

Ergenlerde kendine zarar verme davranışları: Risk etkenleri, değerlendirme ve önleme

Burcu Ersöz Alan^{1,*}, Devrim Akdemir²

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ¹Yardımcı Doçenti, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ²Doçenti *İletişim: burcuerso02@gmail.com

SUMMARY: Ersöz Alan B, Akdemir D. (Department of Child and Adolescent Psychiatry, Hacettepe University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey). Self-injurious behaviors in adolescents: Risk factors assessment and prevention. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2017; 60: 119-126.

Self-injurious behaviors (SIB) are self-directed behaviors which can result in relevant tissue damage. These can be suicidal or non-suicidal with respect to intention. The majority of SIB begin at adolescence and sometimes cause serious injuries or death. While the prevalence of SIB is increasing every year, it is becoming a major public health problem. Repetition is also very common. There are several individual/psychiatric, familial and social risk factors for SIB including previous SIB, history of depression, history of abuse and neglect, being bullied and feeling hopeless. Non-suicidal SIB also increase the risk for suicidal behaviors. This article reviews the psychiatric assessment, treatment and prevention of SIB in adolescents.

Key words: adolescent, self-injurious behaviors, self-harm, suicide.

ÖZET: Kendine zarar verme davranışı (KZVD) kişinin kendi vücudunda gerçekleştirdiği ve doku hasarı ile sonuçlanabilen eylemdir. Eylemin niyetine göre özkıyım girişiminden ayrılır. Genellikle ergenlikte başlar ve bazen sakatlanma ya da ölümlle sonuçlanabilir. KZVD yaygınlığı yıllar içinde artış göstererek önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Tekrarlayıcı KZVD sık görülür. Geçmişte KZVD öyküsü, depresyon, ihmal ve istismara uğrama, zorbalığa maruz kalma, ümitsizlik gibi bireysel/psikiyatrik, ailesel ve sosyal birçok risk etkeni saptanmıştır. KZVD özkıyım girişimi açısından da risk etkenidir. Bu derlemede ergenlerdeki KZVD'nin psikiyatrik değerlendirmesi, tedavisi ve önleme stratejileri gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: ergenlik, kendine zarar verme davranışı, özkıyım.

Kendine zarar verme davranışları (KZVD), kişinin kendi vücuduna zarar verme niyetiyle gerçekleştirdiği eylemleri tanımlar. Ölmek niyetiyle gerçekleştirilen eylemlere özkıyım (intihar) girişimi; ölme motivasyonu olmaksızın vücudu yaralama niyetiyle gerçekleştirilen eylemlere özkıyım dışı (nonsuicidal) kendini yaralama davranışı (KYD) denilmektedir. KZVD hem özkıyım girişimini hem KYD'yi kapsamına karşın sıklıkla yalnızca KYD anlamında kullanılmaktadır. "Tamamlanmış özkıyım, başarısız girişim, manipülatif girişim, ölümcül olmayan özkıyım" gibi terimler niyeti ve sonucunu önyargılı değerlendirdiği için önerilmemektedir.¹

