

Araştırma / Original article**Kendine zarar verme davranışı olan erişkinlerde çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme güçlüğü ve başa çıkma tutumları****Burcu BAKAR KAHRAMAN,¹ Pınar KIZILAY ÇANKAYA¹****ÖZ**

Amaç: Çalışmamızda intihar amacı taşımayan kasıtlı kendine zarar verme davranışının (KZVD) olası risk etkenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Araştırma grubuna KZVD ile başvuran veya değerlendirilmeleri sırasında son 1 yıl içinde KZVD olduğu belirlenen 156 hasta, kontrol grubuna ise aynı polikliniğe başvuran ve KZVD olmayan 156 hasta alınmıştır. Katılımcılara Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ), Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (BÇTÖ), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ-16), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulanmıştır. **Bulgular:** Gruplar arasında cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve psikiyatrik tedavi öyküsü açısından fark bulunmamıştır. KZVD olan hastalarda ÇÇTÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puanları, DDGÖ, BAÖ ve BDÖ puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Lojistik regresyon analizinde intihar öyküsü, alkol kullanımı, fiziksel ihmal ve cinsel istismar, duygu düzenleme güçlüğünde artış, BÇTÖ alt ölçeklerinden 'madde kullanımı', KZVD ile ilişkili bağımsız risk etkeni olarak saptanırken, 'kabullenme' ise koruyucu etken olarak saptanmıştır. **Sonuç:** Çalışmamızın bulguları çocukluk çağı travması, duygu düzenleme güçlüğü, başa çıkma tutumları ile KZVD arasındaki çok yönlü ve karmaşık ilişkiyi destekler niteliktedir. Sonuçlarımıza göre, KZVD olan kişilerin olumsuz içsel yaşantılarını tolere etmekte zorlandıkları ve daha az etkili ve daha az uyumlu başa çıkma tutumları gösterdikleri söylenebilir. Kabul odaklı psikoterapi müdahaleleri, bu kişilerde zarar verme davranışının azaltılmasında etkili olabilir. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2020; 21(4):349-358)

Anahtar sözcükler: Erişkin, kendine zarar verme davranışı, çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme, başa çıkma

Childhood traumas, difficulty in emotion regulation and coping strategies in adult patients with nonsuicidal self-injury**ABSTRACT**

Objective: The aim of this study was to determine the possible risk factors of non-suicidal self injury (NSSI). **Methods:** The study group consisted of 156 patients who were admitted to our outpatient clinic with NSSI or diagnosed with NSSI within the past year. In the control group, we included 156 patients with no NSSI from our outpatient clinic. The participants were administered to the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28), COPE Inventory (COPE), Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16), Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI). **Results:** Differences in terms of gender, marital status, working status and history of psychiatric treatment were not detected. The total CTQ-28 score and all subscale scores; DERS-16, BAI, and BDI scores of the patients with NSSI were significantly higher than the control group. In logistic regression analysis; suicide history, alcohol use, physical neglect and sexual abuse, increase in emotion regulation difficulty, 'substance use' as a COPE subscale were found to be independent risk factors of NSSI whereas 'acceptance' was found to be a protective factor. **Conclusion:** The findings of our study support the multifaceted and complex relationship between NSSI and childhood trauma, difficulty in emotion regulation, and coping strategies. According to our results,

¹ Uzm. Dr., Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Yazışma adresi / Correspondence address:

Uzm. Dr., Pınar KIZILAY ÇANKAYA, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

E-mail: pkizilay@gmail.com

Geliş tarihi: 17.10.2019, **Kabul tarihi:** 20.12.2019, **doi:** 10.5455/apd.70047

people with NSSI have difficulty tolerating their negative internal lives and have less effective and less adaptive coping strategies. Acceptance-oriented psychotherapy interventions can be effective in reducing self-harm behavior in these individuals. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2020; 21(4):349-358)

Keywords: adult, self-harm behavior, childhood trauma, emotion regulation, coping

GİRİŞ

Kendine zarar verme davranışı (KZVD), intihar amacı taşımayan, kasıtlı ve yineleyici beden dokusunu tahrip etme davranışıdır.¹⁻³ Otizm spektrum bozukluğunda stereotipik davranışlardan kaynaklanan yaralanmalar, psikotik nöbetlerden kaynaklanan sakatlanmalar, intihar girişimleri bu kavramın dışında tutulmuştur.⁴ En sık görülen kendini yaralama biçimleri cildini kesme, bir yere vurma, cildini tahriş etme, kendine vurma, sivri cisim batırma, ısırma, yakma olarak belirlenmiştir.⁵

