

# Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin aile işlevselliği

## *Family functioning of adolescents with nonsuicidal self-injury*

Damla Eyüboğlu<sup>1</sup>, Taner Güvenir<sup>2</sup>, Canem Kavrurma<sup>3</sup>, Fatma Varol Taş<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Eskisehir, Türkiye

<sup>2</sup>Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, İzmir, Türkiye

<sup>3</sup>Uzm. Dr., Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Manisa, Türkiye

<sup>4</sup>Doç. Dr., Özel Muayenehane, Alsancak, İzmir, Türkiye

### ÖZET

**Amaç:** : Bu çalışmada çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine kendine zarar verme davranışı (KZVD) ile başvuran ergenlerde KZVD özellikleri, aile işlevselliği, ebeveynlerinin ruhsal iyilik hallerinin araştırılması ve ergenlerdeki kendine zarar verme davranışı arasında ilişki olup olmadığının saptanması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği'ne başvuran, son 1 yıl içerisinde KZVD olan 37 olgu ve 51 ebeveyni ile aynı kliniğe herhangi bir psikopatoloji ile başvuran 31 kontrol ve 47 ebeveyni alındı. Çalışmaya katılan ergenlere Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), ebeveynlerine ADÖ ve Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) uygulanmıştır. **Bulgular:** Kesme en sık KZVD yöntemi idi. KZVD olan gruptaki ergen ve ebeveynlerinin, işlevsellikte kısıtlılıklara işaret edecek şekilde, ADÖ alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu gruptaki ebeveynlerin GSA-12 ölçeğinden daha yüksek oranda 2 ve üstü puan aldıkları gözlemlenmiştir. **Sonuç:** KZVD olan ergenlerin aile işlevselliğinin daha bozuk olduğu, KZVD ile aile işlevselliği arasında anlamlı bir ilişki olduğu, ebeveynlerinin daha yüksek oranda psikopatoloji riski taşıdıkları bulunmuştur. KZVD'si olan ergenlerin ebeveynleri ile aile işlevselliğindeki sorunlara yönelik görüşmeler yapılması ve ruhsal iyilik hallerinin desteklenmesi önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Kendine zarar verme davranışı, ergen, aile işlevselliği

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:370-379)

DOI: 10.5505/kpd.2018.77598

### SUMMARY

**Objective:** The aim of this study was to investigate the features of nonsuicidal self-injury (NSSI) behaviors, family functioning and parental well-being in adolescents with NSSI referred to child and adolescent psychiatry department and also in order to detect if there is an association between the act of NSSI and the issues above mentioned. **Method:** Thirty seven cases with NSSI in the last year and their 51 parents and 31 controls with any psychopathology and their 47 parents referred to child and adolescents psychiatry clinic were included. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) and Mc Master Family Assessment Device (FAD) were applied to all adolescents who admitted to the study, and FAD and General Health Questionnaire (GHQ) were applied to their parents. **Results:** Cutting was the most common self harm method. The adolescents with NSSI and their parents had greater scores in Mc Master Family Assessment Device subscales by pointing the limitations in functioning. The parents of adolescents with NSSI had greater ratio 2 and upper scores in GHQ-12. **Discussion:** It was found that family functioning of adolescents with NSSI was poorer, there was a significant association between NSSI and family functioning and parents of adolescents with NSSI had more risks in mental health disorders. It is important to interview with parents of adolescents with NSSI about family functioning problems and to support parental well-being.

**Key Words:** Nonsuicidal self-injury, adolescent, family functioning

## GİRİŞ

Kasıtlı olarak kendine zarar verme davranışı; kişinin kendi vücut dokularına özkıyım niyeti olmaksızın kasıtlı olarak ve doğrudan zarar vermesi olarak tanımlanmaktadır (1,2). Kendine zarar verme davranışı (KZVD) için en büyük risk ergenlik döneminde ve sıklıkla dürtüsel biçimde ortaya çıkar (3). Bazı risk faktörlerinin (örn: istismar, travma vb.) ve psikopatoloji durumlarının (ör: duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları vb.) KZVD ile ilişkili olduğu bilinmektedir (4,5,6).

KZVD literatürde "self injury", "self mutilation", "self harm", "parasuicide" vb. şekillerde adlandırılmıştır. Son yıllarda ise "intihar niyeti taşımayan kendine zarar verme" (Nonsuicidal self-injury) araştırmacılar tarafından kabul gören bir terim olmaya başlamış (7,8) ve aynı terimle DSM-5'te ayrı bir klinik durum olarak yerini almıştır (7).

Toplum tabanlı yapılan prevelans çalışmalarında KZVD ergenlerde %23, genç erişkinlerde %13.4, erişkinlerde ise %5.5 oranlarında saptanmıştır (3,9). Jacobson ve Gould (2007)'un, kendine zarar verme davranışı olan ergenlerle yapılmış araştırmaları gözden geçirdikleri çalışmalarında; KZVD'nın hayat boyu yaygınlığı %13.0-23.2; bir yıllık yaygınlığı da %2.5-12.5 olarak bildirilmiştir (4).