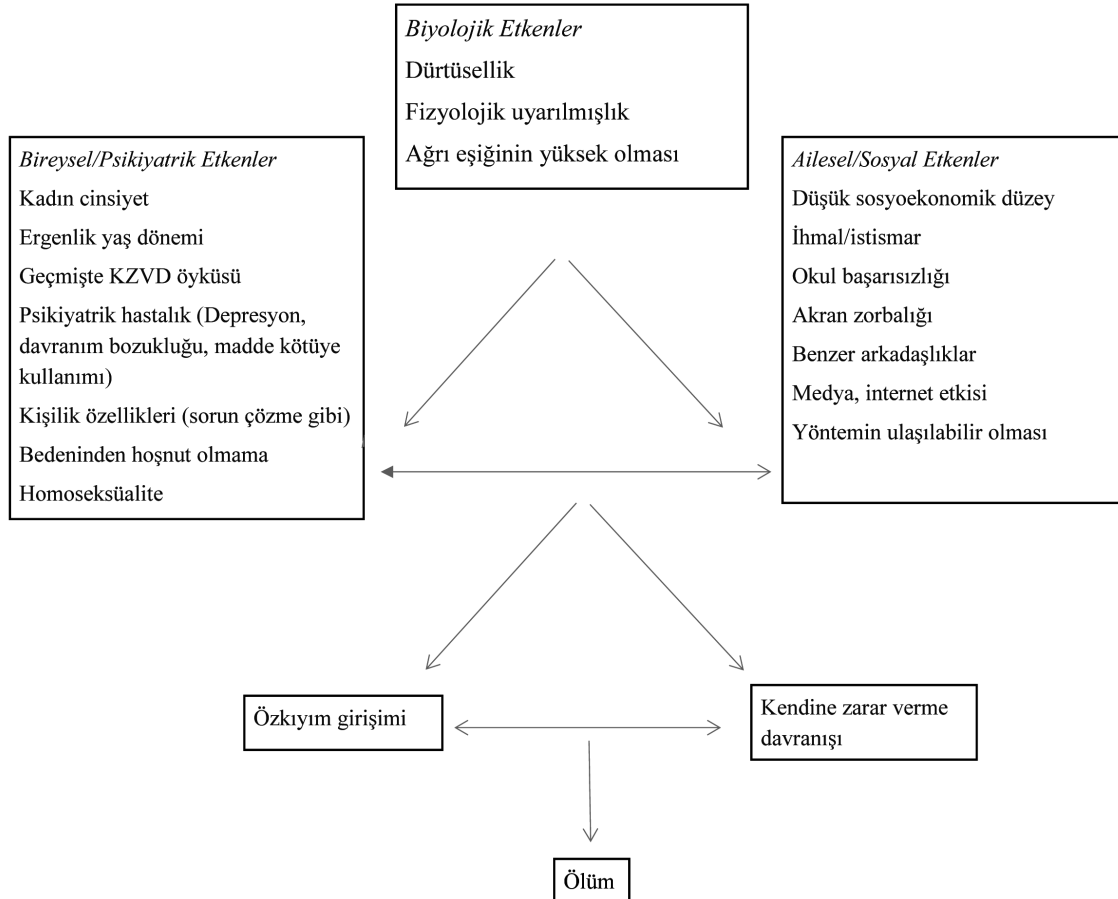
Epidemiyoloji

KZVD çocuklarda seyrek görülürken ergenlikle birlikte, özellikle 15 yaş sonrasında sıklığı artmaktadır. Psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığının artması, kullanılan yöntemlere ulaşımın kolaylaşması, bireyselleşmeyle birlikte arkadaş ve aileyle çatışmaların yaşanabilmesi ve risk almanın kolaylaşması ergenlik dönemindeki risk artışında rol oynamaktadır.² KZVD gösteren ergenlerin sadece bir bölümü kliniğe başvurduğu için toplumdaki yaygınlığı hakkında kesin veri yoktur; kişinin kendi bildirimine dayalı ölçeklerle epidemiyolojik çalışmalar yapılmaktadır. 2008 yılında çocuk ve ergenlerle yapılan ilk çok merkezli çalışmada son bir yıl içinde KZVD gösterme oranları kızlarda %8.9,

erkeklerde %2.6'dır.³ Ülkemizde lise öğrencileri arasında en az bir kere KZVD öyküsü bir çalışmada %21.4 oranında saptanmışken⁴ başka çalışmalarda %31⁵ ve % 18.9⁶ oranlarında bulunmuştur. KZVD'ye kızlarda daha sık rastlanır;^{7,8} 12 ile 15 yaşları arasında kız/erkek oranınının 5 ya da 6'ya çıkabileceği belirtilmiştir.² KZVD, özkıyım girişiminin en güçlü yordayıcılarındandır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 15-29 yaş arasındaki ölümlerin ikinci nedeni özkıyımdır.⁹ Türkiye'de özkıyım girişiminde bulunanların %34.3'ü 15-29 yaş arasındadır.¹⁰ Ülkemizde lise öğrencileri arasında yapılan anket çalışmasında özkıyım girişimi %10.1 oranında belirtilmiştir.⁴ Kendini yük olarak algılamanın ve ait hissedememenin sonucundaki sosyal izolasyonun, acı duyma ve ölüm korkusunun olmamasıyla birlikte tehlikeli dürtüsel davranışlara neden olduğu düşünülmektedir. Tekrarlayıcı şekilde acıya maruz kalmanın acı eşliğini yükselterek

duyarsızlaşmaya neden olduğu, bu durumda KZVD'nin daha şiddetli devam ettiği ve özkıyım sonuçlanabileceği öne sürülmektedir.¹¹ Major depresyon tanısının, düşük benlik saygısının ve olumsuz duygulanım sırasında strateji geliştirerek amaca yönelmede yaşanan zorluğun KZVD olan bireylerde özkıyım riskini arttırdığı saptanmıştır.¹² Kadınlarda ikiden fazla kez tekrarlayan KZVD'nin özkıyım riskinde daha fazla artışa neden olduğu gösterilmiştir.¹³

