T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

KENDİNE ZARAR VERME GİRİŞİMİNDE BULUNAN UYUM BOZUKLUĞU TANILI VAKALARDA ERKEN DÖNEM GELİŞİM ŞEMALARININ İNCELENMESİ

Dr. Duygu AYGÜL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA-2022

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

KENDİNE ZARAR VERME GİRİŞİMİNDE BULUNAN UYUM BOZUKLUĞU TANILI VAKALARDA ERKEN DÖNEM GELİŞİM ŞEMALARININ İNCELENMESİ

Dr. Duygu AYGÜL

Tez Danışmanı:
Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA-2022

TEŞEKKÜR

Psikiyatri ihtisasına başladığım ilk günden itibaren bana hekimliği öğreten, varlığını, desteğini ve sevgisini her daim hissettiğim, klinik bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan başta klinik şefim ve tez danışmanım Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER olmak üzere saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Özcan UZUN, Prof. Dr. Sinan YETKİN ve Doç. Dr. Bülent Devrim AKÇAY'a,

Bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan, desteğini esirgemeyen ve her daim yanımızda olan değerli uzman hekimlerimize,

İlk günden bugüne kadar birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım, her birinden kendime farklı şeyler kattığım ve güzel anılar deneyimlediğim tüm asistan arkadaşlarıma,

Rotasyon eğitimimde bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Nöroloji kliniğinden Prof. Dr. Ömer KARADAŞ, Çocuk Psikiyatrisi kliniğinden Prof. Dr. Mehmet Ayhan CÖNGÖLOĞLU ve AMATEM kliniğinden Uzm. Dr. Mustafa DANIŞMAN başta olmak üzere tüm hocalarıma ve hekim arkadaşlarıma,

Kliniğimizin değerli psikologları, hemşireleri, sekreterleri ve personellerine,

Benim ben olmamı sağlayan, tüm başarılarımda ve başarısızlıklarımda arkamda olan annem ve babama,

Kendisini her yönüyle örnek aldığım ağabeyim Erdem FADILOĞLU'na

Tüm zor anlarımda yanımda olan, tüm mutluluklarımı benimle paylaşan en yakın arkadaşım, şansım, eşim Görkem'e,

Kendilerinden çok şey öğrendiğim ve öğrenmeye devam edeceğim hastalarıma,

İhtisas yıllarıma renk katan, bu yılları unutulmaz kılan tüm arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkürlerimle…

Dr. Duygu AYGÜL

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
SİMGELER VE KISALTMALAR v
TABLOLAR vi
ŞEKİLLER vii
ÖZET viii
ABSTRACT x
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. UYUM BOZUKLUĞU 3
2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi 3
2.1.2. Epidemiyoloji 5
2.1.3. Etiyoloji 6
2.1.3.1. Psikodinamik etkenler 7
2.1.3.2. Biyolojik etkenler 8
2.1.4. Tanı ve Klinik Özellikler 8
2.1.5. Ayırıcı Tanı 9
2.1.6. Prognoz 10
2.1.7. Tedavi 11
2.1.7.1. Kriz müdahalesi 11
2.1.7.2. Psikoterapi 11
2.1.7.3. Farmakoterapi 12
2.2. ŞEMA 13
2.2.1. Tanımı ve Tarihçesi 13
2.2.2. Şema alanları ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar 13
2.3. ŞEMA, UB VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI İLİŞKİSİ 17
2.3.1. Şemalar ve Uyum Bozukluğu 17
2.3.2. Uyum Bozukluğu, İntihar Girişimi ve Kendine Zarar Verici Davranışlar 17

2.3.3. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Kendine Zarar Verici Davranışlar 18
3. GEREÇ VE YÖNTEM 20
3.1. ÖRNEKLEM 20
3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ 20
3.3. ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI 20
3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLEN HASTALARA UYGULANAN ÖLÇÜM ARAÇLARI 21
3.4.1. Sosyodemografik Veri ve Bilgi Formu 21
3.4.2. Young Şema Ölçeği (YŞÖ) 21
3.5. YÖNTEM 22
3.6. İSTATİKSEL ANALİZ 23
4. BULGULAR 24
4.1. ÇALIŞMA GRUPLARININ TANIMLANMASI 24
4.2. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ 24
4.3. KATILIMCILARIN SOYGEÇMİŞ VE ALIŞKANLIKLARININ KARŞILAŞTIRILMASI 26
4.4. KATILIMCILARIN KENDİNE ZARAR VERME ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 28
4.6. KATILIMCILARIN DÜRÜTSELLİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 30
4.7. KATILIMCILARIN EDUBŞ'SİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 32
5. TARTIŞMA 36
5.1. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE KISITLILIKLARI 43
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 45
6.1. SONUÇLAR 45
6.2. ÖNERİLER 45
7. ÇIKAR ÇATIŞMASI 47
8. KAYNAKLAR 48
9. ÖZGEÇMİŞ 53
10. EKLER 55
EK 1: ETİK KURUL ONAYI 55

EK 2: TUEK ONAYI 56
EK 3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 57
EK 4: SOSYODEMOGRAFİK VERİ VE BİLGİ FORMU 59
EK 5: YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ 61

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASB : Akut Stres Bozukluğu

BDB : Bipolar Duygudurum Bozukluğu

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

DEHB : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

EDUBŞ : Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar

HPA : Hipotalamo-Pituiter-Adrenal

MDB : Majör Depresif Bozukluk

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

SSGİ : Seçici Seratonin Geri Alım İnhibitörü

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UB : Uyum Bozukluğu

YAB : Anksiyete Bozukluğu

YŞÖ : Young Şema Ölçeği

5HT : 5-hydroxytryptamine (Serotonin)

TABLOLAR

Tablo 1: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması 25
Tablo 2: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin ailelerinde psikiyatrik bozuklukların varlığı ve karşılaştırılması 26
Tablo 3: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin alışkanlık özelliklerinin karşılaştırılması 27
Tablo 4: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin kendine zarar verme yöntemlerinin karşılaştırılması 28
Tablo 5: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin tedavi özelliklerinin karşılaştırılması..... 29
Tablo 6: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin dürtüselliğe yönelik sorulara verdikleri yanıtların karşılaştırılması 30
Tablo 7: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerindeki EDUBŞ'nin karşılaştırılması 33
Tablo 8: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin pozitif şema sayılarının karşılaştırılması 35

ŞEKİLLER

Şekil 1: Katılımcıların tamamında EDUBŞ'nin görülme sıklığı 32

Şekil 2: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerde anlamlı farklılık gözlenen şema oranları 34

ÖZET

Duygu Aygül, Kendine Zarar Verme Girişiminde Bulunan Uyum Bozukluğu Tanılı Vakalarda Erken Dönem Gelişim Şemalarının İncelenmesi. Ankara, 2022

Amaç: Uyum Bozukluğu (UB) tanısıyla takipli ve son 6 ay içerisinde intihar düşüncesiyle veya intihar amacı olmadan kendine zarar verme girişiminde bulunan vakalardaki yaygın Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar (EDUBŞ)'ın incelenmesi ve karşılaştırılmasıdır.

Elde edilen veriler sonucunda kendine zarar verme girişimini intihar amacıyla veya intihar amacı olmaksızın gerçekleştiren vakalardaki EDUBŞ değerlendirilmiş ve iki grup kıyaslanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde 01.08.2021-31.08.2022 tarihleri arasında ayaktan veya yatarak tedavi gören, UB tanısıyla takipli, son 6 ay içerisinde intihar amaçlı olan veya olmayan kendine zarar verme girişiminde bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden vakalar alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul edenler sosyodemografik veri ve bilgi formu ve Young Şema Ölçeği ile değerlendirilmiş ve elde edilen veriler karşılaştırılmıştır. Araştırmanın örneklemini dahil olma ve dışlama kriterlerini karşılayan UB tanılı vakalar oluşturmuştur.

Bulgular: UB tanılı kendine zarar verme girişiminde bulunan vakaların %26,5'inin eylem sırasında intihar düşüncesi olduğu saptandı. İntihar amaçlı kendine zarar verenler diğer grupla kıyaslandığında daha ileri yaştalardı ve kendine zarar verme davranışını daha yüksek oranda birden çok kez gerçekleştirmişlerdi. Bunun yanında bu bireylerin ailelerindeki psikiyatrik bozukluk oranları diğer grupla kıyaslandığında anlamlı olarak daha yüksek saptandı. UB tanılı bu vakalar en sık antidepresan ve antipsikotik tedavi kullanmaktaydı. Örneklemin tamamında Güvensizlik ve Olumsuzluk şeması en sık, İç İçe Geçme ve Cezalandırma şeması en nadir görülen şemaydı. İntihar amacı olmadan kendine zarar verme girişiminde bulunanlarda Güvensizlik ve Olumsuzluk, intihar amaçlı kendine zarar verenlerde Bağımlılık, Kusurluluk ve Sosyal İzolasyon şemalarının en sık görüldüğü saptandı. İntihar amaçlı yapan ve yapmayan iki grup kıyaslandığında ise Kusurluluk,

Bağımlılık, Dayanıksızlık şemalarının intihar amaçlı yapan grupta anlamlı olarak daha sık görüldüğü sonucuna varıldı. Buna karşın Kendini Feda Edicilik şeması anlamlı olarak daha az oranda aktifti.

Sonuç: Kendine zarar veren UB tanılı vakalarda en sık görülen şema hipotezin aksine Güvensizlik ve Olumsuzluk şemaları olarak belirlenmiştir. Bu şemalardaki çevreye ve başkalarına karşı olumsuz beklentinin hem UB semptomlarının oluşmasında hem de bireylerin kendine zarar verme davranışında etkili olabileceği düşünülmüştür. Bunun yanı sıra Bağımlılık, Kusurluluk ve Dayanıksızlık şemaları intihar amaçlı kendine zarar verenlerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu bireylerin başkaları tarafından kabul edilmeme düşüncesinin kendi varlığına inancını yitirmesiyle ve bunun ötesinde nihilistik bir inanca dönüşmesiyle, sonuçta da kendi benliğinden tamamen vazgeçmesiyle bağlantılı olabilir. Örneklemin homojen olması sonuçların kıyaslanmasını sağlıklı kılsa da UB, kendine zarar verme davranışı ve EDUBŞ ilişkisini ele alması gereken farklı gruplarda geniş örneklemli daha çok çalışma yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İntihar, kendine zarar verme davranışı, Uyum Bozukluğu, şema

ABSTRACT

Duygu Aygül, Investigation of Early Maladaptive Schemas in Cases Diagnosed with Adjustment Disorder Attempted to Injure Oneself. Ankara, 2022

Objective: To examine and compare the common Early Maladaptive Schemas (EMS) in cases followed up with the diagnosis of Adjustment Disorder (AD) and who attempted to self-harm with or without suicidal ideation in the last 6 months.

As a result of the data obtained, EMS in cases who attempted to self-harm with or without suicidal intent were evaluated and the two groups were compared.

Materials and Methods: The study was conducted in Gülhane Training and Research Hospital Psychiatry Clinic between 01.08.2021 and 31.08.2022, treated as an outpatient or inpatient, followed up with a diagnosis of AD, and attempted self-harm with or without suicidal intent in the last 6 months and cases who agreed to participate in the study were included. Those who agreed to participate in the study were evaluated with the sociodemographic data and information form and the Young Schema Scale, and the data obtained were compared. The sample of the study consisted of cases with a diagnosis of AD who met the inclusion and exclusion criteria.

Results: It was determined that 26.5% of the cases diagnosed with AD who attempted to self-harm had suicidal ideation during the act. Compared to the other group, those who self-harmed with suicidal intent were older and more likely to have committed self-harm more than once. In addition, the rates of psychiatric disorders in the families of these individuals were found to be significantly higher when compared to the other group. These cases with a diagnosis of AD used antidepressant and antipsychotic treatment most frequently. In the entire sample, the Distrust and Negativity schema was the most frequent, and the Enmeshment and Punitiveness schema was the least common. It was determined that Mistrust and Negativity were most common in those who attempted to self-harm without suicidal intent, and Addiction, Flawlessness, and Social Isolation schemas were most common in those who self-harmed with suicidal intent. When the two groups who committed suicide and those who did not, were compared, it was concluded that Defectiveness, Dependence and Vulnerability To Harm schemas were seen significantly more frequently in the group

who committed suicide. In contrast, the Self-Sacrifice schema was significantly less active.

Conclusion: Contrary to the hypothesis, the most common schemas in cases of self-harming AD were found to be Mistrust and Negativity schemas. It was thought that the negative expectation towards the environment and others in these schemes may be effective both in the formation of AD symptoms and in the self-harming behavior of individuals. In addition, Defectiveness, Dependence and Vulnerability To Harm schemas were found to be significantly higher in those who self-harmed for suicide. The thought of not being accepted by others may be related to the fact that these individuals lose their belief in their own existence, and beyond that, they turn into a nihilistic belief, ultimately giving up on their own self completely. Although the homogeneity of the sample makes the comparison of the results healthy, more studies with large samples should be conducted in different groups that should address the relationship between AD, self-harming behavior and EMS.

Keywords: Suicide, self-harming behavior, Adjustment Disorder, schema

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Uyum bozukluğu (UB), DSM-5 tanı kriterlerine göre zorlayıcı bir yaşam olayı sonrasında gelişir ve bu stresörün ortadan kalkmasını takip eden 6 ay içerisinde geriler (1). UB'nin görülme sıklığı toplumda %7-35 olarak saptanmış, kadın cinsiyette erkeklere göre daha sık görüldüğü izlenmiştir (2, 3). UB'nin klinik seyri sırasında depresif duygudurum, anksiyete semptomları veya davranış sorunları görülebilir (4).

Şema kavramı ilk kez Piaget tarafından oluşturulmakla birlikte Young'a göre bilgiyi algılamaya ve yorumlamaya yarar (5). Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar, bakım verenler tarafından giderilmemiş duygusal gereksinim sonucunda oluşur ve çocukluk ve ergenlik süresince gelişerek bireyin yaşantısını ve ilişkilerini etkileyen duygusal ve bilişsel düşünce kalıpları haline gelir. Bahsedilen şema modeli 5 şema alanı ve 18 farklı şemadan oluşur (6).

UB'nin klinik seyrinde intihar girişiminin sık görüldüğü literatürde pek çok çalışmada yer almaktadır. UB tanılı her 3 gençten birinin intihar sonucunda yaşamını kaybettiği, bunun yanında intihar girişiminde bulunan erişkin erkeklerin %25'inin UB tanısı ile takip edildiği gösterilmiştir. Bunun yanı sıra eğitim düzeyi, alışkanlıklar, işlevsellik, psikiyatrik bozukluğa yatkınlık da intihar girişimi için sayılabilecek risk faktörlerindendir (7).

EDUBŞ'nin intihar düşüncesi ve kendine zarar verme davranışıyla ilişkisine bakıldığında Kusurluluk, Sosyal İzolasyon, Duygusal Yoksunluk, Başarısızlık ve Bağımlılık şemalarının daha sık görüldüğünü bildiren çalışma mevcuttur (8). MDB, BDB ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklara sahip bireylerle yapılan çalışmalarda çok çeşitli sonuçlar elde edilmekle birlikte UB ve EDUBŞ ilişkisi konusunda literatürde yeterli çalışma olmadığı görülmüştür.

Tüm bu bilgiler ışığında bu araştırmanın amacı, kendine intihar amaçlı veya intihar amacı olmadan zarar verme girişiminde bulunan UB tanılı vakalardaki EDUBŞ'nin incelenmesi ve karşılaştırılmasıdır.

Çalışmanın Hipotezleri;

H0: İntihar niyeti ile yapılan zarar verici davranışlar diğer girişimlerden şema yapısı olarak farklıdır

H1: Kendine zarar verme davranışı sergileyenlerin içerisinde intihar amaçlı bu eylemi sergileyenlerdeki olumsuz şemalar, intihar amaçlı olmayanlara göre daha fazladır.

H2: Kendine zarar verme davranışı sergileyen vakalarda en sık görülen şema "Dayanıksızlık" şemasıdır.

H3: Dayanıksızlık, Güvensizlik, Kusurluluk gibi karamsar, umutsuz değerlendirmelere yol açabilecek şemalar intihar grubunda daha fazladır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. UYUM BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi

Uyum Bozukluğu (UB) ilk ortaya atıldığı dönemden itibaren zorlayıcı bir yaşam olayı sonrasında ortaya çıkan ve tepkisel davranışlarla seyreden bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Bu tanının klinisyenler tarafından sıkça kullanılmasının altında toplumda yaygın görülmesi ve diğer psikiyatrik tanılara göre daha az etiketleyici olması yatmaktadır. UB'deki stresörün niteliği ile ilgili belirli bir kriter yoktur; klinikte en sık ekonomik, sağlık veya sosyal ilişkilerle ilgili stresörlere rastlanmaktadır. Klinisyen tarafından esas olan verilen tepkinin beklenen düzeyden ne kadar az veya çok olduğunu tam olarak değerlendirilmesidir, bu değerlendirme esnasında mutlaka bireyin kültürü, dini ve yaşıyla ilgili normlar göz önüne alınmalıdır. UB tanısı koyarken yaşanan zorluklardan bir diğeri Majör Depresif Bozukluk (MDB), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) gibi ayırıcı tanıda yer alan diğer psikiyatrik bozuklukların tanı kriterleri karşılanmadığında bu tanının konmasıdır; ancak takip eden süreçte UB tanısının değişmesine de sık rastlanmaktadır. Bu değişiklikte esas olan semptomların şiddetinden çok süresinden kaynaklanmaktadır (2).

UB ilk kez DSM-1 tanı sisteminde "Geçici Durumsal Kişilik Bozuklukları" kategorisinde tanımlanmıştır (1, 9). 1968'de DSM-2'de "Uyum Reaksiyonu" olarak tanımlanmış ve psikiyatrik bir tanı olarak yer almıştır. UB terim olarak ise ilk kez 1980'de DSM-3'te yer almıştır. UB burada günlük yaşam zorluklarına verilen maladaptif yanıt olarak tanımlanmış olup klinik belirtilere göre ve stres faktörünün tipine göre alt gruplara ayrılmıştır (10, 11). Bu alt gruplar depresif semptomlarla giden, anksiyete semptomları ile giden, karışık duygudurum özellikleriyle giden, davranış bozukluğu ile giden, davranış bozukluğu ve duygudurum özellikleriyle giden, işlev kaybına yol açan, geri çekilme tipi ve atipik özelliklerle giden şeklindedir. DSM-3-R'de bu tanısal alt gruplar yer almakla birlikte fiziksel semptomlarla giden şeklinde bir alt grup daha eklenmiş ve belirtilen semptomların süresi 6 ay ile sınırlandırılmıştır. DSM-4'te bağımsız bir tanı olarak yer alan UB'deki karışık emosyonel özelliklerle giden, işlev kaybına yol açan, geri çekilme tipi ve fiziksel semptomlarla giden alt gruplar kaldırılmış, 6 aydan uzun süren semptomlar

da kronik olarak nitelendirilmiştir (2). DSM-5'te genel tanı ölçütlerinde değişiklik yapılmaksızın "Stres ve Travmayla İlişkili Bozuklular" başlığı altında yer verilmiş, stresli bir olaya verilen duygusal tepki olarak nitelendirilmiştir (1, 12).