KZVD, genellikle 10-24 yaş arasında başlamaktadır ve ortalama başlangıç yaşı 13-14 yaş olarak bildirilmektedir (10,11). KZVD'nın ne kadar süre devam ettiği konusunda bilgiler sınırlı olmakla birlikte; yapılan bir çalışma, ergenlerin %40'ının 1 yıl içinde, %80'inin de 5 yıl içinde kendine zarar verme davranışını bıraktığını göstermiştir (12).

Yazında KZVD'nın kızlar ve erkekler arasında dağılımı konusunda farklı sonuçlar mevcuttur. Bazı çalışmalar KZVD'yi, kızlarda ve erkeklerde eşit oranlarda raporlamış (13,14); diğerleri de kızlarda, erkeklere göre daha sık bildirmiştir (15,16). Ergenlerde yapılan çalışmalarda en sık kullanılan KZVD yöntemleri, kendini kesme ve kendine vurma olarak belirtilmiştir (15).

Kendine zarar verme davranışını etkileyen etmenler arasında geçmişte yaşanmış fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın, nörobiyolojik ve genetik faktörlerin, olumsuz kendilik algısı, olumsuz duygulanım, impulsivite, düşük stres toleransı ve disosiyatif yaşantılar gibi kişisel psikolojik etkenlerin yer aldığı bildirilmiştir (11, 17, 18, 19).

Aile özellikleriyle ilgili olarak yapılan izlem çalışmalarına göre ailesinden ayrı olan, çocukluğunda bir süre de olsa ailesinden ayrı kalan veya anne-babası boşanmış ergenlerin kendine zarar verme riski daha yüksekken; olumlu ailesel ilişkilere sahip olan ergenlerin kendine zarar verme riski düşük bulunmuştur (20). Rubenstein ve ark. (1998), aile içi bağların sağlamlığının ve aile bütünlüğünün KZVD için koruyucu faktör olduğunu; aile içi çatışmaların KZVD için risk faktörü olduğunu belirtmiştir (21). Ayrıca literatürde, ebeveyn-çocuk iletişimindeki ve aile işlevlerindeki yetersizliklerle birlikte zayıf aile bağlarının KZVD risk oluşturduğunun vurgulandığı çalışmalar mevcuttur (22,23). Aile bireylerinden birinde fiziksel bir hastalık veya psikopatoloji olmasının, alkol ve madde kullanım bozukluğunun bulunmasının da, ergenlerin kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (6, 24,25).

Bu çalışmada çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran ve kasıtlı kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin aile işlevselliğinin ve ebeveynlerinin genel ruhsal durumlarının değerlendirilmesi, bu etmenler ile kasıtlı kendine zarar verme davranışı arasında ilişki olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Araştırmanın örneklemi, Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran ve kendine zarar verme davranışı olan ya da olmayan ergen ve ebeveynlerinden oluşmuştur.

Çalışmanın olgu grubuna; 12-18 yaş aralığında olan, klinik olarak normal düzeyde zeka düzeyine sahip ve son 1 yıl içerisinde en az bir defa intihar amacı olmadan kendine zarar verme davranışı bulunan ergenler alınmıştır. Kontrol grubu ise aynı

kliniğe başvuran, yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından eşleştirilmiş, kendine zarar verme davranışı olmayan ancak psikiyatrik yakınması bulunan ergenlerden rastgele olarak seçilmiştir. Ayrıca her iki grup için de en az bir ebeveynin ulaşılabilir olması kriteri göz önüne alınmıştır. Tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı psikoz ve mani, alkol ve madde bağımlılığı, mental retardasyon (klinik olarak), otistik bozukluk, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi klinik durumlara sahip ergenler çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışma kriterlerine uyan ergenlerden ve ailelerinden yazılı onam alınmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 782-GOA protokol numarası ile etik onay alınmıştır.

### Uygulama

Her ergen ve ailesine yarı yapılandırılmış bir görüşme olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) uygulanmış, ayrıca görüşmede sosyodemografik veri formu araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Ayrıca her ergene ve ulaşılabilen ebeveynlere Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve sadece ebeveynlere Genel Sağlık Anketi-12 doldurtulmuştur.

### Veri toplama araçları

*Sosyodemografik veri formu*; ergenlerin yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik düzeyi ve ailelerine yönelik özellikleri(aile yapısı, ebeveyn geçimsizliği, aile içi şiddet) ile olgu grubu için KZVD yöntemleri hakkında bilgi toplama amacıyla literatür temel alınarak yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

*Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi- Şimdi ve yaşam boyu versiyonu (ÇDŞG-ŞY)*; K-SADS-PL Kauffman ve ark. (1997) tarafından 6-18 yaşlar arasındaki çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam-boyu psikopatolojiyi taramak amacıyla geliştirilmiş, yarı-yapılandırılmış bir görüşmedir (26). ÇDŞG-ŞY, DSM-IV (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) tanı ölçütleri doğrultusunda uygulanmıştır. Form; sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı ilk bölüm,

şimdi ve geçmiş psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı ikinci bölüm ve çocuğun değerlendirme yapıldığı andaki genel işlevinin değerlendirildiği üçüncü bölümden oluşmaktadır. Görüşmede duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. ÇDŞG-ŞY'nin Türkçe çevirisi ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve ark (2004) tarafından yapılmıştır (27).

*Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Mc Master Family Assessment Device)*; Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), ABD'de Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde aile işlevlerini çeşitli boyutlarda ölçmek üzere geliştirilmiştir. Problem Çözme (PRÇ), İletişim (İLT), Roller (ROL), Duygusal Tepki Verebilme (DTV), Gereken İlgii Gösterme (GİG), Davranış Kontrolü (DVK) ve Genel Fonksiyonlar (GNF) adı altında yedi alt ölçekten oluşan ADÖ, 60 maddedir. Ölçek 'aynen katılıyorum' cevabı için bir puan ile 'hiç katılmıyorum' cevabı için dört puan arasında değişen dört seçenek üzerinden puanlanmaktadır. On iki yaş üzerindeki tüm aile üyelerine aile işlevlerini değerlendirmek amacıyla uygulanabilmektedir. Ölçeğin her alt ölçeği ayrıca puanlanmaktadır. Alt ölçek puanı iki ya da üzeri olan durumlarda o aile işlevlerinin sorunlu olduğu düşünülmektedir. Ölçeğin ülkemize uyarlama çalışması Bulut (1990) tarafından yapılmıştır (28).

*Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12)(General Health Questionnaire)*; Ölçek 12 sorudan oluşmaktadır ve her soru dört seçeneklidir (örn; "hiç olmuyor", "her zamanki kadar", "her zamankinden sık", "çok sık"). Puanlamada GSA'nın değerlendirilmesinde, GHQ tipi puanlama yöntemi kullanılmaktadır. Buna göre ilk iki kolon 0, son iki kolon 1 olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan ise 12'dir. Puandaki artma ruhsal hastalık riskine işaret etmektedir. Genel sağlık anketinin 12 maddelik formunda 2 puan ve üzerinde alan kişilerde psikiyatrik bir rahatsızlık bulunma olasılığının yüksek olduğu açıklanmaktadır. Kılıç (1996) tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (29).

## İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçümle elde edilen değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma, kategorik değişkenler yüzde ve sayı şeklinde ifade edilmiştir. Sayısal değişkenlerden normal dağılım gösteren iki grup arasındaki ortalama karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılım göstermeyenlerde nonparametrik test olan Mann Whitney U testi kullanılmış olup, kategorik değişkenler Pearson ki-kare testi ve Fishers's Exact testi ile değerlendirilmiştir.  $p < 0.05$  değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

Sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve düzeyini belirlemek için normal dağılım gösterenlerde Pearson, normal dağılım göstermeyenlerde Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

## BULGULAR

Çalışmada, KZVD olan grup 37, kontrol grubu ise 31 ergenden oluşmuştur. Ayrıca olgu grubundaki 51 ebeveyne, kontrol grubundaki ise 47 ebeveyne ulaşılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda, olgu grubunun yaş ortalaması  $15.3 \pm 1.3$ , kontrol grubunun yaş ortalaması  $15.6 \pm 1.1$  olarak saptanmıştır. Cinsiyet açasından olgu grubunun %73'ünü ( $n=27$ ), kontrol grubunun %67.7'sini ( $n=21$ ) kız

cinsiyet oluşturmaktadır. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açasından anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

Olgu grubunun %10.8'i ( $n=4$ ) yüksek, %62.2'si ( $n=23$ ) orta, %27'si ( $n=10$ ) düşük; kontrol grubunun %19.4'ü ( $n=6$ ) yüksek, %64.5'i ( $n=20$ ) orta, %16.1'i ( $n=5$ ) düşük sosyoekonomik düzeyde yer almaktadır. Sosyoekonomik düzey açasından gruplar birbiri ile benzer bulunmuştur ( $\chi^2=1.76$ ,  $p > .05$ ). (Sosyoekonomik düzey ailelerin kendi algıları doğrultusunda değerlendirilmiştir.)

Olgu grubunun %70.3'ü ( $n=26$ ) ebeveynlerinin birlikte olduğunu, %29.7'si ( $n=11$ ) ebeveynlerinin boşanmış/ayrı veya birinin vefat etmiş olduğunu; kontrol grubunun ise %74.2'si ( $n=23$ ) ebeveynlerinin birlikte olduğunu, %25.8'i ( $n=8$ ) ebeveynlerinin boşanmış/ayrı veya birinin vefat etmiş olduğunu belirtmiştir. Olgu grubu ve kontrol grubu aile yapısı açasından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ( $\chi^2=0.13$ ,  $p > .05$ ).