Çalışmalarda KZVD'nin mevsimsel değişiklik gösterdiği saptanmış; özellikle kızlarda sonbaharda daha sık rastlandığı belirtilmiştir.^{14,15} Özkıyım girişimi olarak en sık kullanılan yöntem ilaç ya da kimyasal madde içmedir; KZVD içinde ise deride kesi oluşturma en sık başvurulan yöntemdir.^{3,14} Ülkemizde çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran ergenlerle yapılan bir çalışmada, deride kesi oluşturma dışında yara kabuklarını koparma, elini veya kafasını vurma, tırnak yeme, saç



Şekil 1. Kendine zarar verme davranışları risk etkenleri

koparma, ısırma ve yakma yöntemleri daha sık karşımıza çıkarken, çoğu ergenin birden fazla yöntemi birlikte kullandığı saptanmıştır.¹⁶ Kullanılan yöntemler cinsiyetler arasında farklılık gösterir. Kızlar arasında kesi, erkekler arasında elini veya kafasını vurma daha sıktır.⁸ KZVD olarak kullanılan yöntemler Tablo I'de gösterilmiştir.

Risk etkenleri

Bireysel, ailesel ve toplumsal birçok etken KZVD riskini arttırmaktadır. Risk etkenleri birbirleriyle de bağlantılıdır ve etkileşimleri sonucunda KZVD riskini arttırmaları. Özkıyım girişimi ile KZVD'nin risk etkenleri sıklıkla örtüşürler; ancak bazı risklerin özkıyım girişimi bazılarının ise KZVD için daha ön planda olduğu görülür. KZVD, kendini ve/ya da başkalarını cezalandırma, ruhsal acı yerine fiziksel acıya katlanma, çevreden kabul ve ilgi görme motivasyonlarıyla gerçekleşen bir çeşit iletişim aracı olarak değerlendirilebilir. Vücuda kesi atma ve kimyasal madde içme nedenleri karşılaştırıldığında, kimyasal madde içen grubun

bir tartışma sonrasında durumdan kaçma motivasyonu ile hareket ettiği; vücuduna kesi atan grubun ise depresyon belirtileri göstererek kendine duydukları öfkeyi ve gerginliği yatıştırmayı amaçladıkları gösterilmiştir.¹⁷ Şekil 1'de risk etkenlerinin özeti gösterilmektedir.

Biyolojik Etkenler

KZVD gösteren ergenlerin fizyolojik açıdan daha fazla uyarılmış olduğu, duygusal olaylara bedensel yanıtlarının daha şiddetli olduğu ve strese dayanabilmelerinin daha az olduğu saptanmıştır.¹⁸ Ayrıca bu ergenlerin ağrı eşliğinin yüksek olduğu, dolayısıyla acıya toleranslarının daha fazla olduğu gösterilmiştir.¹⁹

Ailesinde özkıyım girişiminde bulunan bir kişinin birinci derece akrabalarında özkıyım girişimi riski dört katına çıkar. Risk artışı serotonerjik disfonksiyon sonucu dürtüsellik ve agresyon ile bağlantılandırılmaktadır.^{20, 21}

Bireysel ve Psikiyatrik Etkenler

Kadın cinsiyette olma KZVD riskini arttırmaktadır. Bu durum depresyonun

Tablo I. Kendine zarar verme ve özkıyım davranışları.

Kendine zarar verme davranışı	Özkıyım girişimi
Vücuda kesi atma	Kimyasal madde içme (ilaç, toksik madde, uyuşturucu vb)
Elini, kafasını sert bir yere vurma	Kendini asma
Yara kabuklarını koparma ve kanatma	Yüksekten atlama
Kendini ısırma	Ateşli silahla kendini vurma
Kendini yakma	Kesici, delici aletle kendini kesme
Saç koparma	Hareket halindeki aracın önüne atlama
Kendini çimdikleme	
Kendine iğne batırma	
Kendini tırnaklama	
Cilde harf ya da şekil kazıma	

Tablo II. Yatırılarak tedavi gerektirebilen, kendine zarar verme davranışı riskinin yüksek olduğu durumlar.