DSM-5 tanı ölçütleri (1):

A. Tanımlanabilir tetikleyici etken (ler)e tepki olarak, bu etken (ler)in ortaya çıkmasından sonraki üç ay içinde, duygusal ya da davranışsal belirtiler gelişmesidir.

B. Bu belirtiler ya da davranışlar, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi ile belirli olduğu üzere, klinik açıdan önemlidir:

   1. Belirtilerin ağırlığını ve görünümünü etkileyebilecek dış bağlam ve kültürel etkenler göz önünde bulundurulduğunda, tetikleyici etkenin ağırlığı ya da yoğunluğu ile orantısız, belirgin bir sıkıntı,

   2. Toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte ileri derecede düşme,

C. Tetikleyici etkenle ilişkili bu bozukluk başka bir ruhsal hastalığın tanı ölçütlerini karşılamaz ve daha önceden var olan bir ruhsal bozukluğun yalnızca bir alevlenmesi değildir.

D. Belirtiler olağan yası göstermez.

E. Tetikleyici etken ya da bunun getirdiği sonuçlar bir kez ortadan kalkınca, belirtiler bir altı aydan daha uzun bir süre daha sürmez.

Alt tipleri şöyledir;

Çökkün duygudurum ile giden: Duygudurumda çökkünlük, ağlama ya da umutsuzluk duyguları önde gelmektedir.

Kaygı ile giden: Gerginlik, kaygı, aşırı sinirlilik ya da ayrılma kaygısı önde gelmektedir.

Kaygılı ve çökkün duygudurum karışımı ile giden: Çökkünlük ve kaygının birleşimi önde gelmektedir.

Davranım bozukluğu ile giden: Davranım bozukluğu önde gelmektedir.

Duygu ve davranım bozukluğu karışımı ile giden: Hem duygusal belirtiler (çökkünlük, kaygı), hem de davranım bozukluğu önde gelmektedir.

Tanımlanmamış: Uyum bozukluğunun özgül alt türlerinden birine girmeyen, uyumu bozan tepkiler için kullanılır.

2.1.2. Epidemiyoloji

UB tanısı DSM-1'den beri tanı sistemlerinde yer almasına rağmen yapılan epidemiyolojik çalışmalar kısıtlıdır. Bunun yanında prevalans çalışmalarında farklı değerlerin elde edilmesi tanı ve sınıflandırma sisteminin belirsizliği ve farklı değerlendirme yöntemlerinin kullanılması ile ilişki olabilir. Epidemiyolojik araştırmalara göre UB sıklığının %7-35 arasında değiştiği ve kadınlarda görülme sıklığının erkeklerinkinin 2 katı olduğu görülmüştür (2, 3). Almanya'da onkolojik tedavi gören hastalarla yapılan bir çalışmada tüm hastaların %12,9'unda UB görüldüğü ve bu olgularda metastazın önemli bir risk faktörü olduğu; ayrıca benzer şekilde kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir (13). Strain ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmadığı, hastaların yaklaşık 3'te 1'inin evli olduğu ve yine 3'te 1'inin yalnız yaşadığı, bunun yanı sıra yaklaşık yarısının ise işsiz veya fiziksel engelli olduğu saptanmıştır (14). Dahili ve cerrahi sebeplerle yatarak tedavi gören hastalarda en sık görülen psikiyatrik tanılardan biri olmakla beraber yatan hastaların yer aldığı bir çalışmada yaygınlığı %12 olarak tespit edilmiştir (15, 16). Onkoloji, doğum ve yanık ünitesinin, UB tanısının en sık görüldüğü tıbbi bölümler olduğu görülmüştür. (17). UB yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilse de ergenlik döneminde daha sık olması beklenmektedir (4).

Türkiye'deki çalışmalara bakıldığında UB prevalansının genel popülasyonda %1, yatan hastalarda %12,0-35,9 ve askeri personelde %37,6-40 şeklinde olduğu bildirilmiştir (18). Kırsal bir bölgede psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar arasında yapılan incelemede UB tanısının sıklığı %4,7 olarak ayaktan ve yatarak tedavi gören psikiyatri hastaları arasında da %7.2 olarak bulunmuştur (19, 20). Askeri psikiyatri alanında da en sık karşılaşılan tablolardan biri olan UB'nin, Türkiye'de yatarak tedavi gören er ve erbaşlarla yapılan bir çalışmada sıklığı %8,6 olarak saptanmıştır. Askerliğinin ilk 6 ayında UB tanısı alan hastalar alt tipler açısından değerlendirildiğinde %45,1'inin

anksiyeteyle giden, yaklaşık %20'sinin duygudurum ve davranım bozukluğu ile giden, yaklaşık %15'inin depresif duygudurumla giden alt tip olduğu saptanmıştır (21).

2.1.3. Etiyoloji

Fabrega ve arkadaşlarının çalışmasında, UB tanılı hastalarda stres etkenlerinin niteliği ve niceliği anlamlı olarak fazla bulunmuştur. UB genel itibariyle bir veya daha fazla stresörün tetikleyici etkisiyle başlamakla birlikte semptomların şiddeti ve stresörün şiddeti her zaman orantılı seyretmemektedir. Stresöre maruziyet süresi, mevcut durumun geri dönüşümlü olması ve kişisel özellikler de klinik görünümü etkileyen faktörlerdendir (4, 22).

UB tanısı ancak tanımlanabilir bir veya birden çok psikososyal faktör varlığında konulabilir. Bu psikososyal faktörler günlük hayatta belirgin değişikliklere yol açan ve kolaylıkla öngörülemeyen akut, süreğen, tekrarlayan veya sürekli olaylar olabilmektedir (23).

Erken dönem zorlayıcı yaşam olaylarının yaşamın ilerleyen dönemlerinde dışsal faktörlerle baş etme ve kontrol duygusunda yetersizliğe yol açarak UB'ye yatkınlık oluşturabileceği saptanmıştır. Bu kısıtlı baş etme becerileri kayıp, travmatik olay, tıbbi teşhis gibi akut stres faktörleriyle karşılaştığında UB gelişimi çoğunlukla kaçınılmaz olmaktadır (24, 25). Ebeveyn ilişkisi, kişilik özellikleri ve UB arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada bakım veren tarafından aşırı korunan, yüksek düzeyde nevrotik kişilik özellikleri olan ve daha az dışa dönük bireylerin UB'ye daha fazla yatkınlık gösterdiği izlenmiştir (26). Erken dönem yaşantıları kadar, düşük sosyoekonomik düzeyin, aleksitiminin (kısıtlı empati yeteneği sebebiyle), mevcut bedensel ve ruhsal rahatsızlıkların TSSB gelişiminde olduğu gibi UB'ye de neden olduğu belirtilmiştir (26-28). Şimdiye kadar UB ile ilgili araştırmaların büyük çoğunluğu askeri personel üzerinde yapılmış olduğundan savaş ve askerlik gibi yüksek stresli durumların da UB için risk faktörü olduğu sonucu kaçınılmazdır. Literatürde UB tanılı askerlerin kendi kendini yönetme, bir bütünün parçası olduğunu kabul etme ve işbirliği yapma konusunda daha az beceri gösterdiği; depresif mizaçlı uyum bozukluğu olanlarda zarardan kaçınma puanlarının daha yüksek olduğunu bildiren çalışma mevcuttur (29).

2.1.3.1. Psikodinamik etkenler

Aynı stresör karşısında bazı bireylerde semptom oluşurken diğerlerinin aynı oranda etkilenmemesi psikanaliz alanında uzun zamandır yanıtın bulunmaya çalışıldığı bir araştırma konusu olmuştur (2). Sigmund Freud, stresöre verilen tepkilerdeki bu farklılıkla ilgili olarak birtakım değerlendirmeler yapmış, buna göre kişinin yaşam özelliklerinin ve kişilik yapısının etkileşime geçerek birtakım saplantıların oluşmasına yol açtığını öne sürmüştür (4). UB ile ilgili yapılan psikanalitik araştırmalarda, bir kişinin ilerleyen yaşamında stresörle baş etme becerisinin gelişiminde erken yaşantısındaki anne ve destekleyici çevre ile kurduğu bağın önemi üzerinde sıkça durulmuştur. Winnicott tarafından da "yeterince iyi anne (good-enough mother)" kavramı UB ile ilişkilendirilmiştir. Yeterince iyi anne, çocuğun gereksinimlerini karşılayabilen ve yaşamdaki engellenmeleri kaldırabilmesini yeterince destekleyebilen kişidir. Yeterince iyi annenin yokluğu veya gereksinimlerin yetersiz karşılanması UB için yatkınlık yaratan bir faktör olabilir (30).

Psikanalitik yaklaşımlı araştırmacılar UB'yi anlamanın şu üç faktörü değerlendirerek mümkün olabileceğini belirtmektedirler:

1. Zorlanmanın niteliği

2. Zorlanmanın o kişi için bilinç düzeyindeki ve bilinç dışındaki anlamı

3. Kişinin mevcut yapısal duyarlılığı ve yatkınlığı

Psikanalitik yaklaşıma göre bireyde UB ile sonuçlanan güncel zorlanma, çocuklukta yaşamış olduğu birtakım zorlanmaları uyandırabilir; bundandır ki UB olarak değerlendirilen bireylerde bu önceki zorlayıcı olanın detaylı değerlendirilmesi tedavi sürecinde büyük önem arz etmektedir. Erken dönem zorlayıcı yaşam olaylarıyla sık karşılaşan ve daha duyarlı bireylerde olgun olmayan savunma mekanizmalarının daha sık görüldüğü, buna bağlı olarak yetişkin dönemde karşılaşılan stresörler karşısında işlevsel olmayan tepkilerin de daha sık ortaya çıkabildiği saptanmıştır. Olgun savunma mekanizmaları olan bireylerde de tersi olarak olası bir psikopatolojiye yatkınlığın daha hızlı olduğu ve karşılaşılan stresör sonrasında daha hızlı toparlanma süreci izlenmiştir (4).

2.1.3.2. Biyolojik etkenler

Yapılan çalışmalar stresör sonrasında semptom oluşumunda çok sayıda nörotransmitterin rol aldığını göstermiştir. "Nörokimyasalların allostatik yükü" olarak kavramsallaştırılan bu duruma göre, akut stresör sonrasındaki değişikliklerin sonraki stresörlerle başa çıkma becerisini etkilediği düşünülmektedir. Amigdala, hipokampus, locus ceruleus ve prefrontal korteks gibi stres modülasyonunda önemli rol alan bölgelerde etkili olan HPA ekseni, kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH), norepinefrin, dopamin ve östrojen aktivitesi, dehidroepiandrosteron (DHEA), nöropeptid Y, galanin, testosteron, 5HT1A reseptörü ve benzodiazepin reseptörü işlevinin psikobiyolojik allostatik yük için en yüksek etkiye sahip olduğu ve stresör sonrasında oluşabilecek psikopatolojiye yatkınlıkla yakından ilişkili olabileceği tahmin edilmektedir (2).

2.1.4. Tanı ve Klinik Özellikler

UB, tanım itibariyle psikososyal stresörler sonrasında ortaya çıkan duygusal ve/veya davranım sorunlarını içerebilen psikiyatrik bir tablodur. Stresör sonrasında belirtiler hemen çıkabileceği gibi bu süreç 3 aya kadar uzayabilir. Stresörün ortadan kalkmasıyla belirtilerin gerilemesi beklenir. UB için tanı kriterleri arasında bir yaş kısıtlaması yoktur. Klinik belirtiler UB'nin alt tiplerine göre çeşitlilik gösterir (31). Erişkin dönemde en sık depresif, anksiyöz ve karma belirtili tip UB görülmektedir.

*Depresif duygudurumla giden UB: D*epresif duygudurum, çabuk ağlama, isteksizlik, uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü ve umutsuzluk hakimdir. MDB için yatkınlık oluşturan bu alt tipin erken dönemde MDB ve yas ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

*Anksiyeteyle giden UB: Ç*arpıntı, sinirlilik, ajitasyon hakimdir. Erken dönemde YAB'den ayrımı yapılmalıdır.

*Anksiyete ve depresif duygudurumla giden UB: Ö*nceki iki alt tipin özelliklerini de barındırır. Ayırıcı tanısında MDB ve YAB yer almaktadır.

Davranış Bozukluğu ile giden UB: Okuldan kaçma, yıkıcı davranışlar, dikkatsiz araç kullanma, kavgacılık gibi davranış özelliklerinin hakim olduğu bu alt tipte genel olarak dürtüsel davranışlar hakimdir.

Karma duygu ve davranış bozukluğuyla giden UB: Hem duygudurum belirtilerinin hem de davranış bozuklukların bir arada görüldüğü alt tiptir.

*Tanımlanmamış Uyum Bozukluğu: D*iğer alt tiplere dahil edilemeyen, depresif ve anksiyöz belirtilerin olmadığı, inkar, uyumsuzluk, sosyal çekilme gibi atipik tepkilerin görüldüğü alt tiptir (4).

2.1.5. Ayırıcı Tanı

Travma ile ilişkili diğer bozukluklarda yüksek geçerliliği olan öz bildirim ölçekleri bulunmaktayken UB için böyle bir ölçek mevcut değildir. Objektif bir tanı parametresi de olmadığından stresör sonrasında bireyde normal düzeyde gözlenen bir yanıt ile UB'yi ayırt etmek sıklıkla klinisyenin gözlemiyle olur. Bu aşamada stresörün geliştiği bağlam, stresörün niteliği ve niceliği, bireyin kişilik özellikleri, bireyin bulunduğu kültürel normlar, stresörün ve belirtinin şiddeti, gözlenen tepki süresi ve işlevsellikte bozulmanın düzeyi klinik değerlendirmeyi etkileyen faktörler olarak sıralanabilir (32).

Hem UB'de hem yas sürecinde sosyal ve mesleki işlev kaybı beklenmekle beraber, yas sürecindeki tepki beklenen sınırlarda kalır ve bu noktada UB'den ayrılır (4).

MDB, belirtilere sebep olabilecek bir stresörün her zaman açıkça tanımlanabilir olmaması, belirtilerin daha yavaş gerileme göstermesi, bozukluk süresinin daha uzun olması, daha şiddetli işlevsel yitimin olması, diurnal varyasyon göstermesi, melankolik özelliklerin bulunması ve ailede depresyon tanısının görülmesi ile UB'den ayrılır. Klinik gözlemlere göre MDB'nin erkeklerde ve ileri yaşta daha çok görülmesi de UB'den ayrılan özelliklerindendir (33).

Akut Stres Bozukluğu (ASB) ve TSSB'de UB'de olduğu gibi tanı için stresör varlığı gereklidir. DSM-5'e göre travma gerçek ya da göz korkutucu bir şekilde ölüm, ağır yaralanma, cinsel saldırı ile karşılaşma veya başkalarının başına gelen travmatik yaşantıya tanık olma ve/veya öğrenme sonrasında ve her yaşta ortaya çıkabilen bir tablo olarak tanımlanmıştır (12). ASB ve TSSB'de klinik olarak daha net tanımlanabilir bir stresör mevcuttur, sonrasında klinik olarak anlamlı duygusal ve otonomik belirtiler meydana gelir. UB'de bunların aksine stresörün şiddeti herhangi bir düzeyde olabilir ve belirtiler çeşitlilik ve süre açısından ASB ve TSSB'den farklılık gösterir (4). Tanı ölçütleri açısından değerlendirildiğinde ASB'deki belirtiler stresöre maruziyet sonrasında 3 gün ile 1 ay arasında izlenirken TSSB tanısı için 1 ay geçmesi gerekmektedir (12).

Subklinik depresyon ve distimi de UB ayırıcı tanısında değerlendirilmelidir ancak UB bunlardan tanımlanabilir bir stresör sonrasında ortaya çıkması ve bu stresörün ortadan kalkması ile belirtilerin gerilemesi özellikleriyle ayrılır.

Kişilik Bozuklukları'nda da stresör sonrasında UB'ye benzer klinik belirtiler görülebilmekle birlikte tanı kriterleri Kişilik Bozukluğu'nu karşılıyorsa tanı o şekilde kalmalıdır.

Ayırıcı tanıda bunların dışında YAB, Davranış Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu, Alkol ve Madde Bağımlılığı, Kısa Psikotik Bozukluk da değerlendirilmelidir (34).

2.1.6. Prognoz

UB'de stresörün sonlanması ile belirtilerin 6 ay içerisinde gerilemesi beklenir. Bu durum diğer psikiyatrik bozukluklara göre daha iyi prognoz gösterdiği şeklinde değerlendirilmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunda işlevsellik düzeyi 3 ay içerisinde bozukluk öncesi düzeye dönebilmekle birlikte bir grup hastada süreğen duygudurum bozukluğu veya madde kullanım bozukluğu gelişebilir (4). UB tanılı hastalarla yapılan geniş ölçekli bir çalışmada en sık depresif duygudurum olmak üzere düşük benlik saygısı, intihar düşüncesi ve davranışı, motor aktivite artışı, hipervijilans, dürtüsellik ve madde kullanımı en sık eşlik eden bulgulardır (2). 5 yıllık bir izlem çalışmasında UB ile takipli olguların %17'sinde kronik ve şiddetli seyir izlenmiştir (35). Başka bir izlem çalışmasında ise 5 yılın sonunda erişkin hastaların %71'inin, ergen hastaların %44'ünün psikiyatrik bir tanı almadığı saptanmıştır; bu durum prognozun ergenlere göre erişkinlerde daha iyi olabileceği ve de semptomların süresi ile kötü prognoz arasında ilişki olabileceğini düşündürmüştür (36). Felaketlerden sonra gelişen semptomların incelendiği bir çalışmada destek ve iyileştirme sistemlerinin gelişmiş olmasının, eğitim ve gelir düzeyinin yüksek olmasının, geçmişteki travmalarla başarılı bir şekilde başa çıkılmış olmasının, zamanında müdahale edilmiş olmasının, sağlık hizmeti sunanların anlayışlı yaklaşımının ve takiplerin yeterli düzeyde olmasının semptom gelişimini engellediği saptanmıştır (2).