Çalışmalar KZVD'nin son yirmi yılda arttığını göstermiştir.⁶ KZVD 10-24 yaş aralığında başlamakta ve ergenlerde daha sık görülmektedir. KZVD'nin yaşam boyu yaygınlığı erişkinlerde %5.5, ergenlerde %17.2 olarak saptanmıştır.⁷ Yetişkinlerdeki daha düşük yaşam boyu KZVD oranının, yeni ergenler arasında KZVD oranının artışından mı, yoksa ergenlikte kendine zarar veren ama yetişkinlikte bu davranışı sürdürmeyenlerin çocuklukta davranışı anımsamamasından mı kaynaklandığı bilinmemektedir.⁸ Kendine zarar veren birçok bireyde bu davranış birkaç yıl içinde kaybolursa da, yaklaşık %20'sinde beş yıldan uzun süren, daha kronik bir gidiş göstermektedir.⁹ KZVD herhangi bir psikiyatrik bozukluğa özgü olmayıp depresyon, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozukluk, alkol ve madde kullanım bozukluğu, yeme bozukluğu, davranım bozukluğu ve kişilik bozukluğu gibi birçok ruhsal bozuklukla birlikte görülebilmektedir.¹⁰ Çocukluk çağı istismarı olanlarda KZVD'nin daha sık olduğu, özellikle cinsel istismar öyküsü olanlarda kendini keserek zarar vermenin çok sık eşlik ettiği saptanmıştır.²

Kendine zarar vermenin duygu düzenleme, kendini cezalandırma gibi içsel ve başkalarını etkileme gibi kişilerarası işlevlerinin olabildiği belirlenmiştir.⁸ Kendine zarar verenlerin duygularını tanıma, deneyimlerine uygun duygu yaşama ve duygularını ifade etmede zorluk yaşadıkları gösterilmiştir.¹¹ Duygularını düzenlemede güçlük yaşayan bu kişilerin aynı zamanda sorun çözme kapasitelerinin yetersiz olduğu, zarar vermenin bunaltıcı olumsuz düşünce ve duyguları yönetmek için kullanılan bir başa çıkma düzeneği olarak kullanıldığı bildirilmiştir.¹²⁻¹⁴

Çalışmamızda KZVD olan ve olmayan erişkin hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri ile çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme güçlüğü ve başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesi ve KZVD'nin olası risk etkenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmamızın hipotezleri, KZVD olan hastalarda çocukluk çağı travmalarının daha fazla olduğu, bu kişilerin daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı, işlevsiz başa çıkma tutumlarını daha fazla kullandığı, anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha fazla olduğu şeklinde sıralanabilir.

YÖNTEM

Çalışma, araştırma ve kontrol grubu bulunan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Aralık 2018-Ağustos 2019 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne KZVD ile başvuran veya değerlendirilmeleri sırasında son bir yıl içinde KZVD olduğu belirlenen 18-65 yaşları arasındaki 156 hasta araştırma grubu olarak alınmıştır. Kontrol grubuna ise, aynı polikliniğe araştırma grubuna benzer zamanlarda ardışık olarak başvuran ve KZVD olmayan 156 hasta alınmıştır. Herhangi bir KZVD olduğu belirlenen hastalarda bir yere veya kendine vurma, kesme, tırmalama, tahriş etme, ısırma, yakma, yolma, sivri cisim batırma, yara iyileşmesini bozma, tehlikeli maddeler yutma gibi diğer KZVD olup olmadığı sorgulanmıştır.

Araştırma ve kontrol grubundaki hastalarla DSM-5'e dayalı klinik görüşmeler yapılmış ve tanıları belirlenmiştir. Bu hastalara Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (BÇTÖ), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ-16), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile Sosyodemografik Veri Formu uygulanmıştır.