Ergen ve ailelerinden alınan bilgilere göre; ebeveyn geçimsizliğinin olgu grubunun %56.8'inde ( $n=21$ ), kontrol grubunun %32.3'ünde ( $n=10$ ) bulunduğu bildirilmiştir. Gruplar arasında ebeveyn geçimsizliği istatistiksel acağan anlamlı olarak farklı bulunmuştur ( $\chi^2=4.08$ ,  $p=0.043$ ). Aile içi şiddet sorgulandığında ise olgu grubunun %40.5'inde ( $n=15$ ),

**Tablo 1:** Olgu ve kontrol gruplarının DSM -IV'e göre mevcut psikiyatrik tanları

DSM-IV Eksen I tanları	Olgu grubu N (%)	Kontrol grubu N (%)
Depresif Bozukluk	19 (51.3)	11 (35.5)
Davranım Bozukluğu	12 (32.4)	-
KOKGB*	10 (27.0)	2 (6.5)
DEHB**	7 (18.9)	8 (25.8)
Anksiyete Bozukluğu	-	8 (25.8)
PTSB***	-	3 (9.7)
Trikotillomani	-	2 (6.5)
Tik Bozukluğu	-	1 (3.2)
OKB****	-	1 (3.2)
Tanıı olmayan	2 (5.4)	2 (6.5)

\*KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, \*\*DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu,

\*\*\*PTSB: Post Travmatik Stres Bozukluğu, \*\*\*\*OKB: Obsesif -Kompulsif Bozukluk

**Tablo 2:** Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Olgu grubu (n=37)			Kontrol grubu (n=31)			P
	Ort	Median	Min-max	Ort	Median	Min-max	
Gereken ilgiyi gösterme	2.4	2.43	1.4-3.3	2.1	2.0	1.3-3.6	<b>0.002*</b>
Davranış kontrolü	2.1	2.11	1.3-3.2	1.9	2.11	1.2-2.8	<b>0.022*</b>
İletişim	2.5	2.44	1.1-4.0	2.1	2.11	1.0-3.3	<b>0.026**</b>
Genel fonksiyonlar	2.5	2.50	1.2-4.0	2.1	2.5	1.1-3.9	<b>0.015*</b>
Problem çözme	2.6	2.67	1.0-3.8	2.3	2.17	1.0-3.8	0.16*
Roller	2.4	2.36	1.0-3.6	2.1	2.0	1.1-3.3	0.098**
Duygusal tepki verebilme	2.5	2.50	1.0-4.0	2.2	2.0	1.2-3.5	0.106*

\*Mann-Whitney U Testi, \*\*Student T testi

kontrol grubunun %25.8'inde (n=8) var olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında aile içi şiddet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $\chi^2=1.64$ ,  $p>.05$ ).

KZVD olan ergenlerde kendini kesme davranışı en sık görülen kendine zarar verme yöntemi olarak saptanmıştır ve olguların %89.2'sinde (n=33) görülmüştür. Sıklık sırasına göre görülen diğer yöntemler; yara iyileşmesine engel olma, cilde harf veya şekil kazıma, kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma, tırnaklama, tehlikeli veya zararlı madde içme veya yutma şeklindeki kendine zarar verme davranışlarıdır.

Çalışma kapsamında, ergenlerle yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (ÇDGŞG-ŞY) yapılarak mevcut eksen I psikiyatrik tanıları değerlendirilmiştir. Buna göre; olgu grubunun % 94.6'sında (n=35), kontrol grubunun % 93.5'inde (n=29) en az bir psikiyatrik tanı saptanmıştır (Tablo 1).

Aile işlevselliğini değerlendirmek amacıyla uygulanmış olan ergenlerin doldurduğu ADÖ alt ölçek puanlarına bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin kontrol grubundakilere göre tüm alt ölçek puanları daha yüksek olarak saptanmıştır. Ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık, sadece gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, iletişim ve genel

**Tablo 3:** Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin ebeveynlerinin Aile Değerlendirme Ölçeği alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Olgu grubu (n=51)			Kontrol grubu (n=47)			P
	Ort	Median	Min-max	Ort	Median	Min-max	
Gereken ilgiyi gösterme	2.42	2.29	1.43 - 3.71	2.13	2.0	1.43 - 3.71	0.011*
Davranış kontrolü	2.07	2.11	1.22 - 3.0	1.81	1.67	1.0 - 3.44	0.009*
İletişim	2.11	2.11	1.33 - 3.56	1.78	1.89	1.11 - 3.44	0.027**
Genel fonksiyonlar	2.24	2.33	1.25 - 3.75	1.86	1.83	1.08 - 3.42	0.002**
Problem çözme	2.27	2.33	1.0 - 4.0	1.89	1.83	1.17 - 3.0	0.007*
Roller	2.31	2.36	1.27 - 3.45	2.18	2.09	1.27 - 3.18	0.205**
Duygusal tepki verebilme	1.93	2.17	1.0 - 3.3	1.93	2.0	1.0 - 3.17	0.108*

\*Mann-Whitney U Testi,\*\*Student T testi

fonksiyonlar alt ölçek puanları arasındadır (Tablo 2).