UB ile intihar arasında yakın ilişki olduğu da çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir. UB tanılı her 3 gençten birinin intihar sonucunda yaşamını kaybettiği, intihar girişiminde bulunan erişkin erkeklerin de %25'inin UB tanısı ile takip edildiği gösterilmiştir. UB

tanılı vakalarda intihar davranışı için işlevsel olmayan savunma mekanizmaları, düşük eğitim düzeyi, geçmişte psikiyatrik tedavi almış olmak, zayıf psikososyal işlevsellik, disfori, madde kullanımı, kişilik bozukluğu ve psikomotor huzursuzluk risk faktörü olarak değerlendirilmiştir (7).

2.1.7. Tedavi

Literatürde UB'nin tedavisiyle ilgili çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte hasta grubunun heterojenitesi ve etyolojiye yönelik çalışmaların yetersiz olması özgün bir tedavi yönteminin geliştirilememesine yol açmıştır (37). UB tedavisinin temel hedefi, baş etme becerilerini geliştirerek bireyin depresif ve anksiyete belirtilerinin gerilemesini, sonucunda da önceki işlevsellik düzeyine erişmesini sağlamaktır. Tedavide MDB, AB ve travma ile ilişkili diğer psikiyatrik bozukluklarda uygulanan psikoterapötik müdahaleler kullanılabilmektedir. UB belirtileri stresör varlığına bağlı olduğundan stresörün sonlanması durumunda müdahalelerin de kısa dönemli uygulanabileceği belirtilmektedir (38).

2.1.7.1. Kriz müdahalesi

Kriz müdahalesi; güven verme, tavsiyelerde bulunma, çevre koşullarını düzenleme, problemi tanımlayarak problem çözme becerisi katma gibi destekleyici müdahaleler ve gerektiğinde hastaneye yatışın sağlanıp tedavinin düzenlemesini esas alan kısa süreli tedavi yaklaşımıdır. Bu yaklaşımda esas olan stresörün tanımlanması, hastanın güvenliğinin öncelikli olarak sağlanması, mevcut klinik tablonun süreğenleşmesinin önüne geçilmesi, hastanın duygudurum bozukluklarına ve bilişsel çarpıtmalarına müdahale edilmesi ve gerekirse kısa dönemli ilaç tedavilerinin düzenlenmesidir. Görüşme sıklığı bozukluğun şiddetine göre klinisyen tarafından esnek olarak şekillendirilebilmektedir (4).

2.1.7.2. Psikoterapi

UB tedavisine yönelik tedaviler içerisinde psikoterapiler önemli yere sahiptir. Bireysel olarak değerlendirildiğinde stresörün detaylı değerlendirilmesi, önceki stresörlerle kıyaslanması, ortak faktörlerin belirlenmesi tedavi işleyişinde önem arz eder. Ortak sorunlara sahip bireyler için ise grup terapisi yararlı olabilir. UB'ye yönelik psikoterapi süreci, stresöre bağlı gelişen semptomların kendiliğinden düzelebilmesine

bağlı olarak bazen gerekli görülmeyebilir. Stresör sonrasında verilen yanıtların çeşitlilik göstermesi ve bir kısmının patolojik düzeylere erişmesi durumunda psikoterapi önemli bir tedavi aracı olmaktadır. Bunun yanında UB sonrasında elde edilen sorumluluklardan kaçma, maddi ve manevi kazanç, psikoterapist tarafından gösterilen ilgi ve empati kişilere ikincil kazanç sağlıyor olabilir ve hastanın belirtilerini güçlendiriyor olabilir. Bu sebeple psikoterapiye başlamadan önce mutlaka hasta ikincil kazanç yönünden de değerlendirilmelidir (4).

UB'ye yönelik terapötik müdahaleler 3 başlık altında toplanabilir. Birincisi stres yaratan faktörün şiddetini azaltmak ve ortadan kaldırmaktır. Geri dönüşümlü stresör varlığında stresörün ortadan kalkması ile, geri dönüşümsüz stresör varlığında ise (ölümcül kanser hastalığı gibi) sosyal destek oluşturmak gibi bazı müdahalelerle stresörün gücü azaltılarak bireyde oluşturduğu etkiler sınırlandırılabilir. İkinci olarak yapılabilecek müdahale, başa çıkma becerilerini geliştirerek uyum düzeyini artırmaktır. Olumsuz ve işlevsiz otomatik düşüncelerin yerine alternatif düşünce geliştirme becerisi kazandırmak buna örnek olabilir. Davranışsal yaklaşımda ise işlevsiz davranışların değerlendirilmesi ve işlevsel davranış aktivasyonun sağlanması sayılabilir. Son müdahale yöntemi ise semptomların şiddetini azaltıp sıkıntı düzeyinin gerilemesini ve işlevselliğin geri dönmesini sağlamaktır (32, 39).

UB alanındaki çoğu araştırmacı, klinik bir öneri olarak birinci basamak tedavide bozukluğun yeni meydana gelen bir stresörden kaynaklı ve çoğunlukla geçici olduğunun göz önüne alınmasını ve böylesine geçici bir psikiyatrik bozukluk için ılımlı bir yaklaşımı ve öncelikle kısa psikolojik müdahaleler ve psikoterapi ile müdahale edilmesinin daha uygun olacağını savunmaktadır (11, 39, 40)

Psikoterapide bireysel veya grup şeklinde hasta veya hasta grubunun risk etkenleri, koruyucu etkenleri, stresöre verilen değer, geçmiş yaşam öyküsü göz önüne alınarak kendi kendine yardım yaklaşımları, gevşeme teknikleri, Bilişsel Davranışçı Terapi, Kişilerarası Terapi ve psikodinamik yönelimli psikoterapi kullanılabilir (4).

2.1.7.3. Farmakoterapi

UB'ye yönelik özgün bir tedavi kılavuzu bulunmamaktadır. Tedavinin esas amacı bozukluğun biyolojik etyolojisini önlemek değil, hastanın semptomlarını gidermektir. Depresif belirtilere yönelik Seçici Seratonin Geri Alım İnhibitörü (SSGİ) kullanılabilir.

Anksiyete belirtileri ve uyku düzensizlikleri için, madde bozukluğu olmayan hastalarda, kısa süreli olmak kaydıyla benzodiazepinler kullanılabilir. Madde kullanım bozukluğu varlığında ise mevcut semptomlara yönelik sedatif etkinliği olan antidepresanlar kullanılabilir.

Farmakolojik tedaviye yanıtın geç ortaya çıktığı, bu süre zarfında bozukluğun kendini zaten sınırlandırdığı ve semptomların kısa sürede gerileyebileceği de savunulan görüşlerdendir. Bu durum farmakolojik tedaviye gerek duyulmayabileceğini de akla getirmektedir. Sonuç olarak hastalığın klinik belirtileri çok şiddetli değilse farmakoterapi mümkün olduğunca ertelenmelidir (41, 42).

2.2. ŞEMA

2.2.1. Tanımı ve Tarihçesi

Kelime anlamı itibariyle yapı, iskelet, taslak anlamında kullanılan şema, psikoloji alanında bireylere açıklama yapmalarında yardım etmeye yarayan, algılamada ve tepkide rehberlik eden bir örüntüdür. Şema kavramı ilk kez Piaget tarafından kullanılmıştır. Ona göre bu düşünce taslaklarına doğumdan itibaren sahip olunur, bunlar deneyimlerle gelişir ve yenileri oluşur (43). Beck'e göre şema deneyimlere bağlı gelişerek bireyin dünyayı algılamasını sağlayan bilişsel psikolojinin anahtar kavramı olarak tanımlanmıştır (44). Young tarafından yapılan tanımda, bilgiyi algılamak, yorumlamak ve problemleri çözmek için aracılık eden ve bireyin yaşam deneyimlerini anlamlandırması için düzenlenmiş bir plan gibidir (5). Young, Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar'ı (EDUBŞ), yaşamın erken dönemlerinde giderilmemiş duygusal gereksinimler sonucunda oluşan, çocukluk ve ergenlik boyunca gelişmeye devam eden, süreç içerisinde detaylandırılan, yaşam boyu tekrarlayan ve kişinin kendisini ve başkalarıyla olan ilişkisini etkileyen duygusal ve bilişsel örüntüler olarak tanımlamıştır. Young buradan yola çıkarak şemaların kişilik bozukluklarının ve birtakım psikiyatrik tabloların oluşmasında rol oynayabildiğini öne sürmüştür.

Bahsedilen şema modeli 5 şema alanı ve 18 farklı şemadan oluşur (6).

2.2.2. Şema alanları ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar

1. Alan: Kopukluk ve Reddedilme

Yaşamın erken dönemlerinde huzurlu ve güvenli bir ortama sahip olan bireyler ilerleyen dönemlerde ailesine ve diğer bireylere bağlanmakta zorluk yaşamaz ve ayrılık ve reddedilen durumlarında yoğun kaygı duymaz. Aksine bu şemaya sahip bireylerin çoğunlukla travmatik çocuklukları olmuştur, başkalarıyla güvenilir ve sürekli ilişkide bulunmaktan kaçınırlar; istikrar, güvenlik, bakım ve sevgi ihtiyaçlarının karşılanmayacağına dair düşünceleri vardır. Başkalarıyla yakın ilişkiden kaçınırlar, sürekli ilişki değiştirirler ve riskli ilişkilere girerler. Bu bireylerin genellikle kopuk, reddedici, şiddetli tartışmaların var olduğu, istismarcı aileleri vardır.

i. Duygusal yoksunluk: Bireyin ilgi, empati ve korunma ihtiyaçlarının başkaları tarafından giderilmeyeceği düşüncesi vardır.
ii. Terk edilme/İstikrarsızlık: Çevresindeki bireylerin istikrarsız ve güven vermeyen kişiler olduğu, terk edilecekleri, başkasının kendisine tercih edileceği ve bu sebeple duygusal destek ve korunma gibi ihtiyaçlarının giderilmeyeceği beklentisi vardır.
iii. Güvensizlik/Kötüye kullanılma: Başkaları tarafından aldatılacağı, zarar göreceği, küçük düşürüleceği beklentisi vardır.
iv. Kusurluluk/Utanç: Birey kendisini kusurlu, kötü, yararsız, istenmeyen olarak değerlendirir ve bu sebeplerle de çevresi tarafından sevilmeyeceğini düşünür.
v. Sosyal izolasyon: Diğer herkesten farklı olduğunu düşündüğünden herhangi bir gruba dahil olamayacağı ve dışlanacağı beklentisi vardır. Genellikle diğer kişilerden farklı olma sebebini ise açıklayamaz.

2. Alan: Zedelenmiş Özerklik ve Performans

Bu bireyler kendileriyle ve çevreleriyle ilgili bağımsız karar verebilme ve hareket edebilme yetisinden yoksundur. Erken dönem yaşantılarında aileleri tarafından gereğinden fazla korunmuş, sorumluluk verilmesinden kaçınılmış veya tam aksine, daha nadiren, hiç korunmamış ya da kendisiyle ilgilenilmemiştir. İlerleyen dönemlerde hayatını kendi başına sürdürebilme, kendi kimliğini ortaya koyma ve kendi yaşantısını kurma becerisinden yoksundur.

i. Bağımlılık/Yetersizlik: Karar verme ve doğruyu yanlıştan ayırt etme becerisinden yoksun bu bireylerin başkalarından yardım almaksızın

sorumluluklarını yerine getiremedikleri görülür. Sürekli destek verecek ya da işleri onun adına yapacak birilerini isterler.

ii. Dayanıksızlık: Sıhhi, duygusal veya dış etkenlere bağlı herhangi bir felaketle yüzleşeceği ve bununla başa çıkamayacağı beklentisi vardır.

iii. Başarısızlık: Akılsız, beceriksiz ve başarısız olduğuna, herhangi bir alanda başarılı olamayacağına ve akranlarından hep geride olduğuna dair inancı vardır.

iv. İç içelik/Gelişmemiş benlik: Bu bireylerde önemli ötekilere aşırı derecede bağlılık, o olmadan işlev göstermeyeceğine dair düşünce vardır; kimlik duygusu gelişmemiştir.

3. Alan: Zedelenmiş sınırlar

İçsel sınırların gelişmemesine bağlı olarak başkalarına saygı gösterme, iş birliği yapma, verilen sözleri gerçekleştirme becerileri yoktur. Bu bireylerin aileleri genellikle gereğinden fazla hoşgörülü ve müsamahalıdır. Nasıl ki çocukken kurallara uyma, saygı gösterme davranışları göstermiyorsa ilerleyen dönemde de dürtülerini bastırma ve erteleme becerileri yoktur.

i. Haklılık/üstünlük: Diğer insanlardan üstün olduğu, ayrıcalıkları olduğu, kurallar tarafından sınırlandırılamayacağı, güç elde etmek için bir statüsünün olması gerektiği düşüncesi vardır ve bu yönde çaba harcayıp diğer bireylere karşı talepkar ve empatiden yoksundurlar.

ii. Yetersiz özdenetim/Öz disiplin: Amaçlarına ulaşmak için herhangi bir engellemeye tabi olamayacağını düşünüp herhangi bir özdenetim uygulamazlar ve dürtülerini kontrol edemezler (5, 6)

4. Alan: Başkası Yönelimlilik

Bu alanda kişiler çocukluk dönemlerinde gereksinimlerini öğrenme ve ifade etme becerilerini geliştirememiştir. Erişkin yaşamda da onaylanma ve olası tepkiden kaçınma kaygısından dolayı kendi ihtiyaçlarını çoğu zaman ikinci planda tutar. Bu bireylerin ailelerinde sıklıkla ebeveynlerin duygusal ihtiyaçları, tercihleri veya sosyal konumları çocuğun taleplerinin önündedir (5, 6, 45).

i. Boyun eğicilik: Amacı öfkeden, tepkiden ve terk edilmekten kaçınma olan bu şemada kişi isteklerini ve düşüncelerini hemen her zaman önemsiz ve

ikinci planda algılar. Sonucunda genellikle birtakım davranış problemleri ve psikosomatik belirtiler meydana gelir.

ii. Kendini feda edicilik: Başkalarının dertlerine aşırı duyarlılık gösteren bu kişilerde duygusal bağları güçlendirmek, öz saygı kazanmak hedeflenir; öte yandan uzun vadede kendi ihtiyaçlarına aynı özverinin gösterilmediği düşüncesiyle tatminsizlik ve gücenme duygusu gelişir.

iii. Onay arayıcılık/Kabul arayıcılık: Bu alandaki diğer şemalar gibi amaç yine diğer insanlar tarafından kabul görmektir. Burada araç olarak genellikle para, statü ve başarı kullanılır; kendilik değeri tamamen diğer insanların onayıyla ilişkilendirilmiştir.

5. *Alan: Aşırı Uyarılma ve Baskılanma*

Çocukluk dönemlerinde bakım verenleri tarafından öz denetimin öncelikli olduğu, oyun oynamaya ve keyif almaya önem verilmediği, sorumluluk ve yüksek performans beklentisinin her daim vurgulandığı görülür. Sonucunda erişkin yaşamında baskılanmış, sürekli tetikte, başarı hissinden ve tatminden yoksun kişilik özellikleri görülür.

i. Olumsuzluk/Karamsarlık: Sürekli olumsuz beklenti içerisindeki bireyin temel odağının yaşam ve olaylar olduğu görülür. Bu da endişeli, dikkatli, karamsar ve sürekli tetikte bir yaşam sürmeyle sonuçlanır.

ii. Duyguları Baskılama: Eleştiriden, reddedilmekten ve dürtülerin kontrolünü kaybetmekten çekindiğinden dolayı öfke, haz ve hisler ikinci plana atılır; sonucunda da donuk, soğuk ve sıkılgan bir kişilik örüntüsü oluşur.

iii. Yüksek standartlar/Aşırı Eleştiricilik: Mükemmeliyetçiliğin, katı kuralların ve aşırı sorumluluk ile ilgili yoğun uğraşının hakim olduğu bu şemada amaç başkaları tarafından eleştirilmekten kaçınmak ve her daim başarılı olmaktır. Bu eleştirel yaklaşım kendisine olduğu kadar çevreye de yansıtılır.

iv. Cezalandırıcılık: Hataları kabul edemeyen ve yanlış davranışların kendisi de dahil olmak üzere mutlaka cezalandırılması gerektiğine inanan bireylerdir. Bu şemada sıklıkla hatalara tolerans ve hafifletici unsurları görmezden gelmede yoksunluk izlenir (5, 45).

2.3. ŞEMA, UB VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI İLİŞKİSİ

2.3.1. Şemalar ve Uyum Bozukluğu

Literatürde EDUBŞ ile Bipolar Duygudurum Bozukluğu (BDB), MDB, Kişilik Bozuklukları gibi çeşitli psikiyatrik tanı grupları ile kendine zarar verici davranışlar arasındaki ilişkiyi ele alan pek çok çalışma yer almaktadır. Buna karşın Uyum Bozukluğu vakalardaki şema ilişkisini ve bu tanı grubunda en sık görülen şemaları ele alan çalışmalar açısından boşluk mevcuttur.

2.3.2. Uyum Bozukluğu, İntihar Girişimi ve Kendine Zarar Verici Davranışlar

Literatürde UB ve kendine zarar verme davranışı ilişkisinin araştırmacılar tarafından çok kez ele alındığı görülmektedir. Shakeri ve arkadaşlarının çalışmasında intihar girişiminde bulunan hastaların %40,8'inde UB tanısı saptanmış olup bu çalışma grubunda UB en sık görülen psikiyatrik bozukluk olarak değerlendirilmiştir (46). Bolu ve arkadaşlarının 2012'de yaptığı çalışmaya göre UB tanılı hastaların %26,8'inin intihar girişimi sebebiyle hastaneye başvurduğu, bunların %68,1'inin kurtarılma oranı yüksek intihar girişimlerinde bulunduğu; ciddi girişimde bulunan bireylerin diğer bireylere kıyasla eğitim düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır (21). Pelkonen ve arkadaşlarının bir çalışmasında, UB'de intihar girişimi davranışı, kötü tedavi yanıtı, yetersiz işlevsellik, disfori ve psikomotor ajitasyon ile ilişkilendirilmiş, intihar düşüncesi ve tamamlanmış intihar arasında geçen sürenin diğer psikiyatrik bozukluklara göre daha kısa olduğu bildirilmiştir (47, 48). Bunu destekler nitelikte Portzky ve arkadaşları tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise UB tanılı intihar olgularında yapılan ilk psikiyatrik değerlendirme ile intihar girişimi arasında geçen sürenin Yeme Bozukluğu, MDB, Madde Kötüye Kullanım Bozukluğu ve Şizoaffektif Bozukluk tanılı hastalara göre çok daha kısa olduğu saptanmıştır (49). Virginia Üniversitesi Hastanesi'nde yapılan retrospektif bir çalışmada 16-50 yaşları arasında 119 UB hastası değerlendirilmiş, %60,5'inin geçmişte de intihar girişiminde bulunduğu, %96'sının hastane başvurusu sırasında intihar düşüncesi olduğu ve yarısının yeni gerçekleşmiş intihar girişimi sonrasında hastaneye yatışının yapıldığı görülmüştür. Önceden intihar girişiminde bulunanların çoğunluğunu ise Borderline Kişilik Bozukluğu ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanısıyla takipli olanların oluşturduğu

saptanmış, bu da UB'de intihar girişimi risk faktörleri arasında kişilik bozukluğu tanısının sayılabileceğini düşündürmüştür (50).