Yöntemle ilgili: Planlı, tekrarlayan, yalnızken, ölümcül yöntem

Psikiyatrik: Major depresyon, psikotik belirtiler, alkol madde kullanımı

Bireysel: Umutsuzluk, çaresizlik, dürtüsellik, okulla ilgili yetersizlik/okula devamsızlık, bir yere ait olamama/kabul edilmeme hissi, yaşadığına sevinmeme, gelecek planının olmaması, yeniden KZVD yapacağını söyleme

Ailesel ve çevresel: İhmal, istismar, zorbalık, yakın çevrede KZVD olması

kadınlarda daha sık görülmesiyle²² ve/ya da kadınların olumsuz yaşam olaylarıyla baş etme yöntemleriyle ilişkili olabilir. Kız ergenlerin yaşadıkları çatışmalar karşısında “kendine yöneltme” savunma mekanizmasını daha sık kullandıkları ve bunun özkıyım girişimi riskini arttırdığı gösterilmiştir.²³

Yaş da risk etkenlerindedir, ergenlikle birlikte KZVD riski artmaktadır. Çocuklarda bilişsel kapasitenin henüz olgunlaşmamış olması onların ümitsizlik ve çaresizlik hissetmesini önlerken²⁴ ergenlikte fiziksel, psikolojik ve sosyal değişim ergeni strese daha duyarlı hale getirmekte ve ergenin bireyselleşme isteğiyle birlikte aile ve okul desteği de azalmaktadır.²⁵

Ergenlikte psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığının artması KZVD'nin artışında rol oynamaktadır. Duygudurum bozuklukları ve depresyon, anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), davranım bozukluğu (DB), madde kötüye kullanımı (MKK), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) KZVD riskini en sık arttıran psikiyatrik hastalıklardır. Depresyon belirtilerinden umutsuzluk, düşük benlik saygısı, anhedoni (zevk alamama), değersizlik düşünceleri ve uykusuzluk²⁶ özkıyım girişimi ile daha fazla ilişkilendirilmiştir.²⁷ Dürtüsellik ve agresyon psikiyatrik bir hastalıkla ilişkili olabileceği gibi kendi başına da risk etkenleridir. Hem KZVD hem de özkıyım girişiminde bulunan ergenlerin daha fazla dürtüsel olduğu saptanmıştır.²⁸ DEHB olan hastalarda risk eşlik eden psikiyatrik hastalıkların varlığında artmaktadır.^{29,30} Ayrıca KZVD gösteren ergenlerde kimlik karmaşası belirtilerinin daha sık olduğu,¹⁶ bedeninden hoşnut olmamanın³¹ ve hemcinsine cinsel ilgi duymamanın³² KZVD ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.³³

Psikiyatrik hastalıklar kişinin sorun çözme becerilerini azaltır; bu nedenle kişi olumsuz yaşam olaylarını felaket gibi algılayabilir. Mükemmeliyetçilik,³⁴ ya hep ya hiç tarzında düşünme, olumsuz düşünmeye yatkınlık da sorun çözme becerisini azaltan kişilik özellikleridir.³⁵

Geçmişte KZVD öyküsünün bulunması yeni bir girişimin en güçlü yordayıcısıdır. Gerek özkıyım girişimi gerekse KZVD tekrarlama eğilimi gösterir.³⁶ KZVD'nin ilki sıklıkla dürtüsel bir şekilde o sıradaki stresli bir durumu izleyen süreçte gerçekleşirken risk etkenleri varlığında

davranış tekrarlayıcı olmaya başlar. Yineleme olguların en az % 10'unda, özellikle ilk üç ay içinde olmak üzere ilk yılda görülür.³⁷ Özkıyım girişiminin tekrarlanması nedenleri kızlarda geçmişte özkıyım girişimi öyküsü ve depresyon ile ilişkiliyken erkeklerde MKK ve DB ile ilişkilidir.³⁸

Ailesel ve Sosyal Etkenler

Düşük sosyoekonomik düzeydeki ülkelerde KZVD ve özkıyım girişimleri daha sıktır, dünyadaki özkıyımların %76'sı düşük sosyoekonomik düzeydeki ülkelerde gerçekleşmektedir.⁹ Bu durum ekonomik zorlukların aile üzerinde yarattığı stres sonucunda yaşanan çatışmaların, eğitimi yarıda bırakmak zorunda kalmanın ve uygun sağlık hizmeti alamamanın sonucu olabilir. Düşük sosyoekonomik düzeydeki ülkelerde sağlıklı beslenmenin, barınma olanaklarının yetersizliğinin, eğitim sorunlarının ve MKK'nın yaygın olmasının KZVD'nin sıklığını arttırdığı düşünülmektedir.³⁹ Ancak aile bireyleri arasındaki desteğin az olmasının düşük sosyoekonomik düzeyden daha fazla riskli olduğu bulunmuştur.⁴⁰ Başta cinsel istismar olmak üzere geçmişte ihmal ve istismar öyküsünün bulunması KZVD olasılığını yükseltmektedir.⁴¹ Ülkemizdeki bir çalışmada ihmal/istismara uğramış ergenlerde riskin KZVD için 2.7 kat, özkıyım girişimi için 7.6 kat arttığı saptanmıştır.⁴