Ailelerin doldurduğu ADÖ alt ölçek puanları değerlendirildiğinde; olgu grubundaki ergenlerin ebeveynlerinin kontrol grubundakilere göre tüm alt ölçek puanları daha yüksek olarak belirlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık, problem çözme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, iletişim ve genel fonksiyonlar alt ölçeklerinde saptanmıştır (Tablo 3).

Olgu grubundaki ergenlerin KZVD yöntemi olarak "kendini kesme" sıklığı ile ADÖ problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve genel fonksiyonlar alt ölçek puanları arasında orta düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır, ayrıca bu korelasyon istatistiksel açıdan anlamlıdır (Tablo 4).

Çalışmaya katılan tüm ergenlerin ebeveynlerinin ruhsal iyilik hallerini değerlendirmek amacıyla uygulanan GSA sonuçlarına göre olgu grubundaki ebeveynlerin %70.6'sı, kontrol grubundaki ebeveynlerin %50.0'i 2 ve üzeri puan almışlardır. Gruplar arasında GSA açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 5).

## TARTIŞMA

Kendine zarar verme davranışı olan ve olmayan ergenlerin ailesel özelliklerinin değerlendirildiği bu çalışmada; ebeveyn geçimsizliği, aile işlevselliği ve

**Tablo 4:** Olgu grubundaki ergenlerin kendini kesme sayıları ile ADÖ alt ölçek puanlarının ilişkisi

	r	p*
<i>Problem Çözme</i>	.33	0.046
<i>İletişim</i>	.35	0.03
<i>Roller</i>	.42	0.009
<i>Duygusal tepki verebilme</i>	.33	0.047
<i>Gereken ilgiyi gösterme</i>	.44	0.006
<i>Genel fonksiyonlar</i>	.38	0.02
<i>Davranış kontrolü</i>	.24	0.154

\*Spearman Korelasyon Analizi

**Tablo 5:** Olgu ve kontrol grubundaki ebeveynlerin Genel Sağlık Anketi açısından karşılaştırılması

	Olgu grubu (n=51)		Kontrol grubu (n=47)		x <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%		
≥2	36	70.6	23	50	4.3	0.038
2>	15	29.4	23	50		

ebeveynlerin ruhsal durumları alanlarında farklılık olduğunu gösteren bulgulara ulaşılmıştır. Ayrıca KZVD bulunan ergenlerin kullandıkları yöntemler ve psikopatolojilerine ilişkin de değerlendirme yapılmıştır.

Yapılan çalışmalarda klinik örnekleme en sık görülen kendine zarar verme yöntemi kendini kesmedir (5,13). Kendini kesme diğer kendine zarar verme yöntemlerine göre psikopatoloji ile en ilişkili olan yöntem olarak değerlendirilmektedir (30). Bu literatür bilgisiyle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da olgu grubunda kendine zarar verme yöntemi olarak en sık kendini kesme saptanmıştır.

Klinik ve toplum örneklemleri çalışmaları, kendine zarar veren ergen ve yetişkinlerde depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarının en sık bulunan psikiyatrik eştanılar olduğunu göstermiştir (31). Klinik örnekleme kendine zarar veren ergenlerle yapılan çalışmalarda en sık görülen tanı major depresyondur ve ergenlerin %42-68'inde saptanmıştır. Diğer depresif bozukluklar eklendiğinde bu oran yaklaşık %89'a çıkmaktadır (4). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak olgu grubundaki ergenlerin %51.3'ü major depresyon tanısı almıştır. Yapılan çalışmalar depresif belirtilerin kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (32,33,34). Klonsky (2007) kendine zarar vermenin işlevlerini sınıflandıran çalışmasında özellikle affekt regülasyonu işlevini vurgulamış, olumsuz ve yoğun duygularla başa çıkmak için kendine zarar vermenin bir çözüm olarak kullanıldığını belirtmiştir (11). Bu bilgi depresyon ile KZVD arasındaki ilişkiyi anlamamıza yol göstermektedir.

Klinik örneklemleri çalışmalarda yıkıcı davranış bozuklukları, kendine zarar veren ergenlerin %24-63'ünde saptanmıştır (5,24). Bizim çalışmamızda

