, göz dokusunu tahrip etme ve bir organın kesilmesi gibi dramatik kendine zarar verme davranışlarını kapsamaktadır.

*Stereotipik tip kendine zarar verme davranışları* tekrarlayıcı, tekdüze ve genellikle ritmik olarak yapılan ve düşünce, duygu ve anlam bakımından yoksun eylemlerdir. Genellikle otizm ve zihinsel gerilik gibi bozukluklarla ilişkili olan stereotipik KZVD’de biyolojik etkenler ile tetiklendiği düşünülmektedir. Bu davranışlara örnek olarak kafaya veya vücudun değişik bölgelerine vurma, dudak, dil ve parmak ısırma verilebilir.

*Kompulsif tip kendine zarar verme*; genellikle bilinçsiz ve ritüalistik şekilde yapılan, çoğu zaman tekrarlayıcı olan saç yolma, tırnak yeme, deriyi yolma ve çizme gibi davranışları içerir. Bu davranışlar vücutta şekil bozukluklarına yol açabilir. Ayrıca davranış kronikleştikten sonra yapmamaya çalışmak bunaltıya neden olabilir.

*Dürtüsel tip kendine zarar verme*; kişide strese karşı hızlı ve kısa süreli rahatlama yaratan davranışları kapsamaktadır. Bu davranışlar, deriyi kesme, yontma, yakma, şekil kazıma, kendine vurma, yara iyileşmesine engel olma, iğne batırma şeklinde olabilir. Dürtüsel KZVD’nin epizodik ve tekrarlayıcı olmak üzere iki alt tipi mevcuttur. Epizodik tip dürtüsel KZVD, sayıca sınırlı ve düzensiz bir biçimde kendine zarar vermeyi tanımlamaktadır. Tekrarlayıcı tip KZVD’de sık ve çok sayıda kendine zarar verme davranışı mevcuttur (35).

Skegg (2005), kendine zarar verme türlerini; yüksek düzeyde ölümcül olanlar (asma, ateş etme, yüksek bir yerden atlama, zehirlenme), düşük düzeyde ölümcül olanlar (kesme, yakma), belirgin doku hasarına yol açanlar (kendini ısırma, tırnaklama, deriye sözcük veya sembol kazıma, iğne batırma, yara iyileşmesine engel olma), görünür bir doku hasarına neden olmayanlar (kendine vurma, bir yere yumruk atma, saç çekme, zarar verme niyetiyle aç kalma) şeklinde sınıflandırmıştır (25).

#### **2.1.4. Etiyoloji**

Bugüne kadar KZVD’de psikodinamik, biyolojik, psikososyal birçok faktörün rolü araştırılmıştır. Ancak, KZVD gelişiminde tek bir etken yerine birçok faktörün etkisiyle oluştuğu düşünülmektedir.

##### **2.1.4.1. Psikodinamik Faktörler**

KZVD ile ilgili psikodinamik yaklaşımlara bakıldığında ilk açıklamalardan birinin Meninger’e (36) ait olduğu görülmektedir. Bu konuyla ilgili temel varsayımı, kendini yaralamanın zayıflatılmış bir intihar biçimi gibi görüldüğü fakat intiharı önlemek için bir uzlaşma biçimi olduğu şeklindedir.

KZVD ayrıca cinsel dürtüleri kontrol altına almanın bir yolu olarak da görülür. Kastrasyon fantezileri kendine zarar verme yoluyla tatmin edilebilir (14). Duygu ve çatışmalarını benliğine veya ötekilere yansıtma yolu olarak kullanılabilir (37).

Kendini yaralama davranışı, dayanılması güç duygularda kontrol sağlamaya da hizmet eder. Bu duygu, kişinin başkasına zarar vermekten korktuğu için kendine yönelttiği öfke olabilir. Kendini yaralayan kişiler duygusal açıdan yaralanmalarına fiziksel bir kanıt oluşturmaya ihtiyaç duyarlar (38).

Suyemoto (1998)’ya göre; Anna Freud ergenlikteki birincil görevinin anneden ayrışma olduğunu söyler. Bu ayrışmadaki yetersizlik, çocukluktaki bağlanma nesnelere gelen ilgiyi inkâr etme ya da karşıt tepki kurarak nefrete dönüştürme gibi sonuçlara yol açabilir. Bu nefretin benliğe dayanılmaz gelmesi ile ergen ya bunu dışarı yani ailesine yansıtır ya da kendine yönelterek kendini yaralamaya başvurur (37).

Favazza ise bu davranışın dinamiğini açıklarken, duygusal acısını bastırarak rahatlamak, boşluk duygusundan uzaklaşarak kendilerine yaşadıklarını göstermek gibi yorumlamalarda bulunmuştur (39).

##### **2.1.4.2. Biyolojik Faktörler**

KZVD etiyojisindeki nörobiyolojik görüşler opiyat, dopamin ve serotonin sistemleri ile ilişkili araştırmaları içermektedir.

## **Opiyat Sistemi**

KZVD gelişiminde opiyat reseptörlerinin uyarılmasının rolü olduğu öne sürülmüştür. KZVD gösteren birçok kişide, ağrıya duyarsızlığın opioid aktivitedeki epizodik artış ile ilişkisi olduğu belirtilmiştir. Ancak henüz KZVD’de opioid disfonksiyonunun rolünü destekleyen kanıtlar oldukça azdır. KZVD ile ilişkili opiat disfonksiyonunun rolü için mevcut veriler opioid antagonistlerinin etkilerine ilişkin vaka raporları ile sınırlıdır (40). KZVD bulunan mental retardasyon vakalarında opiyat antagonistleri kullanıldığında bu hastaların 2/3’ ünde iyileşme olduğu gösterilmiştir (41).

## **Dopamin Sistemi**

Araştırmacılar dopaminerjik aktivite disregulasyonu ve dopamin aşırı duyarlılığı ile KZVD’nin ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir. Özellikle KZVD ile ilişkili olduğu bilinen Tourette Sendromu ve Lesch-Nyhan Sendromu bulunan hastalarda merkezi sinir sistemi dopamin seviyesi ve metabolitlerinin belirgin derecede düşük olduğu ileri sürülmüştür(42, 43).

## **Serotonin Sistemi**

Yapılan çalışmalarda serotonin düzeyinde düşüklük ile irritabilite arasında ilişki olduğu ve bu düşüklüğün de kişilerde kendine zarar verme ve intihar davranışına neden olabileceği belirtilmiştir (44). Yapılan bir çalışmada serotonin taşıyıcı gen polimorfizmi ile kendine zarar verme ve intihar davranışları arasında bir doğrudan bağlantı bulunmamış; intihar girişimi ve dürtüsel tip KZVD gösterenlerin genotipinde daha sık “S” aleli saptanmıştır (45).

### **2.1.4.3. Psikososyal Faktörler**

#### **İstismar**

KZVD gösteren ergen ve yetişkin yaş grubu ile yapılan birçok çalışmada KZVD ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Çocukluk döneminde fiziksel, duygusal istismar ve ihmal öyküsü olan bireylerde KZVD’nin daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir (46, 47). Favazza (1992), istismara uğrayan çocukların kendilerini ısırmaı öğrendiklerini, bunu da tahammül edemedikleri duygularını kontrol etmenin bir yolu olarak kullandıklarını belirtmiştir (39).

Fiziksel istismar sonucu ağrı duyusunun daha az hissedildiği ve bunun da kendine zarar vermenin daha kolay gerçekleştirilmesine neden olduğu öne sürülmüştür (31). İstismara uğrayan bireylerde; travmatik yaşantıları hatırlatan düşünce ve duygulardan uzaklaşmak, suçluluk duyguları sebebi ile kendini cezalandırmak, kendilik kontrolünü sağlamak, yaşadığını hissetmek, yaşanan duyguları sembolize etmek, ve ayrıca aile ile ilişki kurma ve intikam almanın bir yolu olarak KZVD gerçekleştirdikleri düşünülmüştür (34). Muehlenkamp ve arkadaşlarının istismar türleri ve KZVD ilişkisini inceledikleri araştırmada fiziksel istismar ile KZVD arasında cinsel istismara göre daha güçlü bir ilişki olduğu bulunmuş, fiziksel istismar ve KZVD ilişkisinde duygu düzenlemedeki bozulmanın önemi vurgulanmıştır (48). Sonuç olarak; istismara uğrayan kişilerin kendilerini cezalandırma, duygularını bastırmada yetersiz hissetme, duyguları ile başa çıkmada yetersiz hissetme, kendilik kontrollerini sağlayabilme, intikam alma, yaşadıklarını kendilerine gösterme, öfkelerinin farkına varma ve sembolleştirme nedenleri ile kendine zarar verdikleri söylenebilir (49).

### **Ailesel Etkenler**

KZVD gelişiminde ailesel özelliklerin rolü ile ilgili yapılan izlem çalışmalarında çocukluk döneminde ailesinden ayrı kalmış veya ebeveynleri boşanmış ergenlerde KZVD gelişme riski daha yüksek; aile ilişkileri olumlu olan ergenlerde KZVD gelişme riski daha düşüktür (50). Ebeveynlerden birinde fiziksel veya ruhsal hastalık varlığı, alkol ve madde kullanımı ergenlerde KZVD ile ilişkili bulunmuştur (31, 48). Ailesel ve aile dışındaki çevresel faktörlerin ergenlerde benlik saygısı ve kimlik gelişimini olumsuz yönde etkilediği, bunun kendine zarar verme ile ilişkisi saptanmış olan depresyon ve umutsuzluğa neden olduğu ifade edilmiştir (51).

### **2.1.5. Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevleri**

KZVD'yi anlamak için bugüne kadar çeşitli modeller geliştirilmiş ve buna bağlı olarak kendine zarar vermenin ne gibi işlevlerinin olduğu açıklanmaya çalışılmıştır. Bugüne kadar geliştirilen modeller incelendiğinde kişilerin kendine zarar vermelerinde tek bir işlevden ziyade birden fazla işlevin rol oynamasından söz edilmektedir. Klonsky (52) kendine zarar vermenin 7 farklı işlevi olduğunu ileri sürmüştür: Afekt regülasyonu, çözülmeyi önleme, intiharı önleme, kişilerarası sınır koyma, kişilerarası etkileşim kurma, kendini cezalandırma ve heyecan arama. Bu sebepler ayrıca kendine zarar

verme davranışı değerlendirme envanterinin (KZVDDE) alt boyutlarının bir kısmını da oluşturmaktadır (53).

Afekt regülasyon modeli,. Erken dönemde uygunsuz çevrede yetişen bireylerin, duygusal stresle başa çıkabilmek için işlevsel olmayan baş etme yöntemleri geliştirdiklerini öne sürer. Çözülme önleme modeli, KZVD'nin çözülme ve depersonalizasyona karşı bir yanıt olarak ortaya çıktığını savunur. Çözülme yaşayan kişiler, gerçek dışı veya bir şey hissetmeme olarak tarif ettikleri durumlarını, gerçek bir acı oluşturarak değiştirmeye çalıştıklarını ifade ederler. İntihar önleme modeli, KZVD'yi intihar eylemini önleyen bir baş etme stratejisi olarak tanımlar. Kişilerarası etkileşim kurma modeli, yardım bulmak, yalnız hissetmemek ve daha ciddiye alınmak için kullanılan bir yöntem olarak tanımlamaktadır. Kişilerarası sınır koyma modeli, ciltte oluşturulan yaranın, kişinin kendisi ve çevresindeki insanlar arasında mesafe oluşturarak özerkliğini sağlama amacı taşıdığını öne sürer. Kendini cezalandırma modeli, kişinin kendisine karşı yönelttiği öfkenin dışa vurumu olarak tanımlanırken; heyecan arama modeliyse, KZVD'nin heyecan ve coşku oluşturmak için araç olduğunu öne sürmektedir (52). Kişilerin neden kendine zarar verdiğini anlamak amacıyla geliştirilen bu işlevler tedavi ve önlemeyi geliştirme açısından önemlidir (54).

#### **2.1.6. Kendine Zarar Verme Davranışının Psikiyatrik Hastalıklarla Birlikteliği**

KZVD, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı'nın III-R (DSM-III-R) versiyonu ile birlikte birçok psikiyatrik hastalığın tanı kriterleri arasında bulunmaktadır. Bu tanımlar sınırda kişilik bozukluğu, çoğul kişilik bozukluğu, yapay bozukluk ve cinsel mazoşizm olarak sıralanabilir. KZVD, DSM-IV-TR'de özel bir başlık olarak ele alınmayıp duygudurum bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar ve sınırda kişilik bozukluğu gibi ruhsal bozuklukların özellikleri arasında yer almıştır. İlk kez hastalık olarak KZVD, Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması El Kitabının 5. Sürümünde (DSM-5) “Klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar” başlığı ile “Kişisel kendine zarar verme öyküsü” olarak yer almıştır (55-57).

“Kişisel kendine zarar verme öyküsü (DSM-5):

A. Son bir yılda, kişi, beş veya daha fazla gün içinde, vücudunun yüzeyine kasıtlı olarak kanama, morarma veya ağrıya neden olabilecek türden (örneğin, kesme, serseri,

bıçaklama, vurma, aşırı sürtme) küçük veya orta derecede fiziksel zarara yol açan bir hasar vermiştir (yani intihar niyeti yoktur).

İntihar niyetinin yokluğu ya kişi tarafından belirtilmiştir ya da bireyin bildiği ya da öğrendiği bir davranışa defalarca katılımının ölümle sonuçlanmayacağı sonucuna varılabilir.

B. Kişi, aşağıdaki beklentilerden biri veya birkaçıyla kendine zarar verici davranışta bulunur:

1. Olumsuz bir duygu ya da bilişsel durumdan kurtulmak için.
2. Kişiler arası bir sorunu çözmek için.
3. Olumlu bir duygu durumu uyandırmak.

İstenilen rahatlama veya tepki, kendini yaralama sırasında veya kısa bir süre sonra yaşanır ve birey, tekrar tekrar buna bağlılık gösteren davranış kalıpları sergileyebilir.

C. Kasıtlı kendine zarar verme, aşağıdakilerden en az biriyle ilişkilidir:

1. Kendine zarar verme eyleminden hemen önceki dönemde meydana gelen kişilerarası zorluklar veya depresyon, anksiyete, gerginlik, öfke, genel stres veya özeleştirme gibi olumsuz duygular veya düşünceler.
2. Eylemde bulunmadan önce, kontrol edilmesi zor olan amaçlanan davranışla meşguliyet dönemi.
3. Her seferinde kendine zarar verme eylemine neden olmasa bile sık sık kendine zarar verme hakkında düşünme.

D. Davranış, sosyal olarak onaylanmaz ve kabuk soyma veya tırnak yeme ile sınırlı değildir.

E. Davranış veya sonuçları, kişilerarası, akademik veya diğer önemli işleyiş alanlarında klinik olarak önemli sıkıntıya veya bozulmaya neden olur.

F. Davranış yalnızca psikotik dönemler, deliryum, madde zehirlenmesi veya madde yoksunluğu sırasında ortaya çıkmaz. Davranış, başka bir zihinsel bozukluk veya tıbbi durumla daha iyi açıklanamaz (örneğin, psikotik bozukluk, otizm spektrum bozukluğu, zihinsel yetersizlik, Lesch-Nyhan sendromu).”

KZVD'ye özgü tek bir ruhsal bozukluk olmayıp birçok psikiyatrik hastalıkta bu davranış görülebilir (58). Kendine zarar veren kişilerde en sık görülen ruhsal bozukluklar; depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, madde kullanım bozuklukları, dissosiyatif bozukluk, davranım bozukluğu, yeme bozuklukları, özellikle histriyonik ve sınır kişilik bozukluğu olmak üzere kişilik bozuklukları olarak belirtilmiştir (59). Ergen grupta yapılan bir toplum çalışmasında KZVD gösteren ergenlerde %83,9'unda DSM-IV'e göre bir eksen I psikiyatrik tanı tespit edilmiştir (60). Bir çalışmada KZVD olan ergenlerin %42-68'inde major depresyon tanısı olduğu gösterilmiştir (61). Başka bir çalışmada özgül fobisi olan bireylerde KZVD riskinin 8,5 kat arttığı, obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerde bu riskin 5 kat arttığı tespit edilmiştir (59).

Nock ve arkadaşlarının kendine zarar verme öyküsü olan 89 ergende tanısız araştırma yaptığı çalışmasında ergenlerin %15,7'sinde anksiyete bozukluğu saptanmıştır (62). Yapılan bir toplum çalışmasında ise KZVD gösteren ergenlerin %37'sinde anksiyete bozukluğu tanısı olduğu tespit edilmiştir (63) Kendine zarar veren bireylerde duygudurum bozukluklarının ve anksiyete bozukluklarının, olumsuz kendilik algısı ve duygu düzenlemesinde bozulmaya yol açarak bu davranışa neden olduğu düşünülmektedir (64).

Ülkemizde yapılan bir toplum çalışmasında, KZVD gösterenlerin %25'inde yıkıcı davranım bozukluğu bulunmuştur (65). Madde kullanım bozukluğu olan kişilerin %25-33'ünde KZVD öyküsü olduğu belirtilmektedir (33). Klinik örneklem ile yapılan bir çalışmada KZVD gösteren ergenlerin %60'ında en az bir madde kullanım bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (62).

Yeme bozukluğunda KZVD birlikteliği oldukça sık görülmektedir. Bulimiya nervoza olgularının %26-55'inde ve anoreksiya nervoza olgularının %27-61'inde KZVD bulunduğu gösterilmiştir (33). Yeme bozukluklarının bazı türlerinde görülen tıknırcasına yeme ataklarının ve kusma davranışının, KZVD gelişiminde rol oynayan olumsuz duygulanım varlığı ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (34).

Dissosiyatif bozukluk tanısına sahip bireylerin %69'unda KZVD öyküsü olduğu belirtilmiştir (24). Yetişkin örneklemli klinik ve toplum çalışmalarında KZVD ile dissosiyatif bozukluklar arasındaki ilişki varlığı saptanmıştır (66, 67).

Sınırdaki kişilik bozukluğu tanısına sahip bireylerin yaklaşık %70-75'inde KZVD olduğu görülmüştür (33). Sınırdaki kişilik bozukluğu belirtileri ile KZVD birlikteliğini araştıran ergen örneklemleri bir çalışmada KZVD gösterenlerde sınırdaki kişilik bozukluğu belirtileri %37-52 oranında bulunmuştur (61). Sınırdaki kişilik bozukluğuna özgü olan duygu düzenleme güçlükleri ve olumsuz kendilik algısının KZVD'nin de önemli özelliklerinden olduğu ifade edilmiştir (64).

Yapılan çalışmalarda çocuklukta dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve yetişkin DEHB varlığı ile dürtüsel KZVD arasında ilişki saptanmıştır (68).

## **2.2. DUYGU DÜZENLEME**

Duygu düzenleme kavramı, bireyin bir hedefe ulaşma sürecinde gelişen, yoğun veya geçici olabilen duygularını deneyimleyip, değerlendirip, değiştirmesinde kullandığı içsel ve dışsal süreçleri ifade eder (69). Hangi duyguya sahip olacağımızı, bu duyguyu nasıl yaşayacağımızı ve dışarı vuracağımızı belirleyen süreç olarak da adlandırılabilir (70). İçsel ve dışsal süreçleri kapsamaması ile bireyin kendi içsel duyguların yanı sıra diğer insanların bireyde oluşturdukları duyguları ve bu duyguların altında yatan özelliklerin düzenlenmesini de içerir (69). Duygu düzenleme sürecinin hem olumsuz hem de olumlu duygular için geçerli olduğu kabul edilmektedir. Birey bu duyguları arttırma, azaltma ya da aynı şekilde sürdürmeyi seçebilir. Duygusal tepkilerde oluşan bu değişimler, birçok duygu türünde oluşabilmektedir (71).

### **2.2.1. Duygu Düzenlemenin Özellikleri**

Duygu düzenleme kavramının özelliklerine bakıldığında üç temel özellik göze çarpmaktadır. Birincisi, insanların duygularını olumlu veya olumsuz olarak düzenleme becerisi olmasıdır. Bireyler sosyal ortama uyum sağlamak için çoğunlukla olumsuz duygularını düzenleme yolunu kullansalar da nadiren de olsa olumlu duygularını düzenleme yoluna gidebilirler. İkinci özellik, duygu düzenlemenin prototiplerinin bilinçli olmasıdır. Gross ve Thompson (2007) duygu düzenleme süreçlerinin ilk olarak bilinçli olduğunu, sonrasında bilinçli farkındalık dışında geliştiklerini öne sürmüşlerdir (72). Bu bağlamda duygu düzenlemenin, bilinçli ve kontrollü bir düzenleme ile bilinçsiz ve otomatik düzenleme arasında değişen bir süreklilik içerisinde yer alabileceği söylenebilir (73). Üçüncü olarak duygu düzenleme süreçleri kişinin mevcut durumunu iyi ya da kötü olarak etkileyebilmektedir. Duygu düzenleme

stratejileri kişinin amaçlarına ulaşmasını sağlayabileceği gibi, başkaları tarafından uyumsuz olarak değerlendirilmesine de yol açabilir. Örneğin olumsuz duyguları azaltmak amacıyla kullanılan bilişsel stratejiler, stresli bir ortamda çalışan bir hekimin işini yapabilmesine yardımcı olurken, empati ile ilişkili duygularını azaltmasına neden olabilir (72, 74).