Arkadaş ilişkilerinin önem kazandığı ergenlik döneminde akran zorbalığına maruz kalma KZVD riskini arttırmaktadır.^{42,43} İlkokul döneminde maruz kalınan akran zorbalığının da geç ergenlikte KZVD riskini arttırdığı saptanmıştır.⁴⁴ KZVD gösteren kız ergenlerin özellikle birbirleriyle daha sık arkadaşlık kurduğu bildirilmektedir.^{44,45} KZVD sıklıkla öğrenilen bir davranış olduğu için yaygınlaşmasında medya ve internetin rolü de önemlidir.^{46,47} Aile, arkadaş ve okul desteğinin yetersiz olarak algılanmasıyla KZVD arasında ilişki saptanmıştır.⁴⁸

Riskli ergenlerde yöntemin ulaşılabilir olması eyleme geçmede rol oynamaktadır. KZVD'nin çoğu ergenin o sıradaki psikolojik stresini gidermeye yönelik olarak gerçekleşmektedir. Evde silah olmasının ve gereğinden fazla ilaç bulundurmanın stresli zamanlarda KZVD riskini arttırdığı gösterilmiştir.^{49,50} Kişinin ruhsal ya da fiziksel olarak hissettiği acının geçeceğine ilişkin umudunun kalmaması ve herhangi birşeye

bağlılığının olmaması, yöntem de ulaşılabilirse, özkıyım davranışına neden olmaktadır.⁵¹

Değerlendirme ve Tedavi

KZVD duygu düzenlenmesine yardımcı olan bir çeşit iletişim aracı olarak yorumlanabilir. KZVD gösteren ergenlerin çoğu herhangi bir yardım arayışına girmez. Bunun nedeni kendisinin zayıf olarak algılanacağı yanılgısı, hissettiği utanç ve etiketlenme endişesidir.⁵² Bu nedenle ergen ve ailesi yaşamı tehdit eden bir durumda acil servise başvururken, kliniklerde ergene sorulmadığı ve ailesi fark etmediği sürece KZVD'yi saptamak zor olabilir.

KZVD gösteren ergenlere müdahalede ilk hedef vital durumu stabilize etmek ve ergenin güvenliğini sağlamaktır.⁵³ Hem ergenle hem aileyle görüşme yapmak gerekmektedir. Yöntemin planlı, yineleyici, ölümcül olup olmadığı değerlendirilmeli, ergenin o sırada kendisini nasıl hissettiği ve eylem sırasındaki niyeti öğrenilmelidir. Yöntemin fizyolojik sonuçlarıyla niyet arasında birebir bir ilişki kurulamayabilir. Ergen, davranışının sonuçlarını yeterince düşünmeden hareket etmiş, ancak sonra pişman olmuş olabilir.⁵⁴ Özgeçmişinde psikiyatrik bozukluklara ilişkin belirtilerin varlığı, akademik ve sosyal yaşamındaki zorluklar araştırılmalıdır. Soygeçmişinde ailede psikiyatrik hastalık ve KZVD öyküsü sorulmalı; ergen ile ailesi arasındaki ilişki değerlendirilmelidir.⁵² Değerlendirmede Beck Özkıyım Düşüncesi Ölçeği, KZVD Değerlendirme Envanteri gibi ölçeklerden yararlanılabilir.^{55,56}

Psikiyatrik tedavi tıbbi durumun stabilizasyonunu izleyen süreçte başlar. Davranışın tekrarlaması açısından yüksek risk taşıyan ve hastaneden ayrılmadan önce mutlaka psikiyatrik değerlendirme gerektiren durumlar Tablo II'de belirtilmiştir. Eğer ailede çocuğun güvenliğini tehdit eden ihmal ve istismar gibi bir durumdan şüphe ediliyorsa adli tıp bölümünden, sosyal hizmet biriminden ve hastane polisinden yardım istenebilir. Ayaktan tedavide aileyle işbirliği gereklidir. Aile şaşkınlık, suçluluk, kızgınlık, üzüntü gibi duygular hissedebilir ve tepkileri aşırı olabilir. Ailenin bu duyguları ele alınarak aşırı tepki vermeleri önlenmelidir.⁵³ Aile KZVD yöntemi olabilecek nesnelere ve disinhibisyon yaratan maddeleri ortamdan uzaklaştırmalıdır. Ergenin bireysel tedavisinde çeşitli psikoterapi yöntemlerinin yanında eşlik eden psikiyatrik hastalık, dürtüsellik,

agresyon ya da uykusuzluk için ilaç tedavisi gerekli olabilir. Tedavide hedef risk etkenleriyle başa çıkma becerilerini arttırarak ergenin duygularını düzenleyebilmesini ve kendisini kontrol edebilmesini sağlamaktır.