Bu bulgular ışığında intihar girişimi açısından UB tanısının başlı başına bir risk faktörü olduğu söylenebilir.

2.3.3. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Kendine Zarar Verici Davranışlar

Pilkington ve arkadaşları tarafından yakın zamanda yapılan bir meta analizde EDUBŞ'nin intihar düşüncesi ve kendine zarar verme ile ilişkisi değerlendirilmiş, intihar düşüncelerini bildiren bireylerin kendisini doğaları gereği sevilmeyen (Kusurluluk), izole edilmiş (Sosyal İzolasyon) ve bakımsız (Duygusal Yoksunluk), başarısız (Başarısızlık) ve günlük yaşamla tek başına baş edemeyen biri (Bağımlılık) olarak gördüğü izlenmiştir. İntihar düşüncesinin aynı zamanda Boyun Eğicilik ve Duyguları Bastırma, Sosyal İzolasyon ile ilişkisi de gösterilmiştir. Son olarak, bakım için güvenilen kişilerin ayrılacağı veya ulaşılamayacağı beklentisini kapsayan Terk Edilme şeması, kendine zarar verme ile ilişkiliyken intihar düşüncesiyle ilişkili bulunmamıştır (8).

MDB hastalarıyla yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunanlarda Başarısızlık, Güvensizlik, Duygusal Ketlenme, Sosyal İzolasyon ve Terk Edilme şemalarının baskın olduğu görülmüştür (51). Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve BDB tanılı hastalardaki şemalarla ilişkili yapılan bir çalışmaya göre, OKB tanı grubunda intihar eğiliminin Güvensizlik şemasıyla ilişkili; BDB'de ise Haklılık, Sosyal İzolasyon ve Kusurluluk şemalarıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür (52, 53). Borderline Kişilik Bozukluğu tanılı 60 hastayla yürütülen diğer bir çalışmada intihar düşüncelerine sahip bireylerde Yoksunluk, Terk Edilme, Güvensizlik ve Sosyal İzolasyon en yaygın şemalar olarak tespit edilmiştir (9). Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanılı bireylerde yapılan bir çalışmada ise Başarısızlık, Duygusal Yoksunluk, Karamsarlık, Duyguları Bastırma, İç İçelik, Güvensizlik, Terk Edilme, Yetersiz Özdenetim, Cezalandırma/Kusurluluk, Boyun Eğicilik, Haklılık şemalarının daha yüksek oranda aktif olduğu görülmüştür (54).

Kendine zarar verme girişiminde bulunanlarda eşlik eden psikiyatrik bozuklukların sık görülmesinin yanında, bu bozukluğa ait şemaların da çoğunlukla rol oynadığı düşünülmektedir. Bu şemalar sıklıkla intihar davranışına özgü şemalar değil genel ruhsal sıkıntılara ait şemalardır. Zorlayıcı yaşam olaylarıyla karşılaşılınca bu

şemaların yoğunluğu ve sıklığı artarak intiharla ilgili şemaları ve bilişleri tetiklemektedir (55).

Bu bulgular göz önüne alındığında bu çalışma ile aşağıdaki hipotezlerin sınanması amaçlanmaktadır:

1. İntihar niyeti ile yapılan zarar verici davranışlar diğer girişimlerden şema yapısı olarak farklıdır
2. Kendine zarar verme davranışı sergileyenlerin içerisinde intihar amaçlı bu eylemi sergileyenlerdeki olumsuz şemalar, intihar amaçlı olmayanlara göre daha fazladır.
3. Kendine zarar verme davranışı sergileyen vakalarda en sık görülen şema "Dayanıksızlık" şemasıdır.
4. Dayanıksızlık, Güvensizlik, Kusurluluk gibi karamsar, umutsuz değerlendirmelere yol açabilecek şemalar intihar grubunda daha fazladır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Bu çalışma 01.08.2021-31.08.2022 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde poliklinikte veya yatarak tedavi gören, DSM-5 kriterlerine göre UB tanısı olarak değerlendirilen, son 6 ay içerisinde intihar düşüncesiyle veya intihar amacı olmadan (stres, ani karar, yardım talebi gibi) kendine zarar verme girişiminde bulunan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, bilgilendirilmiş yazılı onam formu alınan ve dışlama ve dahil edilme kriterlerine uygun olan 68 kişiyle yapılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- DSM-5 kriterlerine göre UB tanılı olmak
- Son 6 ay içerisinde intihar amacı taşıyan ve taşımayan kendine zarar verme girişiminde bulunmak

Çalışmadan dışlama kriterleri;

- Verilen ölçekleri tamamlamayanlar, geçersiz ve eksik tamamlayanlar
- Organik ruhsal bozukluk tanısı ile takip edilenler
- Zeka geriliği tanısı olanlar
- Alkol ve madde kullanımı dışında eşlik eden herhangi bir psikiyatrik bozukluğunun olması

3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu çalışma tek merkezli yürütülerek kesitsel çalışma olarak tasarlanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI

Prof. Dr. Kâmil Nahit ÖZMENLER'in önerisi ile teze başlanmış ve Uzm. Dr. Mehmet KOÇER yardımcı danışman olarak belirlenmiştir. Bu araştırma için;

- 20.05.2021 tarih ve 46418926 sayılı raporu ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu,

- 27.07.2021 tarihinde E-50687469-799 sayılı raporu ile Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu tarafından onay alınmıştır.

01.08.2021-31.08.2022 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde gerçekleştirilen araştırmanın etik kurul, veri toplama ve yazım gibi tüm aşamaları İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve Helsinki Bildirgesi prensiplerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLEN HASTALARA UYGULANAN ÖLÇÜM ARAÇLARI

3.4.1. Sosyodemografik Veri ve Bilgi Formu

Araştırmanın amaçları ve özellikleri dikkate alınarak, araştırmacılar tarafından literatür tarandıktan sonra, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini sorgulamak amacıyla oluşturulan bir formdur. Formda katılımcıların yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, medeni durum, çocuk sayısı, kiminle yaşamakta olduğu, kendisinin ve ebeveynlerinin eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, ailede herhangi bir psikiyatrik bozukluğun olup olmadığı, alışkanlıklar ve süresi, kendine zarar verme şekli ve zamanı, bu girişim sırasındaki amacı, halen kullanmakta olduğu psikiyatrik tedavinin varlığı ve ne olduğu sorgulanmıştır.

30 maddeden oluşan ve elde edilen puanla orantılı olarak dürtüsellik düzeyinin belirlendiği Barratt Dürtüsellik Ölçeği'nden esinlenilerek oluşturulan 10 soruluk anket de bu forma dahil edilmiştir (56). Bu anket, UB tanılı kişilerle yapılan psikiyatrik görüşmeler sırasında en çok dile getirdikleri ifadeler dikkate alınarak belirlenmiş ve yarı yapılandırılmış görüşmeye dahil edilmiştir. Bu çalışmada kendine zarar verme girişimi ile dürtüsellik arasındaki ilişkiye yönelik hipotez oluşturulmadığından ve bu değerlendirme ön planda tutulmadığından ölçeğin tamamı kullanılmamıştır.

Sosyodemografik Veri ve Bilgi Formu'nun bir örneği ekte (Bkz.EK-4) sunulmuştur.

3.4.2. Young Şema Ölçeği (YŞÖ)

Young Şema ölçeği ilk olarak 1990 yılında Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar'ı saptamak için geliştirilmiştir. Öz bildirime dayalı bu form ile 205 madde ve 16

şemanın değerlendirilmesi hedeflenmiştir (57). 1994 yılında yapılan revizyon sonrasında 75 madde ve 15 şemadan oluşan kısa form geliştirilmiş ve en son 2004 yılında 3 şemanın daha eklenmesiyle 90 maddelik son halini almıştır. YŞÖ-Kısa Form, 5 şema alanı ve 18 şemayı, 6'lı Likert tipi ölçek ile (1= Benim için tamamıyla yanlış ila 6= Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) değerlendirmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2009 yılında Soygüt ve arkadaşları tarafından yapılmış olup ölçekte 5 şema alanı ve 14 şemanın değerlendirilmesi uygun görülmüştür. Böylece İç içe geçme ve Bağımlılık, Haklılık ve Yetersiz Özdenetim, Sosyal İzolasyon ve Güvensizlik, Boyun Eğiciliğe ilişkin maddelerle, İçe İçe Geçme ve Terk Edilme şemaları birleştirilerek ölçek son halini almıştır (58). Bu çalışmada örneklem grubuna uygulanan YŞÖ-Kısa Form'da birleştirilme sonrasında kaybolan 4 şemadan da anlamlı sonuç elde edilebileceği düşünülerek 5 şema alanı ve 18 şema değerlendirilmiştir. Ölçekte her şema alanına ait 5 soru bulunmakta ve katılımcı bir şemaya ait 15 puan ve üzeri aldığı veya o şemaya ait en az 2 soruya birden 5 veya 6 puan verdiği takdirde o şema alanı aktif olarak değerlendirilmiştir (5).

3.5. YÖNTEM

Bu araştırma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu tarafından onay alındıktan sonra, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne 01.08.2021-31.08.2022 tarihleri arasında başvuran ve DSM-5 kriterlerine göre UB tanısı konan 74 vaka değerlendirilmiştir. Dahil edilme ve dışlama kriterlerinin değerlendirilmesiyle 68'iyle çalışma yürütülmüştür. Dahil edilen bireyler Sosyodemografik Veri ve Bilgi Formu ile değerlendirilmiş, bunun neticesinde hem sosyodemografik bilgileri edinilmiş hem de kendine zarar verici davranışının özellikleri, zamanı, niteliği ve amacı değerlendirilmiştir. Katılımcıların ekonomik durumu, görüşmeyi yapan klinisyen tarafından sorgulandıktan sonra Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) çalışmanın planlandığı dönemdeki yoksulluk sınırı temel alınarak değerlendirilmiştir; gelirleri yoksulluk sınırının altında olması halinde "Düşük gelir düzeyi" ve yoksulluk sınırının üstünde olması durumunda "Yüksek gelir düzeyi" olarak sınıflandırılmıştır. Bu formda ayrıca 10 adet Likert tipi anket ile dürtüsel davranışlarına ait özellik değerlendirilmiştir.

3.6. İSTATİKSEL ANALİZ

Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde Ortalama Standart Sapma, Ortanca, Minimum, Maksimum değerleri, kesikli verilerde ise sayı yüzde değerleri verildi. Sürekli Verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Shapiro-Wilk testinden yararlanıldı. Sürekli verilerin kendine zarar verici davranış sergileyenlerde intihar amaçlı yapan ve yapmayanların karşılaştırılmasında Mann Whitney U test kullanıldı. Nominal değişkenlerin grup karşılaştırmalarında (çapraz tablolarda) Ki-Kare ve Fisher's Exact test kullanıldı. Değerlendirmelerde istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p<0,05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. ÇALIŞMA GRUPLARININ TANIMLANMASI

Araştırmada 74 vakaya ulaşılmış, 6 vakanın verilen form ve ölçekleri yetersiz tamamlamasından dolayı çalışma dışı bırakılarak 68 vakanın ölçek sonuçları değerlendirilmeye alınmıştır. Sonuçta DSM-5 kriterlerine göre Uyum Bozukluğu olarak değerlendirilen, son 6 ay içerisinde kendine zarar verme davranışı sergileyen ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan 68 vaka ile gerçekleştirilmiştir. Bu vakalardan kendine zarar verme girişi sırasında intihar düşüncesi taşıyanlar ve intihar amacı olmadan gerçekleştirenler olarak 2 grup oluşturulmuştur.

4.2. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya Uyum Bozukluğu tanılı, kendine son 6 ay içerisinde zarar veren 68 vaka alındı. Vakaların tümü erkek olup yaş ortalaması 21,00±1,72 yıl, minimum yaş 19, maksimum yaş 29 olarak saptandı. %55,9'u şehirde, %30,9'u ilçede, %13,2'si köyde yaşamakta olup, %80,9'u bekar, %16,2's, evli, %2,9'u boşanmıştı. Katılımcıların %10,3'ünün çocuk sahibi olduğu, %10,3'ünün eşi ve çocuğu ile yaşadığı, %75'inin ise annesi ve babasıyla yaşadığı görüldü. %20,5'i ilkokul, %63,2'si ortaokul, %13,2'si lise, %2,9'u üniversite mezunu olduğunu beyan etti. %39,7'sinin hem anne hem baba eğitim düzeyi ilkokul idi. Vakaların %52,9'unun askerlikten önce çalıştığı, %86,8'inin gelir düzeyinin 5000 TL'den az olduğu saptandı.

Tablo 1: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	İntihar amaçlı olmayan (n=50)	İntihar amaçlı (n=18)	Test istatistiği	p
	Ort± SS Medyan (min-max)	Ort± SS Medyan (min-max)		
Yaş	20,82±1,76 20 (19-29)	21,50±1.61 21 (20-25)	U=294,0 [a]	**0,016**
Çocuk sayısı	0 (0-2)	0 (0-4)	U=412,0 [a]	0,316
	n (%)	n (%)		
Yaşadığı yer				
Köy	6 (12)	3 (16,7)	χ^2 =0,932 [b]	0,627 [b]
İlçe	17 (34)	4 (22,2)		
Şehir	27 (54)	11 (61,1)		
Medeni durum				
Evli	7 (14)	4 (22,2)	χ^2 =1,083 [b]	0,717
Bekar	41 (82)	14 (77,8)		
Boşanmış	2 (4)	0 (0)		
Çocuk durumu				
Yok	46 (92)	15 (83,3)	χ^2 =1,077 [b]	0,371
Var	4 (8)	3 (16,7)		
Birlikte yaşadığı kişiler				
Yalnız	3 (6)	1 (5,6)	χ^2 =4,211 [b]	0,332
Eş ile	2 (4)	2 (11,1)		
Eş ve çocuk	4 (8)	3 (16,7)		
Anne/baba	40 (80)	11 (61,1)		
Arkadaş	1 (2)	1 (5,6)		
Eğitim durumu				
Yok	4 (8)	0 (0)	χ^2 =2,082 [b]	0,567
İlkokul	6 (12)	4 (22,2)		
Ortaokul	32 (64)	11 (61,1)		
Lise/üniversite	8 (16)	3 (16,7)		
Annenin eğitim durumu				
Yok	13 (26)	5 (27,8)	χ^2 =0,934 [b]	0,852
İlkokul	20 (40)	7 (38,9)		
Ortaokul	14 (28)	4 (22,2)		
Lise/Üniversite	3 (6)	2 (11,1)		
Babanın eğitim durumu				
Yok	4 (8)	4 (22,2)	χ^2 =2,806 [b]	0,429
İlkokul	20 (40)	7 (38,9)		
Ortaokul	17 (34)	4 (22,2)		
Lise/Üniversite	9 (18)	3 (16,7)		
Çalışma durumu				
Çalışmıyor	25 (50)	7 (38,9)	χ^2 =0,656 [b]	0,418
Çalışıyor	25 (50)	11 (61,1)		
Gelir durumu				
0-5000 TL	44 (88)	17 (94,4)	χ^2 =0,595 [b]	0,666
> 5000TL	6 (12)	1 (5,6)		

a: Mann Whitney U test
b: Chi -Square test/Fisher's Exact test

Kendine zarar verme davranışı olanlar arasında intihar düşüncesi olan ve olmayan 2 grup karşılaştırıldığında intihar düşüncesi olanların yaşlarının anlamlı olarak daha ileri olduğu saptandı. Bu sonucun değerlendirilmesinde örneklemin yaş ortalamasının 21,00±1,72 yıl olması da göz önüne alınmalıdır. İki grubun diğer sosyodemografik verileri karşılaştırıldığında, medeni durum, çocuk sayısı, yaşadığı yer, kimlerle yaşadıkları, kendisinin ve ailesinin eğitim düzeyi, çalışma ve gelir durumu arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 1).

4.3. KATILIMCILARIN SOYGEÇMİŞ VE ALIŞKANLIKLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Vakaların %30,9'unun ailesinde psikiyatrik bozukluk öyküsü mevcuttu; bunlardan aile öyküsündeki MDB %8,8, alkol/madde bağımlılığı %10,3, BDB %2,9, daha önceden intihar girişimi %4,4 olarak saptandı.

Tablo 2: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin ailelerinde psikiyatrik bozuklukların varlığı ve karşılaştırılması

	İntihar amacı olmayan (n=50)	İntihar amaçlı(n=18)	Test istatistiği	p
	n (%)	n (%)		
Ailede psikiyatrik bozukluk				
Yok	39 (78)	8 (44,4)	χ^2 =6,982 [b]	**0,008**
Var	11 (22)	10 (55,6)		
Ailede MDB				
Yok	46 (92)	16 (88,9)	χ^2 =0,159 [b]	0,652
Var	4 (8)	2 (11,1)		
Ailede alkol/madde bağımlılığı				
Yok	47 (94)	14 (77,8)	χ^2 =3,772 [b]	0,074
Var	1 (6)	4 (22,2)		
Ailede intihar öyküsü				
Yok	49 (98)	16 (88,9)	χ^2 =2,605 [b]	0,169
Var	1 (2)	2 (11,1)		
Ailede BDB				
Yok	48 (96)	18 (100)	χ^2 =0,742 [b]	1,000
Var	2 (4)	0 (0)		
Ailede diğer psikiyatrik bozukluk				
Yok	47 (94)	15 (83,3)	χ^2 =1,872 [b]	0,330
Var	3 (6)	3 (16,7)		

b: Chi -Square test/Fisher's Exact test

Kendine zarar verenler arasında intihar amaçlı girişimde bulunanların ailesindeki psikiyatrik bozukluk oranı daha fazlaydı. Buna karşın iki grup arasında herhangi bir psikiyatrik bozukluğun görülme sıklığında anlamlı farklılık izlenmedi (Tablo 2).