Bazı araştırmacılara göre duyguların sosyal işaret görevi görme, iletişim ihtiyaçlarını karşılama, yakın ilişkiyi artırma/azaltma ve kendini savunma gibi hedefleri gerçekleştirme gibi rolleri vardır. Duygu düzenleme stratejileri de duyguların bu hedeflere ulaşmasını sağlamaktadır. Sosyal ortamda karşılaştığımız durumlar, duygularımızı düzenleme yöntemlerimizi geliştirmek için alan sağlar. Bu açıdan bakıldığında göre duygu düzenleme stratejileri ile sosyal bağlamın karşılıklı etkileşim içinde olduğu görülmektedir (69). Masters, duygu düzenleme üzerinde ailenin oldukça önemli bir etkisi olduğunu ve çocuğun yaşamı konusunda belirleyici olduğunu ifade etmiştir (75). Bu durumun en belirgin kanıtı, yaşamın ilk dönemlerinde bakım verenin, bebeğin duygularını doğrudan ya da dolaylı olarak düzenleme görevi görmesidir. Bakım veren kişi, bebeği stresli durumlarda rahatlatarak, ona model olarak, olumlu duygu ifadelerini pekiştirerek ve bu şekilde verdiği sözel ve sözel olmayan eğitimler sayesinde duygularını düzenleme konusunda belirgin görev almaktadır (69).

### **2.2.2. Duygu Düzenleme Stratejileri**

James J. Gross, duygu düzenleme stratejilerini incelemede beş strateji içeren bir model önermiştir (72). Bu stratejiler; durum seçimi, durum modifikasyonu, dikkat açılımı, bilişsel değişim ve tepki düzenlemedir. Bu sıralamanın ilk dördü öncül odaklı stratejiler olup duygusal tepkiden önceki adımlardır. Öncül odaklı stratejiler, duygu-üretme sürecinin erken safhasında uygulanmakta ve böylece yalnızca davranışsal olarak ifade edilenleri değil, aynı zamanda öznel olarak deneyimlenen durumları da etkilemektedir. Beşincisi ise tepki odaklı olup tepki verildikten sonra meydana gelir. Tepki odaklı duygu düzenleme stratejileri duygu yanıtı tetiklendikten sonra devam eden duygusal ifadenin ve fizyolojik tepkinin yönetimini kapsar. (72).

*Durum seçimi:* kişinin beklenen veya beklenmedik bir durumda ortaya çıkacağı düşünülen duygusal sonuç doğrultusunda bir durum seçmesini veya durumdan kaçmasını ifade eder. Bu seçimlerde önceki deneyimlerimiz, duruma atıflarımız ve

beklentilerimiz belirleyici olabilir. Durum seçimi duygu düzenleme stratejilerinin en ileriye dönük olanıdır ve yaşam değişiklikleri yapmakta başarılı girişimlerle bağlantılıdır.

*Durum modifikasyonu:* Bir olay sonucu yaşanan duyguyu, ihtiyaca yönelik olarak değiştirmesi veya yeniden şekillendirmesidir (örneğin, gergin bir durumu dağıtmak için mizah kullanmak)

*Dikkat açılımı:* Duygusal yanıtı düzenlemek amacı ile dikkatin yönlendirilmesini içerir. Hem dikkati dağıtma hem de yoğunlaştırma olarak iki farklı şekilde kullanılır. Örneğin; sıkıntılı bir konuşma sırasında pencereden dışarıda yürüyen insanların giysilerini incelemek gibi.

*Bilişsel değişim:* Kişinin bir olayla veya durumla ilgili yaptığı değerlendirmeyi ve duygusal açıdan önemliliği yeniden belirlemek amacıyla düşüncelerini değiştirmesini ya da yeniden yapılandırmasını içerir. Bu stratejiyi kullanan kişi olayı ya da durumu yönetme becerisinde etkin olmaktadır.

*Tepki düzenleme:* Duygunun gelişmesinden sonra duygusal tepkinin deneyimsel, davranışsal veya fizyolojik bileşenlerini doğrudan etkilemek anlamına gelir. Yaşanan olumsuz duyguların yol açtığı psikolojik ve sosyal yönden gelişen olumsuz etkileri azaltmak amacıyla gevşeme egzersizleri yapmak bu basamağa örnek verilebilir (72).

Duygu düzenlemede birçok sürecin etkili olduğu düşünülmektedir. Cole ve arkadaşları (1994), duygu düzenlemenin yetersiz düzenleme (underregulation) ve aşırı düzenleme (overregulation) şeklinde olabileceğini belirtmişlerdir (76). Yetersiz düzenlemede dürtüsel davranma, tepkilerini agresif şekilde ortaya koyma gibi dışa vurulan davranış biçimleri ön planda iken, aşırı düzenlemede ise depresyon, anksiyete, suçluluk, utanç gibi içsel tepkiler görünür hale gelir (77). Duyguları yetersiz ya da aşırı düzenleme birçok farklı psikopatolojinin ortaya çıkmasında önemli rol oynar (78)

Gross, duygu düzenleme stratejileri arasında “Bilişsel Yeniden Yapılandırma (reappraisal)” ve “Baskılama (suppression)” kavramlarına dikkat çekmektedir. Yeniden yapılandırma, duygu üretim sürecinde önce, baskılama ise sonraki süreçte oluşmaktadır. Yeniden yapılandırma, bir durumun yarattığı duygusal etkiyi azaltmak için durumun yapısını değiştirmek anlamına gelir. Sonraki süreçte gelen baskılama ise

duyguların olduğu bir durumda duyguları gösteren davranışları azaltmak ya da engellemek anlamına gelmektedir (73).

Yeniden yapılandırmanın sonucunda daha fazla duygusal yaşantı deneyimlenmekte ve olayların olumlu tarafları öne alınmaktadır. Birey böylelikle olumsuz duyguların etkisini azaltabilmekte, pozitif duygularını ifade etmesi kolaylaşmaktadır. Yeniden yapılandırma stratejisi genellikle uyumsal olarak kabul edilir. Yeniden yapılandırmayı daha çok kullanan kişilerin olumlu duyguları daha fazla yaşadıkları, daha fazla yakın ilişki kurabildikleri bildirilmektedir. Ayrıca bu kişilerin benlik saygılarının, yaşam doyumlarının ve genel iyilik hallerinin daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Baskılama stratejisi ise davranışsal dışı vurumu azaltmaktadır ancak yeniden değerlendirmeye göre belleği onarmada başarısızdır. Baskılamada birey negatif duyguları daha fazla yaşamakta, bu durum bireyin kendini kötü hissetmesine, hatta depresif belirtiler göstermesine neden olmaktadır. Baskılama stratejisini daha çok kullanan kişilerin sosyal ortamlarda olumlu veya olumsuz duygularını paylaşmada daha fazla güçlük yaşadıkları, bu nedenle yakın ilişkilerden kaçındıkları, yaşam doyumlarının ve benlik saygılarının daha düşük olduğu bildirilmektedir (79). Gross ve arkadaşlarının yaptığı bir başka araştırmada katılımcıların %84'ünün negatif duyguları değiştirmeye pozitif duyguları değiştirmekten daha çok zaman harcadığı, negatif duyguların düzenlenmesi ihtiyaçlarının daha fazla olduğu saptanmıştır (80).

### **2.2.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü**

Duygu düzenleme güçlüğü, tetikleyici bir uyaran karşısında bireyin duygusal cevaplarını kontrol etmesinde ve düzenlemesinde yetersizlik olarak tanımlanır. Gross, duygu düzenleme güçlüğü, normal duygu düzenleme stratejilerindeki herhangi bir basamağındaki aksamanın sonucu olarak kişinin istediği hedefe ulaşamaması olarak tanımlamıştır (70). Linehan (4) duygu düzenleme güçlüğü tanımını tedavi literatüründe ilk kez ele alan araştırmacıdır. Linehan'e göre duygu düzenleme güçlüğü, olaylara karşı duygusal olarak yüksek duyarlılık, duygulara karşı tepkiselliğin artması ve duygusal anlamda nötr duruma yavaş geri dönüş olarak açıklanmıştır. Ayrıca etkili duygu düzenleme stratejilerinin yeterince kullanılmamasının ve uyumsuz düzenleme stratejilerinin aşırı kullanımının duygu bozukluğunun gelişmesine ve uzun sürmesine yol açtığını öne sürmüştür. Bu nedenle,

“duygu düzenleme stratejilerinin yeterince kullanılmaması” ve “uyumsuz stratejilerinin kullanılması” gibi yapılar da duygu düzenleme güçlüğü tanımının bir parçasıdır.

Gratz ve Roemer, davranışları istenen hedefler doğrultusunda kontrol etmek için esnekliğin gerekli olduğunu iddia etmişlerdir. Etkili duygu düzenlemesinin duyguların farkında olma ve anlama, duyguların kabulü, dürtüleri ve davranışları hedeflere uygun olarak kontrol etme yeteneği ve duruma uygun stratejiler kullanmanın gerektirdiğini öne sürmüşlerdir. Bu nedenle geliştirdikleri tanımlamada duygu düzenleme güçlüğü'nün farklı boyutlarını içeren 6 alt faktör belirlemişlerdir. Bu faktörler:

- Farkındalık (duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması),
- Açıklık (duygusal tepkilerin anlaşılması),
- Kabul etmeme (duygusal tepkilerin kabul edilmemesi),
- Stratejiler (etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim),
- Dürtü (olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşama),
- Amaçlar (olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama) olarak belirlenmiştir.

Aynı zamanda bu boyutlar duygu düzenleme güçlüğü ölçeğindeki alt faktörleri oluşturmaktadır (81).

Duygu düzenleme ile ilgili sorunlar DSM-5'teki birçok ruhsal bozukluğun ortak noktası olmuştur. Özellikle duygudurum ve anksiyete bozukluklarında duygu düzenleme güçlüğü belirgin bir özellik olarak öne çıkmaktadır. Bugüne dek yapılan farklı çalışmalardan elde edilen veriler, duygu düzenlemede güçlüklerin anksiyete ve duygudurum bozukluğunun yanı sıra sınırda kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), alkol ve madde kullanım bozukluğu, dissosiyatif belirtiler, KZVD, yeme bozuklukları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (82, 83). Duygu düzenlemede zorluk yaşama, önemli sayıdaki psikopatolojinin temelindeki neden olarak görüldüğü için tedavide de önemli rol oynayabileceği düşünülmektedir (84).

#### **2.2.4. Duygu Düzenleme ile Kendine Zarar Verme Davranışı**

Yapılan alışmalarda KZVD  yk s  olan kişilerin duygusal farkındalık konusunda zorluk yaşayabileceği veya duygu düzenleme stratejilerinin eksikliğinin KZVD ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (85, 86). Ek olarak, duygu düzenleme bozukluğunun derecesi, kendine zarar verme sıklığı ile pozitif olarak ilişkilidir (87).

KZVD gösteren kişilerin, bu davranış sonrası duygusal gerginliğin serbest kalması sonucu bir rahatlama hali tanımladıkları, bu nedenle duygu düzenleme bozukluğunun zarar verici davranışların artmasına neden olduğu düşünülmektedir. Bu da bireylerin KZVD'yi rahatsız edici duygusal deneyimleri düzenlemek için bir başa çıkma stratejisi olarak kullandığını ifade eder. Bunlara ek olarak, KZVD, bir bireyin o anki duygusunu yalnızca kısaca düzenler ve bireyin maruz kaldığı baskıları hafifletemez. Bu yaklaşım çok sayıda acı verici duygunun üstesinden gelmek için KZVD'nin benimsenerek uzun dönemde bir kısır döngü haline gelmesine yol açabilir (87).

KZVD ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda duygusal farkındalık ve kabulün önemi, farkındalık eksikliğinin KZVD ile ilişkili olduğu bulguları vurgulanmaktadır (88). “Duygu düzenlemesi” veya “olumsuz etkiyi hafifletmek” amacıyla KZVD gösteren bireylerde bu davranışların duygusal deneyimi düzenlemek için kullandıkları strateji olduğu ifade edilmektedir (89). Üniversite  ğrencilerinde KZVD ile ilişkili olduğu düşünülen bireysel (duygusal ifadesizlik, duygu düzenleme güçlüğü) ve çevresel (ocukluk ağı istismarı) risk faktörlerinin araştırıldığı bir çalışmada duygu düzenleme güçlüğünün KZVD sıklığı üzerindeki etkisini açıklayan en güçlü değişken olduğu saptanmıştır. Duygu düzenleme güçlüğünün, KZVD gösteren ve göstermeyen bireyleri güvenilir şekilde ayırdığı belirtilmiştir (90, 91).

#### **2.3. ALGILANAN EBEVEYN TUTUMLARI**

Çocuğun ilk ve doğal çevresi olan aile, bireyin hem biyolojik hem de psikolojik oluşum ve gelişiminin temellerinin atıldığı ortamdır (92). Çocuğun sosyal bir birey olması yolunda en etkili görevi üstlenmiş olan ebeveynlerin yaklaşım ve tutumları, çocuğun sağlıklı ruhsal gelişimi açısından oldukça önemlidir (93).

Algılanan ebeveyn tutumları, çocukların ve/veya yetişkin çocukların ebeveynlerinin yetiştirme biçimlerine ilişkin algıları olarak tanımlanmaktadır (94). Ebeveyn-ocuk

ilişkinin doğasını belirleyen ebeveyn davranışlarının, uygulamalarının ve sözsüz ifadelerin toplamı olarak da ifade edilmektedir (95). Algılanan reddedicilik, aşırı koruyuculuk ve duygusal yakınlık ebeveyn tutumları olmak üzere üç tür algılanan ebeveyn tutumu tanımlanmıştır (94). Her bir ebeveyn tutumu ebeveynlerin çocuklarıyla ilişkilerinde kullandıkları çeşitli tutumları ve fiziksel-sözel davranışları ifade etmektedir. Ebeveyn yetiştirme davranışının çocuğun psikososyal gelişimi üzerinde önemli bir etkisi vardır ve ebeveynlik işlevsiz olduğunda ciddi psikopatolojiye katkıda bulunabilir (96).

Çocuklarının fikirlerini ve ihtiyaçlarını bir birey olarak dikkate almayan, çocuklarını eleştiren, cezalandıran, reddeden, onlara soğuk davranan ve sevecen olmayan ebeveynlerin gösterdikleri tutum reddedici ebeveyn tutumu olarak tanımlanmaktadır. Rohner'in ebeveyn kabul-red kuramına göre, her çocuk kendisi için önemli olan ebeveynlerinden sıcaklık ve yakınlık görmektedir. Bu sıcaklık ve yakınlığın olmayışı ise ebeveynin reddedici tutumu olarak isimlendirilmiştir. Rohner, ebeveynlerin reddedici tutumunu, düşük benlik saygısı ve düşmanlık ile ilişkilendirmiştir. (97). Bu tutuma sahip ebeveynlerin çocukları arasında ayırım yaptığı, duygusal olarak yakın davranmadığı, kabul ediciliklerinin az olduğu görülmüştür (98).

Aşırı koruyuculuk tutumu ise ebeveynlerin çocuklarının kişisel özgürlüğüne izin vermeyecek düzeyde fazla ilgili, korumacı, kontrolcü ve müdahaleci olması olarak tanımlanmaktadır. Bu tutuma sahip ebeveynler çocuklarının yaşamı hakkında abartılmış kaygıya sahip olup bu sebeple yasaklamalara ve kesin sınırlar koymaya başvururlar (99). Aşırı koruyucu tutum sergileyen ebeveynler, çocuklarına karşı uzun süre bebek gibi davranan, aşırı temasta bulunan, çocuktan ayrılma konusunda zorluklar yaşayan, bağımsız davranışı cesaretlendirmeyen ebeveynler olarak karakterize edilmektedir (100). Ebeveynlerinin aşırı koruyucu tutum sergiledikleri çocuklar, başkalarına aşırı bağımlı hale geldikleri için iş yapma yetisi gelişmemekte ve sosyal gelişimi de yeterli düzeyde olmamaktadır (101). Yetişkinlerde yapılan geriye dönük bir çalışma, çocukluk döneminde hem anneye hem de babaya ait aşırı korumacı tutumun eşit derecede psikolojik bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermiştir (102).

Ebeveynlerin çocuklarına karşı sevecen olduğu, entelektüel olarak uyarıcı, yakınlık ve ilgi gösteren davranışları duygusal yakınlık tutumunu tanımlar. Duygusal yakınlık

tutumuna sahip ebeveynlerin çocukları yatıştırdığı, ihtiyaç duyduklarında yardım ettiği, başarılarından gurur duyduğu ve reddediciliğin az olduğu belirtilmektedir (94, 103).

Çocuklar ve erişkinlerle, klinik örneklerde yapılan çalışmalarda ebeveynlerin aşırı koruyucu ve reddedici tutumlarının varlığının psikiyatrik belirtilerle ilişkili olduğu gösterilmiştir (104, 105) Yapılan bir çalışmada ebeveynlerden birinin şefkatsiz tutum sergilemesinin, depresyon riskinde 5 kat, KZVD riskinde ise 3 kat artışa neden olduğu gösterilmiştir (106). Başka bir çalışmada ise ebeveynin duygusal sıcaklığının gelişmiş kişilerarası ve akademik uyum ile ilişkili olduğu, hem ebeveyn reddi hem de aşırı kontrolün uyum güçlükleri ve psikopatolojiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada ebeveyn reddi en çok anksiyete, depresyon ve somatizasyon gibi klinik tablolar ile yakından ilişkilirken, aşırı kontrolün en çok hipomanik aktivasyon ve psikotizm ile uyumlu olduğu gösterilmiştir (107). Ülkemizde kadın ergenlerde yapılan bir çalışmada ebeveyn-ergen ilişkisinin olumlu olması ve aile desteğinin varlığının ergenlerde zarar verici davranışlara karşı koruyucu olabileceği belirtilmiştir (108). Ayrıca babaların duygusal sıcaklık göstermediği bireylerin hostilete düzeylerinin yüksek olduğu ifade edilmiştir (109).

#### **2.4. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU**

Aşırı hareketlilik, dikkat sorunları ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize nöropsikiyatrik bir bozukluk olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocuk ve ergen psikiyatrisinde en sık tanı konulan bozukluk olarak bilinmektedir (110). DEHB erişkin psikiyatrisinde yeterince tanınmayan, gözden kaçan, DEHB'ye bağlı sorunların farklı yöntemlerle tedavi edilmeye çalışıldığı tanılar arasındadır (111, 112). Çocukluk döneminde DEHB tanısı alanların %60 kadarının da erişkinlikte bu bozukluk kriterlerini karşılamaya devam ettiği bilinmektedir. Bozukluğun devam ettiği olgularda hiperaktivite belirtileri azalma gösterirken, dürtüsellüğün devam ettiği bilinmektedir (113). Özellikle ek tanı varlığı, belirti şiddetinin yüksek olması ve düşük işlevsellik yetişkinlik döneminde de bozukluğun devam etmesinde etkili olmaktadır (114).

### 2.4.1. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü'nün uluslararası yaptığı araştırmada erişkinlerde DEHB yaygınlık oranı %1.2-7.3 olarak belirtilmiş, ülkeden ülkeye değişiklik gösterdiği bildirilmiştir (115). Farklı yaş gruplarına göre dizayn edilen yaygınlık çalışmalarında ise; okul öncesi çocuklarda %1,8-6,4, çocuk ve ergenlerde %5,29-7.1 ve erişkinlerde %3,4 olarak gösterilmiştir (57, 116, 117). Ayrıca okul çağı çocukları arasında yaygınlığı %7,2 ve erişkin hayatta ise %2,5 oranında görüldüğü bildirilen çalışmalar mevcuttur (118, 119). Türkiye'de yapılan bir çalışmada erişkin DEHB yaygınlığı %2,7 olarak bulunmuştur (120).

Cinsiyete göre DEHB yaygınlığı değerlendiren çalışmalarda erkeklerde sıklığın kadınlara göre fazla olduğu gösterilmiştir (116). Klinik örnekleme çocukluk döneminde erkek/kız oranı 10/1 iken, toplum örnekleminde 3/1'e kadar düştüğü, erişkin dönemde bu oranın azaldığı, erkeklerde kadınlara göre biraz daha yüksek olduğu saptanmıştır (8, 121). Erişkin dönemde yapılan geniş örneklemler çalışmalarda da erkek ve kadınlar arasındaki farkın yaş ilerledikçe azaldığı, 19 yaştan büyük kişilerde erkek/kadın = 1,6/1 şeklinde devam ettiği gösterilmiştir (116).