İlaçla tedaviye kar/zarar oranı gözetilerek başlanmalıdır. Antidepresanların çocuklarda kullanımıyla ilgili 2003 yılında prospektüve eklenerek özkıyım riskini arttırdıklarını belirten uyarının geçerli olmadığı ve tedaviye uyumu engellediği yönünde tartışmalar yapılmaktadır.⁵⁷ Seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) olan antidepresanlardan çocuk ve ergenlerde FDA onayı olan tek ilaç fluoksetindir; diğerlerinin fluoksetin ile karşılaştırılınca özkıyım riskini arttırmadığı gösterilmiştir.⁵⁸ Psikotik belirtiler eşlik ediyorsa ya da dürtüsellik azaltmak için SSRI'lar ile birlikte antipsikotikler kullanılabilir. Yan etki profilleri açısından atipik antipsikotikler genellikle tercih edilmelidir.⁵⁹ Eşlik eden DEHB, MKK ve duygudurum bozukluğu tanılarında uygun ilaç tedavilerine başlanmalıdır.

Aile, okul ve sosyal çevrenin desteği devreye sokularak ergenin ve çevrenin olumlu yönlerinin açığa çıkarılması faydalıdır. Aile içinde bireylerin birbirine bağlılığı, ergenin akademik başarısının iyi olması ve okul ile ilgili aidiyet hissi, sevildiğini hissetmesi, gelecekle ilgili umut içeren planlar kurması olumlu etkenlerdir ve bunların desteklenmesi gerekmektedir.³³

Önleme

KZVD yineleyici bir sorundur. Bireysel ve toplumsal koruyucu önlemleri belirlerken psikiyatrik hastalıkların saptanması ve tedavisi kadar psikososyal risklerin de düzeltilmesi hedeflenmelidir.

Bireysel Önleme

Bireysel önleme girişimlerinde psikiyatrik hastalıkların belirlenmesi ve tedavisi önemlidir. Okullarda⁶⁰ ve hastanelerde⁶¹ uygulanacak tarama testleri (Beck Özkıyım Düşüncesi Ölçeği, KZVD Değerlendirme Envanteri gibi) psikiyatrik hastalıkları ve KZVD'yi tanımada yararlı olabilir. Okul başarısında yetersiz olduğunu düşünen, arkadaş ilişkilerinde sorun yaşayan, arkadaş ortamından olumsuz etkilenen ve aile içinde çatışmalar yaşayan ergenlerin belirlenerek KZVD gösterip göstermediği sorulmalıdır. KZVD'nin sorulması, riski arttırmamaktadır.⁵⁴ KZVD sorulurken yargılayıcı olunmamalı, açık uçlu sorular aracılığıyla

yönlendirme yapmadan ergenin kendisini ifade etmesi sağlanmalıdır. Ergenin kendisini rahat ifade edebileceği ve önemsendiğini hissedeceği ortamlara yönlendirilmesi faydalı olmaktadır.

Toplumsal Önleme

Günümüzde sosyal medya başta olmak üzere ergenleri etkileyen alanlarda KZVD konusunun özendirici olmaması sağlanmalıdır. Yöntemin zor ulaşılır olması KZVD riskini azaltmaktadır; 2005-2014 yılları arasında kimyasal madde içerek ve yüksekte atlayarak özkıyım girişiminde bulunmayı önleme çalışmalarında yöntemle ulaşılabilirliği azaltmak etkili bulunmuş; yüksekte atlayarak özkıyım girişiminin sık görüldüğü yerlere uyarı levhaları yerleştirilmiştir.⁶² Bazı ülkelerde en sık kullanılan yöntem olan kimyasal madde içmede ölümcül doza ulaşmayı engellemek için tablet sayısı azaltılan ilaç kutuları üretilmiş ve etkili bulunmuştur.⁶³ Kriz sırasında ergenin ulaşabileceği ve kendisini güvende hissedebileceği birimlerin kurulması desteklenmelidir. Bu birimlerin çevrim içi ya da telefonla hizmet vererek de etkili olabilecekleri belirtilmektedir.^{64,65} KZVD'ye ilişkin okullarda ve kamusal alanda yapılan bilgilendirmeler gençlerin birbirlerinden etkilenmelerinin önüne geçebilmekte, ailelerin tutumlarını düzeltebilmekte ve riskli ergenlere ulaşımı sağlamaktadır.⁶⁶