Vakaların %94,1'i sigara kullanmakta olup bunların sigara kullanma süresi ortancası 6 yıl, sigara adet ortancası 30 adetti. Örneklemin tamamında alkol kullanım oranı %61,8'di. Alkol tüketim miktarına bakıldığında %40,5'i haftada iki kadehten az ve haftada 2-5 kadeh alkol alıyordu. Vakaların %8,8'i madde, bunların da %33,3'ü eroin ve esrar kullanmaktaydı.

Tablo 3: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin alışkanlık özelliklerinin karşılaştırılması

	İntihar amaçlı olmayan (n=50)	İntihar amaçlı (n=18)	Test istatistiği	p
	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)		
Sigara kullanım süresi	5,5 (0-15)	6,5 (0-15)	U=429,0 [a]	0,769
Sigara günlük tüketim adedi	27,5 (0-80)	22,5 (0-40)	U=402,0 [a]	0,486
Alkol kullanım süresi	2,5 (0-10)	2,5 (0-10)	U=428,5 [a]	0,758
	n (%)	n (%)		
Sigara kullanımı				
Yok	1 (2)	3 (16,7)	χ^2 =5,143 [b]	0,054
Var	49 (98)	15 (83,3)		
Alkol kullanımı				
Yok	19 (38)	7 (38,9)	χ^2 =0,004 [b]	0,947
Var	31 (62)	11 (61,1)		
Alkol kullanım miktarı				
Yok	18 (36)	6 (33,3)	χ^2 =1,615 [b]	0,662
Haftada iki kadehten az	13 (26)	6 (33,3)		
Haftada 2-5 kadeh	14 (28)	3 (16,7)		
Hemen her gün 5 kadehten fazla	5 (10)	3 (16,7)		
Madde kullanımı				
Yok	47 (94)	15 (83,3)	χ^2 =1,872 [b]	0,330
Var	3 (6)	3 (16,7)		

a: Mann Whitney U test
b: Chi -Square test/Fisher's Exact test

Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin alışkanlıkları kullanım sıklığı ve miktarı karşılaştırıldığında ise anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (*Tablo 3*).

4.4. KATILIMCILARIN KENDİNE ZARAR VERME ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Vakaların kendine zarar verme davranışlarının kesme (kesici aletle yüzeyel veya derin lineer skar meydana getirme), yakma (derisine yakıcı cisim uygulama, sigara basma gibi), ası, yüksekten atlama, çoklu ilaç alımı, yumruk (sert zemine yumruk atarak kendine zarar verme) yöntemlerinden biri şeklinde olduğu görüldü. Bu yöntemler sıklık bakımından karşılaştırıldığında %82,4 oranıyla en çok kesme davranışının sergilendiği, sonrasında yumruk atma (%14,7), ilaç içme (%11,8), yakma (%8,8), yüksekten atlamanın (%4,4) takip ettiği görüldü. Katılımcıların %25'inin kendine zarar verme davranışını 2 kez denediği saptandı. Vakaların %26,5'inin kendine zarar verme davranışını intihar düşüncesiyle, geri kalan %73,5'lik kısmın ise intihar amacı olmaksızın, stres ve/veya ani karar sonucu veya yardım talebi amacıyla yaptığı görüldü.

Tablo 4: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin kendine zarar verme yöntemlerinin karşılaştırılması

	İntihar amaçlı olmayan (n=50)	İntihar amaçlı (n=18)	Test istatistiği	p
	n (%)	n (%)		
Kesme				
Yok	5 (10)	7 (38,9)	χ^2 =7,601 [b]	**0,011**
Var	45 (90)	11 (61,1)		
Yakma				
Yok	48 (96)	14 (77,8)	χ^2 =5,463 [b]	**0,038**
Var	2 (4)	4 (22)		
Ası				
Yok	49 (98)	15 (83,3)	χ^2 =5,143 [b]	0,054
Var	1 (2)	3 (16,7)		
Yüksekten atlama				
Yok	50 (100)	15 (83,3)	χ^2 =8,718 [b]	**0,016**
Var	0 (0)	3 (16,7)		
Çoklu ilaç alımı				
Yok	49 (98)	11 (61,1)	χ^2 =17,350 [b]	**<0,001**
Var	1 (2)	7 (38,9)		
Yumruk				
Yok	42 (84)	16 (88,9)	χ^2 =0,252 [b]	1,000
Var	8 (16)	2 (11,1)		
Kendine zarar verme sayısı				
1	43 (86)	5 (27,8)	χ^2 =21,610 [b]	**<0,001**
1+	7 (14)	13 (72,2)		

b: Chi -Square test/Fisher's Exact test

Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin yöntemleri kıyaslandığında kesme, yakma, yüksekten atlama, ilaç içme yöntemlerinde orantısal olarak farklılıklar saptandı. İntihar amaçlı kendine zarar veren bireylerin kendini yakma, yüksekten atlama, çoklu ilaç içme yöntemlerini daha fazla, kesme yöntemini ise daha az tercih ettiği izlendi. Buna karşın boğarak ve yumruklayarak zarar verme davranışlarında iki grup arasında fark izlenmedi. Ek olarak kendine zarar verme girişimini tekrarlama özelliği intihar amaçlı kendine zarar veren bireylerde daha çok görüldü (Tablo 4).

4.5. KATILIMCILARIN TEDAVİ ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Vakaların halen kullanmakta olduğu psikiyatrik tedaviler sorgulandığında %35,3'ünün mevcut bir psikiyatrik tedavisi olduğu öğrenildi. %35,3'ünün antidepresan tedavi kullandığı, %17,6'sinin ise antipsikotik tedavisinin olduğu saptandı. Bunun yanı sıra sorgulanan diğer (benzodiazepin, sedatizan, duygudurum düzenleyici, antiepileptik veya psikostimülan) tedavileri kullanan vaka olmadığı tespit edildi.

Tablo 5: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin tedavi özelliklerinin karşılaştırılması

	İntihar amacı olmayan (n=50)	İntihar amaçlı (n=18)	Test istatistiği	p
	n (%)	n (%)		
Tedavi alma				
Yok	34 (68)	10 (55,6)	χ^2 =0,898 [b]	0,343
Var	16 (32)	8 (44,4)		
Antidepresan tedavi				
Yok	34 (68)	10 (55,6)	χ^2 =0,898 [b]	0,343
Var	16 (32)	8 (44,4)		
Antipsikotik tedavi				
Yok	44 (88)	12 (66,7)	χ^2 =4,145 [b]	**0,042**
Var	6 (12)	6 (33,3)		

b: Chi-Square test

Halen kullanılmakta olan psikiyatrik tedavi varlığı iki grup arasında kıyaslandığında anlamlı fark bulunmadı. Tedavi özelinde değerlendirildiğinde sadece antipsikotik tedavi kullanımının intihar amaçlı kendine zarar verme girişiminde bulunanlarda daha fazla olduğu saptandı (Tablo 5).

4.6. KATILIMCILARIN DÜRÜTSELLİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dürtüselliğe yönelik uygulanan 10 soruluk ankete göre, göze çarpan sonuçlar arasında %44,1'inin kendisini "Hiçbir zaman geleceğini düşünen birisi olmayan" olarak değerlendirdiği, %41,2'sinin risk almaktan hoşlandığı, %42,6'sının bir eylem öncesinde hiç düşünmediği izlendi.

Tablo 6: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin dürtüselliğe yönelik sorulara verdikleri yanıtların karşılaştırılması

	İntihar amacı olmayan (n=50)	İntihar amaçlı (n=18)	Test istatistiği	p
	n (%)	n (%)		
Düşünmeden iş yaparım.				
Hiçbir zaman	7 (14)	0 (0)	χ^2 =3,473 [b]	0,326
Bazen	20 (40)	8 (44,4)		
Sıklıkla	13 (26)	4 (22,2)		
Her zaman	10 (20)	6 (33,3)		
Hızla karar veririm.				
Hiçbir zaman	4 (8)	0 (0)	χ^2 =7,841 [b]	**0,046**
Bazen	20 (40)	2 (11,1)		
Sıklıkla	12 (24)	8 (44,4)		
Her zaman	14 (28)	8 (44,4)		
Kendimi kontrol edebilirim.				
Hiçbir zaman	14 (28)	11 (61,1)	χ^2 =6,733 [b]	0,057
Bazen	26 (52)	7 (38,9)		
Sıklıkla	4 (8)	0 (0)		
Her zaman	6 (12)	0 (0)		
Zor problemleri çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
Hiçbir zaman	3 (6)	1 (5,6)	χ^2 =0,922 [b]	0,877
Bazen	14 (28)	5 (27,8)		
Sıklıkla	13 (26)	3 (16,7)		
Her zaman	20 (40)	9 (50)		
Geleceğini düşünen birisiyim.				
Hiçbir zaman	18 (36)	12 (66,7)	χ^2 =9,876 [b]	**0,015**
Bazen	10 (20)	5 (27,8)		
Sıklıkla	8 (16)	1 (5,6)		
Her zaman	14 (28)	0 (0)		
Genellikle yeni ve heyecan verici deneyimler ve duygular ararım.				
Hiçbir zaman	12 (24)	9 (50)	χ^2 =3,933 [b]	0,271
Bazen	20 (40)	5 (27,8)		
Sıklıkla	11 (22)	2 (11,1)		
Her zaman	7 (14)	2 (11,1)		

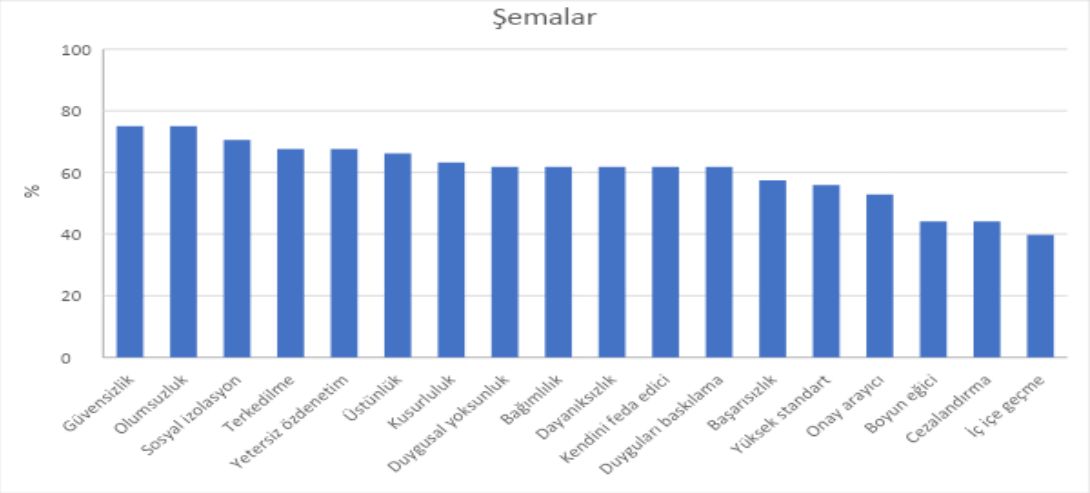
Tablo 6: (Devamı) Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin dürtüselliğe yönelik sorulara verdikleri yanıtların karşılaştırılması

	İntihar amacı olmayan (n=50)	İntihar amaçlı (n=18)	Test istatistiği	p
	n (%)	n (%)		
Kolayca pes etme eğiliminde olan biriyim.				
Hiçbir zaman	16 (32)	1 (5,6)	χ^2 =11,175 [b]	**0,009**
Bazen	16 (32)	4 (22,2)		
Sıklıkla	10 (20)	3 (16,7)		
Her zaman	8 (16)	10 (55,6)		
Risk almaktan hoşlanırım.				
Hiçbir zaman	9 (18)	3 (16,7)	χ^2 =1,946 [b]	0,626
Bazen	7 (14)	5 (27,8)		
Sıklıkla	13 (26)	3 (16,7)		
Her zaman	21 (42)	7 (38,9)		
Harekete geçmeden önce biraz durup yapacağım şey üzerine düşünürüm.				
Hiçbir zaman	15 (30)	14 (77,8)	χ^2 =12,506 [b]	**0,003**
Bazen	24 (48)	2 (11,1)		
Sıklıkla	4 (8)	0 (0)		
Her zaman	7 (14)	2 (11,1)		
Kendimi kötü hissettiğimde, çoğu kez o anda iyi hissettiren fakat sonradan yaptığıma pişman olduğum şeyler yaparım.				
Hiçbir zaman	13 (26)	7 (38,9)	χ^2 =3,167 [b]	0,371
Bazen	19 (38)	3 (16,7)		
Sıklıkla	10 (20)	5 (27,8)		
Her zaman	8 (16)	3 (16,7)		

b: Fisher's Exact test

Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin dürtüselliğe yönelik sorulan sorulara verdiği yanıtlar kıyaslandığında intihar amacı taşıyanların "Hızla karar veririm" ve "Kolayca pes etme eğiliminde olan biriyim" sorularına daha yüksek oranda "her zaman" yanıtı verdiği; "Geleceğini düşünen birisiyim" ve "Harekete geçmeden önce biraz durup yapacağım şey üzerine düşünürüm." sorularına daha yüksek oranda "hiçbir zaman" yanıtını verdiği görülmüştür. Diğer sorulara verilen yanıtlar kıyaslandığında iki grup arasında anlamlı farklılık elde edilemedi (Tablo 6).

4.7. KATILIMCILARIN EDUBŞ'SİNİN KARŞILAŞTIRILMASI



Şekil 1: Katılımcıların tamamında EDUBŞ'nin görülme sıklığı

Uygulanan YŞÖ'ye göre örneklem grubunda en çok görülen şemaların %75 oranıyla Güvensizlik ve Olumsuzluk olduğu, en az görülenin ise %44,1 oranında Cezalandırma ve %39,7 oranında İç İçe Geçme olduğu izlendi (Şekil 1).

Tablo 7: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerindeki EDUBŞ'nin karşılaştırılması

	İntihar amacı olmayan (n=50)	İntihar amaçlı (n=18)	Test istatistiği	p
	n (%)	n (%)		
Terkedilme				
Yok	17 (34)	5 (27,8)	χ^2 =0,234	0,628
Var	33 (66)	13 (72,2)		
Güvensizlik				
Yok	13 (26)	4 (22,2)	χ^2 =0,101 [b]	1,000
Var	37 (74)	14 (77,8)		
Duygusal yoksunluk				
Yok	21 (42)	5 (27,8)	χ^2 =1,134 [b]	0,399
Var	29 (58)	13 (72,2)		
Kusurluluk				
Yok	22 (44)	3 (16,7)	χ^2 =4,253 [b]	**0,039**
Var	28 (56)	15 (83,3)		
Sosyal izolasyon				
Yok	17 (34)	3 (16,7)	χ^2 =1,915 [b]	0,166
Var	33 (66)	15 (83,3)		
Bağımlılık				
Yok	25 (50)	1 (5,6)	χ^2 =11,070 [b]	**0,001**
Var	25 (50)	17 (94,4)		
Dayanıksızlık				
Yok	23 (46)	3 (16,7)	χ^2 =4,822 [b]	**0,028**
Var	27 (54)	15 (83,3)		
İç içe geçme				
Yok	31 (62)	10 (55,6)	χ^2 =0,230 [b]	0,632
Var	19 (38)	8 (44,4)		
Başarısızlık				
Yok	24 (48)	5 (27,8)	χ^2 =2,213 [b]	0,137
Var	26 (52)	13 (72,2)		
Yetersiz özdenetim				
Yok	18 (36)	4 (22,2)	χ^2 =1,148 [b]	0,284
Var	32 (64)	14 (77,8)		
Üstünlük				
Yok	17 (34)	6 (33,3)	χ^2 =0,003 [b]	0,959
Var	33 (66)	12 (66,7)		
Boyun eğicilik				
Yok	31 (62)	7 (38,9)	χ^2 =2,268 [b]	0,090
Var	19 (38)	11 (61,1)		
Kendini feda edicilik				
Yok	14 (28)	12 (66,7)	χ^2 =8,379 [b]	**0,004**
Var	36 (72)	6 (33,3)		
Onay arayıcılık				
Yok	20 (40)	12 (66)	χ^2 =3,779 [b]	0,052
Var	30 (60)	6 (33,3)		
Olumsuzluk				
Yok	13 (26)	4 (22,2)	χ^2 =0,101 [b]	1.000
Var	37 (74)	14 (77,8)		
Duyguları baskılama				
Yok	20 (40)	6 (33,3)	χ^2 =0,249 [b]	0,618
Var	30 (60)	12 (66,7)		
Yüksek standartlar				
Yok	19 (38)	11 (61,1)	χ^2 =2,867 [b]	0,090
Var	31 (62)	7 (38,9)		
Cezalandırıcılık				
Yok	29 (58)	9 (50)	χ^2 =0,344 [b]	0,558
Var	21 (42)	9 (50)		

b: Chi -Square test/Fisher's Exact test

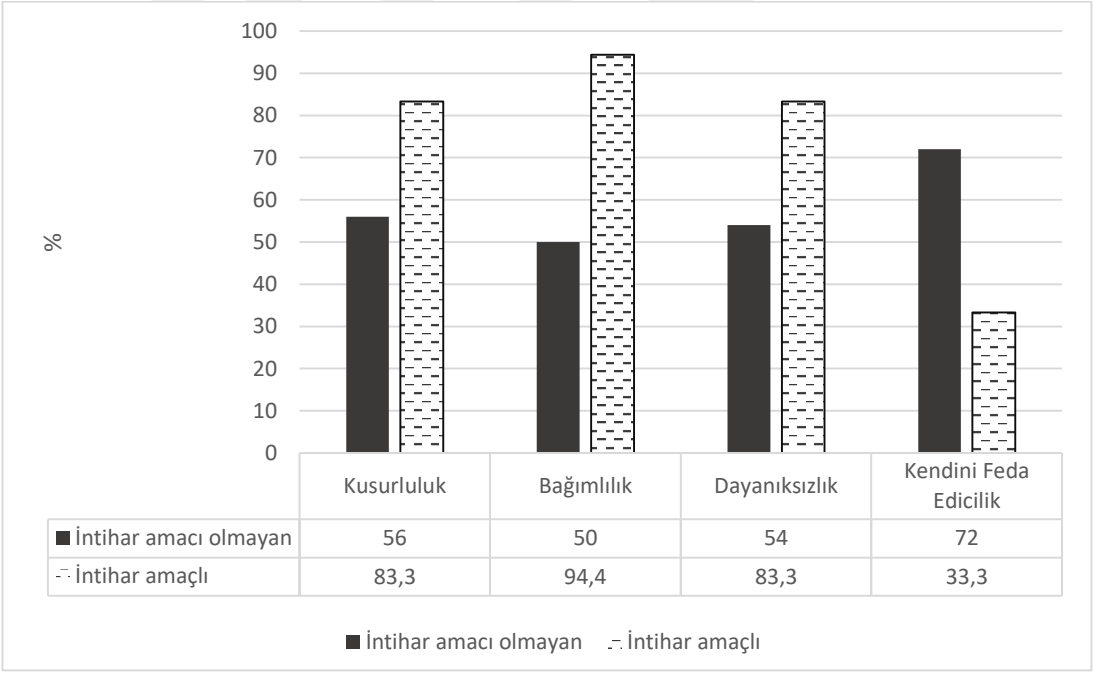
İntihar amacı olmadan kendine zarar verme girişiminde bulunanlarda;

- En yüksek oranda; Güvensizlik (%74) ve Olumsuzluk (%74)
- En az oranda İç İçe Geçme (38%) ve Boyun Eğicilik (%38)

İntihar amaçlı kendine zarar verme girişiminde bulunanlarda;

- En yüksek oranda; Bağımlılık (%94,4), Kusurluluk (%83,3) ve Sosyal İzolasyon (%83,3),
- En az oranda Kendini Feda Edicilik (%33,3) ve Onay Arayıcılık (%33,3) şemasının görüldüğü saptandı (Tablo 7).