DEHB'nin klinik alt tiplerin yaygınlığının araştırıldığı çalışmalarda okul öncesi çocuklarda en sık hiperaktivite-dürtüsellik baskın olduğu tip görülmekte iken ergen ve erişkin grupta dikkat eksikliği tipinin daha yaygın olduğu görülmüştür (116). Bu sonuca karşın yapılan başka çalışmalarda ergen ve erişkin grupta bileşik tipin baskın olduğu bulunmuştur (9, 122). Bu farklılığın nedeni DEHB'ye ek olarak depresyon, anksiyete bozukluğu, davranım bozukluğu tanılarının varlığının klinik alt tiplerin anlaşılmasını güçleştirmesi olabilir.

### 2.4.2. Etiyoloji

Karmaşık ve heterojen bir bozukluk olan DEHB'nin oluş mekanizması tam anlaşılacakla birlikte etiyojisinde gen-çevre etkileşimlerinin büyük rol oynadığı düşünülmektedir (123). Risk faktörleri gözden geçirildiğinde genetik etkenler, pre ve perinatal riskler, psikososyal faktörler ve çevresel toksinlerin tümü potansiyel risk faktörleri olarak kabul edilmiştir (124).

### ***Genetik etkenler***

DEHB tanısı almış birinci derece yakını olan kişilerin, bu tanıyı almış yakınları olmayan kişilere göre DEHB tanısı konma ihtimalinin 2-8 kat artmış olduğu düşünülmektedir (125, 126). Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları ile, genlerin DEHB'ye yatkınlığa aracılık etmede güçlü bir rol oynadığı gösterilmiştir. Bu da DEHB'nin kalıtsallığını 0,76 olarak tahmin eden, 20 tek yumurta ikizi ile yapılan bir çalışmada en açık şekilde görülmektedir. Bu oran DEHB'nin psikiyatrik bozukluklar arasında en yüksek kalıtılabilirlik oranlarından birine sahip olduğunu göstermektedir (125). Çocuk ve ergen grubunda yapılan evlat edinme çalışmalarında, biyolojik akrabalarda (anne baba-çocuk ya da kardeş) evlat edinilmiş akrabalara kıyasla DEHB oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (127).

DEHB'de birden çok nörotransmitterin etkilendiği bilinmektedir. Özellikle dopamin ve noradrenalin disregülasyonu ve düzeylerinde düşüklük olduğu; dikkatsizlik belirtilerinin gelişiminde serebral korteksin bilişsel işlevleri kontrol eden bölgelerinde dopamin ve/veya noradrenalin disfonksiyonu olabileceği düşünülmektedir (128). DEHB genetiği ile ilgili yapılan çalışmalarda dopamin sistemi, noradrenerjik sistem, serotonerjik sistem, glutamaterjik sistem ile ilişkili genler üzerinde yoğunlaşmıştır. Yapılan çalışmalarda incelenen genlerden en çok çalışma yapılan ve olumlu bulguların elde edildiği genler dopamin reseptör genleri (DRD4, DRD5), dopamin taşıyıcısını düzenleyen gen (DAT1) ve sinaps oluşumunda rolü olan sinaptozomal ilişkili protein 25 genleridir (SNAP-25) (129).

DEHB nörobiyolojisinde de önemli bir yeri olan DAT1 geni birçok kez araştırılmış, DEHB yatkınlığını belirlemede inceleme konusu olmuştur. Geniş örneklem ile yapılan çalışmalarda DAT1 geninin özellikle 5' ucundan bulunan polimorfizmler, DEHB yatkınlığı ile ilişkilendirilmiştir (130, 131).

### ***Nöroanatomik ve nörofizyolojik etkenler***

DEHB tanılı hastalarda yapılan nörogörüntüleme çalışmalarının birçoğunda beyinde işlevsel ve yapısal anormallikler saptanmıştır (132). DEHB olan çocuk ve ergenlerde gecikmiş kortikal gelişme, kortikal incelleme ve gri ve beyaz cevher hacminde azalma saptanmıştır (133, 134). Ayrıca striatum ve globus pallidus gibi bazal gangliyonlar, korpus kallozumun bazı bölgeleri, orbitofrontal korteks ve serebellumda küçülme ve

bu beyin bölgelerinin aktivitelerinde azalma olduğu gösterilmiştir (132). DEHB'deki bu nöroanatomik değişikliklerin erişkinlikte de devam ettiği, erişkinlerde yapılan görüntüleme çalışmaları ile desteklenmiştir (135). DEHB'de beyin bazı bölgeleri aşırı aktivite gösterirken bazı bölgelerde ise etkinliklerde yetersizlik olduğu tespit edilmiştir. Elli beş çalışmanın değerlendirildiği bir metaanalizde DEHB'li çocuklarda, kontrol grubuna göre çoğunlukla yürütücü işlev (frontoparietal ağ) ve dikkat (ventral dikkat ağı) ile ilgili sistemlerdeki aktivitede azalma gözlenmiştir. Erişkinlerde ise frontoparietal sistemde DEHB ile ilişkili aktivite azalması baskın iken, görsel, dorsal dikkat ve bahsi geçen ağlarda DEHB ile ilişkili aktivite artışı mevcuttur (136).

### ***Prenatal ve Postnatal etkenler***

Prenatal ve postnatal çevresel ajanların DEHB gelişimine yol açıp açmadığını belirlemek için yapılan bir çalışmada prenatal sigara ve alkole maruziyet ve postnatal kurşun maruziyetinin DEHB gelişimi ile ilişkisi saptanmıştır. Bu sonuçlarla birlikte çalışmalardaki karıştırıcı faktörlerin varlığı nedeniyle maruziyet ile bulunan bağlantıların zayıf kanıtlar oluşturduğu söylenmiştir (137). Yapılan başka bir çalışmada erken gebelik döneminde annedeki düşük tiroksin seviyesi ile çocuklarında DEHB semptomu gelişmesi arasında bir ilişki bulunmuştur (138). Annedeki immün sistem hastalıklarının çeşitli nedensel yolları etkileyerek, genetik yatkınlık ve çevresel etkiler ile birlikte DEHB'ye yol açtığını ileri süren çalışmalar da mevcuttur (139). DEHB gelişiminde düşük doğum ağırlığı, travmatik beyin yaralanmaları, erken dönemde yoksunluk ve ihmal varlığının da artmış risk oluşturduğu öne sürülmektedir (140, 141).

### **2.4.3. Tanı ve Eştanı**

DEHB tanısı klinik bir tanı olup ölçekler tanıyı desteklemek amacıyla kullanılır. Tanı için birçok alanı kapsayan ve birçok kaynaktan alınmış ayrıntılı öykü ile değerlendirme yapılması gerekmektedir (113).

DEHB tanısı ilk olarak DSM-5 ile yaşam boyu örnekleri içerecek şekilde düzenlenmiştir. DSM-5'te genç ve erişkinlerde DEHB tanı ölçütleri ile ilgili bazı değişiklikler yapılmıştır. Geçmişte belirtilerin 7 yaşından önce ortaya çıkması gerekliliği varken, DSM-5'te dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin 12 yaşından önce ortaya çıkması beklenmektedir. DSM-5'te bu bozukluk ile ilgili üç alt

tip belirlenmiştir: (1) bileşik tip, (2) dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip, (3) hiperaktivitenin ön planda olduğu tip.

DSM-5'e göre, erişkinlerde DEHB tanısı koyabilmek için dikkatsizlik belirtilerinin, aşırı hareketlilik/ dürtüsellik ya da her iki belirti grubunun birlikte bulunduğu gösterilmelidir. Kişinin toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliğinin bozulduğuna ya da işlevselliğinin niteliğinin düştüğüne dair belirgin kanıtlar olmalıdır. Son olarak 17 yaş ve üzeri ergen ve erişkinler için DSM-5'teki tanı kriterlerinden altısı yerine beş tanesi gerekli olmaktadır (57, 113).

DEHB tanısı olarak bariz bir görünümde klinik gösterebileceği gibi bazen de tanı karmaşası ile klinisyenin karşısına çıkmaktadır. Bu durumun DEHB'de yüksek eş tanı varlığı nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Erişkin DEHB'ye yaklaşık %80 oranında eşlik eden en az bir psikiyatrik bozukluk olduğu belirtilmektedir (142). Öte yandan, başka psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerde komorbid DEHB tanısının atlandığı düşünülmektedir (121). En sık rastlanan eş tanıların duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları kişilik bozuklukları ve yeme bozuklukları olduğu söylenmektedir (143).

DEHB eş tanısı tedavi uyumunu, tedaviye yanıtı ve buna bağlı olarak bireyin sosyal, duygusal ve psikolojik alanlarda işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeple eşlik eden tanıların saptanması veya başka psikiyatrik bozukluklarla başvuran hastalarda DEHB semptomlarının taranması önemli olmaktadır (144).

#### **2.4.4. Erişkinlikte DEHB'nin Klinik Görünümü**

Yapılan uzunlamasına çalışmalarda DEHB'nin süreklilik göstermesine rağmen erişkin dönemde belirtilerde değişikliklerin olabileceği ortaya konmuştur. Zamanla hiperaktivitenin azaldığı, yerini içsel huzursuzluk veya bunaltı gibi belirtilere bıraktığı, ancak dikkatsizlik ve dürtüsellik belirtilerinin görece sabit kaldığı düşünülmektedir (8). DEHB tanılı erişkinlerdeki düşük engellenme eşiği sık iş değiştirme, eğitim ve iş alanlarında kapasitelerinin altında performans göstermelerine yol açmaktadır (145). Klinikte sıklıkla, işin sonunu getirememe, verimsiz çalışma, zamanı planlı kullanamama gibi dikkatsizlik belirtileri, aşırı konuşma, gerginlik, yerinde duramama, duygulanımda dalgalanmalar gibi dürtüsellik belirtileri göze çarpmaktadır (128).

DEHB tanılı ebeveynlerin sorumluluklarını yerine getirmede zorluk çektikleri, dürtüsel davranışları nedeniyle aile içi ilişkilerde sorun yaşandığı, organizasyon güçlükleri ve stres yönetiminde yaşadıkları zorlukların ilişki sorunlarında artışa yol açtığı düşünülmektedir (145).

Sosyal ve yasal sorunların da erişkin DEHB olan kişilerde fazla olduğu bildirilmektedir. DEHB tanılı erişkinlerin daha az istihdam edildikleri, daha çok antisosyal davranış sergiledikleri gösterilmiştir (146). Takip alışmaları ile tedavi edilmemiş DEHB'li kişilerin ileri dönemlerde arasında suça yönelme, alkol-madde kullanım bozuklukları, KZVD, trafik kazası gibi riskli davranışlar gösterdiği bildirilmektedir (147).

Sonuç olarak DEHB, klinik seyri ve oluşturduğu olumsuz sonuçlar nedeni ile belirtilerin başlangıç yaşından bağımsız olarak yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkileyen bir bozukluktur (148).

### **3. HASTALAR VE YÖNTEM**

#### **3.1. Çalışmanın Deseni ve Katılımcılar**

Bu çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikiyatri polikliniğine başvuran, psikiyatri servisinde yatan, ya da psikiyatri dışı diğer bölümlerden konsültasyon istenen hastalar dâhil edilmiştir. Çalışma grubu daha öncesinde dürtüsel tipte KZVD’de bulunmuş hastalar, kontrol grubu ise kendine zarar verme davranış öyküsü bulunmayan hastalardan oluşturulmuştur. Nisan 2019’da başlayan çalışma, çalışma ve kontrol grubunun 100’er hastaya ulaştığı Aralık 2019’da sonuçlandırılmıştır. Dâhil edilme kriterlerini karşılayan hastalar, çalışma hakkında bilgilendirilmiş, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır. Geçmiş öyküsünde birden çok kez kendine zarar verici davranışta bulunmuş olan hastalar klinik görüşmeye alınarak; Sosyodemografik Veri Formu, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) , Erişkin DEHB Kendi Bildirim ölçeği (ASRS), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ), Kısaltılmış Algılanan Ebeveyn Tutumları Ölçeği-Çocuk Formu (KAET-Ç) uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalar ise çalışma grubu ile benzer yollarla başvuran, daha önce KZVD bulunmayan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden 100 hastadan oluşturulmuştur. İki grubun yaş, cinsiyet ve medeni durumunun benzer olmasına dikkat edilmiştir. Kontrol grubuna; KZVDDE formu dışındaki diğer ölçekler uygulanmıştır. Sonrasında tüm katılımcılarla Erişkin DEHB ve diğer psikiyatrik hastalıklara yönelik tanışal görüşme yapılmıştır.

#### **3.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- 18-45 yaş aralığında olmak,
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak,
- Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olmak,
- Çalışmada uygulanacak ölçekleri dolduracak bilişsel ve mental yeterliliğe sahip olmak.

Ayrıca çalışma grubu için geçmiş öyküsünde birden çok kez kendine zarar verici davranışta bulunmuş olma kriteri aranmıştır.

### **3.3. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri**

- Ağır kronik komorbid hastalığı olanlar (kanser gibi)
- Doğru bilgi veremeyecek durumda olanlar (deliryum, demans, mental retardasyon)
- Güncel ve geçmiş psikiyatrik öyküsünde psikotik yakınmalarının olması

### **3.4. Çalışmada Kullanılacak Form Ve Ölçekler**

#### **3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Sosyodemografik veri formu örneklemin çeşitli demografik özellikleri hakkında bilgi edinilmesi amacı ile araştırmacı tarafından hazırlanmış bir öz bildirim formudur. Bu formda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, önceki psikiyatrik öyküsü, tedavileri, sigara, alkol, madde kullanımı, intihar girişimi öyküsü ile ilgili sorular yer almaktadır.

#### **3.4.2. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)**

Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE), Klonsky ve Glenn (149) tarafından 2009 yılında geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekte iki bölüm mevcuttur. Davranışlar bölümünde, “kasıtlı olarak yapılan ve intihar amacı taşımayan” 12 çeşit KZVD’nin sıklığı sorgulanmaktadır. Bu bölümde katılımcılar, her davranışı kaç kez gerçekleştirdiği sorusunu cevaplandırır. Sonrasında yer alan beş soru da bu davranışların tanımlayıcı ve yapısal özelliklerini sorgular.

Ölçeğin davranışlar bölümünün geçerlik-güvenilirlik çalışması, Klonsky ve Onlino (150) tarafından 815 kolej öğrencisinden oluşan örneklem içinden belirlenen KZVD gösteren 205 kişide gerçekleştirilmiştir.

Envanterin davranışlar bölümünde bir veya daha fazla KZVD gösterdiğini belirten katılımcılardan işlevler bölümünü cevaplandırması istenir. Bu bölümde yer alan toplam 39 soru ile sosyal ve otonom işlevler başlığı altında KZVD’nin 13 işlevi sorgulanır. Bu bölümde yer alan işlevler, KZVD’leri açıklamaya yöneliktir. Otonom işlevler 5 alt boyut içerir: Afekt regülasyonu, intiharı önleme, sıkıntıyı etiketleme, kendini cezalandırma ve çözülmeyi önleme. Sosyal işlevler ise 8 alt boyut içermektedir: kişiler arası sınırlar, kişiler arası etkileşim, intikam alma, heyecan arama, akranlarla bağ kurma, dayanıklılık, özerklik ve kendiyle ilgilenme.

- Afekt regülasyonu 1., 14., 27.
- İntiharı önleme 6.,19., 32.
- Sıkıntıyı etiketleme 11., 24., 37.
- Kendini cezalandırma 3., 16., 29.
- Çözölmeyi önleme 5.,18., 31.
- Kişilerarası sınırlar 2., 15., 28.
- Kişilerarası etkileşim 9., 22., 35.
- İntikam alma 12., 25., 38.
- Heyecan arama 7., 20., 33.
- Akranlarla bağ kurma 8., 21., 34.
- Dayanıklılık 10., 23., 36.
- Özerklik 13., 26., 39.
- Kendiyle ilgilenme 4.,17.,30. maddeler olmak üzere 3'er madde ile sorgulanmaktadır.

İşlevler bölümü soruları, "0-hiç uygun değil", "1-kısmen uygun", "2-çok uygun" şeklinde üç dereceli bir ölçek üzerinde cevaplanmaktadır. Envanterin işlevler bölümündeki maddeler toplanarak KZVDDE işlevler toplam puanı elde edilmektedir. Ölçeğin işlevler bölümünden alınan puanların artması, klinik ölçeklerle incelenen patolojinin ve risklerin daha yüksek olacağına işaret etmektedir (53).

Envanterin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması İzmir ili genelinde KZVD'nin değerlendirildiği çalışma kapsamında 529 lise öğrencisi ile Bildik, Somer, Başay, Başay ve Özbaran (53) tarafından yapılmıştır. Yapılan iç tutarlılık ve madde analizinde toplam KZVD için iç tutarlılık katsayısının  $\alpha=0.79$  olduğu gösterilmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği analizinde korelasyon katsayıları 0.38 (yaranın iyileşmesine engel olma) ile 0.73 (kendini kesme) arasında değişmekte iken, toplam kendine zarar verme için  $r=0.66$  olarak bulunmuştur. Bulgular, KZVD'lerin iç tutarlılığının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Envanterin ikinci bölümündeki otonom işlevler boyutu için yapılan iç tutarlılık ve madde analizi sonuçları toplam puan korelasyonlarının 0.57 (kendini cezalandırma) ile 0.69 (sıkıntıyı etiketleme) arasında değiştiğini, otonom işlevler toplam puanı için iç tutarlılık katsayısının  $\alpha=0.81$  olduğunu göstermiştir. Sosyal işlevler boyutunda madde toplam puan korelasyonlarının 0.48 (intikam alma)

ile 0.71 (özerklik) arasında değişmekte ve sosyal işlevler toplam puanı iç tutarlılık katsayısının  $\alpha=0.86$  olduğu bulunmuştur. Bu çalışma için yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları otonom işlevler için  $\alpha=0.86$ , sosyal işlevler için  $\alpha=0.88$  ve toplam puan için  $\alpha=0.92$ 'dir. Klonsky ve Glenn (149), bu iki faktörün Nock ve Prinstein (151, 152) tarafından tanımlanan faktörler ile tamamıyla uyduğu belirtmiştir.

### **3.4.3. Kısaltılmış Algılanan Ebeveyn Tutumları Ölçeği-Çocuk Formu (KAET-Ç)**

Kısaltılmış Algılanan Ebeveyn Tutumları Ölçeği-Çocuk Formu (KAET-Ç/Egna Minnen Barndoms Uppfostran /EMBU), çocukluk dönemindeki ebeveyn tutumlarının kişi üzerindeki etkisini araştıran ölçeklerden birisidir. Arrindell ve arkadaşları (94) tarafından geliştirilen KAET-Ç, orijinali 81 maddeden oluşan Algılanan Ebeveyn Tutumları-Çocuk Formu'nun 23 maddelik kısa formudur. KAET-Ç, yetişkinlere uygulanan, ebeveynlerinin çocukluk döneminde kendilerine yönelik tutumlarını her bir ebeveyn için ayrı olarak değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. Bu ölçekte değerlendirilen tutumlar; duygusal sıcaklık, aşırı koruyuculuk ve reddedicilik olmak üzere 3 ayrı boyuttan oluşur. Ölçek maddeleri 4'lü derecelendirme (*Hayır, hiçbir zaman-1, Evet, çoğu zaman-4*) ile değerlendirilmektedir. Ölçekteki maddelerden yalnızca 17. madde tersten kodlanarak puanlanmaktadır. Alt boyutlardan reddedicilik, eleştirel ve yargılayıcı tutuma, aşırı koruyuculuk çocukların güvenliğine ilişkin endişeli yaklaşıma, duygusal sıcaklık ise ebeveynlerin kabul edici, destekleyici ve değer veren tutumlarına karşılık gelmektedir.

Ölçeğin Türkçe formunun ilk geçerlik ve güvenilirliği ile ilgili ilk veriler 2004 yılında Dirik, Karancı ve Yorulmaz (153) tarafından bir pilot çalışma ile öğrenci örnekleminde elde edilmiştir. Daha sonra ölçeğin psikometrik özellikleri kapsamlı bir örnekleme ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmiştir. Ölçeğin bu çalışmadaki iç tutarlılık analizleri incelendiğinde Cronbach alfa katsayısı anne ve baba için sırasıyla olmak üzere reddedicilik alt boyutu için .84 ve .84, aşırı koruyuculuk alt boyutu için .83 ve .83, duygusal sıcaklık alt boyutu için .82 ve .85 olarak bulunmuştur (109).

### **3.4.4. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ)**

Gratz ve Roemer (81) tarafından geliştirilmiş ve orijinal adı "Difficulties in Emotion Regulation Scale" olan ölçek, katılımcıların duygu düzenlemelerindeki güçlüklerini

tespit etmek amacı ile kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, 5'li derecelendirme (hemen hemen hiç-1, hemen hemen her zaman-5) ile değerlendirilmektedir. Ölçek toplam 36 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçekte değerlendirilen alt boyutlar;

- Farkındalık - 2, 6, 8, 10, 17, 34.
- Açıklık- 1, 4, 5, 7, 9.
- Kabul etmeme - 11, 12, 21, 23, 25, 29.
- Stratejiler - 15, 16, 22, 28, 30, 31, 35, 36.
- Dürtü - 3, 14, 19, 24, 27, 32.
- Amaçlar-13, 18, 20, 26, 33. maddeler ile değerlendirilmektedir.