KAYNAKLAR

- Crosby AE, Ortega L, Melanson C. Self directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Injury Prevention and Control. 2011.
- Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012; 379: 2373-2382.
- Madge N, Hewitt A, Hawton K, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people; Comparative findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychology Psychiatry* 2008; 49: 667-677.
- Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 57: 119-126.
- Somer O, Bildik T, Kabukçu-Başay B, Güngör D, Başay Ö, Farmer RF. Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50: 1163-1171.
- Zeki A, Çuhadaroğlu Çetin F. Ergenlerde Kendine Zarar Verme Davranışının Gelişimsel ve Psikopatolojik Değerlendirmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (Uzmanlık Tezi), 2012.
- Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescent self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53: 381-389.
- Borracas AL, Hankin BL, Young JF, Abela JR. Rates of nonsuicidal self injury in youth: Age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics* 2012; 130: 39-45.
- Preventing Suicide: A global imperative. WHO, Luxembourg, 2014. Erişim adresi: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/ (Erişim Tarihi: 20.06.2017).
- İntihar istatistikleri 2014. Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18626#> (Erişim tarihi: 19.06.2015)
- Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite S, Selby EA, Joiner TE Jr. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev* 2010; 117: 575-600.
- Kara MZ, Çuhadaroğlu Çetin F. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı Gösteren Ergenlerde Gelişimsel ve Psikiyatrik Özellikler. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (Uzmanlık Tezi), 2014.
- Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: Long-term follow-up study of 11,583 patients. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 70-75.
- Zanus C, Battistutta S, Aliverti R, et al. Adolescent admissions to emergency departments for self-injuries thoughts and behaviors. *PLoS One* 2017; 12: e0170979.
- Aydın A, Güleç M, Boysan M, et al. Seasonality of self-destructive behavior: Seasonal variations in demographic and suicidal characteristics in Van, Turkey. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2013; 17: 110-119.
- Akdemir D, Zeki A, Yetimoğlu Ünal D, Kara M, Çuhadaroğlu Çetin F. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde psikiyatrik belirtiler, kimlik karmaşası ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2013; 14: 69-76.
- Rodham K, Hawton K, Evans E. Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 80-87.
- Nock MK, Mendes WB. Psychological arousal, distress intolerance and social problem-solving deficits among adolescent self-injuries. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 28-38.
- Haines J, Williams CL, Brain KL, Wilson GV. The psychophysiology of self-mutilation. *J Abnormal Psychology* 1995; 104: 471-489.