İntihar amaçlı kendine zarar verme girişiminde bulunan vakalarda Kusurluluk, Bağımlılık ve Dayanıksızlık şemalarının görülme oranının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanırken, Kendini Feda Edicilik şemasının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (Şekil 2). Diğer şemaların sıklığında iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı.



Şekil 2: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerde anlamlı farklılık gözlenen şema oranları

Tablo 8: Kendine zarar verme davranışını intihar amaçlı gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenlerin pozitif şema sayılarının karşılaştırılması

	İntihar amaçlı olmayan (n=50)	İntihar amaçlı (n=18)	Test istatistiği	p
	Ort± SS Medyan (min-max)	Ort± SS Medyan (min-max)		
Pozitif şema sayısı	10.52±3.47 11 (2-18)	11.88±2.51 12 (7-15)	U=331.0 [a]	0.096

İntihar amaçlı kendine zarar verenlerle intihar düşüncesi olmadan kendine zarar verenlerdeki aktif EDUBŞ kıyaslandığında anlamlı farklılık görülmedi (Tablo 8).

5. TARTIŞMA

UB genel itibariyle zorlayıcı yaşam olayına sonrasında ortaya çıkan tepkisel davranışlarla seyreden bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (2). Türkiye ve diğer ülkelerde yapılan araştırmalarda UB tanılı hastalarda intihar girişimi sık görülmekle birlikte bu durumu kişinin erken dönem yaşantıları, eğitim durumu, tedavi yanıtı gibi faktörler etkilemektedir (21, 47). İntihar girişimleri ve EDUBŞ ilişkisinin ele alındığı çalışmalar incelendiğinde en çok Kusurluluk, Sosyal İzolasyon, Başarısızlık ve Bağımlılık şemalarının ilişkili olduğu, bunun aksine Boyun Eğme ve Duyguları Bastırma şemalarının intihar girişimi açısından daha az riskli olduğu göze çarpmaktadır (8). Bu çalışmada, UB tanılı intihar amacıyla veya intihar amacı olmadan kendine zarar verme girişiminde bulunan iki grubun sosyodemografik verileri ve EDUBŞ'si değerlendirilerek sonuçları tartışılmıştır.

Sosyodemografik Özellikler

UB ve Sosyodemografik Özellikler:

UB ile sosyodemografik ölçütlerin ele alındığı çalışmalara bakıldığında, UB'nin genel olarak meydana gelen bir stresör sonrasında herhangi bir yaşta görülebildiği ve kadınlarda erkeklerden 2 kat fazla rastlandığı ortaya konmuştur (4). Buna karşın Strain ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada UB sıklığında cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıca yine bu çalışmada katılımcıların %30'u evli, %32'si yalnız yaşayan, %29'u geçimini kendisi sağlayan, %47'si ise işsiz ve fiziksel engelli kişilerdir (14).

Çalışmaya katılan vakalar askerlik hizmeti sırasında ruhsal sorunları nedeniyle psikiyatri polikliniğine başvuran, benzer koşullar altında uyum problemleri yaşayan bireylerdir. UB olarak değerlendirilen bu vakaların, literatürden farklı olarak, tamamı erkek olup yaş ortalaması 21.00±1,72 yıl, minimum yaş 19, maksimum yaş 29 olarak saptandı. Örneklemde hiç UB tanılı kadın hasta bulunmamasının sebebi kadınlardaki UB semptomlarının klinisyen tarafından ayırıcı tanılar arasında yer alan MDB, YAB, Kişilik Bozukluğu olarak değerlendirilmesi olabilir. Öte yandan örneklem grubunun tamamının erkek olması sonuçlardaki cinsiyet faktörünün karıştırıcılığını ortadan kaldırmıştır.

Medeni durum ve uyum süreciyle ilgili çelişkili sonuçlar elde eden çalışmalar mevcut olsa da Türkiye'de yapılan bir çalışmada, zorunlu askeri hizmete uyum sürecinde evli olmanın ve aileyi geride bırakma düşüncesinin UB açısından risk faktörü olabileceği sonucuna varılmıştır (59).

Kişinin düşük eğitim düzeyinin ve sosyoekonomik durumunun UB gelişimi açısından tetikleyici olduğu bilinmektedir (2). Askerliğe uyum sürecine yönelik yapılan bazı çalışmalar lise ve daha üstü eğitimin uyumu kolaylaştırdığı ve eğitim düzeyi yüksek bireylerin baştaki zorlanmalarla daha iyi başa çıkabildiği sonucunu bildirmiştir (60-62). Askerliğe uyum sürecinde zorlanan bireylerle yürütülen bir çalışmada deneklerin yaklaşık %70'inin en fazla ilkokul mezunu olması da bu sonucu desteklemektedir (59). Bu çalışmaya katılanların büyük oranda bekar, eğitim düzeyinin ilkokul ve ortaokul düzeyinde, yaklaşık yarısının işsiz ve yaklaşık %87'sinin gelirinin minimum düzeyde olması UB'yi tetikleyici risk etmenleri olması açısından literatürü destekler niteliktedir.

Bireyin ekonomik durumunun yetersiz olması da UB'nin risk faktörleri arasında sayılabilmektedir. Askerliğe gelmeden önce yaşadığı ekonomik sorunlar bu bireylerde askerliğe uyum sürecini de zorlaştırmaktadır (59). Bu çalışmada da vakaların yaklaşık yarısı düzenli işi olduğunu beyan etmesine rağmen gelir düzeyi 5000 TL'den az (asgari ücretin altı) olanların oranı %86,8 olarak saptandı.

Kendine Zarar Verici Davranış ve Sosyodemografik Özellikler:

İntihar davranışı ve sosyodemografik özelliklere bakıldığında Borges ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların daha çok intihar girişiminde, erkeklerin ise daha çok tamamlanmış intihar eyleminde bulunduğu saptanmıştır (63). Toplumda intihar hızının değerlendirilmesi sonucunda ileri yaştaki kişilerin daha yüksek oranda girişimde bulunduğu görülmüş; bu durum bu bireylerin sosyal açıdan daha yetersiz olmaları ve ölüm konusundaki niyetlerinin daha ciddi olması ile ilişkilendirilmiştir (64). Bu çalışmada kendine zarar verme girişiminde bulunan UB tanılı bireylerin tamamının erkek olması bu sonucu literatürle kıyaslamakta yetersiz kalmaktadır. Örneklem grubunun yaş dağılımı dar olmakla birlikte elde edilen sonuçlara göre intihar amaçlı davranış sergileyenlerin yaşlarının daha büyük saptanması bu açıdan literatürle uyumludur.

Kişinin eğitim ve gelir düzeyi düşük, işlevselliği yetersiz, disforik, madde kullanımı var ve geçmişte psikiyatrik tedavi almış ise intihar girişiminde bulunması

açısından riskli durumdadır (2, 7). Dünya Sağlık Örgütü 2014'te yayınladığı belgede umutsuzluk, iş kaybı, ayrılık, sosyal yalıtılmışlık, yer değiştirmeye bağlı zorlanmanın intihar davranışı için risk etmeni olduğunu belirtmiştir (65). Yürütülen bu çalışmadaki vakaların askerlik hizmetine yeni başladığı ve çoğunlukla yaşadığı yerden ve ailesinden henüz ayrıldığı düşünüldüğünde sonuçlar literatürle uyumlu olarak değerlendirilebilir.

Chehil ve Kutcher'a göre eğitim düzeyindeki yetersizlik, işsizlik, düşük gelir düzeyi ve sosyal desteğin zayıflığı intiharın yüksek risk faktörleri arasındadır (64). Bu çalışmadaki vakaların eğitim düzeyleri ve sosyoekonomik düzeyleri değerlendirildiğinde yaklaşık %85'inin ilkokul veya ortaokul mezunu olduğu, eğitim durumunun yetersiz olduğu, yarıdan fazlasının çalışmadığı ve %86,8'inin gelir düzeyinin "az" olarak değerlendirilebileceği saptanmıştır, böylelikle literatürle tutarlı sonuç elde edildiği söylenebilir. Buna karşın bu sosyodemografik veriler açısından iki grup arasında anlamlı farklılık görülmemesi vaka grubunun sadece benzer sosyoekonomik özellikler taşımasıyla ilişkili olabileceği gibi bu faktörün intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışında da risk etmeni olabileceğini düşündürmektedir.

Kişinin ailesinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk veya intihar girişimi olması da kişinin kendine zarar verme davranışı açısından en büyük yordayıcılardan biridir (66, 67). Bu çalışmada literatürden farklı olarak kendine zarar veren kişilerin yalnızca %30,9'unun ailesinde bir psikiyatrik bozukluk ve %4,4'ünün ailesinde geçmişte intihar girişimi olduğu saptanmıştır. İntihar amaçlı kendine zarar veren kişilerin ailelerindeki psikiyatrik bozukluk öyküsünün intihar amaçlı yapmayanlara göre daha yüksek olması, ailedeki psikiyatrik bozukluğun, intihar girişimi açısından önemli bir tetikleyici olmasını destekler niteliktedir. Öte yandan ailedeki daha önceki intihar girişiminin varlığının intihar amaçlı kendine zarar verme girişiminde bulunanlarda daha yüksek olması beklenirken literatürden farklı olarak iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Kendine zarar verici davranışta bulunanlardaki sigara, alkol ve madde bağımlılığı ele alındığında, bağımlılık yapıcı bu maddeler hem süreğen kullanıma bağlı yatkınlık yaratmasından hem de akut kullanıma bağlı tetikleyici olmasından dolayı önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (68). Bu çalışmaya katılanların %94,1'i sigara, %61,8'i alkol, %8,8'i madde kullanmaktaydı. Sigara ve alkol kullanımının örneklem

içerisinde oldukça yaygın olduğu izlenmiş ancak intihar amaçlı eylemde bulunanlarda anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Türkiye'de 2019 yılında yayınlanan TÜİK raporunda en sık başvurulan intihar yöntemlerinin ası (%47,8), ateşli silah (%27,5) ve yüksekten atlama (%12,3) olduğu bildirilmiştir (69). Lim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre intihar girişiminde en sık çoklu ilaç alımı, tamamlanmış intiharlarda en sık ası ile eylem gerçekleştirilmiştir (70). Bu çalışmadaki vakaların kendine en çok kesici aletle zarar verdiği (%82,4) ve bunu sert zemine yumruk atma (%14,7), ilaç içme (%11,8), kendine yakıcı bir cisimle zarar verme (%8,8), yüksekten atlamanın (%4,4) izlediği görülmüştür. Vakaların çoğunluğunun kendine zarar verme davranışı sırasında intihar düşüncesi olmamasından dolayı daha az öldürücü yöntemler seçmiş olmaları muhtemeldir. Yöntemler açısından iki grup karşılaştırıldığında göze çarpan sonuçlardan birisi de yakma yönteminin ölüm amaçlı kendine zarar verenler tarafından anlamlı olarak daha çok kullanılmış olmasıdır. Çalışmaya katılanların yakma yöntemini çoğunlukla cilt üzerine bastırarak sigara söndürme veya sigara alevi ile deride yanık oluşturma şeklinde gerçekleştirdiği göz önüne alındığında, bu eylemin ölüm amaçlı gerçekleştirilmesi açısından sonucun gerçekçiliği düşündürücüdür. Yüksekten atlama ve ilaç içerek kendine zarar verme girişiminde bulunanların çoğunlukla intihar düşüncesiyle bu eylemi gerçekleştirdiğini beyan etmesi, bu bireylerin daha ölümcül yöntemler seçmiş olabileceğini düşündürmektedir. Ölüm amaçlı davranışta bulunanların çoklu girişim oranlarının daha yüksek olması, yine bu gruptaki intihar düşüncelerinin sürekliliğinden kaynaklı olabilir.

UB'ye yönelik spesifik bir tedavi yöntemi olmamakla birlikte, semptomlara ve dürtü kontrolüne yönelik antidepresan, antipsikotik, benzodiazepin ve duygudurum düzenleyici tedavilere başvurulabilir (41, 42). Örneklem grubunda da tutarlı olarak en çok antidepresan ve antipsikotik tedavi kullanıldığı görülmüştür. UB'de kullanılabilen benzodiazepin, sedatizan, duygudurum düzenleyici, antiepileptik ilaçları hiçbir katılımcının kullanmadığı izlenmiştir. Vakaların hastane başvurusu sırasında UB semptomlarının yakın zamanda geliştiği ve uyum sürecindeki zorlanmaların yeni başlangıçlı olduğu değerlendirilmiş olabileceğinden, tedavide benzodiazepin veya duygudurum düzenleyicilere henüz gerek görülmediği düşünülebilir. İntihar amaçlı kendine zarar verici davranışta bulunan hastaların antipsikotik tedavi kullanma oranları

diğer gruptan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bu durum klinisyenin bu bireyleri dürtüsel davranışlar açısından daha riskli değerlendirmesinden kaynaklı olabilir.

Vakalara yöneltilen dürtüselliğe yönelik sorularda dikkat çekici sonuçlar arasında intihar amaçlı kendine zarar verenlerin "Hızla karar veririm", "Kolayca pes etme eğiliminde olan biriyim." sorularına "her zaman" yanıtını, "Geleceğini düşünen birisiyim." ve "Harekete geçmeden önce biraz durup yapacağım şey üzerinde düşünürüm." sorularına "hiçbir zaman" yanıtını verme oranlarının anlamlı olarak daha fazla olduğu saptandı. Bu sonuçlar intihar amaçlı kendine zarar veren kişilerin geleceği konusunda daha umutsuz, baş etme becerileri açısından daha yetersiz ve daha hızlı karar veren kişiler olabileceğini düşündürmektedir.

Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Kendine Zarar Verme Girişimi:

Young'a göre EDUBŞ yaşamın ilerleyen döneminde zorlayıcı yaşam olaylarıyla karşılaşınca aktive olan ve birtakım psikiyatrik bozukluklara zemin hazırlayan düşünce kalıplarıdır (5). Bu çalışmada askerlik görevine başlamak, bireylerin kendine özgü kuralları olan özel bir sosyal yapıyla, farklı bir grupla ve sorumluluklarla karşılaşmasından ve alışageldiği sosyal destekten uzaklaşmasından ötürü zorlayıcı bir yaşam olayı olarak değerlendirilebilir. Literatürde UB tanısı haricinde kendine zarar verme davranışı ve EDUBŞ arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalara rastlanmaktadır.

Askerlik görevine uyum sürecindeki vakalarla yapılan bir çalışmada intihar amaçlı olmadan kendine zarar verme davranışında bulunan vakalarda en sık Duygusal Yoksunluk, Başarısızlık, Sosyal İzolasyon/Güvensizlik, Duyguları Bastırma, İç İçe Geçme/Bağımlılık, Terk Edilme ve Kusurluluk şeması; intihar girişiminde bulunan vakalarda ise Duygusal Yoksunluk, Başarısızlık, İç İçe Geçme/Bağımlılık ve Kusurluluk şeması arasında anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır (59). Bu çalışmadaki tüm örneklem grubu değerlendirildiğinde en sık Güvensizlik (%75) ve Olumsuzluk (%75) şemasının olduğu, bunu Sosyal İzolasyon (%70,6) ve Terk Edilme (%67,6)'nin takip ettiği, en az oranda ise İç İçe Geçme (%39,7) ve Cezalandırma (%44,1) şemalarının olduğu izlenmiştir. İntihar amacı olmadan kendine zarar verme girişiminde bulunanlarda en yüksek oranda görülen şema Güvensizlik ve Olumsuzluk, en az oranda İç İçe Geçme ve Boyun Eğicilik şeması olmuş; intihar amaçlı kendine zarar veren bireylerde ise en yüksek oranda Bağımlılık, Kusurluluk ve Sosyal İzolasyon, en az oranda Kendini Feda Edicilik

ve Onay Arayıcılık şeması olmuştur. Askerliğe uyum sürecinde zorluk yaşayan vakalarla yürütülen başka bir çalışmada Güvensizlik şemasının sık görülmesi bu çalışmayı desteklemektedir. Aynı çalışmada İç İçe Geçme şeması en sık görülen şemalardan biridir (59). Oysaki bu çalışmada hem tüm örneklemde hem de intihar amacı olmadan kendine zarar verenlerde en az görülen şemalardan biri olması yönüyle çelişmektedir. Bu durum bu vaka grubunda daha büyük örneklemli çalışmaların yapılması gerektiğini akla getirmektedir.

Güvensizlik şemasındaki başkaları tarafından aldatılacağı, zarar göreceği, küçük düşürüleceği beklentisi ile Olumsuzluk şemasındaki yaşam ve olaylar hakkındaki sürekli olumsuz beklentinin, katılımcıların hem UB olarak değerlendirilmesinde hem kendine zarar verici davranışta bulunmasında hem de bu davranışı intihar amaçlı yapmasında anlaşılır bir faktördür. Sonuçta bu bireyler endişeli, dikkatli, karamsar ve sürekli tetikte bir yaşam sürer, bu da kişinin baş etme yeteneklerini zorlayarak onu kendine zarar verme davranışına sürükleyebilir (5). Çalışmada elde edilen bu bulguların "Kendine zarar verici davranışta bulunanlarda en çok görülen şema Dayanıksızlık'tır." hipotezini desteklemediği görülmüştür; yine de %61,8 oranıyla katılımcıların yarıdan fazlasında bu şemanın aktif olduğu sonucu elde edilmiştir. Dayanıksızlık şemasına sahip bireylerin herhangi bir felaketle karşılaşacağı ve bu felaketle baş etmekte güçlük çekeceği endişesi mevcuttur (5). Bu durum göz önüne alındığında Dayanıksızlık şeması kısıtlı baş etme becerileriyle yakından ilişkili düşünülebilir.