1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 22, 24, 26 ve 34. maddeler ters kodlanmaktadır.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2010 yılında 338 üniversite öğrencisinin katılımıyla yapılan çalışma ile Rugancı ve Gençöz (154) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlama ve geçerlik-güvenirlik çalışmasında, orijinal formundaki 10. maddesi (Üzgün olduğumda duygularımı anlıyorum) tüm ölçek ile çok düşük korelasyona ( $r = .06$ ) sahip olduğu için çıkarılmıştır. Bu madde yerine aynı içeriğe sahip başka bir maddenin eklenmesiyle yapı geçerliği sağlandığı belirtilmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach alfa katsayısı 0.94 olduğu görülmüştür ki bu ölçeğin orijinal versiyonunun iç tutarlılığına benzerdir. Türkçe versiyonun alfa katsayıları; açıklık için 0.82, amaçlar için 0.90, dürtü için 0.90, kabul etmeme için 0.83, stratejiler için 0.89 ve farkındalık alt ölçeği için 0.75 olarak hesaplanmıştır (154). Ölçeğe ait bir kesme puanı olmayıp, elde edilen yüksek puanlar daha şiddetli duygu düzenleme güçlüğü göstermektedir.

#### **3.4.5. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)**

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen, ruhsal bozuklukların taranması amacıyla kullanılan bir ölçektir (155). Ölçek 'dikkat eksikliği' ve 'hiperaktivite / dürtüsellik' olmak üzere dokuz sorudan oluşan iki alt ölçekten oluşmaktadır. Sorular son altı ay içinde her belirtinin hangi sıklıkta ortaya çıktığını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçekte yer alan sorular 0 (asla) ile 4 (çok sık) arasında puanlanmaktadır. Basamaklı lojistik regresyon çalışması ile 18 sorudan altısının

DEHB tanısını daha iyi kestirebildiği gösterilmiştir (156). DEHB belirtilerini geriye yönelik sorgulamak ve erişkinlerde DEHB tanısının konmasına yardımcı olmak amacıyla kullanılabilenliği belirtilmektedir. ASRS'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Doğan ve arkadaşları (157) tarafından 579 üniversite öğrencisinin katılımıyla 2009 yılında yapılmıştır. Güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (Cronbach alfa=0.88). Alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değeri de 'dikkat eksikliği' için 0.82, 'hiperaktivite/ dürtüsellik' için 0.78 olarak bulunmuştur.

### **3.5. İstatistiksel analiz**

Çalışma verisi SPSS for Windows 21.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) aracılığıyla değerlendirildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testleri) kullanılarak incelendi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ( $\pm$ ) standart sapma, ortanca (minimum-maksimum), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Sosyodemografik ve ölçek verilerinin karşılaştırmalarında Ki-kare, Mann-whitney-U ve Student-T testleri kullanıldı. Çalışmamızda anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak alındı. Korelasyon analizlerinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon katsayıları (r) için etki büyüklüklerinin yorumlanmasında; Hinkle ve arkadaşlarının önerdiği etki büyüklüğü değeri; .00 – .30 arası çok düşük (çalışmamızda anlamlı kabul edilmedi), .30 – .50 arası düşük, .50 – .70 arası orta, .70–.90 arası yüksek, .90–1.00 arası ise çok yüksek olarak kabul edilmiştir (158).

#### 4.BULGULAR

KZVD gösteren 100 kişi çalışma grubu, kalan 100 kişi ise kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol grupları arasında sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında eğitim süresinin çalışma grubunda düşük olduğu ( $t=2.883$ .  $p=0.004$ ), sigara ( $\chi^2=11.562$ .  $p=0.001$ ) ve madde kullanma ( $\chi^2=12.180$ .  $p=0.001$ ) oranlarının yüksek olduğu, ailede daha yüksek oranda psikiyatrik hastalık öyküsü ( $\chi^2=6.676$ .  $p=0.036$ ) olduğu gözlemlendi. İntihar girişimi ( $\chi^2=41.580$ .  $p=0.001$ ), intihar nedeniyle hastane başvurusu ( $\chi^2=22.588$ .  $p=0.001$ ) ve hastane yatışı ( $\chi^2=13.485$ .  $p=0.001$ ) çalışma grubunda daha yüksek orandaydı. Tablo 1'de sosyodemografik verilerin karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 1. Sosyodemografik verilerin karşılaştırılması**

Çalışma parametresi	Çalışma grubu (n:100)	Kontrol (n:100)	İstatistik (t/ $\chi^2$ )	p
Yaş	26.7±7.5	26.7±7.5	t=0.000	1.000
Cinsiyet	Erkek	41.0	$\chi^2=0.000$	1.000
	Kadın	59.0		
Medeni durum	Bekar	73.0	$\chi^2=0.026$	0.872
	Evli	27.0		
Eğitim süresi (yıl)	11.6±3.6	13.1±3.7	t=2.883	<b>0.004</b>
Yaşam şekli	Yalnız	16.0	$\chi^2=5.245$	0.073
	Aile	65.0		
	Diğer (arkadaş-yurt)	19.0		
Çalışma durumu	Öğrenci	48.0	$\chi^2=8.438$	0.077
	Çalışıyor	34.0		
	İşsiz	11.0		
	Emekli	0.0		
	Ev hanımı	7.0		
Psikiyatri Başvuru	84.0	74.0	$\chi^2= 2.441$	0.118
Psikiyatrik Tedavi	59.0	67.0	$\chi^2=1.051$	0.305
Sigara kullanma	65.0	41.0	$\chi^2=10.618$	<b>0.001</b>
Madde kullanma	14.0	1.0	$\chi^2=10.378$	<b>0.001</b>
Ailede psikiyatrik öykü	23.0	10.0	$\chi^2=5.225$	<b>0.022</b>
İntihar girişimi	46.0	6.0	$\chi^2=41.580$	<b>0.001</b>
İntihar nedeniyle hastane başvurusu	27.0	3.0	$\chi^2=39.527$	<b>0.001</b>
İntihar nedeniyle hastane yatışı	17.0	2.0	$\chi^2=11.398$	<b>0.001</b>

**Not:** Student T ve Ki-kare testleri kullanılmıştır.

Çalışma grubunda KZVDDE sonuçları incelendiğinde katılımcıların en sık zarar verme davranışının sert bir yere veya kendine vurma (%68) ve kesme davranışı olduğu (%68) çoğunlukla yalnız oldukları (%62) ve kendine zarar verme dürtüsünden sonra 1 saat içinde kendilerine zarar verdikleri gözlemlendi (%89). Çalışma grubunun %84'ü davranışı sona erdirmek istediğini belirtmiştir. Katılımcıların ilk kendi zarar verme yaşlarının medyan değeri 16 yaş olarak hesaplanmıştır. Tablo 2'de KZVDDE davranışlar bölümü özetlenmektedir.

**Tablo 2. KZVDDE davranışlar bölümü**

Çalışma parametresi		(n:100)	KZVD Sayısı Median (min-maks)
KZVD türleri	Sert bir yere veya Kendine vurma	68	10 (1-100)
	Kesme	68	5 (1-100)
	Yaranın iyileşmesine engel olma	43	16 (1-100)
	Tırnaklama	33	25 (1-1000)
	Cilde harf yazma	28	2 (1-70)
	Saç koparma	27	10 (1-100)
	Zararlı madde içme	26	2.5 (1-100)
	Sürtme	22	10 (1-100)
	Isırma	20	7.5 (1-200)
	Yakma	15	3 (1-100)
	Kendine iğne batırma	15	5 (1-100)
	Çimdikleme	12	7.5 (1-100)
	Acı hisseder misiniz?	Evet	27
Bazen		45	-
Hayır		28	-
Davranış sırasında yalnız mı olursunuz?	Evet	62	-
	Bazen	26	-
	Hayır	12	-
KZV dürtüsünden ne kadar sonra zarar verirsiniz?	<1 saat	89	-
	1-3	5	-
	3-6	1	-
	6-12	1	-
	12-24	1	-
	>1 gün	3	-
Davranışı sona erdirmeye ister miydiniz?	Evet	84	-
	Hayır	16	-
	Hayır	16	-
İlk kez kendinize kaç yaşında zarar verdiniz?	16 (10-40)	-	

Çalışma grubunda cinsiyetler arasındaki KZVD özellikleri karşılaştırıldığında erkek cinsiyette en sık KZVD türünün “sert bir yere veya kendine vurma” olduğu(%80.5, n:33), kadın cinsiyette en sık KZVD türünün “kesme” olduğu (%66.1, n:39) görülmüştür. İkinci en sık KZVD’nin erkek cinsiyette “kesme” olduğu (%70.7, n:29), kadın cinsiyette ise “sert bir yere veya kendine vurma” olduğu (%59.3, n:35) görülmüştür. KZVD türleri açısından erkek ve kadın cinsiyet arasında sadece “sert bir yere veya kendine vurma” davranışı açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. KZVD esnasında acı hissetme, davranış sırasında yalnız olup olmama, davranışı sona erdirmek isteme ve ilk KZVD gerçekleştirme yaşı açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Tablo 3’te cinsiyetler arasında KZVD türlerinin karşılaştırılması verilmiştir.

**Tablo 3. Çalışma grubunda cinsiyetler arasında kendine zarar verme türlerinin karşılaştırılması**

Çalışma parametresi		Erkek (n:41)	Kadın (n:59)	İstatistik $\chi^2$	p
KZVD türleri	Sert bir yere veya Kendine vurma	%80.5 (n:33)	%59.3 (n:35)	$\chi^2=4.055$	<b>0.044</b>
	Kesme	%70.7 (n:29)	%66.1 (n:39)	$\chi^2=0.073$	0.786
	Yaranın iyileşmesin engel olma	%43.9 (n:18)	%42.4 (n:25)	$\chi^2=0.0029$	0.957
	Saç koparma	%19.5 (n:8)	%30.5 (n:18)	$\chi^2=1.0025$	0.316
	Cilde harf yazma	%34.14 (n:14)	%23.7 (n:14)	$\chi^2=0.8367$	0.360
	Tırnaklama	%19.5 (n:8)	%25.4 (n:15)	$\chi^2=0.2019$	0.653
	Sürtme	%21.95 (n:9)	%22.03(n:13)	$\chi^2=0.0555$	0.813
	Zararlı madde içme	%21.95 (n:9)	%15.25 (n:9)	$\chi^2=0.3513$	0.553
	Yakma	%21.95 (n:9)	%10.16 (n:6)	$\chi^2=1.7906$	0.180
	Kendine iğne batırma	%12.2 (n:5)	%16.95 (n:10)	$\chi^2=0.137$	0.711
	Isırma	%17.1 (n:7)	%8.5 (n:5)	$\chi^2=0.9773$	0.322
	Çimdikleme	%7.3 (n:3)	%15.25 (n:9)	$\chi^2=0.7894$	0.374
Acı hisseder misiniz?	Evet	%24.4 (n:10)	%28.8 (n:17)	$\chi^2=0.430$	0.807
	Bazen	%48.8(n:20)	%42.4 (n:25)		
	Hayır	%26.8 (n:11)	%28.8 (n:17)		
Davranış sırasında yalnız mı olursunuz?	Evet	%73.2 (n:30)	%54.2 (n:32)	$\chi^2=3.820$	0.148
	Bazen	%17.1 (n:7)	%32.2 (n:19)		
	Hayır	%9.8 (n:4)	%13.6 (8)		
Davranışı sona erdirmeye ister miydiniz?	Evet	%90.2 (n:37)	%79.7 (n:47)	$\chi^2=1.3053$	0.253
	Hayır	%9.8 (n:4)	%20.3 (n:12)		
İlk kez kendinize kaç yaşında zarar verdiniz?		17 (Q1:15-Q3:20)	16 (Q1:13- Q3:18)	$z=1.753$	0.080

Çalışma grubunda işlevler bölümü değerlendirmesinde işlevler bölümü ölçek puan ortalamaları değerlendirildi. Buna göre otonom işlevlerin puan ortalaması 15,4 ± 10,23 olduğu ve sosyal işlevlerin puan ortalamasının 6,93 ± 5,56 olduğu gözlemlendi. KZVDDE işlevler bölümü puanlarının ortalaması Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4. Çalışma grubunda KZVDDE işlevler bölümü puanlarının değerlendirilmesi**

Çalışma parametresi	Ortalama ± SS
<b>Otonom işlevler</b>	<b>15,4±10,23</b>
Afekt regülasyonu	3,9±1,77
İntihar önleme	1,91±2,09
Sıkıntıyı etiketleme	2,37±2,01
Kendini cezalandırma	2,48±2,17
Çözülme önleme	1,78±1,88
<b>Sosyal işlevler</b>	<b>6,93±5,56</b>
Kişilerarası sınırlar	1,43±1,62
Kişilerarası etkileşim	0,93±1,15
İntikam alma	1,53±1,67
Heyecan arama	1,01±1,27
Akranlarla bağ kurma	0,39±1,01
Dayanıklılık	1,59±1,72
Özerklik	1,09±1,60
Kendiyle ilgilenme	1,65±1,51

SS: Standart sapma

Çalışma grubunda kadın ve erkek cinsiyetlerde KZVDDE işlevler ölçeği puan ortalamaları gösterilmiş ve karşılaştırmaları yapılmıştır. Kadın cinsiyette otonom işlevler puan ortalaması erkek cinsiyete göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,008). İşlevlerin alt başlıkları açısından karşılaştırma yapıldığında; otonom işlevlerden afekt regülasyonu (p=0.001), sıkıntıyı etiketleme (p=0.002), kendini cezalandırma (p=0,031), çözülme önleme (p=0,046) işlev puan ortalamaları, sosyal işlevlerden ise kişiler arası etkileşim puan ortalamalarının (p=0,040) kadınlarda anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Diğer işlevlerin puan ortalamaları açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Tablo 5'te cinsiyetler arasında KZVDDE işlevler bölümünün karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 5. Cinsiyetler KZVDDE işlevler bölümünün karşılaştırılması**

Çalışma parametresi	Erkek (n:41) Ortalama±SD	Kadın (n:59) Ortalama±SD	İstatistik z	p
Otonom işlevler	12,2±8,6	17,6±10,7	z=2,666	<b>0,008*</b>
Afekt regülasyonu	3,2±1,9	4,4±1,4	z= 3,210	<b>0,001*</b>
İntiharı önleme	1,6±1,8	2,1 ±2,2	z= 0,804	0,421
Sıkıntıyı etiketleme	1,65±1,78	2,8±2,03	z= 3,112	<b>0,002*</b>
Kendini cezalandırma	1,9±2,1	2,86±2,1	z= 2,161	<b>0,031*</b>
Çözülme önleme	1,3±1,6	2,1±2,01	z=2,000	<b>0,046*</b>
Sosyal işlevler	5,78±4,9	7,7±5,9	z= 1,647	0,100
Kişilerarası sınırlar	1,3±1,3	1,5±1,8	z=0,084	0,933
Kişilerarası etkileşim	0,6±0,8	1,15±1,3	z=2,049	<b>0,040*</b>
İntikam alma	1,26±1,53	1,7±1,75	z=1,322	0,186
Heyecan arama	1,00±1,34	1,01±1,2	z=0,216	0,829
Akranlarla bağ kurma	0,29±0,60	0,45±1,2	z=0,059	0,953
Dayanıklılık	1,58±1,8	1,6±1,68	z=0,222	0,825
Özerklik	0,75±1,22	1,32±1,8	z=1,395	0,163
Kendiyle ilgilenme	1,34±1,15	1,86±1,7	z=1,208	0,208

**Not:** Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Çalışma ve kontrol gruplarının ASRS puanları ve erişkin DEHB açısından klinik tanıları karşılaştırıldığında dikkatsizlik, hiperaktivite ve toplam öz bildirim puanlarının çalışma grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu ve çalışma grubunun daha yüksek oranda klinik tanı aldığı görülmüştür. Çalışma grubunda dürtüsellik/hiperaktivitenin önde olduğu görünüme ait 1 hasta olması, kontrol grubunda da bu görünüme ait hasta olmaması nedeniyle DEHB'nin diğer alt türleri arasında karşılaştırma yapılmıştır. Çalışma ve kontrol grubunda DEHB alt tipleri arasındaki farkın çalışma grubunda yüksek olan bileşik görünümünden kaynaklandığı gözlemlendi. Tablo 6'da gruplardaki ASRS puanları ve Erişkin DEHB tanılarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 6. Gruplardaki ASRS puanları ve Erişkin DEHB tanılarının karşılaştırılması**

Çalışma parametresi	Çalışma grubu (n:100)	Kontrol (n:100)	İstatistik (t)	p
Dikkatsizlik alt ölçeği	19.8±8.1	16.4±7.9	t=2.828	<b>0.005*</b>
Hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği	19.4±7.1	15.0±6.4	t=4.545	<b>0.001*</b>
Toplam puan	39.1±14.4	31.4±13.2	t=3.892	<b>0.001*</b>
Klinik tanı alma oranı	%38.0 (n:38)	%22.0 (n:22)	$\chi^2=6.095$	<b>0.010**</b>
Dikkat eksikliği önde olduğu görünüm	%26.0 (n:26)	%21.0 (n:21)	$\chi^2=10,689$	<b>0.005**</b>
Bileşik görünüm	%11.0 (n:11)	%1.0 (n:1)		
Dürtüsellik/hiperaktivite önde olduğu görünüm	%1.0 (n:1)	%0.0 (n:0)		

**Not:** \*Student-T test,\*\*Ki-kare

Çalışma grubunda KZVDDE ile ASRS arasındaki ilişki incelendiğinde otonom ve toplam işlevlerde bozulma ile ASRS dikkatsizlik alt ölçekleri ve toplam puanlar arasında düşük derecede pozitif yönde korelasyon gözlenmiştir. KZVDDE ile ASRS arasındaki ilişki Tablo 7’de gösterilmiştir.

**Tablo 7. Çalışma grubunda KZVDDE ile ASRS arasındaki ilişki**

	Otonom işlevler (r)	Sosyal işlevler (r)	Toplam işlev puanı
<b>Dikkatsizlik puanı</b>	<b>0.336*</b>	0.284	<b>0.312*</b>
<b>Hiperaktivite/dürtüsellik puanı</b>	0.281	0.251	0.261
<b>Toplam DEHB puanı</b>	<b>0.331*</b>	0.293	<b>0.311*</b>

**Not:** Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. \*p<0.01

Çalışma grubunda KZVDDE otonom işlevleri ile ASRS arasındaki ilişki incelendiğinde dikkatsizlik ve toplam DEHB puanları ile kendini cezalandırma alt ölçeği arasında düşük derecede pozitif yönde korelasyon gözlemlendi. Tablo 8’de KZVDDE envanteri otonom işlevleri ile ASRS arasındaki ilişki gösterilmiştir.

**Tablo 8. Çalışma grubunda KZVDDE otonom işlevleri ile ASRS arasındaki ilişki**

	<b>Dikkatsizlik puanı</b>	<b>Hiperaktivite/dürtüsellik puanı</b>	<b>Toplam DEHB puanı</b>
<b>Afekt regülasyonu</b>	0.221	0.164	0.209
<b>İntiharı önleme</b>	0.269	0.254	0.271
<b>Sıkıntıyı etiketleme</b>	0.235	0.227	0.241
<b>Kendini cezalandırma</b>	<b>0.336*</b>	0.225	<b>0.302*</b>
<b>Çözölmeyi önleme</b>	0.202	0.197	0.216

**Not:** Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. \*p<0.01

Çalışma grubunda KZVDDE sosyal işlevleri ile ASRS alt ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde hiperaktivite puanları ile kendi ile ilgilenme işlevi arasında düşük derecede pozitif yönde korelasyon gözlenmiştir. Benzer şekilde toplam ASRS puanları ile kendi ile ilgilenme alt ölçekleri arasında düşük derecede pozitif yönde korelasyon gözlenmiştir. Tablo 9’da KZVDDE sosyal işlevleri ile ASRS arasındaki ilişki gösterilmiştir.