20. Brent D, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 1145-1152.
21. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2003; 4: 819-828.
22. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in depression. *Curr Direct Psychol Sci* 2001; 10: 173-176.
23. Foto-Özdemir D, Akdemir D, Çuhadaroğlu-Çetin F. Gender differences in defense mechanism, ways of coping with stress and sense of identity in adolescent suicide attempts. *Turk J Pediatr* 2016; 58: 271-281.
24. Shaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1981; 20: 545-565.
25. Aro H, Marttunen M, Lönnqvist J. Adolescent development and youth suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23: 359-365.
26. Wong MM, Brower KJ, Zucker RA. Sleep problems, suicidal ideation and self-harm behaviors in adolescence. *J Psychiatry Res* 2011; 45: 505-511.
27. Braush AM, Gutierrez PM. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *J Youth Adolescence* 2010; 39: 233-242.
28. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh-Richard DM, et al. Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Res* 2009; 169: 22-27.
29. Agosti V, Chen Ying, Levin FR. Does attention deficit hyperactivity disorder increase the risk of suicide attempts? *J Affective Disorders* 2011; 133: 595-599.
30. Manor I, Gutnik I, Ben-Dor DH, et al. Possible association between attention deficit hyperactivity disorder and attempted suicide in adolescents- a pilot study. *Eur Psychiatry* 2010; 25: 146-150.
31. Orbach I, Stein D, Shani-Sela M, Har-Even D. Body attitudes and body experiences in suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31: 237-243.
32. Garofalo R, Wolf RC, Kessel S, Palfrey SJ, DuRant RH. The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school based sample of adolescents. *Pediatrics* 1998; 101: 895-902.
33. Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts; risk and protectors. *Pediatrics* 2001; 107: 485-493.
34. O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: The role of perfectionism and acute life stress. *Behav Res Ther* 2010; 48: 52-59.
35. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychol Med* 2000; 30: 23-39.
36. Brent DA, McMakin DL, Kennard BD, Goldstein TR, Mayes TL, Douaihy AB. Protecting adolescents from self-harm: A critical review of intervention studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52: 1260-1271.
37. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. *ABC of Adolescence. BMJ* 2005; 330: 891-894.
38. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 339-348.
39. Ayton A, Rasool H, Cottrell D. Deliberate self-harm in children and adolescents: Association with social deprivation. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003; 12: 303-307.
40. King CA, Merchant CR. Social and interpersonal factors related to adolescent suicidality: A review of the literature. *Arch Suicide Res* 2008; 12: 181-196.
41. Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clin Psychol-Sci Prac* 2003; 10: 192-205.
42. Brunstein Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, depression and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 40-49.
43. Kim YS, Leventhal B. Bullying and suicide: A review. *Int J Adoles Med Health* 2008; 20: 133-154.
44. Lereya ST, Winsper C, Heron J, et al. Being bullied during childhood and the prospective pathways to self-harm in late adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52: 608-618.e2.
45. Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: A review of the literature. *Arch Suicide Res* 2013; 17: 1-19.
46. Hermansson-Webb, EB. 'With Friends Like These...': The Social Contagion of Non-Suicidal Self-Injury Amongst Adolescent Females (Thesis, Doctor of Philosophy). University of Otago, 2014. Erişim adresi: <http://hdl.handle.net/10523/4625>. (Erişim tarihi: 26.06.2017).
47. Whitlock J, Purington A, Gershkovich M. Media and the internet and non-suicidal self injury. In: Nock MK (ed). *Understanding Non-Suicidal Self Injury: Origins, Assessments and Treatment*. American Psychological Association, DC, 2009: 139-155.
48. Skeeg K. Self-harm. *Lancet* 2005; 366: 1471-1483.
49. Miller M, Hemenway D. The relationship between firearms and suicide: A review of the literature. *Aggress Violent Beh* 1999; 4: 59-75.
50. Hawton K, Simkin S, Deeks J, et al. UK legislation on analgesic packs: Before and after study of long term effect on poisoning. *BMJ* 2004; 329: 1076
51. Klonsky ED, May AM. The three step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the 'ideation-to-action' framework. *Int J Cogn Ther* 2015; 8: 114-129.
52. Moskos MA, Olson L, Halber SR, Gray D. Utah youth suicide study: Barriers to mental health treatment for adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2007; 37: 179-186.
53. Ougrin D, Tranah T, Leigh E, Taylor L, Asarnow JR. Practitioner review: Self-harm in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53: 337-350.

54. Spender Q. Assessments of adolescents self-harm. *Curr Paediatr* 2005; 15: 120-126.
55. Dilbaz N, Holat H, Bayam G, Tüzer T, Bitlis V. İntihar düşüncesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. 31. Ulusal Psikiyatri Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı, 1995: 40-41.
56. Bildik T, Somer O, Kabukçu Başay B, Başay Ö, Özbaran B. Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013; 24: 49-57.
57. Isacson G, Rich CL. Antidepressant drugs and the risk of suicide in children and adolescents. *Paediatr Drugs* 2014; 16: 115-122.
58. Cooper WO, Callahan ST, Shintari A, et al. Antidepressants and suicide attempts in children. *Pediatrics* 2014; 133: 204-210.
59. Roberts N. Adolescent self-mutilatory behavior: Psychopharmacological treatment. *Child Adolesc Psychopharmacol News* 2003; 8: 10-12.
60. Gould MS, Marrocco FA, Hoagwood K, Kleinman M, Amakawa L, Altschuler E. Service use by at-risk youths after school-based suicide screening. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48: 1193-1201.
61. Gardner W, Klima J, Chilsolm D, et al. Screening, triage and referral of patients who report suicide thought during a primary care visit. *Pediatrics* 2010; 125: 945-952.
62. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 646-659.
63. Hawton K, Simkin S, Deeks, J et al. UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisoning. *BMJ* 2004; 329: 1076-1079.
64. van Spijker BA, van Straten A, Kerkhof AJ. Effectiveness of online self-help for suicidal thoughts; Results of a randomised controlled trial. *PLoS One* 2014; 9: e90118.
65. Rhee WK, Merbaum M, Strube MJ, Self MS. Efficacy of brief telephone psychotherapy with callers to a suicide hotline. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35: 317-328.
70. Gould MS, Kramer RA. Youth suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31; (Suppl): 6-31.