olgular grubundaki ergenlerin %59.4'ünde en az bir yıkıcı davranış bozukluğu (%32.4 davranım bozukluğu, %27 karşıt olma karşı gelme bozukluğu) olduğu gözlenmiştir. Toplum örneklemleri çalışmalarda, çeşitli ölçeklerle değerlendirilen dikkat, impulsivite ve davranış problemlerinin KZVD ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (35,36,37). İmpulsivite (dürtüsellik), KZVD ve yıkıcı davranış bozukluklarında merkezi bir rol oynamaktadır (38,39). Bu durum çalışma bulgularındaki kendine zarar verme davranışı ile yıkıcı davranış bozuklukları birlikteliğini açıklayıcı olabilir. Literatür incelendiğinde; KZVD ile suç işleme arasında önemli bir ilişki olduğunu saptayan çalışmalar olduğu görülmektedir (35,40). Suça sürüklenen çocuklarda başta DEHB ve davranış bozukluğu olmak üzere psikiyatrik bozukluklar sık görülmektedir (41,42). Hem KZVD olan, hem de suç işleyen ergenlerde dışavurum bozuklukları sık görülmektedir. Bu durum da KZVD ve suç işleme arasındaki ilişkiyi anlamamıza yardımcı olmaktadır. Bu nedenle KZVD klinik ve bireysel bir problem olmanın yanı sıra, yüksek prevalansı nedeniyle toplumsal sonuçları olan önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir.

Çalışmamızda KZVD olan ve olmayan ergenler arasında aile yapısı açısından fark bulunmadığı saptanmıştır. Yazında ise, ailesinden ayrı kalan ya da anne-babası boşanmış ergenlerde KZVD'nin daha sık görüldüğünü bildiren çalışmaların yanı sıra farklılık bildirmeyen çalışmalar da vardır (6,43).

Çalışma bulgularına göre, ebeveyn geçimsizliği olgular grubunda daha yüksek oranda bulunmuştur. Ebeveyn geçimsizliği olan ergenler, olmayan ergenlere göre daha sık özkıyım girişimini de içeren şekilde kendine zarar vermektedir (44). Çalışmamızda aile içi şiddet açısından iki grup arasında fark bulunmamıştır. Buna karşın; Finlandiya'da yapılan bir çalışmada, aile içi şiddetin ergenlerin kendine zarar vermesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (45). Aile ortamında tartışma, şiddet, uygun duygusal iklimin sağlanamamasının ve istismar gibi sorunların doğrudan ya da dolaylı yoldan emosyonel regülasyonda bozulma sonucu KZVD gelişimine yol açabileceği belirtilmektedir (46).

Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin ve ebeveynlerinin, kontrol grubundaki ergenlere ve

ebeveynlerine kıyasla ADÖ'nün tüm alt işlev puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada elde edilen bulgularla; kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin anne ve babalarının problem çözme becerilerinin zayıf olduğu, güçlüklerle baş etmede esneklik gösteremedikleri, aile içi iletişimde daha fazla sorun yaşadıkları, kural koyma ve disiplin sağlanması açısından aile içinde daha fazla sorunların olduğu, duygularını ifade etmekte güçlükler yaşadıkları belirlenmiştir. Ayrıca ailenin, kaynaklarının kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme, aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgi alanlarında daha fazla zorlukları olduğu düşünülmüştür.

Rubenstein ve ark. (1998), aile içi bağların sağlamlığının ve aile bütünlüğünün KZVD için koruyucu faktör olduğunu; aile içi çatışmaların KZVD için risk faktörü olduğunu belirtmiştir (21). Tulloch ve ark. (1997) da, ebeveyn-çocuk iletişimindeki yetersizlikler ve zayıf aile bağları ile KZVD arasında güçlü bir ilişki bulmuştur (22). Martin ve ark. (1995) ile Kerfoot ve ark (1996), aile içi iletişimde ve aile işlevlerindeki yetersizlik ile KZVD arasındaki ilişkiyi rapor etmişlerdir (23,47). Çalışmalarda ailelerin problem çözme işlevlerindeki yetersizliğin KZVD ile ilişkisi gösterilmiştir. Ailenin bu konudaki zorlukları gençlere, zor durumlarda mücadele etme ve stresle baş etme konusunda uygun model olamamasına ve gençlerin kendine zarar verme şeklinde uygunsuz bir çözüm yoluna başvurmasına yol açtığını düşündürmektedir (48).

McLaughlin ve ark (1996), KZVD'si olan ergenlerin aile ile daha fazla oranda problem yaşadığını belirtmiş ve bu sorunları; en önemli güçlükler arasında tanımlamıştır (49). Davranış kontrolü açısından bakıldığında, ailelerin bu konuda daha çok sorun yaşamaları gençler üzerinde bir otorite eksikliğini akla getirmektedir. Davranışları uygun şekilde kontrol edilmeyen gençler daha kuralsız ve dürtüsel davranışlar sergileyebilir (48). Çalışmamızda kendine zarar verenlerde ADÖ genel işlevler alt ölçeğinin puanlarının daha yüksek olması da gencin uygun bir rol modelden eksik kaldığını işaret edebilir ve böylelikle gencin riskli davranışlar sergilemesine yol açabilir (48).