**Tablo 9. KZVDDE sosyal işlevleri ile ASRS alt ölçekleri arasındaki ilişki**

	<b>Dikkatsizlik puanı</b>	<b>Hiperaktivite/dürtüsellik puanı</b>	<b>Toplam DEHB puanı</b>
<b>Kişilerarası sınırlar</b>	0.197	0.187	0.210
<b>Kişilerarası etkileşim</b>	-0.006	0.022	0.016
<b>İntikam alma</b>	0.242	0.232	0.252
<b>Heyecan arama</b>	0.283	0.158	0.240
<b>Akranlarla bağ kurma</b>	-0.011	0.013	0.003
<b>Dayanıklılık</b>	0.196	0.090	0.165
<b>Özerklik</b>	0.212	0.175	0.207
<b>Kendiyle ilgilenme</b>	0.294	<b>0.318*</b>	<b>0.329*</b>

**Not:** Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. \*p<0.01

Çalışma ve kontrol gruplarının duygu düzenlemede güçlükler ölçeği puanları karşılaştırıldığında toplam puan ve tüm alt ölçeklerde çalışma grubunun istatistiksel

olarak anlamlı yüksek puanlar bildirdiği gözlemlendi. Tablo 10'da çalışma ve kontrol grubunda duygu düzenlemede güçlükler ölçeğinin karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 10. Çalışma ve kontrol grubunda duygu düzenlemede güçlükler ölçeğinin karşılaştırılması**

Çalışma parametresi	Çalışma grubu (n:100)	Kontrol (n:100)	İstatistik (t)	p
Farkındalık	19.6±6.0	16.7±4.6	t=3.851	<b>0.001</b>
Açıklık	16.3±4.9	12.6±4.6	t=4.981	<b>0.001</b>
Kabul etmeme	19.3±7.6	14.4±5.7	t=5.093	<b>0.001</b>
Stratejiler	27.0±7.1	20.8±8.1	t=5.778	<b>0.001</b>
Dürtü	20.7±5.6	14.7±6.0	t=7.348	<b>0.001</b>
Amaçlar	16.3±2.5	15.7±2.3	t=3.518	<b>0.001</b>
Toplam	118.9±22.4	94.3±22.9	t=7.676	<b>0.001</b>

**Not:** Student T test kullanılmıştır.

Çalışma ve kontrol grupları arasında algılanan ebeveyn tutumları incelendiğinde çalışma grubunda anne baba toplam reddetme ve anne baba toplam aşırı koruma puanlarını anlamlı yüksek olduğu gözlemlendi. Kontrol grubunda ise anne baba toplam duygusal yakınlık puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Tablo 11'de Algılanan ebeveyn tutumları ölçeğinin karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 11. Çalışma ve kontrol grubunda algılanan ebeveyn tutumları ölçeğinin karşılaştırılması**

Çalışma parametresi	Çalışma grubu (n:100)  Medyan (min-maks)	Kontrol (n:100)  Medyan (min- maks)	İstatistik (z)	p
Anne Reddetme	13.0 (7-28)	9.0 (7-26)	z=5.274	<b>0.001</b>
Baba Reddetme	13.0 (7-27)	9.0 (7-25)	z=4.169	<b>0.001</b>
Reddetme toplam	27.0 (14-50)	18.0 (14-51)	z=5.180	<b>0.001</b>
Anne duygusal yakınlık	16.5 (7-27)	20.0 (7-28)	z=3.326	<b>0.001</b>
Baba duygusal yakınlık	15.0 (7-27)	18.0 (7-28)	z=3.192	<b>0.001</b>
Duygusal yakınlık Toplam	32.0 (14-54)	37.0 (14-56)	z=3.535	<b>0.001</b>
Anne aşırı koruma	23.0 (9-36)	19.0 (10-33)	z=3.326	<b>0.001</b>
Baba aşırı koruma	23.0 (9-36)	18.0 (9-36)	z=3.116	<b>0.001</b>
Aşırı koruma toplam	43.0 (18-72)	38.0 (20-67)	z=3.392	<b>0.001</b>

**Not:** Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Çalışma grubunda KZVDDE ile algılanan ebeveyn tutumları ölçeği arasındaki ilişki değerlendirildiğinde otonom işlev bozukluğu ile baba aşırı koruma arasında düşük derecede pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Tablo 12’de KZVDDE ile algılanan ebeveyn tutumları ölçeğinin ilişkisi gösterilmiştir.

**Tablo 12. KZVDDE ile Algılanan Ebeveyn tutumları ölçeği ilişkisi**

	Otonom işlevler (r)	Sosyal işlevler (r)
<b>Anne reddetme</b>	0.151	0.120
<b>Baba reddetme</b>	0.234	0.167
<b>Anne duygusal yakınlık</b>	-0.041	-0.086
<b>Baba duygusal yakınlık</b>	0.013	0.062
<b>Anne aşırı koruma</b>	0.224	0.107
<b>Baba aşırı koruma</b>	<b>0.312*</b>	0.188

**Not:** Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. \*p<0.01

Çalışma grubunda ve kontrol grubunda konulan psikiyatrik tanımlar gösterilmiştir. Çalışma grubunda Erişkin DEHB tanısı dışında en sık “Depresif Bozukluk” tanısının olduğu (n:31) kontrol grubunda da en sık konulan tanının “Anksiyete Bozukluğu” olduğu (n:28) görüldü. Kişilik bozukluklarına bakıldığında çalışma grubunda sınır ve antisosyal kişilik bozukluğu oranlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Tablo 13’te çalışma ve kontrol grubundaki psikiyatrik tanımların incelenmesi gösterilmiştir.

**Tablo 13. Çalışma ve kontrol grubunda psikiyatrik tanımların incelenmesi**

Çalışma parametresi	Çalışma grubu	Kontrol grubu
Erişkin DEHB	38	22
Depresif Bozukluk	31	17
Anksiyete Bozukluğu	15	28
BTA-Duygudurum Boz.	2	7
Uyum Bozukluğu	7	4
Obsesif Kompulsif Bozukluk	4	6
Yeme Bozukluğu	2	0
Sınırdaki Kişilik Boz.	13	1
Antisosyal Kişilik Boz.	5	0
Obsesif Kompulsif Kişilik Boz.	1	0

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızdaki birinci amaç, KZVD olan genç erişkin hastalarda, KZVD özellikleri, algılanan ebeveyn tutumları ve duygu düzenleme güçlüklerini ortaya koymaktır. Çalışmanın ikinci amacı ise KZVD olan genç erişkin hastalarda Erişkin DEHB sıklığını ve alt tipler arasında bağlantı olup olmadığını araştırmaktır.

Çalışmanın vaka grubu daha öncesinde kendine zarar verme davranışında bulunmuş 100 hastadan, kontrol grubu ise kendine zarar verme davranış öyküsü bulunmayan 100 hastadan oluşturulmuştur.

### 5.1. Grupların Sosyodemografik Veriler Açısından İncelenmesi

Çalışma ve kontrol grupları sosyodemografik özelliklere göre incelendiğinde eğitim süresinin çalışma grubunda daha düşük olduğu görülmüştür. Aksoy ve Ögel (34) tarafından yapılan bir derlemede KZVD'nin sıklıkla eğitim düzeyi düşük olanlarda görülmekte olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızın bu sonuçları literatürle uyumludur. Düşük eğitim düzeyi duygusal sıkıntılara karşı kişilerin kendilerini ifade edecek başka yollar bulmasını zorlaştırabilir. Aynı zamanda KZVD gösteren bireylerde psikopatolojinin görece daha fazla olması nedeniyle eğitim sürelerinin daha kısa olduğu da düşünülebilir.

Sigara ve madde kullanımının çalışma grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür. Sigara içmek ve madde kullanmak gibi davranışlar dolaylı yoldan kendine zarar verme kapsamına girmektedir (34). Çalışma grubunda KZVD gösteren bireylerin direkt yollar haricinde dolaylı yollardan da kendine zarar verme eğiliminde olduğu düşünülebilir.

Çalışma grubunda ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün, intihar girişimi öyküsünün, intihar nedeniyle tıbbi yardım başvurusunun ve hastane yatışlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda ergenlerdeki KZVD ile ailelerinde psikiyatrik veya fiziksel hastalık varlığı arasında ilişki bulunmuştur (31, 48). Ailede psikopatolojinin varlığı kişilerin yetiştiği ortamda gördükleri ilgi ve desteğin daha az olmasına yol açabilir. Bu sebeple yaşadıkları zorlukları kontrol etmek, öfkelerini yatıştırmak, yalnızlık duygularını gidermek amacıyla KZVD gerçekleştirdiği düşünülebilir. Literatürde kendine zarar verenlerin % 40 kadarının yaralanma sırasında intihar düşüncesine sahip olduğunu ve kendini

yaralayanların yaşamları boyunca yaklaşık % 50 ila % 85'inin en az bir kez intihar girişiminde bulunduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (159). KZVD'nin literatürdeki tanımlarında bilinçli intihar niyeti içeren davranışların dışlandığı vurgulansa da niyetin her zaman güvenilir olmadığı, hastanın ölme niyeti ile ilgili ambivalan düşüncelere sahip olabileceği ve intihar niyetini gizleyebileceği düşünülmektedir. Bireyler KZVD'yi tekrar tekrar gerçekleştirerek daha cesur, yetkin ve intihar girişiminde bulunmaya istekli hale gelebilir (örneğin, birçok hasta kendine zarar vermenin sakinleştirici etkileri olduğunu bildirir). Başka bir deyişle, KZVD'de bulunmanın olumsuz bir yan etkisi de, bireylerin kendine zarar vermeyle ilişkili korku ve fiziksel acıya alışması ve böylece ölümcül kendine zarar verme becerisi kazanması olabilir (62). KZVD gösteren bireylerin davranıştan sonraki 4 yılı kapsayan, intihar oranlarını tahmin etmek amacıyla izlenen bir kohort çalışmasında KZVD sonrası özellikle ilk 6 ayda intihar riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir (160). KZVD ve intihar girişimi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmış klinik ergen örneklemin yer aldığı bir çalışmada, KZVD ile intihar girişiminin büyük oranda örtüştüğü gösterilmiştir (62). Ülkemizde kendine zarar verme davranışı olan 93 hasta ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %48,4'ünün intihar girişimi öyküsü bulunduğu görülmüştür (161). KZVD işlevlerinden birinin de intihar düşüncelerinin ve girişimlerinin yerine geçerek intiharı önleme olduğu bilinmektedir (52). Tüm bu bilgiler ışığında KZVD gösteren grupta intihar girişimi öyküsünün kontrol grubuna göre fazla olması literatür bilgisi ile uyumlu bir sonuç olmuştur.

## **5.2. Çalışma Grubunun KZVD Özellikleri Açısından İncelenmesi**

Çalışma grubundaki KZVD tipleri incelendiğinde katılımcıların en sık zarar verme davranışının “sert bir yere veya kendine vurma” ve “kesme” olduğu, bunları “yaranın iyileşmesine engel olma” ve “tırnaklama” davranışlarının izlediği görülmüştür. Sert bir yere veya kendine vurma davranışında bulunma sıklığının median değeri 10, kesme davranışının ise 5 bulunmuştur. Lise öğrencilerinin değerlendirildiği bir çalışmada ise en sık KZVD yöntemi “kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma” olarak bulunmuş, bu davranışı “yara iyileşmesine engel olma” ile “kendini kesme” izlemiştir (162). Genç erişkinlerde KZVD ve erken dönem uyumsuz şemaların araştırıldığı bir çalışmada en sık KZVD türünün “kesme” olduğu belirtilmiştir (163). Skegg'in (25) KZVD sınıflandırmasına göre kesme davranışı “düşük düzeyde ölümcül ve belirgin

doku hasarına yol açan” sınıfında yer almakta, kendine veya sert bir yere vurma davranışı “düşük düzeyde ölümcül ve belirgin doku hasarına yol açmayan” sınıfına dâhil edilmiştir. Her iki davranış da Simeon ve Favazza’nın (35) sınıflandırmasına göre dürtüsel tip KZVD sınıfına girmektedir. En sık kullanılan KZVD yöntemlerinin düşük düzeyde ölümcül olması ve dürtüsel özellikte olması nedeniyle kesme ve vurma davranışlarının daha sık görüldüğü düşünülmüştür. Literatür gözden geçirildiğinde de en sık KZVD türlerinin kesme ve sert bir yere veya kendine vurma olduğu, bu davranışların sıklık sıralamasının bazı çalışmalarda değişkenlik gösterdiği görülmüştür. Yapılan çalışmalarda farklı ölçüm yöntemleri ve farklı yaş gruplarına ait örneklem kullanılmış olmasının bu değişikliklere yol açtığı düşünülmektedir.

Cinsiyetler arasındaki KZVD özellikleri karşılaştırıldığında ise erkek cinsiyette en sık KZVD türünün “sert bir yere veya kendine vurma”, kadın cinsiyette ise “kesme” olduğu görülmüştür. KZVD türleri açısından erkeklerde sadece “sert bir yere veya kendine vurma” davranışı kadın cinsiyete göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Claes ve arkadaşlarının (164) yataklı psikiyatri kliniğinde takipli hastalardaki KZVD ve psikopatolojik özellikleri araştırdıkları çalışmada erkeklerin en sık kendilerine veya sert bir yere vurma, kadınların ise kesme davranışında bulduklarını ifade edilmiştir. Ergen örneklem ile yapılan bir çalışmada erkeklerin daha çok vurma ve yakma şeklinde, kızların ise kesme şeklinde KZVD gösterdiği belirtilmiştir (165). Saçarçelik ve arkadaşlarının (166) 2011 yılında yaptığı bir çalışmada ergen ve genç erişkin psikiyatri polikliniğine başvuran KZVD’de bulunan hastalar değerlendirilmiştir. Bu çalışmada erkek bireylerde en sık KZVD türünün “kesme” olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da hem erkek hem de kadın cinsiyette “sert bir yere veya kendine vurma” ve “kesme” davranışının en sık kullanılan iki KZVD yöntemi olduğu görülmektedir. KZVD türlerindeki cinsiyetler arası farklılığının sebeplerini ortaya koymak için cinsiyet özellikleri ile ilişkili etkenleri de kapsayan çalışmalar yapılmasına gerek duyulduğu düşünülmektedir.

KZVD’de bulunma sırasında çoğunlukla yalnız olduklarını ve kendine zarar verme dürtüsünden sonra bir saatten kısa bir süre içinde kendilerine zarar verdiklerini ifade etmişlerdir. Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada KZVD esnasında yalnız oldukları, KZVD düşüncesinden sonra bir saat içinde bu davranışı gerçekleştirdikleri ve bu esnada acı hissetmedikleri bildirilmiştir (162). KZVD genellikle istek oluştuktan

sonra dürtüsel doğası nedeniyle kısa süre içerisinde gerçekleştirilir (64). Bizim çalışmamız ve diğer çalışmalar da KZVD'nin dürtüsel özelliğine gönderme yapmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların ilk kendine zarar verme davranışının sıklıkla 16 yaşlarında başladığı görülmüştür. Diğer çalışmalarda da KZVD'nin çoğunlukla ergenlik döneminde ve ortalama 13-19 yaşlarında başladığı bildirilmiştir (34). Çalışmamızın bulguları bu bağlamda literatür ile uyumludur. Ergenlik bedensel, cinsel ve ruhsal olarak belirgin değişikliklerin yaşandığı, çocukluk ile yetişkinlik arasında geçen, kimlik gelişimi açısından önemli evrelerden biridir (167). Kişi bu dönemde hem akranlarıyla hem de yetişkinlerle yeni yaşantılar ve yeni deneyimler yaşarken, bununla birlikte fiziksel, sosyal ve psikolojik yönlerden gelişmeye devam etmektedir (168). Ergenlik çağında kimlik oluşum süreciyle beraber duygu yoğunluğunda ve dürtüsel gereksinimlerde artış gözlenmekte, ebeveynlerden ayrılma, karşı cinsle kurulan ilişkiler, meslek seçimi ve bireyselleşme süreci gibi konular nedeniyle çatışmalar ve zorluklar yaşanabilmektedir (169). Ergenlik döneminde yaşanan tüm bu zorluklar ve bu zorluklarla baş etme mekanizmalarının zayıflığı nedeniyle ergenlikle KZVD'nin sık görüldüğü düşünülmektedir.

### **5.3. Çalışma Grubunda KZVDDE İşlevler Bölümünün Değerlendirilmesi**

Çalışma grubunda KZVDDE işlevler bölümü incelendiğinde KZVD gösteren kişilerde otonom işlevlere ait puanların sosyal işlevlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmalar KZVD gerçekleştirmede birden fazla işlevin söz konusu olduğu ve kişilerin kendilerine zarar verirken birden çok motivasyona sahip olduğunu göstermektedir. Ancak kullanılan işlevler, değerlendirme yapılan popülasyonlara göre (örn: mahkumlar, psikiyatri servisinde yatan hastalar, ergenler vs.) geniş çeşitlilik göstermektedir (64). 633 ergenin katıldığı bir toplum çalışmasında KZVD'de otonom işlevlerin sosyal işlevlere göre daha sık kullanıldığı gösterilmiştir (21). KZVD nedeniyle psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören 108 ergen ile yapılan bir çalışmada da katılımcıların çoğunun otonom işlevleri kullandığı belirtilmiştir (151). Bu sonuçlar çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Kişi kendine zarar verirken birçok motivasyona sahip olsa da içsel motivasyonların ön planda olduğu görülmektedir.

Çalışma grubunda otonom ve sosyal işlevlerin alt başlıklarına bakıldığında en yüksek puan ortalamasına sahip otonom işlevin “afekt regülasyonu” olduğu, bunu “kendini cezalandırma” ve “sıkıntıyı etiketleme” işlevlerinin izlediği görülmüştür. Sosyal işlevlerin alt başlık puan ortalamaları birbirine çok yakın bulunmuş olsa da “kendiyile ilgilenme” işlevinin en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. KZVD için altta yatan psikolojik niyetlere odaklanan araştırmalar, davranışın hem kişiler arası hem de içsel, aynı zamanda birbirini dışlamayan çeşitli işlevlere hizmet ettiğini göstermektedir (37). Çeşitli KZVD modelleri, bu davranışın güçlü olumsuz duygulanıma karşı uyumsuz bir yanıt işlevi gördüğünü belirtmektedir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda, olumsuz duygular ile baş edebilmek için kişinin KZVD gerçekleştirdiğini ve duygu düzenleme güçlüklerinin KZVD için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (52, 170). Ayrıca KZVD’de duygu düzenleme işlevinin yüksek oranda kullanıldığı birçok çalışmada gösterilse de kendine zarar veren çoğu kişinin birden çok işlevi kullandığı bilinmektedir (52).

Afekt regülasyonu KZVD’nin en yaygın işlevi olarak görünmektedir. Kendine zarar veren kişi çoğunlukla yoğun olumsuz duygularla baş edebilmek için bu stratejiyi kullanır. Öfke, kaygı, hayal kırıklığı gibi duygular çoğu zaman kendine zarar vermeden önce mevcut olma eğilimi taşır ve KZVD sonrası çoğunlukla sakinleşme ve rahatlama yaşanır (64). Duygu düzenleme konusunda yetersizlik yaşayan kişilerde dürtüsel davranma, tepkilerini agresif şekilde ortaya koyma gibi dışa vurulan davranış biçimleri ön plandadır (78). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da KZVD gerçekleştirmede en sık kullanılan otonom işlevin afekt regülasyonu olduğu belirtilmiştir (162). Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalarla benzer şekilde KZVD gerçekleştiren bireylerin, bu davranışı gerçekleştirmedeki birincil amacının afekt regülasyonu olduğu görülmüştür.

KZVD grubunda en yüksek puan ortalamasına sahip ikinci otonom işlev “kendini cezalandırma” olarak bulunmuştur. Kendini cezalandırma, kendine zarar veren kişinin hem kendine yönelik öfke duygusunu hem de kendisini değersizleştirmesini ifade etmektedir (52). Linehan (4), kendini cezalandırmanın ve değersizleştirmenin aileden ve sosyal çevreden öğrenilen bir motivasyon olduğunu varsaymıştır. Klinik örneklemede KZVD’nin sıklığını ve işlevlerini araştıran bir çalışmada afekt regülasyonu ile kendini cezalandırmanın en yaygın kullanılan iki işlev olduğu

belirtmiştir (171). Sınırdaki kişilik bozukluğu olan kadınlar ile yapılan bir çalışmada katılımcıların % 63'ünün kendine zarar vermenin bir nedeni olarak “kendini cezalandırmayı” onayladıkları gözlenmiştir (172). Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören ergenler ile yapılan bir çalışmada kendine zarar verme sebepleri araştırıldığında katılımcıların yarısının “kötü birisi olduğu ve kötü düşüncelere sahip olduğu” için kendini cezalandırmak istedikleri görülmüştür (173). Kendine öfke duyma ve bu nedenle kendini cezalandırma isteğinin kendine zarar verme için önemli motivasyon kaynağı olduğu düşünülmektedir. Bunun da kendine zarar verenlerde kendini aşağılama ve düşük benlik saygısı ile yakından ilişkili olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (174). Bu bağlamda KZVD gösteren kişilerde kendini cezalandırma işlevinin sık kullanılan işlevlerden biri olması beklenen bir sonuç olmuştur.

KZVD grubunda en yüksek puan alan üçüncü otonom işlev “sıkıntıyı etiketleme” olarak bulunmuştur. Bu işlev, kişinin kendisini berbat hissettiğine dair bir işaret bırakmış olması, duygusal acısının gerçekliğini kendisine göstermesi ve yaşadığı stresi anlamlandırması gibi anlamlar taşımaktadır. Literatür gözden geçirildiğinde bu işlev ile ilgili yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

#### **5.4. KZVDDE İşlevler Bölümünün Cinsiyetler Açısından İncelenmesi**

KZVD otonom işlevler puan ortalaması kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Otonom işlevlerden afekt regülasyonu, sıkıntıyı etiketleme, kendini cezalandırma, çözülmeyi önleme işlev puan ortalamaları, sosyal işlevlerden ise kişiler arası etkileşim puan ortalamalarının kadınlarda anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Erkek cinsiyette kadınlara göre yüksek puan ortalamasına sahip bir işleve rastlanmadı. Diğer işlev puanları açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmadığı gözlemlendi.