Ait olduğu gruba bağlılık, bütünlük, beraber hareket etme, kendi kendine karar verememenin hakim olduğu İç İçe Geçme şemasının hem tüm UB tanılı örneklemde hem de kendine zarar veren bireylerde az görüldüğü göze çarpmaktadır. Daha önceki çalışmalarla çelişen bu durum bu bireylerin bu şemasının zayıflığı sebebiyle yeni dahil olduğu gruba tüm benliğiyle bağlanamaması, bütünlük içerisinde hareket etme çabasının olmaması ve bunun sonucunda da bunu kendine zarar verme davranışı şeklinde sonuçlandırmasıyla açıklanabilir.

Boyun eğicilik şemasının düşük oranda görülmesi, bu bireylerin fikirlerini ikinci plana atma davranışını çoğunlukla gerçekleştirememesiyle, mutlak itaatin hakim olduğu ortama uyum sağlayamamasıyla açıklanabilir. İntihar amacı olmadan kendine zarar veren bireylerin olasılıkla kendi varlığını, fikirlerini ve isteklerini kabul ettirme çabası

karşılıksız kalmış ve sonrasında da kendine zarar vererek bunu kabul ettirmeye karar vermiş olabilir.

İntihar amacıyla kendine zarar veren bireylerdeki Bağımlılık, Kusurluluk ve Sosyal İzolasyon en sık görülen şemalardır. Bu şemalarda yoğunlaşmış kusurluluk, ait olduğu grupta kabullenilmeyeceği düşüncesi ve fikirlerinin desteklendiği gruptan kopup yeni grup içerisinde önceki desteğini bulamaması kişinin kendine zarar vererek, hatta yaşamına son vererek bu sıkıntılı durumdan kurtulma isteğini açıklamaktadır. (5, 59)

Bağımlılık, Kusurluluk ve Dayanıksızlık şemaları intihar amaçlı kendine zarar verenlerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu şemaların temelinde bireylerin kendini değersiz gördüğünde dair derin inancı mevcuttur. Bu şema genelde erken yaşantısında küçümsenerek kabul görmeyen bireylerde gelişir. Bu kabul edilmeme düşüncesi kendi varlıklarına olan inancı yitirecek düzeye gelebilir (5). Bu durum dissosiyasyonda karakteristik olan beden hissinin ve gerçeklik algısının kaybolmasıyla, dolaylı olarak nihilistik bir inançla ilişkilendirilmiştir (71). Bu durum kendine zarar verme girişimini intihar düşüncesiyle yapan bireylerdeki bedeninden ve benliğinden tamamen vazgeçme durumuyla ilişkili olabilir.

Kendini Feda Edicilik ve Onay Arayıcılık intihar amaçlı kendine zarar veren bireylerde en az görülen şemalardır. Örneklemdeki iki grup kıyaslandığında da Kendini Feda Edicilik şemasının intihar amaçlı yapan grupta anlamlı olarak daha az aktif olduğu görülmüştür. Bu şemada erken yaşantıda bakım veren tarafından yeterince desteklenmeyen ve ihtiyaçları yetersiz karşılanan kişi, ilerleyen dönemde çevreye karşı olumlu bir izlenim bırakma ve destek görme konusunda yoğun bir çaba sarf eder. Kendine zarar verici davranış sergileyen kişilerdeki şema özelliklerinin araştırıldığı çalışmalarda bu şemanın sık görülenler arasında çoğunlukla yer almadığı görülmüştür. Bu şemadaki bireylerin dissosiyasyon gibi savunma mekanizmalarına başvurarak zorlayıcı yaşam olaylarıyla başa çıkabileceğini öne süren çalışmalara rastlanmıştır (71). Bu yüzden kendine zarar verme davranışı ile olan ilişkisi ilerleyen büyük örneklemli çalışmalarda detaylandırılabilir.

Sonuç olarak UB tanılı kendine zarar veren bireylerdeki intihar düşüncesinin altında çevreye ve başkalarına karşı yineleyen, yoğun olumsuz düşüncelerin varlığı ve kendi benliğini değersiz görmesinin yattığı düşünülmüştür. Ayrıca vakaların tamamında

alışık olduğu ortamdan ve destekten uzaklaşmak, bir grup içerisinde hem var olmak hem de itaatte zorluk yaşamak EDUBŞ ile ve bunun sonucunda da UB ve kendine zarar verme davranışıyla ilişkilendirilebilir.

5.1. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE KISITLILIKLARI

UB tanılı vakalardaki kendine zarar verme girişimlerinin sosyodemografik faktörlerle ve EDUBŞ'yle ilişkilendirilmesi, buna ek olarak bu konuda literatürde yeterli çalışmaya da rastlanmaması bu çalışmanın güçlü yönlerindendir. Literatürde UB, kendine zarar verme davranışı ve EDUBŞ sıklıkla ele alınan konular olmasına rağmen bu çalışmada bu üç faktörün bir araya getirilmesinin ve gelecekteki çalışmalara ışık tutacak olmasının önemli olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma tasarlanırken örneklem grubunun UB tanısıyla takip edilen ve kendine zarar verme girişiminde bulunan bireylerden oluşturulması planlanmıştır. Buna karşın çalışmaya katılan vakaların tamamı erkek, askerlik hizmetine başladıktan sonra UB tanısı ile takip edilen 20'li yaşlardaki bireyler olmuştur. Bu durum kadınlarda veya ileri yaşta görülen UB semptomlarının, klinisyenler tarafından ayırıcı tanılar arasında yer alan YAB, MDB gibi bozukluklar ile açıklanmasından kaynaklı olabilir. Çalışmanın yürütüldüğü bu homojen örneklem grubu bir yandan grup içerisindeki karşılaştırmayı daha sağlıklı kılarak yaş ve cinsiyetin karıştırıcı etkisini ortadan kaldırırken, bir yandan da yaş grubu, stresör ve cinsiyet farklılığına göre EDUBŞ'nin ne denli değiştiğini görmeye engel olmaktadır. Bu açıdan örneklemin cinsiyet ve yaş grubu açısından genişletilerek askerlik dışındaki stresörlere bağlı da gelişen UB tanılı vakalardan oluşturulması çalışmada elde edilen sonuçları zenginleştirebilecektir.

Geçmişte ya da var olan psikiyatrik bozukluk öyküsünün intihar girişimi açısından yordayıcı olduğu bilinmektedir (66). Bu çalışmada katılımcının daha önceden herhangi bir psikiyatrik tedavi kullanıp kullanmadığının veya 6 ay öncesinde herhangi bir intihar girişiminin olup olmadığının sorgulanması bu faktörlerin etkisini ortaya koyması açısından değerli olacaktır.

Çalışmanın başlangıcında dürtüsellik açısından hipotez öne sürülmemiş olup bu ilişki öncelikli elde edilmesi hedeflenen sonuçlar arasında değildir. Bu sebeple dürtüselliğe yönelik yapılandırılmış ölçek kullanılmamış, katılımcıların verdikleri yanıtlar oransal olarak kıyaslanmıştır. Bu kıyaslama güvenilirlik açısından yetersiz

kaldığından, dürtüselliğe yönelik ölçüm araçları kullanılarak kendine zarar verme girişimi ve dürtüsellik daha kesin ilişkilendirilebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

1) İntihar amaçlı kendine zarar verici davranışta bulunan bireylerde H0 hipotezine göre şema yapıları açısından farklılık saptanmıştır.
2) Kendine zarar verme davranışı sergileyen iki grupta görülen aktif EDUBŞ sayısı kıyaslandığında, H1 hipotezinin aksine anlamlı fark görülmemiştir.
3) Kendine zarar verme davranışı sergileyenlerde en yüksek oranda görülen şema H2 hipotezinin aksine Güvensizlik ve Olumsuzluk olarak bulunmuştur.
4) Dayanıksızlık, Bağımlılık, Kusurluluk şemaları intihar amaçlı kendine zarar verenlerde anlamlı olarak daha çok görülmüş olup H3 hipotezini kısmen desteklemektedir. Güvensizlik, Başarısızlık, Terk Edilme gibi diğer karamsar, umutsuz değerlendirmelere yol açabilecek şemalarda anlamlı fark görülmemiştir.
5) İntihar amaçlı kendine zarar veren vakaların diğer gruba kıyasla yaş ortalamasının daha ileri olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonucu değerlendirirken örneklemin yaş aralığının oldukça dar olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.
6) Kendine zarar veren bireyler arasında intihar amaçlı gerçekleştirenlerin birden çok kez girişimde bulunduğu saptanmıştır.

6.2. ÖNERİLER

1) UB, kendine zarar verme davranışı ve EDUBŞ ile ilişkili daha çok çalışma yapılması, bu tanı grubunda sık görülen kendine zarar verme davranışına ve intihar girişimlerine yatkınlaştırıcı rol oynayan EDUBŞ'yi anlayabilmek amacıyla önemlidir.
2) Çalışmanın daha büyük örneklemle gerçekleştirilmesi, örneklem grubunun tek cinsiyetten, dar yaş aralığından ve benzer stresöre bağlı UB tanısı konan bireylerden oluşturulmaması önerilir. Bu şekilde elde edilen sonuçların güvenilirliğini artarak, değiştirici faktörler ve EDUBŞ arasındaki ilişki daha net ortaya konabilir.

3) Dürtüsellik ve intihar girişimi arasındaki ilişkiyi ele alan literatürde pek çok çalışmaya rastlanmaktadır. Buna karşın bu konunun UB ve EDUBŞ açısından da incelenmesi ve çeşitli ölçüm araçlarıyla değerlendirilmesi ilerleyen çalışmalara konu olabilir.

7. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar tezi yazan, tez danışmanı ve tez yazım sürecine katkı sağlayan ve ileride bilimsel makale olarak yazılırken isminin yer alacağı kişiler arasında karar vermelerini uygunsuz biçimde etkileyebilecek tarzda yazı ile ilgili maddi ve manevi çıkar çatışması yoktur. Çalışma için herhangi bir firmadan destek alınmamıştır. Çalışma uzmanlık tezi kapsamında yürütülmüştür.

8. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). 21(21), 591-643.
2. Sadock, B. J. (2017). Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (2 Volume Set).
3. Greenberg, W. M., Rosenfeld, D. N., & Ortega, E. A. (1995). Adjustment disorder as an admission diagnosis. The American journal of psychiatry.
4. Sadock, B. J. (2007). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry.
5. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). Schema therapy: A practitioner's guide. guilford press.
6. Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange
7. Lönnqvist, J. K., Henriksson, M. M., Sisometsä, E. T., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Aro, H. M., & Kuoppasalmi, K. I. (1995). Mental disorders and suicide prevention. Psychiatry and clinical neurosciences, 49, S111-S116.
8. Pilkington, P., Younan, R., & Bishop, A. (2021). Early maladaptive schemas, suicidal ideation, and self-harm: A meta-analytic review. Journal of affective disorders reports, 3, 100051.
9. Leppänen, V., Vuorenmaa, E., Lindeman, S., Tuulari, J., & Hakko, H. (2016). Association of parasuicidal behaviour to early maladaptive schemas and schema modes in patients with BPD: The Oulu BPD study. Personality and Mental Health, 10(1), 58-71.
10. Andreasen, N. C. (1980). Adjustment disorders in adolescents and adults. Archives of General Psychiatry, 37(10), 1166-1170.
11. Carta, M. G., Balestrieri, M., Murru, A., & Hardoy, M. C. (2009). Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 5(1), 1-15.
12. Birliği, A. P. (2000). Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC.
13. Hund, B., Reuter, K., Härter, M., Brähler, E., Faller, H., Keller, M.,... & Mehnert, A. (2016). Stressors, symptom profile, and predictors of adjustment disorder in cancer patients. Results from an epidemiological study with the Composite International Diagnostic Interview, adaptation for oncology (CIDI-O). Depression and Anxiety, 33(2), 153-161.
14. Strain, J. J., Newcorn, J., Wolf, D., Fulop, G., & Davis, W. (1993). Considering changes in adjustment disorder. Psychiatric Services, 44(1), 13-15.

15. Okamura, H., Watanabe, T., Narabayashi, M., Katsumata, N., Ando, M., Adachi, I.,... & Uchitomi, Y. (2000). Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. Breast cancer research and treatment, 61(2), 131-137.

16. Strain, J. J., Smith, G. C., Hammer, J. S., McKenzie, D. P., Blumenfield, M., Muskin, P.,... & Schleifer, S. S. (1998). Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. General hospital psychiatry, 20(3), 139-149.

17. Wynter, K., Rowe, H., & Fisher, J. (2013). Common mental disorders in women and men in the first six months after the birth of their first infant: a community study in Victoria, Australia. Journal of affective disorders, 151(3), 980-985.

18. Oznur, T. (2015). Clinical and differential diagnosis of adjustment disorder. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 8, 53-60.

19. Uckardes, E. A. (2015). Psychiatric diagnosis and sociodemographic characteristics of patients admitted to psychiatry clinic in a rural area. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 28(1), 8.

20. Arkar, H., Sorias, O., Tunca, Z., Şafak, C., Alkın, T., Akdede, B. B., & Cimilli, C. (2005). Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Türkçe formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 16(3), 190-204.

21. Bolu, A., Doruk, A., Ak, M., Ozdemir, B., Ozgen, F. (2012). Uyum Bozukluğunda İntihar Davranışı. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 25(1), 58-62.

22. Fabrega, H., Mezzich, J. E., & Mezzich, A. C. (1987). Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III. Archives of General Psychiatry, 44(6), 567-572.

23. Maercker, A., Bachem, R. C., Lorenz, L., Moser, C. T., & Berger, T. (2015). Adjustment disorders are uniquely suited for eHealth interventions: concept and case study. JMIR mental health, 2(2), e4157.

24. Vries, M. D., & Stiefel, F. (2014). Psycho-oncological interventions and psychotherapy in the oncology setting. Psycho-oncology, 121-135.

25. Vera, I., Ferrando, E., Vidal, I., Gómez-Olmeda, D., & González, J. C. (2010). Burns and mental disorder. Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition), 3(1), 19-22.

26. For-Wey, L., Fei-Yin, L., & Bih-Ching, S. (2002). The relationship between life adjustment and parental bonding in military personnel with adjustment disorder in Taiwan. Military medicine, 167(8), 678-682.

27. Osborn, J., Raetz, J., & Kost, A. (2014). Seasonal affective disorder, grief reaction, and adjustment disorder. Medical Clinics, 98(5), 1065-1077.

28. Pollock, D. (1992). Structured ambiguity and the definition of psychiatric illness: adjustment disorder among medical inpatients. Social Science & Medicine, 35(1), 25-35.

29. Na, K. S., Oh, S. J., Jung, H. Y., Lee, S. I., Kim, Y. K., Han, C.,... & Kim, S. G. (2012). Temperament and character of young male conscripts with adjustment disorder: a case-control study. The Journal of nervous and mental disease, 200(11), 973-977.

30. Trowell, J. (1995). Play Therapy with Children: A Practitioner's Guide. By Sue Jennings. Oxford: Blackwell Scientific. 1993. The British Journal of Psychiatry, 166(2), 279-279.

31. Maercker, A., Einsle, F., & Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. Psychopathology, 40(3), 135-146.

32. Casey, P. (2009). Adjustment disorder. CNS drugs, 23(11), 927-938.

33. Özgüven, H. D., Tuncer, E. T. (1997). Uyum bozukluğu. Kriz Dergisi, 5(2).

34. Karamustafalıoğlu, O. (2018). Temel ve Klinik Psikiyatri. Güneş Tıp Kitapevleri

35. Bronisch, T. (1991). Adjustment reactions: a long-term prospective and retrospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward. Acta Psychiatrica Scandinavica, 84(1), 86-93.

36. Andreasen, N. C., & Hoenk, P. R. (1982). The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study. The American journal of psychiatry.

37. Kazlauskas, E., Zelviene, P., Lorenz, L., Quero, S., & Maercker, A. (2017). A scoping review of ICD-11 adjustment disorder research. European Journal of Psychotraumatology, 8(sup7), 1421819.

38. Casey, P., & Bailey, S. (2011). Adjustment disorders: the state of the art. World Psychiatry, 10(1), 11.

39. Strain, J. J., & Diefenbacher, A. (2008). The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. Comprehensive psychiatry, 49(2), 121-130.

40. Casey, P. (2014). Adjustment disorder: new developments. Current Psychiatry Reports, 16(6), 1-8.

41. Schatzberg, A. F. (1990). Anxiety and adjustment disorder: A treatment approach. The Journal of clinical psychiatry.

42. Çelik, C. ve Özdemir, B. (2015). Uyum bozukluğunun tedavisi. Türkiye Klinikleri Dergisi, 8(1), 61-67.

43. Özdemir, O., Özdemir, P. G., Kadak, M. T., & Nasıroğlu, S. (2012). Kişilik gelişimi. Psikiyatride güncel yaklaşımlar, 4(4), 566-589.

44. Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. Basic books.

45. Young, J., & Gluhoski, V. (1997). A schema-focused perspective on satisfaction in close relationships.

46. Shakeri, J., Farnia, V., Abdoli, N., Akrami, M. R., Arman, F., & Shakeri, H. (2015). The risk of repetition of attempted suicide among Iranian women with psychiatric disorders as quantified by the suicide behaviors questionnaire. Oman medical journal, 30(3), 173.

47. Pelkonen, M., Marttunen, M., Henriksson, M., & Lönnqvist, J. (2005). Suicidality in adjustment disorder. European child & adolescent psychiatry, 14(3), 174-180.

48. Pelkonen, M., Marttunen, M., Henriksson, M., & Lönnqvist, J. (2007). Adolescent adjustment disorder: precipitant stressors and distress symptoms of 89 outpatients. European Psychiatry, 22(5), 288-295.

49. Portzky, G., Audenaert, K., & van Heeringen, K. (2005). Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents. Journal of affective disorders, 87(2-3), 265-270.

50. Kryzhanovskaya, L., & Canterbury, R. (2001). Suicidal behavior in patients with adjustment disorders. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 22(3), 125.