Webb (2002); psikososyal risk faktörleri ile KZVD ilişkisini değerlendirdikleri gözden geçirme çalışmasında; aile problemlerinin varlığından daha çok; aile ile ilişkili koruyucu faktörlerin eksikliğinin KZVD grubunu ayırt ettiğini belirtmektedir (50). Nitekim çalışmamızda ADÖ alt ölçek puanları ile KZVD sayısı arasındaki anlamlı ilişki, aile işlevselliğinde yetersizlik arttıkça KZVD de artışa neden olduğu literatür bilgisini destekler niteliktedir. Sonuç olarak çalışmamızda elde edilen bulgular KZVD ile aile işlevselliği arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Aynı zamanda çalışmaya katılan ergenlerin ebeveynlerinin ruhsal iyilik hallerini değerlendirmek amacıyla Genel Sağlık Anketi (GSA)-12 uygulanmıştır. GSA-12 sonuçlarını değerlendirirken 2 puan ve üzerinde alan kişilerin bir ruhsal bozukluğa sahip olma açısından risk altında olabileceği belirtilmektedir (29). Çalışmamızda olgu grubunun ebeveynlerinin, kontrol grubununkilere göre ruhsal iyilik hallerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir kohort çalışmasında; ergenin 12 yaşında olduğu dönemde var olan annenin ruhsal problemlerinin ve anne-babanın yetersiz iyilik hallerinin, ergen 15 yaşına geldiğinde kendine zarar verme davranışı için önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (51). Morgan ve ark. (2013), ebeveynlerin olumsuz ruhsal durumlarının ergenlerde görülen kendine zarar verme davranışı için önemli bir risk faktörü olduğunu, ancak ebeveynlerin de ruhsal durumlarının ergenlerin kendine zarar verme davranışından olumsuz etkilenebildiğini, bu nedenle hangisinin daha önce başladığının net bir biçimde bilinemeyeceğini belirtmişlerdir (52).

Çalışma bulgularının değerlendirilmesi sırasında çalışmanın kısıtlılıkları da dikkate alınmalıdır. Çalışmamızın örneklemini yalnızca kliniğe başvuran ergenler oluşturmuştur. Bu nedenle kliniğe başvurmamış ergenler örnekleme temsil edilememiştir. Bu ergenlerde KZVD doğası ve aileye ilişkin özellikler daha farklı olabilir. Ayrıca örneklem sayısı da azdır. Bu nedenlerle bulgular tüm KZVD olan ergenlere genellenemez. Ayrıca çalışma kapsamında her ergenin hem anne hem de babası değerlendirmeye katılmak ve formları doldurmak üzere davet edilmiştir, ancak sadece bir kısmının her iki ebeveyni davete yanıt vermiştir.

Bazı anne veya babalara ulaşılamamıştır. Bu durum, her iki ebeveynin de değerlendirilebilmesini engellemiştir. Çalışmada anne ve babaların ruhsal iyilik halleri yalnızca ölçek ile değerlendirilmiş, tanısal görüşme yapılamamıştır, bu da bir başka kısıtlılıktır.

Sonuç olarak; kendine zarar verme davranışı ergenlikte sık görülen önemli bir sağlık sorunudur. Çalışmada kendine zarar verme davranışı olan ergen ve ailelerine yönelik özelliklerin araştırılması amaçlanmıştır. Literatür verileri ile birlikte bu çalışmanın sonuçları, KZVD'nin değerlendirilmesi ve tedavi başarısını arttırmak için; aile işlevselliğinin ve ebeveyn psikopatolojisinin dikkatle ele alınmasının ve bu alanda gerekli müdahalelerin yapılmasının gerekli olduğunu göstermektedir.

---

Yazışma adresi: Dr. Öğr. Üyesi Damla Eyüboğlu, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri A.D. Eskişehir, Türkiye damlakarakaslar@hotmail.com