Literatür incelendiğinde KZVD işlevlerinde cinsiyet etkisini araştıran çalışmaların kısıtlı olduğu görülmektedir. Nock (175), otonom ve sosyal işlevlerin kullanımında cinsiyet farklılıkları olmadığını belirtmiştir. Bununla birlikte, çalışmamızda afekt regülasyonu, sıkıntıyı etiketleme, kendini cezalandırma, çözülmeyi önleme, kişiler arası etkileşim işlevlerinde cinsiyet farklılığı ortaya konulmuştur. Türkiye’de yapılan, lise öğrencilerinde KZVD özelliklerini inceleyen bir çalışmada ise otonom işlevlerde cinsiyet farklılığı olduğunu, kadın katılımcıların daha çok “kendini cezalandırma”

işlevini kullandığı belirtilmiştir (176). Çalışmamızda cinsiyetler arasında anlamlı derecede farklılık bulunan işlevler yalnızca kadınlarda yüksek saptanmıştır. Erkeklerdeki işlev puanları kendi içinde değerlendirildiğinde ise en yüksek puan ortalaması afekt regülasyonu işlevine ait görünmektedir. Bu bağlamda afekt regülasyonu her iki cinsiyette de ön plana çıkan en önemli işlev olarak görünmektedir. Literatürdeki çelişkili bulgular, KZVD işlevlerinin cinsiyet farklılıkları üzerine daha fazla araştırmanın gerekliliğinin altını çizmektedir.

### **5.5. Gruplardaki DEHB ile KZVD İlişkisi ile İlgili Verilerin İncelenmesi**

Çalışma ve kontrol grupları ASRS puanları ve DEHB klinik tanıları açısından incelendiğinde dikkatsizlik, hiperaktivite ve toplam puanların çalışma grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu ve çalışma grubunun daha yüksek oranda DEHB tanısı aldığı gözlemlendi. Çalışma grubunda yüksek orandaki DEHB varlığının bileşik tip DEHB sebebiyle olduğu gözlemlendi. Literatürdeki çalışmaların çoğunda DEHB tanılı bireylerde KZVD incelendiği, KZVD olan bireylerde tanısal araştırmaların sayıca daha az olduğu görülmüştür. KZVD ile DEHB ilişkisini araştıran çalışmaların çoğu çocuk ve ergen yaş grubunda yapılmıştır. Ergen grupta yapılan 15 çalışmanın sonuçlarının incelendiği bir gözden geçirmede KZVD gösteren ergenlerde DEHB sıklığı daha yüksek bulunmuştur (177). Ergen grupta yapılan başka bir araştırmada da DEHB semptomları, özellikle kızlarda olmak KZVD riskinde artış ile ilişkili bulunmuştur (178). Hinshaw ve arkadaşlarının (179) 6-12 yaş aralığındaki 140 DEHB kız hastayı 88 kişilik karşılaştırma grubu ile 10 yıl boyunca izledikleri bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışmanın sonucuna göre özellikle bileşik görünüm DEHB olan grupta KZVD ve intihar oranlarının karşılaştırma grubuna göre yüksek olduğu saptanmıştır. Bu anlamda bu çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Taylor ve arkadaşlarının (11) 66 erişkin ile yaptığı bir araştırmada erişkin DEHB tanısı alan ve almayan iki grup karşılaştırıldığında DEHB semptomatolojisi ile KZVD, intihar düşüncesi ve davranışı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da hem ASRS puanları hem de klinik DEHB tanıları KZVD gösteren grupta yüksek bulunmuştur.

Çalışma grubunda KZVDDE işlevler bölümü ile ASRS arasındaki ilişki incelendiğinde otonom işlev puanları ile DEHB dikkatsizlik alt ölçeği arasında pozitif

korelasyon gözlenmiştir. Otonom işlevlerin alt ölçekleri açısından değerlendirme yapıldığında ise dikkatsizlik alt ölçek puanları ile otonom işlevlerden “kendini cezalandırma” alt ölçeği arasında pozitif korelasyon gözlemlendi. Kendini cezalandırma amacıyla KZVD gösteren bireylerde dikkatsizlik puanları buna bağlı olarak da toplam ASRS puanları yüksek bulunmuştur. Kendine zarar veren birçok kişi, kendini cezalandırmayı KZVD için birincil motivasyon kaynağı olarak kabul eder (151). Kendini cezalandırma amacıyla gerçekleştirilen KZVD, başkaları tarafından tekrarlanan eleştiriler sebebiyle gelişebilen, kendine yönelik öfkesini ifade etme biçimini temsil eder (175). DEHB’de sorun alanları sadece dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileriyle sınırlı kalmayıp birçok problemi beraberinde getirebilir. Bu problemler; plan yapma, odaklanma, motivasyon, davranışları düzenleme, bellek sorunları olarak sıralanabilir (180). DEHB’li bireyler dikkatsizlik sorunu nedeniyle zaman yönetiminde güçlük, akademik alanında başarısızlıklar, kişiler arası sorunlar nedeniyle öfke, yetersizlik, aşağılanma ve kaygı gibi olumsuz duygular içerisinde olabilirler. Yaşadıkları sosyal problemler nedeniyle olumsuz duygular yaşadıkları düşünülürse KZVD göstermelerindeki kendini cezalandırma amacı taşıyan içsel niyetin, yaşadıkları zorluklar nedeniyle hissettikleri öfkenin kendine yönlendirilmesi olduğu düşünülebilir.

Çalışma grubunda KZVDDE sosyal işlevleri ile ASRS arasındaki ilişki incelendiğinde hiperaktivite/dürtüsellik puanları ile “kendi ile ilgilenme” işlevi arasında pozitif korelasyon gözlenmiştir. DEHB’nin hiperaktivite örüntüsüne dürtüsellik belirtileri eşlik eder (7). Dürtüsel özellikleri ön planda olan kişilerin KZVD’nin dürtüsel doğası nedeniyle bu davranışları sergilemesinin daha kolay olacağı düşünülmektedir. “Kendiyle ilgilenme” işlevi kişinin baş edemediği duygusal bir sıkıntı ile uğraşmak yerine bedenine verdiği zarar ile ilgilenmesi ve onu iyileştirmeye çalışması anlamına gelmektedir (149). DEHB’li bireylerin KZVD gerçekleştirirken yara iyileşmesine odaklanarak rahatlama çabası kendilerini hiperaktivite ve dürtüsellik nedeniyle yaşadıkları sosyal sorunlardan uzaklaştırma işlevi görüyor olabilir. Literatürde DEHB ile KZVD ilişkisini inceleyen birçok çalışma olsa da, DEHB’nin KZVD işlevleri ile ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

## 5.6. Gruplardaki Duygu Düzenleme Güçlüklerinin İncelenmesi

Çalışma ve kontrol gruplarında duygu düzenlemede güçlükler  lçeği puanları karşılaştırıldığında toplam puan ve tüm alt ölçeklerde çalışma grubunun istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanlar aldığı saptanmıştır. Bu bulgu, KZVD gösteren kişilerde, duygusal tepkiler konusunda farkındalık eksikliği, duygusal tepkilerinde net olamama, duygusal tepkilerinin kabulünde zorlanma, duygu düzenleme konusunda yeterli strateji üretememe, olumsuz duygulanım yaşarken dürtülerini kontrol edememe ve amaca yönelik davranışta bulunmada zorlanma gibi sorunları yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Teorik ve deneysel alışmalar KZVD'nin genellikle zorlayıcı duyguları düzenlemek için kullanıldığını göstermiştir. Linehan'in sınırdaki kişilik bozukluğundaki duygu düzenleme zorluklarının gelişimine katkıda bulunan mekanizmaları açıklamak için geliştirdiği biyososyal model ile duyguları yönetme güçlüğünde biyolojik hassasiyetin ve evre ile etkileşimin önemi vurgulanmıştır. Bu model ile sınırdaki kişilik bozukluğunun önemli semptomlarından biri olan KZVD'nin sebepleri açıklanmaya çalışılmıştır. Linehan, yetersiz dürtü kontrolünün erken gelişimsel dönemde ortaya çıkmasını biyolojik yatkınlık ile açıklamıştır. Duygusal değişkenlik ve düzenleme zorluklarını ise hem evre ile etkileşim sorunlarından hem de mizaç özelliklerinden kaynaklandığını ifade ederek sosyal bağlama açıklama getirmiştir (4). Linehan'in (181) orijinal biyososyal modelini temel alan yakın tarihli bir araştırma, duygusal düzensizliğin düşmanca ve destekleyici olmayan bir sosyal bağlamda kendine zarar vermeyi teşvik ettiğini ve sürdürdüğünü ifade etmiştir. KZVD risk faktörleri olarak duygusal düzensizlik ve kişilerarası zorlukları araştırmak amacıyla 99 ergen ile yapılan bir çalışmada, duygu düzenleme zorluğunun ergenleri KZVD için riske atan ve aile ve akran alanları aracılığıyla kişilerarası sorunların etkisine aracılık eden temel bir süreç olabileceği gösterilmiştir (182). Ergen örneklemede duygu düzenleme güçlüğünün, çocuklukta kötü muameleye maruz kalma ve KZVD ile ilişkisini araştıran bir çalışmada duygu düzenleme güçlüğünün KZVD sıklığı ile ilişkili olduğu, kötü muameleye maruz kalma ile KZVD ilişkisine duygu düzenleme güçlüğünün aracılık ettiği gösterilmiştir (183). Bizim alışmamızda da KZVD'de bulunan bireylerin duygu düzenlemede zorluk yaşadığı g r lm ştir.

## 5.7. Gruplardaki Algılanan Ebeveyn Tutumlarının İncelenmesi

Çalışma ve kontrol gruplarında algılanan ebeveyn tutumları puanları karşılaştırıldığında çalışma grubunda anne ve baba toplam reddetme ve toplam aşırı koruma puanlarının anlamlı yüksek olduğu gözlemlendi. Kontrol grubunda ise anne baba toplam duygusal yakınlık puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Bu sonuca göre anne ve babanın çocuklukta reddedici ve aşırı koruyucu tutumları KZVD'nin gelişiminde etkili olduğu söylenebilir. Bununla birlikte KZVD görülmeyen grupta ebeveynlerini duygusal olarak yakın hissetme sıklığı daha yüksek bulunmuştur.

Ebeveyn-çocuk ilişkisi ve KZVD ilişkisiyle ilgili yapılan çok sayıda ampirik araştırma, ergenlerde ve genç yetişkinlikte ebeveynler ile erken ilişkilerin çeşitli boyutları ve KZVD arasında önemli ilişkiler tespit etmiştir. Özellikle çocukluk döneminde fiziksel ve cinsel istismar, ebeveyn kontrolü, duygusal ihmal, ebeveyn-çocuk bağlarındaki kesintiler ve ayrılık ve kayıp deneyimleri KZVD gelişimine katkıda bulunmuştur (4, 37, 184-186). Duke ve arkadaşlarının (187) lise öğrencileri ile yaptığı bir çalışmada olayın türüne bakılmaksızın herhangi bir olumsuz çocukluk deneyimine maruz kalmanın kendine zarar verme riskini 2,7 ile 6,1 kat artırdığı gösterilmiştir. Gratz (188) yaptığı bir çalışmada, 249 üniversite öğrencisi kadından oluşan bir örnekleme ebeveynlerdeki düşük pozitif duygu düzeyi ve ebeveyn aşırı korumasının KZVD sıklığı ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Bureau ve arkadaşlarının (184) yaptığı bir çalışmada ise aile deneyimlerinin KZVD gelişiminde etkili olduğu, KZVD ile algılanan ebeveyn kontrolü arasında pozitif bir ilişki ve KZVD ile algılanan bakım arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, ebeveyn psikolojik kontrolü ile KZVD'yi birbirine bağlayan temel mekanizma hala belirsizdir. Buna karşılık, Health ve arkadaşlarının (189) üniversite öğrencileri ile yaptığı bir çalışmada ebeveynin uygunluk ve yanıt verme boyutlarının, KZVD gösteren grup ile KZVD göstermeyenler arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir. Literatür gözden geçirildiğinde ebeveyn ilişkisi ve tutumunun KZVD gelişiminde önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Bizim çalışmamızın sonucu da bunu destekler niteliktedir.

Çalışma grubunda KZVDDE ile Algılanan Ebeveyn Tutumları Ölçeği arasındaki ilişki değerlendirildiğinde otonom işlev kullanımı ile baba aşırı koruma arasında pozitif

korelasyon saptanmıştır. Bu sonuca göre KZVD’de bulunmada otonom işlev kullanımının ön planda olduğu bireylerde babalarını aşırı koruyucu olarak algılama olasılıklarının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Aşırı koruyucu ebeveyn tutumunda ebeveynler çocukları üzerinde denetim kurarak, çocuklarının tek başlarına yapabilecekleri eylemlerde bile müdahaleci tutum sergilerler. Aşırı korumacı tutuma sahip babalar, kendi duygu ve arzularının yansıması olarak kontrol etme tarzını benimser ve kendi idealleri doğrultusunda düzen ve disiplini sürdürmeye çalışırlar. Yaşlandıkça aile içerisindeki rollerin değişmesi ve esnemesi beklense de kontrol çabasını devam ettirme isteği başarısızlıkla sonuçlanır (190). Bu da çocuğun kendi kendine yetebilen, bağımsız bir birey olmasını engelleyebilir (101). Bu tutuma sahip ailelerde yetişen çocuklar, yetişkinlik dönemlerinde kendi yaşamlarındaki olumsuzluklardan kendilerini değil, başkalarını sorumlu tutmaya eğilimli olmaktadır (191).

Ebeveynin koruyucu ve kontrolcü davranışları, çocuğun kendi ihtiyaç ve arzularını gerçekleştirememesine neden olabilir. Kendi başına karar veremeyen bir bireyin ergenlik ve yetişkinlik döneminde sosyal uyumunda bozulmalar olabilir. Bu durum depresyon, anksiyete, stres gibi olumsuz duygulara neden olmaktadır. Kişi, bu olumsuz duygularını azaltmak amacıyla KZVD’ye yönebilir (192). KZVD’nin otonom işlevleri olumsuz duyguları düzenleme amacını da kapsamaktadır. Her ne kadar hem annenin hem de babanın tutumları çocuğun duygu ve davranışlarında önemli olsa da çalışmamızda babanın aşırı koruyucu tutumunun otonom işlevlerle ilişkisi öne çıkmaktadır. Özellikle baba aşırı kontrolü ve KZVD ile doğrudan ilgili literatürde bir çalışma bulunamamış olup bu konu ile ilgili araştırma çeşitliliğini artırmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### **5.8. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Psikiyatrik Tanıların Değerlendirilmesi**

Çalışma ve kontrol grubu arasında DEHB dışında ayrıca değerlendirilen psikiyatrik tanı ve kişilik bozuklukları tanıları değerlendirildiğinde; KZVD gösteren grupta en sık “Depresif Bozukluk” görüldüğü, bunu “Anksiyete Bozukluğu”nun izlediği görülmüştür. Kontrol grubunda ise en sık görülen tanı “Anksiyete Bozukluğu” olarak bulunmuştur. Ek olarak kişilik bozuklukları incelendiğinde ise KZVD gösteren grupta %13 oranında “Sınırdaki Kişilik Bozukluğu”, %5 oranında ise “Antisosyal Kişilik

Bozukluğu” olduğu görülmüştür. Kendine zarar veren hastalarda psikiyatrik bozukluklar çok yaygındır, bu nedenle psikiyatrik semptomlar için dikkatli taramaya ihtiyaçları vardır. KZVD’de bulunan birçok kişi orta veya şiddetli derecede depresyona sahiptir, bu nedenle bu hastaların tespiti ve tedavisi oldukça önemlidir (58). Kişilik bozuklukları, genel popülasyonda, hapisane mahkumlarında ve psikiyatrik bakım altındaki bireylerde intihar ve kendine zarar verme riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (193). Hawton ve arkadaşlarının (60) 50 çalışmanın verileriyle yaptığı bir gözden geçirmede KZVD gösteren kişilerdeki psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı araştırılmıştır. Bu gözden geçirmeye göre KZVD’ye eşlik eden en sık psikiyatrik bozukluk depresif bozukluk olarak bulunmuş, bunu da anksiyete bozukluğu izlemiştir. Aynı çalışmada kişilik bozuklukları alt başlıklar altında incelenmemiş, çoklu tanılara ekleme şeklinde KZVD gösteren grupta daha yüksek rastlanmıştır. Jacobson ve arkadaşlarının (61) 12-18 yaş arasındaki KZVD ve intihar girişiminde bulunan ergenlerdeki psikiyatrik tanıları araştırdığı çalışmada, intihar girişiminde bulunanların, yalnızca KZVD gösteren gruba göre depresif bozukluk ve/veya travma sonrası stres bozukluğuna sahip olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Herhangi bir KZVD gösterenlerin KZVD göstermeyenlere göre sınır kişilik bozukluğu özelliklerine sahip olma olasılığı daha yüksek görülmüştür. Bir çalışmada 150 KZVD gösteren hastanın psikiyatrik tanıları incelenmiş, buna göre en sık depresif bozukluk (%72.0) gözlenmiş, hastalarda komorbid kişilik bozukluğu % 44,1 oranında olduğu belirtilmiştir (58).

Sınırdaki kişilik bozukluğu, KZVD gösteren hastalar üzerinde yapılan birkaç çalışmada en yaygın kişilik bozukluğu olarak bildirilmiştir (194, 195). Sınır kişilik bozukluğunun, genetik yatkınlık ile travmatik ve güvenli olmayan bir yetiştirme arasındaki etkileşim nedeniyle geliştiği düşünülmektedir. Hastalar genellikle yoğun olumsuz duygulardan etkilenir ve kişilerarası durumlarda bunları düzenleme ve yönetme yetenekleri azalmıştır (196). “Yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları” sınırdaki kişilik bozukluğu için DSM-5’te de yer alan tanı kriterleri arasında bulunmaktadır (7).

Kasıtlı olarak kendine zarar veren genç mahkumlar üzerine yapılan bir çalışma, kendini yaralama vakaları olmayan mahkumlarla karşılaştırıldığında bu popülasyonda

A, B ve C küme kişilik bozukluklarının daha yüksek oranda olduğunu göstermiştir (197).

Bizim çalışmamızda da KZVD gösteren gruptaki kişilik bozuklukları varlığı incelendiğinde literatür ile uyumlu şekilde sınır kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu, kontrol grubuna göre yüksek oranda bulunmuştur. Antisosyal ve sınır kişilik bozukluğu tanısına sahip bireylerin kişiler arası ilişkilerinde zorluk yaşaması, dürtüsel davranışlara yatkınlıklarının olması, duygu dalgalanmalarının sık olması, günlük hayattaki yaşanan zorluklar karşısında baş etme mekanizmalarının yetersiz kalması nedeniyle KZVD’de buldukları düşünülebilir.

### **5.9. Çalışmanın Kısıtlılıkları**

Çalışmamızdaki tüm katılımcılarla tanı değerlendirmesi amacıyla klinik görüşme yapılmış olması, yapılandırılmış görüşme yöntemleri kullanılmamış olması çalışmamıza ait bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde, yapılan çalışma ile elde edilen sonuçlara maddeler halinde yer verilmiştir.

1. Çalışmamızda KZVD ile duygu düzenleme güçlüğü arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir. KZVD gösteren bireyleri duygu düzenleme konusunda daha fazla zorluk yaşadığı görülmüştür.
2. KZVD gerçekleştirmede en sık kullanılan işlevin afekt regülasyonu olduğu dikkat çekmektedir. Bu işlev her iki cinsiyette de yüksek oranda kullanılsa da çalışmamızda kadın cinsiyette daha fazla kullanıldığı görülmüştür.
3. KZVD’de bulunan bireylerin ebeveynlerinden algıladıkları reddedici ve aşırı korumacı tutum yüksek, duygusal yakınlık tutumu ise düşük bulunmuştur.
4. KVZD’de bulunmada otonom işlev kullanımının ön planda olduğu bireylerde babalarını aşırı koruyucu olarak algılama olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür.
5. KZVD gösteren bireylerdeki Erişkin DEHB sıklığı KZVD göstermeyen bireylere göre yüksek bulunmuş, hipotezimizden farklı olarak bu yüksekliğin bileşik görünüm DEHB’den kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hipotezimizdeki dürtüsel tip DEHB nin sık olabileceği varsayımını değerlendirebilecek hasta sayısı ile karşılaşmamıştır.