51. Ahmadpanah, M., Astinsadaf, S., Akhondi, A., Haghighi, M., Bahmani, D. S., Nazaribadie, M.,... & Brand, S. (2017). Early maladaptive schemas of emotional deprivation, social isolation, shame and abandonment are related to a history of suicide attempts among patients with major depressive disorders. Comprehensive psychiatry, 77, 71-79.

52. Khosravani, V., Bastan, F. S., Ardestani, M. S., & Ardakani, R. J. (2017). Early maladaptive schemas and suicidal risk in an Iranian sample of patients with obsessive-compulsive disorder. Psychiatry research, 255, 441-448.

53. Khosravani, V., Mohammadzadeh, A., Bastan, F. S., Amirinezhad, A., & Amini, M. (2019). Early maladaptive schemas and suicidal risk in inpatients with bipolar disorder. Psychiatry research, 271, 351-359.

54. Saritaş, D., & Gençö, T. (2011). Psychometric Properties Of" Young Schema Questionnaire-Short Form 3" In A Turkish Adolescent Sample. Journal Of Cognitive & Behavioral Psychotherapies, 11(1).

55. Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2003). Suicide and mental disorders: do we know enough?. The British journal of psychiatry, 183(5), 382-383.

56. Güleç, H., Tamam, L., Turhan, M., Karakuş, G., Zengin, M., & Stanford, M. S. (2008). Psychometric Properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 18(4).

57. Young, J. E., & Brown, G. (1994). Young schema questionnaire. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, 2, 63-76.

58. Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A., & Çakir, Z. (2009). Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. Turk Psikiyatri Dergisi, 20(1).

59. Koçer, M. (2014). Uyum sürecinde erken dönem olumsuz şemalar ve problem çözme becerilerinin değerlendirilmesi. (Tıpta uzmanlık tezi).

60. Flyer, E. S. (1959). Factors relating to discharge for unsuitability among 1956 airman accessions to the Air Force. Personnel Research Lab Lackland Afb Tx.

61. Booth-Kewley, S., Larson, G. E., & Ryan, M. A. (2002). Predictors of Navy attrition. I. Analysis of 1-year attrition. Military medicine, 167(9), 760-769.

62. Barker, C., Pistrang, N., Shapiro, D. A., & Shaw, I. (1990). Coping and help-seeking in the UK adult population. British Journal of Clinical Psychology, 29(3), 271-285.

63. Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., & Kessler, R. C. (2008). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: a 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. Journal of affective disorders, 105(1-3), 25-33.

64. Chehil, S., & Kutcher, S. P. (2012). Suicide risk management: A manual for health professionals. John Wiley & Sons.

65. World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization.

66. Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. The Lancet, 387(10024), 1227-1239.

67. Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. Annals of internal medicine, 136(4), 302-311.

68. Yuodelis-Flores, C., & Ries, R. K. (2015). Addiction and suicide: A review. The American journal on addictions, 24(2), 98-104.

69. TÜİK. (2019). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. [cited 2022 Aug 18.08.].

70. Lim, M., Lee, S. U., & Park, J. I. (2014). Difference in suicide methods used between suicide attempters and suicide completers. International journal of mental health systems, 8(1), 1-4.

71. Bedir, Y., B. (2020). Disosiyatif bozuklukta (konversiyon bozukluğu) erken dönem uyum bozucu şemaların incelenmesi. (Tıpta uzmanlık tezi).

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Kişisel Bilgiler

Adı soyadı	:	Duygu AYGÜL
Doğum yeri ve tarihi	:	
Uyruğu	:	Türkiye Cumhuriyeti
Medeni durumu	:	
Unvanı	:	Araştırma Görevlisi
Görev yeri	:	
İletişim bilgileri (e-posta adresi / telefon)	:	
Yabancı dili	:	İngilizce

II- Eğitim Bilgileri

- Ankara Üniversitesi (2011-2018)
- Gaziantep Vehbi Dinçerler Fen Lisesi (2007-2011)
- Özel Seçkin Okulları 2004-2007
- Özel Fırat Koleji 2003-2004
- Mehmetçik İlköğretim Okulu (1999-2003)

III- İş Tecrübesine Ait Bilgiler

1- Kilis Devlet Hastanesi (2018-2018)

2- SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2018- halen)

IV- Bilimsel İlgi Alanları ve Yayınları

1. Bolu, A., Gündoğmuş, İ., Aydın, M. S., Fadıloğlu, D., Erken, Y., & Uzun, Ö. (2021). Ten years' data of Transcranial Magnetic Stimulation (TMS): A naturalistic, observational study outcome in clinical practice. *Psychiatry Research*, *301*, 113986.

V- Diğer Bilgiler

1. 23. TPD Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu, 10.04.2019-13.03.2019, Muğla
2. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği BDT Kuramsal Eğitimi, Eylül 2019-Şubat 2020, 50 saat

3. 55. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 23-27 Ekim 2019, İstanbul
4. Şema Terapi Uluslararası Sertifikasyon Temel Eğitimi, Haziran 2020, 42 saat (26 saat teorik ve 16 saat pratik)
5. CETAD Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları Temel Eğitimi, 6-8 Kasım 2020, 8-10 Ocak 2021
6. Travma ve İlişkili Bozukluklarda EMDR Uygulamaları Kuramsal Eğitim, Doç. Dr. Burhanettin Kaya, Ocak-Şubat 2021, 16 saat
7. ACT temel eğitimi, 11 Eylül 2021- 17 Ekim 2021, 40 saat temel eğitim
8. Kişilik, Kişilik Bozuklukları ve Dinamik Psikoterapi Temel Eğitimi, Eylül-Ekim 2021, 40 saat
9. Kişilik, Kişilik Bozuklukları ve Dinamik Psikoterapi Eğitimi- Aktarım Odaklı Psikoterapi Eğitimi, Kasım 2021-Mart 2022, 90 saat
10. ACT Süpervizyon Eğitimi, 19 Mart 2021-19 Kasım 2021, 50 saat
11. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği BDT Beceri Kazandırma ve Süpervizyon Uygulaması Eğitimi, Şubat 2020-Mart 2020, 30 saat
12. 57. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 20-24 Ekim 2021, Ankara
13. Travma ve İlişkili Bozukluklarda EMDR Uygulamaları Kursu, Prof. Dr. Burhanettin Kaya, Aralık 2021, 8 saat
14. 13th International Congress on Psychopharmacology & International Symposium on Child and Adolescent Psychopharmacology (ICP 2022), 9-12 Kasım 2022, Antalya
15. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği BDT Süpervizyon Eğitimi, Nisan 2022- (halen)

10. EKLER

EK 1: ETİK KURUL ONAYI

05071665970+

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926 20.05.2021

Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ	: 20 MAYIS 2021 PERŞEMBE
TOPLANTI SAATİ	: 13:00 (Covid-19 tedbirleri kapsamında toplantı online yapılmıştır.)
TOPLANTI NO	: 2021/10
PROJE/ KARAR NO	: 2021/220 (Değerlendirilme Tarihi: 20.05.2021)

Üniversitemiz Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER'in sorumlu araştırmacı olduğu, Uzm. Dr. Mehmet KOÇER ve Arş.Gör. Duygu FADILOĞLU'nun yardımcı araştırmacı oldukları, 2021/220 kayıt numaralı, **"Son 6 Ay İçerisinde İntihar Amaçlı Olan ve Olmayan Kendine Zarar Verme Girişiminde Bulunan Uyum Bozukluğu Tanılı Hastalarda Erken Dönem Gelişim Semalarının İncelenmesi ve Karşılaştırılması"** başlıklı uzmanlık tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

S.NO	AD SOYAD VE UZMANLIK ALANI
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Anestezi AD Bşk.lığı) Etik Kurul Başkanı
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Göğüs Cerr. AD Bşk.lığı) Etik Kurul Başkanı Yardımcısı
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR(Üroloji AD Bşk.lığı)
4	Prof. Dr. Levent KENAR(KBRN, Enstitü)
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ (Beyin ve Sinir Cerr. AD.Bşk.lığı)
6	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN(Genel Cerr. AD Bşk.lığı)
7	Prof. Dr. Suat DOĞANCI(Kalp Damar Cerr. AD Bşk.lığı)
8	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI(Göğüs Hast. AD Bşk.lığı)
9	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU (Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi AD.Bşk.lığ
10	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI(Histoloji AD.Bşk.lığı)
11	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ(Hemşirelik Fakültesi)
12	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Hemşirelik Fakültesi) Sekreter
13	Dr.Öğr.Üyesi Mustafa GÜNEY(Mikrobiyoloji AD Bşk.lığı)

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etlik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

EK 2: TUEK ONAYI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - GÜLHANE EAH TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU (TUEK)
27/07/2021 18:15 - E-50687469 - 799 - 226
00144293260

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-50687469-799
Konu : Araştırma İzni (Arş.Gör.Dr. Duygu FADILOĞLU)

Sayın : Arş.Gör.Dr. Duygu FADILOĞLU
(Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği Birimi)

"Son 6 Ay İçerisinde İntihar Amaçlı Olan ve Olmayan Kendine Zarar Verme Girişiminde Bulunan Uyum Bozukluğu Tanılı Hastalarda Erken Dönem Gelişim Şemalarının İncelenmesi ve Karşılaştırılması" başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulunun 14.07.2021 tarih ve 11 no'lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Cevdet Serkan GÖKKAYA
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: 80cd8a17-6cc7-4d10-825d-5ec6845eff59 Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

General Dr.Tevfik Sağlam Cd. Etlik ARGE/TUEK Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta: dilek.menay@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
http://www.gulhaneeah.saglik.gov.tr/
Bilgi için: Dilek MENAY
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No: (0 312) 304 61 05

EK 3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Son 6 Ay İçerisinde İntihar Amaçlı Olan Ve Olmayan Kendine Zarar Verme Girişiminde Bulunan Uyum Bozukluğu Tanılı Hastalarda Erken Dönem Gelişim Şemalarının İncelenmesi Ve Karşılaştırılması

Sorumlu Araştırıcının Adı: Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER

Diğer Araştırıcıların Adı: Uzm. Dr. Mehmet KOÇER, Araştırma Görevlisi: Dr. Duygu FADILOĞLU

"Son 6 Ay İçerisinde İntihar Amaçlı Olan Ve Olmayan Kendine Zarar Verme Girişiminde Bulunan Uyum Bozukluğu Tanılı Hastalarda Erken Dönem Gelişim Semalarının İncelenmesi Ve Karşılaştırılması" isimli bir araştırma amaçlı yürütülen çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde Uyum Bozukluğu görülmüş olması ve son 6 ay içerisinde intihar amaçlı olan veya olmayan kendine zarar verme girişiminde bulunmanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında, Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER'in sorumluluğu altındadır.

Araştırmanın amacı: Uyum Bozukluğu tanısıyla takipli ve son 6 ay içerisinde intihar amaçlı olan veya olmayan kendine zarar verme girişiminde bulunan hastalarda Young Şema Ölçeği kullanılarak, bu hastalardaki yaygın EDUBŞ'larının incelenmesi ve karşılaştırılmasıdır. Çalışmaya Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'nda 01.08.2021-31.08.2022 tarihleri arasında ayaktan veya yatarak tedavi gören, Uyum Bozukluğu tanısıyla takipli, son 6 ay içerisinde intihar amaçlı olan veya olmayan kendine zarar verme girişiminde bulunan ve çalışmaya dahil olmayı kabul edenler alınacaktır. Çalışmaya katılımı kabul edenlere sosyodemografik veri ve bilgi formu ve Young Şema Ölçeği doldurtulacak ve elde edilen veriler değerlendirilerek karşılaştırılacaktır. Araştırmanın örneklemini belirtilen tarihler arasında belirtilen kriterleri karşılayan Uyum Bozukluğu tanılı hastalar oluşturacaktır. *Elde edilen veriler sonucunda erken dönem uyum bozucu şema örüntüleri ve kendine zarar verme girişimleri arasındaki ilişki incelenecek olup kendine zarar verici girişimde bulunan Uyum Bozukluğu tanılı hastalardaki sosyodemografik faktörlerin etkisi araştırılacaktır.*

Gönüllünün sorumlulukları: Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllülerden kendilerine sunulan Sosyodemografik Veri ve Bilgi Formu ile Young Şema Ölçeği'ni doldurması istenmektedir. Çalışma ölçek tabanlı bir araştırma olup deneysel bir aşama içermemektedir.

Araştırmaya katılım ve sonrası: İsteğe bağlı olup gönüllü istediği zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilir. İzleyiciler, inceleme yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişebilir, ancak bu bilgiler gizli tutulur, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilcisinin söz konusu erişime izin vermiş olur. İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliği gizli kalacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllü veya yasal temsilcisi zamanında bilgilendirilecektir.

Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler: Bahsedilen Sosyodemografik Veri ve Bilgi Formu, Young Şema Ölçeği'ni doldurmayı reddeden, geçersiz ve/veya eksik dolduran ve çalışmaya dahil olmayı kabul ettiğine dair Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu imzalamayan kişilerin araştırmaya katılımı sona erdirilecektir.

Gönüllünün araştırmaya devam etmesi için öngörülen süre: Araştırmaya katılım için gereken öngörülen süre olmayıp gönüllü bahsedilen form ve ölçekleri doldurması durumunda araştırmaya dahil olmuş olacaktır.

Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı: Araştırmaya belirtilen kriterleri sağlayan, 01.08.2021-31.08.2022 tarihleri arasında polikliniğe başvuran veya yatarak tedavisi düzenlenen hastalar dahil edilecektir.

Elde edilecek biyolojik materyal: Gönüllülerden herhangi bir biyolojik materyal elde edilmeyecektir.

"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. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum."

Gönüllünün adı soyadı:	Gönüllü ile görüşen hekimin adı soyadı:
İmzası:	İmzası:
Tarih:	Tarih:

EK 4: SOSYODEMOGRAFİK VERİ VE BİLGİ FORMU

Tarih: Örneklem No: Görüşmeci:

SOSYODEMOGRAFİK VERİ ve BİLGİ FORMU

1. **Adı- Soyadı:**
2. **Cinsiyet:**
3. **Yaş:**
4. **Doğum Yeri:**
5. **Yaşadığı Yer:** a) Köy b) İlçe c) Şehir içi
6. **Telefon:**
7. **Medeni Durum:** a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Dul
8. **Çocuk:** a) Var (sayısı:) b) Yok
9. **Birlikte Yaşadığı Kişiler:** a) Anne-baba b) Eş+çocuk c) Sadece eş d)Sadece çocuklar e)Arkadaş f)Partner g)Yalnız h) Kardeş i) Akraba
10. **Eğitim Durumu:** a) Yok b) İlkokul c) Ortaokul d)Lise e) Üniversite
11. **Anne eğitim durumu:** a) Yok b) İlkokul c) Ortaokul d)Lise e) Üniversite
12. **Baba eğitim durumu:** a) Yok b) İlkokul c) Ortaokul d)Lise e) Üniversite
13. **Çalışma durumu:** a) Çalışıyor b) Emekli c) Çalışmıyor
14. **Sosyoekomik gelir düzeyi**: a) 0-5000 b)5000-10000 c)10000'den fazla
15. **Anne, baba veya kardeşte tanı konan psikiyatrik hastalık varlık durumu:**
    1) Bipolar Bozukluk 2) Şizofreni 3) Major Depresyon 4) Obsesif Kompulsif Bozukluk 5) Alkol veya Madde Kötüye Kullanımı 8) İntihar girişimi 9) Anksiyete bozukluğu 10) Diğer
16. **Alışkanlıklar, miktar ve süresi:** a) Sigara (,)
    b) Alkol (,) c) PAM (,) d) Yok
17. **Kendine zarar verme şekli:**
18. **Hala almakta olduğu tedavi:**

Lütfen aşağıdaki soruları size en yakın gelen cevaba göre yanıtlayınız.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. Düşünmeden iş yaparım.				
2. Hızla karar veririm.				
3. Kendimi kontrol edebilirim.				
4. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
5. Geleceğini düşünen birisiyim.				
6. Genellikle yeni ve heyecan verici deneyimler ve duygular ararım.				
7. Kolayca pes etme eğiliminde olan biriyim.				
8. Risk almaktan hoşlanırım.				
9. Harekete geçmeden önce biraz durup yapacağım şey üzerine düşünürüm.				
10. Kendimi kötü hissettiğimde, çoğu kez o anda iyi hissettiren fakat sonradan yaptığıma pişman olduğum şeyler yaparım.				

EK 5: YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ

YSO

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olamadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

1- Benim için tamamıyla yanlış

2- Benim için büyük ölçüde yanlış
3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
4- Benim için orta derecede doğru
5- Benim için çoğunlukla doğru
6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. _____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.

2. _____ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.

3. _____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum

4. _____ Uyumsuzum.

5. _____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.

6. _____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum

7. _____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.

8. _____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.

9. _____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşıtlarım kadar, başaramadım.

10. _____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.

11. _____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.

12. _____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemsediğimi göstermek gibi).

13. _____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.

14. _____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.

15. _____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.

16. _____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.

17. _____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.

18. _____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hakkederim.

19. _____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.

20. _____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.

21. _____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.

22. _____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.

23. _____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.

24. _____ İşleri halletmede son derece yetersizim.

25. _____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.

26. _____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.

27. _____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.

28. _____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.

29. _____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.

30. _____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.

31. _____ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.

32. _____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.

33. _____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.

34. _____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.

35. _____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.

36. _____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.

37. _____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.

38. _____ Yakınlarımın beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım

39. _____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.

40. _____ Bir yere ait değilim, yalnızım.

41. _____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.

42. _____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.

43. _____ Doğru ile yanlışı birbirinden ayırmakta zorlanırım.

44. _____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.

45. _____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız

46. _____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.

47. _____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.

48. _____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.

49. _____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.

50. _____ İstediğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.

51. _____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım

52. _____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.

53. _____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.

54. _____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.

55. _____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.

56. _____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.

57. _____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheciyimdir.

58. _____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.

59. _____ Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.

60. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.

61. _____ Gündelik işler için benim kararlarıma güvenilemez.

62. _____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.

63. _____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum- Benim kendime ait bir hayatım yok.

64. _____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.

65. _____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.

66. _____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.

67. _____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.

68. _____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.

69. _____ Benim yararıma olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.

70. _____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.

71. _____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.

72. _____ Neden yanlış yaptığımın önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.

73. _____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.

74. _____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.

75. _____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.

76. _____ Kendimi hep grupların dışında hissederim.

77. _____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.

78. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.

79. _____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.

80. _____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.

81. _____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.

82. _____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.

83. _____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.

84. _____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.

85. _____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.

86. _____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.

87. _____ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.

88. _____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.

89. _____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.

90. _____ Ben cezalandırılmayı hakeden kötü bir insanım.