---



## KAYNAKLAR

1. Herpertz S. Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91:57-68.
2. Muehlenkamp JJ, Kerr PL, Bradley AR, Adams Larsen M. Self-objectification, risk taking, and self-harm in college women. *Psychol. Women Q.* 2005;29:24-32.
3. Rodríguez-Blanco L, Carballo- Belloso JJ, Baca-García E. Use of Ecological Momentary Assessment (EMA) in Non-Suicidal SelfInjury (NSSI): A Systematic Review. *Psychiatry Res.* 2018;27:212-219.
4. Jacobson CM and Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2007; 11:129-47.
5. Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006; 144:65-72.
6. Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *J Psychosom Res.* 2009;66:477-93.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-V), Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013.
8. Ernst C, Morton, CC, and Gusella JF. Self-injurious behaviours in people with and without intellectual delay: implications for the genetics of suicide. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2010; 13: 527-8.
9. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav.* 2014; 44:273-303.
10. Klonsky ED, Oltmanns TF, and Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry.* 2003; 160:1501-8.
11. Klonsky ED, and Muehlenkamp JJ. Self-injury: a research review for the practitioner. *J Clin Psychol.* 2007; 63:1045-56.
12. Whitlock J, Eckenrode J, and Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics.* 2006; 117:1939-48.
13. Briere J, and Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry.* 1998; 68:609-20.
14. Muehlenkamp JJ, and Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 2004; 34:12-23.
15. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl K. Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the "Whats" and "Whys" of Self-Harm. *J Youth Adolesc.* 2005; 34: 447-457.
16. Bresin K, and Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2015; 38: 55-64.
17. Favazza AR. Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals.* 1992; 22:60-63.
18. Glenn CR, and Klonsky ED. A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personal Disord.* 2010; 1: 67-75.
19. Nock MK, and Mendes WB. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *J Consult Clin Psychol.* 2008; 76: 28-38.
20. Toprak S, Cetin I, Guven T, Can G, Demircan C. Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry Res.* 2011; 187:140-4.
21. Rubenstein JL, Halton A, Kasten L, Rubin C, Stechler G. Suicidal behavior in adolescents: stress and protection in different family contexts. *Am J Orthopsychiatry.* 1998; 68:274-84.
22. Tulloch AL, Blizzard L, and Pinkus Z. Adolescent-parent communication in self-harm. *J Adolesc Health.* 1997; 21:267-75.
23. Kerfoot M, Dyer E, Harrington V, Woodham A, Harrington R. Correlates and short-term course of self-poisoning in adolescents. *Br J Psychiatry.* 1996; 168:38-42.
24. Skegg K. Self-harm. *Lancet.* 2005; 366:1471-83.
25. Cassels M, van Harmelen AL, Neufeld S, Goodyer I, Jones PB, Wilkinson P. Poor family functioning mediates the link between childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury. *J Child Psychol Psychiatry.* 2018.
26. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997; 36:980-8.
27. Gokler B, Unal F, Pehlivanurk B, Kultur EC, Akdemir D, Taner Y. Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T). *Turk J Child Adolesc Ment Health.* 2004; 11:109-116.
28. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Özgül Zeliş Matbaası, Ankara, 1990.
29. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Turk Psikiyatri Derg.* 1996; 7: 3-11.
30. Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Res.* 2009; 166: 260-268.
31. Favazza AR. *Bodies Under Siege: Self Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press. 1996
32. 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: 363-75.
33. Martin G, Swannell SV, Hazell PL, Harrison JE, Taylor AW. Self-injury in Australia: a community survey. *Med J Aust.* 2010; 193: 506-10.
34. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J,

- Moro MR. Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016; 11: e0153760.
35. Bjärehed J, and Lundh LG. Deliberate Self Harm in 14 Year Old Adolescents: How Frequent Is It, and How Is It Associated with Psychopathology, Relationship Variables, and Styles of Emotional Regulation? *Cogn Behav Ther*. 2008; 37:26-37.
36. Nixon MK, Cloutier P, and Jansson SM. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Can Med Assoc J*. 2008; 178:306-312.
37. Cerutti R, Manca M, Presaghi F, Gratz KL. Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *J Adolesc*. 2011; 34:337-347.
38. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, van Daalen E, Fegert J, Findling RL, Fisman S, Greenhill LL, Huss M, Kusumakar V, Pine D, Taylor E, Tyano S. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2004; 14:11-28.
39. Herpertz S, Sass H, and Favazza A. Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. *J Psychiatr Res*. 31:451-465.
40. Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, Resch F. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007; 161:641-9.
41. Ruchkin V, Kuposov R, Vermeiren R, Schwab-Stone M. Psychopathology and age at onset of conduct problems in juvenile delinquents. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64:913-20.
42. Eyuboglu M, and Eyuboglu D. Suça Sürüklenen Çocuklarda Psikiyatrik Bozukluklar, Sosyodemografik Özellikler ve Risk Faktörleri. *Klinik Psikiyatri*. 2018; 21:7-14.
43. 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; 37:1183-92.
44. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000; 34: 420-436.
45. Rissanen M-L, Kylmä J, and Laukkanen E. Self-mutilation among Finnish adolescents: Nurses' conceptions. *Int J Nurs Pract*. 2011; 17:158-165.
46. Adrian M, Zeman J, Erdley C, Lisa L, and Sim L. Emotional Dysregulation and Interpersonal Difficulties as Risk Factors for Nonsuicidal Self-Injury in Adolescent Girls. *J Abnorm Child Psychol*. 2011; 39: 389-400
47. Martin G, Rozanes P, Pearce C, and Allison S. Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatr Scand*. 1995; 92:336-344.
48. Cimen ID, Coskun A, Nasıroğlu S, and Etiler N. İzmit'te yaşayan ergenlerde kendine zarar verme davranışı ve aile özellikleri ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2017; 18: 257-264.
49. McLaughlin J-A, Miller P, and Warwick H. Deliberate self-harm in adolescents: hopelessness, depression, problems and problem-solving. *J Adolesc*. 1996; 19:523-532.
50. Webb L. Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors. *J Adv Nurs*. 2002; 38: 235-44.
51. Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, Haavisto A, Rautava P, Helenius H, Sillanpää M. Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *J Affect Disord*. 2006; 93: 87-96.
52. Morgan S, Rickard E, Noone M, Boylan C, Caarthy A, Crowley S, Butler J, Guerin S, and Fitzpatrick C. Parents of young people with self-harm or suicidal behaviour who seek help - a psychosocial profile. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013; 7:13.