Çalışmamızın sonuçları, KZVD gösteren bireylerde duygu düzenleme güçlüğüne ve algılanan ebeveyn tutumlarının önemini ortaya koymuştur. Aynı zamanda kendine zarar veren bireylerde Erişkin DEHB’nin sık olabileceğini ve hem dikkatsizlik hem de hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerini gösteren DEHB olgularında daha sık olduğunu göstermiştir. KZVD’de bulunan bireylerin bu davranışı gerçekleştirmede altta yatan niyetlerin bilinmesi ve bu davranışlarda algılanan ebeveyn tutumları ile duygu düzenlemenin rolünün anlaşılması, bu amaçla geliştirilen önleyici çalışmalar ve tedavi yaklaşımları için yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Çalışmamız ruh sağlığı profesyonellerinin kişilerdeki kendine zarar verici davranışları sorgulama ve bu kişilerdeki DEHB’ye dair ipuçlarını araştırmasının gerekliliğine dikkat çekmektedir. Aynı zamanda kendine zarar verme davranışı

gösteren hastaların kapsamlı değerlendirmesinin ve aile öyküsünün sorgulanmasının önemli olduğu, aile ilişkilerinin bu davranışı gerçekleştirmede önemli bir unsur olduğu düşünölmektedir. KZVD’de bulunan bireylere duygu düzenleme stratejileri ile ilgili farkındalık odaklı eğitimler planlanması ve terapilerde bu noktalara uygun hedefler belirlenmesi davranışı önleme ve zararı azaltmaya yardımcı olabileceği düşünölmektedir. Gelecekte bu konuyla ilgili daha kapsamlı çalışmalar yapılması önerilmektedir.



## 7.KAYNAKLAR

1. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010;6:339-63.
2. Favazza AR. Why patients mutilate themselves? *Hosp Community Psychiatry.* 1989;40(2):137-45.
3. Taylor PJ, Jomar K, Dhingra K, Forrester R, Shahmalak U, Dickson JM. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *J Affect Disord.* 2018;227:759-69.
4. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* Guilford Press 1993.
5. Nguyen HTL, Nakamura K, Seino K, Vo VT. Relationships among cyberbullying, parental attitudes, self-harm and suicidal behavior among adolescents: results from a school-based survey in Vietnam. *BMC Public Health.* 2020;20(1):476.
6. Wedig MM, Nock MK. Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(9):1171-8.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5.* 5 ed2013. 947 p.
8. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med.* 2006;36(2):159-65.
9. Murphy K, Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry.* 1996;37(6):393-401.
10. Ramos Olazagasti MA, Klein RG, Mannuzza S, Belsky ER, Hutchison JA, Lashua-Shriftman EC, et al. Does childhood attention-deficit/hyperactivity disorder predict risk-taking and medical illnesses in adulthood? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52(2):153-62.e4.
11. Taylor MR, Boden JM, Rucklidge JJ. The relationship between ADHD symptomatology and self-harm, suicidal ideation, and suicidal behaviours in adults: a pilot study. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2014;6(4):303-12.
12. Hesslinger B, Tebartz van Elst L, Mochan F, Ebert D. A psychopathological study into the relationship between attention deficit hyperactivity disorder in

- adult patients and recurrent brief depression. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;107(5):385-9.
13. Impey M, Heun R. Completed suicide, ideation and attempt in attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2012;125(2):93-102.
  14. Marc DF. The challenge of self-mutilation: A review. *Compr Psychiatry.* 1988;29:252-69.
  15. Walsh BW, Rosen PM. *Self-mutilation: Theory, research, and treatment.* 1st Edition ed. New York: Guilford Press; 1988.
  16. Welch SS. A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population. *Psychiatr Serv.* 2001;52.
  17. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self -mutilators. *Acta Psychiatr Scand.* 1989;79(3):283-89.
  18. Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M, Ghaziuddin N. Mood disorder in a group of self-cutting adolescents. *Acta Paedopsychiatr.* 1992;55(2):103-5.
  19. LeBlanc R. Educational management of self-injurious behavior. *Acta Paedopsychiatr.* 1993;56(2):91-8.
  20. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry.* 1993;44(2):134-40.
  21. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med.* 2007;37(8):1183-92.
  22. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *J Youth Adolesc .* 2002;31(1):67-77.
  23. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 2004;34(1):12-23.
  24. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates and functions. *Am J Orthopsychiatry.* 1998;68(4):609-20.
  25. Skegg K. Self-harm. *The Lancet.* 2005;366(9495):1471-83.
  26. Tarlacı N, Yeşilbursa D, Türkcan S, Saatçioğlu Ö, Yaman M. B kümesi kişilik bozukluklarında kendini yaralamanın özellikleri. *Türk Psikiyatri Derg.* 1997;8:29-35.

27. Favazza AR. Self-mutilation. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 1999. p. 125-45.
28. Zlotnick C, Mattia JI, Zimmerman M. Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187(5):296-301.
29. Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *Am J Psychiatry.* 2001;158(3):427-32.
30. Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, Tutkun H, Savas HA, Ozturk M, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2003;57(1):119-26.
31. Yates TM. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clin Psychol Rev.* 2004;24(1):35-74.
32. Messer JM, Fremouw WJ. A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(1):162-78.
33. Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *J Am Board Fam Med.* 2010;23(2):240-59.
34. Ögel K, Aksoy A. Kendine zarar verme davranışı raporu. Yeniden Yay. 2006.
35. Simeon D, Favazza AR. Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2001. 1-28 p.
36. Menninger KA. *Man Against Himself.* New York: Harcourt, Brace; 1938. 485 p.
37. Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev.* 1998;18(5):531-54.
38. Leibenluft E, Gardner DL, Cowdry RW. Special feature the inner experience of the borderline self-mutilator. *J Pers Disord.* 1987;1:317-24.
39. Favazza AR. Repetitive self-mutilation. *Psychiatr Ann.* 1992;22:60-3.
40. Winchel R, Stanley M, Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry.* 1991;148:306-17.

41. Barrett RP, Feinstein C, Hole WT. Effects of naloxone and naltrexone on self-injury: A double-blind, placebo-controlled analysis. *Am J Ment Retard.* 1989;93(6):644-51.
42. Harris JC. Lesch-Nyhan syndrome and its variants: examining the behavioral and neurocognitive phenotype. *Curr Opin Psychiatry.* 2018;31(2):96-102.
43. Crapper L, Ernst C. Comparative Analysis of Self-Injury in People with Psychopathology or Neurodevelopmental Disorders. *Pediatr Clin North Am.* 2015;62(3):619-31.
44. Tantam D, Whittaker J. Personality disorder and self-wounding. *Br J Psychiatry.* 1992;161:451-64.
45. Baca-García E, Salgado BR, Segal HD, Lorenzo CV, Acosta MN, Romero MA, et al. A pilot genetic study of the continuum between compulsivity and impulsivity in females: the serotonin transporter promoter polymorphism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2005;29(5):713-7.
46. Fliege H, Lee J-R, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *J Psychosom Res.* 2009;66(6):477-93.
47. Ballard E, Bosk A, Pao M. Invited commentary: understanding brain mechanisms of pain processing in adolescents non-suicidal self-injury. *J Youth Adolesc.* 2010;39(4):327-34.
48. Muehlenkamp JJ, Kerr PL, Bradley AR, Adams Larsen M. Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198(4):258-63.
49. Gümüş Saçarçelik G. Kasıtlı kendine zarar verme davranışı olan ergen ve genç erişkin hastalarda çocukluk çağı travmaları İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2009.
50. Toprak S, Cetin I, Guven T, Can G, Demircan C. Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry Res.* 2011;187(1-2):140-4.
51. Webb L. Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors. *J Adv Nurs.* 2002;38(3):235-44.
52. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(2):226-39.

53. Bildik T, Somer O, Başay BK, Başay Ö, Özbaran B. Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg.* 2013;24(1):49-57.
54. Muehlenkamp JJ. Empirically Supported Treatments and General Therapy Guidelines for Non-Suicidal Self-Injury. *J Ment Health Couns.* 2006;28(2):166-85.
55. American Psychiatric Association. Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-III. Washington1980.
56. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR. 4 ed. Washington2000.
57. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. 5th edition ed. Arlington, VA: American Psychiatric Pub; 2013.
58. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry.* 2001;178(1):48-54.
59. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2007;11(2):129-47.
60. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord.* 2013;151(3):821-30.
61. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008;37(2):363-75.
62. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144(1):65-72.
63. Hintikka J, Tolmunen T, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylmä J, Laukkanen E. Mental disorders in self-cutting adolescents. *J Adolesc Health.* 2009;44:464-7.
64. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: a research review for the practitioner. *J Clin Psychol.* 2007;63(11):1045-56.

65. Lüleci S. Kendini yaralama davranışı olan ergenlerin psikiyatrik ve sosyokültürel özellikleri [Uzmanlık Tezi]. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr.Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.; 2007.
66. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am J Orthopsychiatry*. 2002;72(1):128-40.
67. Saxe GN, Chawla N, Van der Kolk B. Self-destructive behavior in patients with dissociative disorders. *Suicide Life Threat Behav*. 2002;32(3):313-20.
68. Dowson JH, Blackwell AD. Impulsive aggression in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;121(2):103-10.
69. Thompson RA. Emotion Regulation: A theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1994;59(2/3):25-52.
70. Gross J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev Gen Psychol*. 1998;2(3):271-99.
71. Gross JJ. Emotion regulation: Past, present, future. *Cogn Emot*. 1999;13(5):551-73.
72. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: conceptual foundations. *Handbook of emotion regulation*. New York, NY, US: The Guilford Press; 2007. p. 3-24.
73. Gross JJ. *Handbook of Emotion Regulation*. In: Gross JJ, editor. *Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations*. Second ed: The Guilford Press; 2014. p. 3-24.
74. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol: Science and Practice*. 1995;2(2):151-64.
75. Masters JC. Strategies and mechanisms for the personal and social control of emotion. In: Garber J, Dodge KA, editors. *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge studies in social and emotional development. New York, NY, US: Cambridge University Press; 1991. p. 182-207.
76. Cole PM, Martin SE, Dennis TA. Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child Dev*. 2004;75(2):317-33.

77. Wenar C, Kerig P. Developmental psychopathology from infancy through adolescence. 5<sup>th</sup> edition. 2005.
78. Cole PM, Michel MK, Teti LO. The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1994;59(2-3):73-100.
79. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;85(2):348-62.
80. Gross JJ, Richards JM, John OP. Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health. In: Snyder DK, Simpson JA, Hughes JN, editors. *Emotion regulation in everyday life: Am Psychol*; 2007. p. 13-35.
81. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004;26(1):41-54.
82. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(2):217-37.
83. Sheppes G, Suri G, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol.* 2015;11:379-405.
84. Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment.* New York, NY, US: The Guilford Press; 2010. p. 13-37.
85. Yurkowski K, Martin J, Levesque C, Bureau JF, Lafontaine MF, Cloutier P. Emotion dysregulation mediates the influence of relationship difficulties on non-suicidal self-injury behavior in young adults. *Psychiatry Res.* 2015;228(3):871-8.
86. Wolff JC, Thompson E, Thomas SA, Nesi J, Bettis AH, Ransford B, et al. Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry.* 2019;59:25-36.

87. Chen W-L, Chun C-C. Association between emotion dysregulation and distinct groups of non-suicidal self-injury in Taiwanese female adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(18):3361.
88. Heath NL, Carsley D, De Riggi ME, Mills D, Mettler J. The relationship between mindfulness, depressive symptoms, and non-suicidal self-injury amongst adolescents. *Arch Suicide Res*. 2016;20(4):635-49.
89. Hasking P, Whitlock J, Voon D, Rose A. A cognitive-emotional model of NSSI: using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cogn Emot*. 2017;31(8):1543-56.
90. Gratz KL, Chapman AL. The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*. 2007;8(1):1-14.
91. Gratz KL, Roemer L. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cogn Behav Ther*. 2008;37(1):14-25.
92. Çengel Kültür E. Aile Yaşam Döngüsü ve Ailenin Gelişimi. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları-3*; 2008. p. 129-36.
93. Ögel K. Riskli davranış gösteren çocuk ve ergenler: Yeniden Yay. 2007.
94. Arrindell W, Sanavio E, Aguilar G, Sica C, Hatzichristou C, Eisemann M, et al. The development of a short form of the EMBU: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. *Pers Individ Dif*. 1999;27:613-28.
95. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. *Psychol Bull*. 1993;113(3):487-96.
96. Perris C, Jacobsson L, Lindström H, von Knorring L, Perris H. Development of a new inventory assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatr Scand*. 1980;61(4):265-74.
97. Rohner RP. The Parental "Acceptance-Rejection Syndrome": Universal Correlates of Perceived Rejection. *American Psychologist*. 2004;59(8):830-40.

98. Markus MT, Lindhout IE, Boer F, Hoogendijk THG, Arrindell WA. Factors of perceived parental rearing styles: the EMBU-C examined in a sample of Dutch primary school children. *Pers Individ Dif.* 2003;34(3):503-19.
99. Lindhout I, Markus M, Hoogendijk T, Borst S, Maingay R, Spinhoven P, et al. Childrearing Style of Anxiety-Disordered Parents. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2006;37(1):89-102.
100. Holmbeck GN, Johnson SZ, Wills KE, McKernon W, Rose B, Erklin S, et al. Observed and perceived parental overprotection in relation to psychosocial adjustment in preadolescents with a physical disability: the mediational role of behavioral autonomy. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(1):96-110.
101. Işık Taner Y. *Ah Bir Büyüse.* İstanbul: Doğan Yayıncılık: Çocuk ve Ergen Psikolojisi 2011.
102. Overbeek G, Ten Have M, Vollebergh W, De Graaf R. Parental lack of care and overprotection. Longitudinal associations with DSM-III-R disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(2):87-93.
103. Zimmermann JJ, Eisemann MR, Fleck MP. Is parental rearing an associated factor of quality of life in adulthood? *Qual Life Res.* 2008;17(2):249-55.
104. Muris P, Merckelbach H. Perceived parental rearing behaviour and anxiety disorders symptoms in normal children. *Pers Individ Dif.* 1998;25(6):1199-206.
105. Oldehinkel AJ, Veenstra R, Ormel J, de Winter AF, Verhulst FC. Temperament, parenting, and depressive symptoms in a population sample of preadolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47(7):684-95.
106. Martin G, Waite S. Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;89(4):246-54.
107. Baker CN, Hoerger M. Parental child-rearing strategies influence self-regulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: evidence from a retrospective cohort study. *Pers Individ Dif.* 2012;52(7):800-5.
108. Bilgin M, Cenkseven F, Satar S. An analysis of parent-female adolescent relationships in female adolescent suicides. *Crisis.* 2007;28(4):190-7.

109. Dirik G, Yorulmaz O, Karancı AN. Çocukluk dönemi ebeveyn tutumlarının değerlendirilmesi: Kısaltılmış algılanan ebeveyn tutumları-çocuk formu. *Türk Psikiyatri Derg.* 2015;26(2):123-30.
110. Merikangas KR, He J-P, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics.* 2010;125(1):75-81.
111. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE, et al. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *Am J Psychiatry.* 2005;162(9):1621-7.
112. Kristiansen CB, Shanmuganathan JWD, Gustafsson LN, Lokke KP, Munk-Jorgensen P. Increasing incidence and diagnostic instability in adult attention-deficit hyperactivity disorder nationwide between 1995 and 2012. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2015;7(2):151-6.
113. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, 11th edition: Güneş Tıp Kitabevi; 2016. p. 1169-80.
114. Agnew-Blais J, Polanczyk GV, Danese A, Wertz J, Arseneault L. Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adulthood. *JAMA psychiatry.* 2016;73(7):713-20.
115. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry.* 2007;190:402-9.
116. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics.* 2012;9(3):490-9.
117. Biederman J, Petty CR, O'Connor KB, Hyder LL, Faraone SV. Predictors of persistence in girls with attention deficit hyperactivity disorder: results from an 11-year controlled follow-up study. *Acta Psychiatr Scand.* 2012;125(2):147-56.
118. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics.* 2015;135(4):e994-1001.

119. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2009;194(3):204-11.
120. Yapıcıoğlu B, Kavakcı Ö, Güler AS, Semiz M, Doğan O. Sivas il merkezinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı ve eşlik eden eksen-I, eksen-II tanıları. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2011;12:177-84.
121. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):716-23.
122. Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Martelon M, Westerberg D, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(11):1557-62.
123. Genro JP, Kieling C, Rohde LA, Hutz MH. Attention-deficit/hyperactivity disorder and the dopaminergic hypotheses. *Expert Rev Neurother*. 2010;10(4):587-601.
124. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(1):3-16.
125. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1313-23.
126. Boomsma DI, Saviouk V, Hottenga J-J, Distel MA, de Moor MHM, Vink JM, et al. Genetic epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD index) in adults. *PloS one*. 2010;5(5):e10621-e.
127. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(11):1432-7.
128. Tuğlu C, Öztürk Şahin Ö. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *PG Yaklaşımlar*. 2010;2(1):75-116.
129. Guney E, Ceylan M, Iseri E. Candidate gene studies of attention deficit hyperactivity disorder. *PG Yaklaşımlar*. 2011;3(4):664-82.

130. Genro JP, Polanczyk GV, Zeni C, Oliveira AS, Roman T, Rohde LA, et al. A common haplotype at the dopamine transporter gene 5' region is associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2008;147b(8):1568-75.
131. Brookes K-J, Xu X, Anney R, Franke B, Zhou K, Chen W, et al. Association of ADHD with genetic variants in the 5'-region of the dopamine transporter gene: evidence for allelic heterogeneity. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2008;147B:1519-23.
132. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet.* 2005;366(9481):237-48.
133. Shaw P, Malek M, Watson B, Sharp W, Evans A, Greenstein D. Development of cortical surface area and gyrification in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry.* 2012;72(3):191-7.
134. Shaw P, Lerch J, Greenstein D, Sharp W, Clasen L, Evans A, et al. Longitudinal mapping of cortical thickness and clinical outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(5):540-9.
135. Friedman LA, Rapoport JL. Brain development in ADHD. *Curr Opin Neurobiol.* 2015;30:106-11.
136. Cortese S, Kelly C, Chabernaud C, Proal E, Di Martino A, Milham MP, et al. Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *Am J Psychiatry.* 2012;169(10):1038-55.
137. Yolton K, Cornelius M, Ornoy A, McGough J, Makris S, Schantz S. Exposure to neurotoxicants and the development of attention deficit hyperactivity disorder and its related behaviors in childhood. *Neurotoxicol Teratol.* 2014;44:30-45.
138. Modesto T, Tiemeier H, Peeters RP, Jaddoe VWV, Hofman A, Verhulst FC, et al. Maternal mild thyroid hormone insufficiency in early pregnancy and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children. *JAMA pediatrics.* 2015;169(9):838-45.
139. Instanes JT, Halmøy A, Engeland A, Haavik J, Furu K, Klungsoyr K. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in offspring of mothers with inflammatory and immune system diseases. *Biol Psychiatry.* 2017;81(5):452-9.

140. Johnson S, Hollis C, Kochhar P, Hennessy E, Wolke D, Marlow N. Psychiatric disorders in extremely preterm children: longitudinal finding at age 11 years in the EPICure study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(5):453-63.
141. O'Connor TG, Rutter M. Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up: English and Romanian Adoptees Study Team. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(6):703-12.
142. Sobanski E. Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256(1):26-31.
143. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, et al. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257(7):371-7.
144. Newcorn JH, Weiss M, Stein MA. The complexity of ADHD: diagnosis and treatment of the adult patient with comorbidities. *CNS spectrums*. 2007;12(8-12):1-14.
145. Wolf LE, Wasserstein J. Adult ADHD. Concluding thoughts. *Ann N Y Acad Sci*. 2001;931:396-408.
146. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005;35(2):245-56.
147. Hodgkins P, Arnold L, Shaw M, Caci H, Kahle J, Woods A, et al. A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD. *Front Psychiatry*. 2012;2:84.
148. Agarwal R, Goldenberg M, Perry R, Ishak WW. The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Innov Clin Neurosci*. 2012;9(5-6):10-21.
149. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess*. 2009;31(3):215-9.

150. Klonsky ED, Olino TM. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(1):22-7.
151. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(5):885-90.
152. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2005;114(1):140-6.
153. Dirik G, Yorulmaz O, Karancı AN. Yetişkinlerin çocukluk anıları ve sosyal kaygı. XIII Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı, İstanbul. 2004.
154. Ruganci RN, Gencoz T. Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Clin Psychol.* 2010;66(4):442-55.
155. Kessler RC, Ustün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2004;13(2):93-121.
156. Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2007;16(2):52-65.
157. Doğan S, Öncü B, Varol Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2009;10:77-87.
158. Hinkle D, Wiersma W, Jurs SG. Applied statistics for the behavioral sciences. American Educational Research Association. 1990;15(1):84-7.
159. Stanley B, Winchel R, Molcho A, Simeon D, Stanley M. Suicide and the self-harm continuum: phenomenological and biochemical evidence. *Int Rev Psychiatry.* 1992;4(2):149-55.
160. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, et al. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry.* 2005;162(2):297-303.
161. Küçük A, Çetinkaya S. İntihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı ve intihar ilişkisi; tanı, borderline kişilik bozukluğu ve mizaç ve karakter özelliklerinin rolü. *Cukurova Med J.* 2019;44(2):360-8.

162. Başay BK, Başay Ö, Bildik T, Özbaran B, Olcay RK, Öztürk Ö, et al. Türk örnekleminde lise öğrencilerinde kendine zarar verme davranışının doğası, işlevleri ve ilişkili risk faktörleri. *Arch Neuropsychiatr.* 2017.
163. Lewis SP, Lumley MN, Grunberg PH. Early maladaptive schemas and non-suicidal self-injury among young adults: A preliminary investigation. *Couns Psychol Q.* 2015;28(4):386-402.
164. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Pers Individ Dif.* 2007;42(4):611-21.
165. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm. *J Youth Adolesc.* 2005;34(5):447-57.
166. Saçarçelik G, Türkcen A, Güveli H, Yeşilbaş D. The prevalence of deliberate self-harm behavior and its association with sociodemographic features in patients referred to secondary care psychiatric clinic for adolescents and young adults. *Dusunen Adam.* 2011;24:253-64.
167. Öztürk O, Uluşahin A. Kişilik Gelişimi. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* Ankara. 2015. p. 81-93.
168. Güney M. Ergenlik dönemi depresyonları. *Psikiyatri Dünyası.* 1998;2:41-4.
169. Derman O. Ergenlerde psikososyal gelişim. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri- Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi.* 2008;63:19-21.
170. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behav Res Ther.* 2006;44(3):371-94.
171. Daukantaitė D, Lantto R, Liljedahl SI, Helleman M, Westling S. One-year consistency in lifetime frequency estimates and functions of non-suicidal self-injury in a clinical sample. *Front Psychiatry.* 2020;11:538.
172. Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol.* 2002;111(1):198-202.

173. Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S. Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(11):1333-41.
174. Lundh L-G, Karim J, Quilisch E. Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: a pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scand J Psychol*. 2007;48(1):33-41.
175. Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009;18(2):78-83.
176. Oktan V. A characterization of self-injurious behavior among Turkish adolescents. *Psychol Rep*. 2014;115(3):645-54.
177. Clare SA. The association of ADHD symptoms to self-harm behaviours: a systematic PRISMA review. *Allely BMC Psychiatry* 14:133. 2014;14:133.
178. Balazs J, Gyori D, Horvath LO, Meszaros G, Szentivanyi D. Attention-deficit hyperactivity disorder and nonsuicidal self-injury in a clinical sample of adolescents: the role of comorbidities and gender. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):34.
179. Hinshaw SP, Owens EB, Zalecki C, Huggins SP, Montenegro-Nevado AJ, Schrodek E, et al. Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(6):1041-51.
180. Öncü B. Erişkinlerde DEHB'yi fark etmek! *Psikiyatride Güncel-Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Derg*. 2016;6(4):265-76.
181. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull*. 2009;135(3):495-510.
182. Adrian M, Zeman J, Erdley C. Emotional Dysregulation and Interpersonal Difficulties as Risk Factors for Nonsuicidal Self-Injury in Adolescent Girls. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39(3):389-400.


183. Peh CX, Shahwan S, Fauziana R, Mahesh MV, Sambasivam R, Zhang Y, et al. Emotion dysregulation as a mechanism linking child maltreatment exposure and self-harm behaviors in adolescents. *Child Abuse Negl.* 2017;67:383-90.
184. Bureau J-F, Martin J, Freynet N, Poirier AA, Lafontaine M-F, Cloutier P. Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *J Youth Adolesc.* 2010;39(5):484-94.
185. Baetens I, Claes L, Martin G, Onghena P, Grietens H, Van Leeuwen K, et al. Is nonsuicidal self-injury associated with parenting and family factors? *J Early Adolesc.* 2013;34(3):387-405.
186. Paiman A, Khan M, Ali T, Asad N, Azam I. Psychosocial factors of deliberate self-harm in Afghanistan: a hospital based, matched case-control study. *East Mediterr Health J.* 2019;25(11):798-805.
187. Duke NN, Pettingell SL, McMorris BJ, Borowsky IW. Adolescent violence perpetration: associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics.* 2010;125(4):778-86.
188. Gratz KL. Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *Am J Orthopsychiatry.* 2006;76(2):238-50.
189. Heath N, Toste J, Nedecheva T, Charlebois A. An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *J Ment Health Couns.* 2008;30(2):137-56.
190. Yoshida T, Taga C, Matsumoto Y, Fukui K. Paternal overprotection in obsessive-compulsive disorder and depression with obsessive traits. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005;59(5):533-8.
191. Taner Derman M, Başal HA. Okulöncesi Çocuklarında Gözlenen Davranış Problemleri ile Ailelerinin Anne-Baba Tutumları Arasındaki İlişki. *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg.* 2013;2(1):115-44.
192. Du C, You J, Zheng X, Ren Y, Jiang Y. The effects of parental psychological control on non-suicidal self-injury in chinese adolescents: the mediating effect of negative emotions. *J Psychol Abnorm.* 2016;5(2):151-6.
193. Krysinska K, Heller TS, De Leo D. Suicide and deliberate self-harm in personality disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2006;19(1):95-101.

194. Ennis J, Barnes RA, Kennedy S, Trachtenberg DD. Depression in self-harm patients. *Br J Psychiatry*. 1989;154:41-7.
195. Gupta B, Trzepacz PT. Serious overdosers admitted to a general hospital: Comparison with nonoverdose self-injuries and medically ill patients with suicidal ideation. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997;19(3):209-15.
196. Urnes O. Self-harm and personality disorders. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2009;129(9):872-6.
197. Mohino S, Ortega-Monasterio L, Planchat L, Fuentes A, Navarro T, Vives L. Discriminating deliberate self-harm (DSH) in young prison inmates through personality disorder. *J Forensic Sci*. 2004;49:137-40.



## EKLER

### EK 1-ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/ 406-901 08.02.2021

**Sayın Prof. Dr. Ömer BÖKE**

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Genç erişkinlerde kendine zarar verme davranışının duygu düzenleme güçlükleri, algılanan ebeveyn tutumları ve erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkisinin araştırılması** başlıklı OMÜ KAЕК 2019/375 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 02.05.2019 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

## **EK-2: HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

**ARAŞTIRMANIN ADI:** Genç erişkinlerde kendine zarar verme davranışının duygu düzenleme güçlüğü, algılanan ebeveyn tutumları ve Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile ilişkisinin araştırılması

---

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz.

### **BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?**

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir.

### **ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?**

Genç erişkinlerde kendine zarar verme davranışının duygu düzenleme güçlüğü, algılanan ebeveyn tutumları ve Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile ilişkisinin araştırılması

### **ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:**

Çalışmamıza katılmayı kabul ederseniz sizinle öncelikle yapılandırılmış, psikiyatrik görüşme yapılacak ve bazı anket formlarını doldurmanız istenecektir. Herhangi bir yan etki, risk söz konusu değildir

### **BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?**

Çalışma doktorunuzun talimatlarına uymaya, randevu ve vizitelere katılmaya ve yukarıda anlatılan çalışmayla ilgili tüm işlemlere uymaya istekli olmalısınız. Çalışma tek değerlendirmede sonlanacak. Tekrara doktorunuzu çalışma için görmenize gerek olmayacak.

### **ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?**

Çalışmanın size herhangi bir zararı söz konusu değildir.

### **GÖNÜLLÜ KATILIM**

Bu araştırmaya katılma kararımı tamamen gönüllü olarak veriyorum. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceğim veya katıldıktan sonra istediğim zaman, bu tedavi kurumunda göreceğim bakım ve tedaviler etkilenmeksizin ve hiçbir sorumluluk almadan ayrılabilirim bilincindeyim. Çalışmadan her hangi bir zamanda ayrılırsam, ayrılma nedenlerimi, ayrılışımın sonuçlarını ve izleyen dönemde alacağım tedavileri doktorumla tartışacağım.

### **ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?**

Çalışmanın herhangi bir maliyeti yoktur. Sadece araştırmacı tarafından uygulanan anketler ile çalışma yapılmaktadır.

### **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Bu formu imzalayarak doktorunuzun ve onun kadrosunun çalışma için sizin kişisel bilgilerinizi ( “Çalışma Verileri”) toplamalarına ve kullanmalarına onay vermiş olacaksınız. Bu durum doğum tarihiniz, cinsiyetiniz, Çalışma verilerinizin kullanımı ile ilgili verdiğiniz onayın herhangi bir belirlenmiş birim tarihi yoktur, ancak doktorunuzu haberdar ederek bu onayınızdan herhangi bir zamanda vazgeçebilirsiniz.

Doktorunuz çalışma verilerinizi çalışma için kullanacaktır. Verilerin çalışma dışı amaçla kullanımı söz konusu değildir.

Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayınlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda açıklanmayacaktır.

Doktorunuzdan toplanan çalışma verileriniz hakkında bilgi isteme hakkında sahipsiniz. Aynı zamanda bu verilerdeki herhangi bir hatanın düzeltilmesini isteme hakkında da sahipsiniz. Eğer bu konuda bir isteğiniz olursa lütfen doktorunuzla görüşünüz.

Eğer onayınızda vazgeçerseniz, doktorunuz çalışma verilerinizi artık kullanamayacaktır. Bu formu imzalayarak, çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay vermekteyim.

#### **ARAŞTIRMA SÜRESİNCE 24 SAAT ULAŞILABİLECEK KİŞİLER:**

Prof. Dr. Ömer BÖKE

OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.

Dr. Deniz GÖKTEN ULUSOY

OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.

#### **ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR:**

Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışmadan çıkmanız halinde bu tedavi kurumunda göreceğiniz bakım ve tedaviler etkilenmeyecek, herhangi bir aksama olmayacaktır.

#### **YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR**

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekiyorsa Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekiyorsa Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

**EK-3: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

- **Adı Soyadı:**
- **Adres ve Tel:**
- **Yaş:**
- **Cinsiyet:** (0) Erkek (1)Kadın
- **Medeni durum:** (0) Bekâr (1)Evli
- **Eğitim Süresi: ... Yıl**
- **Yaşam şekli:** (0) yalnız yaşıyor (1) aile ile (2) diğer (arkadaş-yurt)
- **Çalışma durumu:** (0)Öğrenci (1)Çalışıyor (2)İşsiz (3) Emekli (4) ev kadını
- **Daha önce psikiyatri başvurusu var mı:** (0) yok (1) var
- **Halen bir psikiyatrik tedavi alıyor mu:** (0)hayır (1)evet
- **Ahyorsa hangi tedavi:**
- **Sigara kullanımı:** (0) yok (1) var
- **Madde kullanımı :** (0) yok (1) var
- **Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü:** (0) yok (1) var
- **İntihar Girişimi:** (0) yok (1) var
- **İntihar nedeniyle tıbbi yardım başvurusu:** (0) yok (1)var
- **İntihar nedeniyle hastane yatışı:** (0)yok (1)var
- **Varsa yatış gün sayısı:**

#### **EK-4: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri**

## BÖLÜM I:

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

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

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

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

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

**3.Hangi yaşta;**

İlk kez kendinize zarar verdiniz? .....

En son ne zaman kendinize zarar verdiniz?.....

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

Lütfen daire içine alınız.

EVET

BAZEN

HAYIR

**5.Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?**

Lütfen daire içine alınız

EVET

BAZEN

HAYIR

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

Lütfen daire içine alınız

<1 saat

1-3 saat

3-6 saat

6-12 saat

12-24 saat

>1gün

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

Lütfen daire içine alınız

EVET

HAYIR

## **BÖLÜM II: İŞLEVLER**

### **Yönerge:**

Bu anket intihar amaçlı olamayan kendine zarar verme davranışı deneyimini daha iyi anlamamızı sağlamaya yönelik oluşturulmuştur. Aşağıda sizin kendinize zarar verme deneyiminizle ilişkili olabilecek ya da olmayabilecek durumlar bir liste olarak verilmiştir.

Lütfen sizin için en uygun olan durumları belirleyiniz.

- Belirtilen durum size **hiç uygun değilse** ‘0’ işaretleyiniz.
- Belirtilen durum size **kısmen uygunsa** ‘1’ işaretleyiniz.
- Belirtilen durum size **çok uygunsa** ‘2’ işaretleyiniz.

Kendime zarar verdiğimde, .....	Bana hiç uygun değil	Bana kısmen uygun	Bana çok uygun
1. Kendimi sakinleşmiş hissederim.	0	1	2
2. Kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum.	0	1	2
3. Kendimi cezalandırmış olurum.	0	1	2
4. Kendime özen göstermek için bir yol bulmuş olurum (yaramla ilgilenerek).	0	1	2
5. Uyuşukluk hissinden kurtulmak için acı oluşturmuş olurum.	0	1	2
6. İntihar girişimi dürtümden kaçınmış olurum.	0	1	2
7. Heyecan ve coşku yaşatan bir şey yapmış olurum.	0	1	2
8. Akranlarımla aramda bir bağ kurulmuş olur.	0	1	2
9. Başkalarının hissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarını sağlamış olurum.	0	1	2
10. Acıya dayanıklılığımı görmüş olurum.	0	1	2
11. Kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum.	0	1	2
12. Birisinden hıncımı çıkartmış olurum.	0	1	2
13. Kendi kendime yeterliliğimi kanıtlamış olurum.	0	1	2

14. İçimde biriken duygusal baskıdan kurtulmuş olurum.	0	1	2
15. Başkalarından ayrı olduğumu göstermiş olurum.	0	1	2
16. Değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum.	0	1	2
17. Duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum.	0	1	2
18. Fiziksel acı bile olsa bir şeyler hissetmiş olurum (hiçbir şey hissetmemektense).	0	1	2
19. İntihar düşüncelerime gerçekten intihar girişiminde bulunmak yerine başka şekilde yanıt vermiş olurum.	0	1	2
20. Uç bir şey yaparak kendimi veya başkalarını eğlendirmiş olurum.	0	1	2
21. Başkalarına uyum sağlamış olurum.	0	1	2
22. Başkalarından ilgi ya da yardım istemiş olurum.	0	1	2
23. Güçlü veya dayanıklı olduğumu göstermiş olurum.	0	1	2
24. Duygusal acımın gerçekliğini kendime göstermiş olurum.	0	1	2

25. Başkalarından intikam almış olurum.	0	1	2
26. Başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum.	0	1	2
Kendime zarar verdiğimde, .....	<b>Bana hiç uygun değil</b>	<b>Bana kısmen uygun</b>	<b>Bana çok uygun</b>
27. Kaygı, hüsran öfke ve diğer bunaltıcı hislerim hafiflemiş olur.	0	1	2
28. Kendim ve başkaları arasında bariyer inşa etmiş olurum.	0	1	2
29. Kendimden hoşnut olmamam ya da kendimden öğrenmeme bir yanıt vermiş olurum.	0	1	2
30. Kendimi yaramın iyileşmesine odaklanırım. Bu, benim için sevindirici ya da tatmin edici olabilir.	0	1	2
31. Kendimi gerçek hissetmediğimde hala hayatta olduğumdan emin olmuş olurum.	0	1	2
32. İntihar düşüncelerimi sonlandırmış olurum.	0	1	2
33. Sınırlarımı zorlamış olurum (paraşütle atlamak ya da uçta bir şey yapmak gibi).	0	1	2
34. Arkadaşlarım ve sevdiğilerimle aramda bir dostluk ya da akrabalık bağı simgesi oluşturmuş olurum.	0	1	2
35. Sevdiğim birinin benden ayrılmasına ya da beni terk etmesine engel olmuş olurum.	0	1	2
36. Fiziksel acıya katlanabileceğimi kanıtlamış olurum.	0	1	2
37. Yaşadığım duygusal stresi anlamlandırmış olurum.	0	1	2
38. Bana yakın birini incitmeye çalışmış olurum.	0	1	2
39. Özerkliğimi, bağımsızlığımı ortaya koymuş olurum.	0	1	2

## EK-5: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Sayfanın sağında yer alan açıklamalara kendinizi değerlendirip soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken son 6 ay içerisinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınızı konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (x) işareti koyunuz.

A BÖLÜMÜ	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
<b>B BÖLÜMÜ</b>					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					

## EK-6: Duygu Düzenlemede G cl kler  leği (DDGÖ)

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu yanlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinde işaretleyerek değerlendiriniz.

1: Hemen hemen hiç 2: Bazen 3: Yaklaşık yarı yarıya 4: Çoğu zaman 5: Hemen her zaman

	1	2	3	4	5
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.					
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.					
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.					
4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.					
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.					
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.					
8. Ne hissettiğimi �nemserim.					
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.					
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden ıkarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun zaman böyle kalacağıma inanırım.					
16. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.					
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
19. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıktığım duygusunu yaşarım.					
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı s�rd�rebilirim.					
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.					
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf birisi olduğum duygusuna kapılırım.					
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolüm altındadır.					

25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.					
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.					
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.					
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
30. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimle ilgili çok fazla endişelenmeye başlarım.					
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.					
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.					
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.					
35. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır.					
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

## EK-7: Kısaltılmış Algılanan Ebeveyn Tutumları Ölçeği

1. Anne ve babam, nedenini söylemeden bana kızarlardı ya da ters davranırlardı (R).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

2. Anne ve babam, beni överlerdi (DY).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

3. Anne ve babamın yaptıklarım konusunda daha az endişeli olmasını isterdim (AK).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

4. Anne ve babam, bana hak ettiğimden daha çok fiziksel ceza verirlerdi (R).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

5. Eve geldiğimde, anne ve babama ne yaptığımın hesabını vermek zorundaydım (AK).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman
Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

6. Anne ve babam, ergenliğimin uyarıcı, ilginç ve eğitici olması için çalışırlardı (DY).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
Baba	1		2	3	4
Anne	1		2	3	4

7. Anne ve babam, beni başkalarının önünde eleştirirlerdi (R).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
Baba	1		2	3	4
Anne	1		2	3	4

8. Anne ve babam, bana birşey olur korkusuyla başka çocukların yapmasına izin verilen şeyleri yapmamı yasaklardı (AK).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
Baba	1		2	3	4
Anne	1		2	3	4

9. Anne ve babam, her şeyde en iyi olmam için beni teşvik ederlerdi (DY).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
Baba	1		2	3	4
Anne	1		2	3	4

10. Anne ve babam davranışları ile, örneğin üzgün görünerek, onlara kötü davrandığım için kendimi suçlu hissetmeme neden olurlardı (AK).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
Baba	1		2	3	4
Anne	1		2	3	4

11. Anne ve babamın bana birşey olacağına ilişkin endişeleri abartılıydı (AK).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
Baba	1		2	3	4
Anne	1		2	3	4

12. Benim içim birşeyler kötü gittiğinde, anne ve babamın beni rahatlatmaya ve yüreklendirmeye çalıştığını hissedirdim (DY).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
Baba	1		2	3	4
Anne	1		2	3	4

13. Bana ailenin 'yüz karası' yada 'günah keçisi' gibi davranılırdı (R).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
Baba	1		2	3	4
Anne	1		2	3	4

14. Anne ve babam, sözleri ve hareketleriyle beni sevdiklerini gösterirlerdi (DY).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
Baba	1		2	3	4
Anne	1		2	3	4

15. Anne ve babamın, erkek yada kız kardeşimi(lerimi) beni sevdiklerinden daha çok sevdiklerini hissedirdim (R).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
Baba	1		2	3	4
Anne	1		2	3	4

16. Anne ve babam, kendimden utanmama neden olurlardı (R).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
--	---------------------	--------------------	---------------	------------------	--

Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

17. Anne ve babam, pek fazla umursamadan, istediğim yere gitmeme izin verirlerdi (AK)\*.

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
Baba	1		2	3	4
Anne	1		2	3	4

18. Anne ve babamın, yaptığım herşeye karıştıklarını hissedirdim (AK).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
Baba	1		2	3	4
Anne	1		2	3	4

19. Anne ve babamla aramda sıcaklık ve sevecenlik olduğunu hissedirdim (DY).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
Baba	1		2	3	4
Anne	1		2	3	4

20. Anne ve babam, yapabileceklerim ve yapamayacaklarımla ilgili kesin sınırlar koyar ve bunlara titizlikle uyarlardı (AK).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
Baba	1		2	3	4
Anne	1		2	3	4

21. Anne ve babam, küçük kabahatlerim için bile beni cezalandırırlardı (R).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
--	---------------------	--------------------	---------------	------------------	--

Baba	1	2	3	4
Anne	1	2	3	4

22. Anne ve babam, nasıl giyinmem ve görünmem gerektiği konusunda karar vermek isterlerdi (AK).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
Baba	1		2	3	4
Anne	1		2	3	4

23. Yaptığım birşeyde başarılı olduğumda, anne ve babamın benimle gurur duyduklarını hissederdim (DY).

	Hayır, hiçbir zaman	Evet, arada sırada	Evet, sık sık	Evet, çoğu zaman	
Baba	1		2	3	4
Anne	1		2	3	4

## EK-7: Turnitin Orijinallik Raporu

tez 16022021			
ORJINALLIK RAPORU			
% <b>11</b>	% <b>9</b>	% <b>5</b>	% <b>4</b>
BENZERLIK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	www.psikguncel.org İnternet Kaynağı		% 1
2	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı		% 1
3	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi		<% 1
4	openaccess.hku.edu.tr İnternet Kaynağı		<% 1
5	www.turkpsikiyatri.com İnternet Kaynağı		<% 1
6	www.researchgate.net İnternet Kaynağı		<% 1
7	tez.yok.gov.tr İnternet Kaynağı		<% 1
8	tez.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı		<% 1
9	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı		<% 1