Okuryazar olmamak, 18 yaşından küçük - 65 yaşından büyük olmak, entelektüel yeti yitimi, yaygın gelişimsel bozukluk, bipolar bozukluk, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk, psikotik bozukluk gibi majör psikiyatrik bir bozukluğu olmak, bunama veya diğer organik mental bozukluğun olması, kafa travması, epilepsi ve halen tedavi görülen başka bir kronik nörolojik hastalık varlığı dışlama ölçütü olarak kabul edil-

miştir.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28.11.2018 tarihli ve 0062 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

Veri toplama araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, kendine zarar verme, intihar girişimi, psikiyatrik bozukluk, tedavi ve yatış öyküsü, sigara, alkol, madde kullanımı değerlendirilmiştir. Kendine zarar verme davranışının şekli, sıklığı, süresi gibi özelliklerini değerlendirmek için alan yazındaki araştırmalarda kullanılan anketler ve Türkçe geçerlilik güvenilirliği ergenler üzerinde yapılmış Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri'nden (KZVDDE) yararlanılarak oluşturulan veri formu kullanılmıştır.^{5,15}

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ): Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.^{16,17} Cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olmak üzere beşli Likert tipinde değerlendirilen beşer maddelik beş alt boyut ve üç maddeden oluşan minimizasyonu kapsamaktadır. Alt puanların birleşiminden 25-125 arası toplam puan elde edilmektedir. Minimizasyon toplam puanı etkilememekte, travmanın yadsınmasını ölçmekte kullanılmaktadır.

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ): DDGÖ, duyguları düzenleme alanındaki güçlükleri ölçmek amacıyla Gratz ve Roemer tarafından geliştirilmiştir.¹⁸ Ölçek beşli Likert tipindedir ve yüksek puanlar daha şiddetli duygu düzenleme güçlüğüne göstermektedir. Farkındalık, açıklık, kabul etmeme, stratejiler, dürtü, amaçlar altı alt boyutunu içeren 36 maddelik ölçeğin farkındalık alt boyutunun diğer DDGÖ alt ölçekleri ile düşük korelasyon gösterdiğinin saptanmasıyla Bjureberg ve arkadaşları farkındalık alt ölçeğini kaldırarak ve madde sayısını azaltarak 16 maddelik kısa sürümünü oluşturmuştur.¹⁹ DDGÖ'nün 16 maddelik sürümünün iyi bir iç tutarlılık gösterdiği ($\alpha=0.92$) ve 36 maddelik sürümle yüksek korelasyon gösterdiği ($r=0.93$) saptanmıştır.¹⁹ DDGÖ-16'nın Türkçe uyarlaması Yiğit ve Güzey Yiğit tarafından yapılmıştır.²⁰

Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (BÇTÖ): Carver ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir.²¹ Ölçek dörder sorudan oluşan 15 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği kişi tarafından hangi

başta çıkma tutumunun daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağı vermektedir. Bu 15 başta çıkma tutumu veya alt ölçek şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2. Zihinsel boş verme, 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Aktif başta çıkma, 6. İnkâr, 7. Dini olarak başta çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Davranışsal olarak boş verme, 10. Geri durma, 11. Duygusal sosyal destek kullanımı, 12. Madde kullanımı, 13. Kabullenme, 14. Diğer meşguliyetleri bastırma, 15. Plan yapma. Ağargün ve arkadaşları tarafından BÇTÖ psikometrik özelliklerinin Türk örnekleminde başta çıkma tutumlarının değerlendirilmesinde güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiştir.²²

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ve şiddetini ölçen, 21 maddeden oluşan, 0-3 arasında puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Ulusoy ve arkadaşları yapmıştır.^{23,24}

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Hisli tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve güdüsel belirtileri ölçmektedir.^{25,26} Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini niceliksel olarak tanımlamaktır. Ölçek 21 maddeden oluşmakta, her madde 0-3 puan arasında puanlanmaktadır.

İstatiksel değerlendirme

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 22 (IBM Corp, ABD, 2012) yazılımı kullanılarak yapıldı. Sayımla elde edilen veriler sayı ve yüzde ile belirtildi. Ölçümle elde edilen değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) incelendi. Tanımlayıcı analizler normal dağılan değişkenler için ortalama ve standart sapma ile, normal dağılmayan değişkenler için ortanca ve 1. ve 3. çeyrek değerleri ile verildi. Ölçümle elde edilen verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerde iki grup arasındaki farkın önemliliği ki-kare testiyle araştırıldı. Kategorik nitelikte olan değişkenlere ait karşılaştırmalarda yerine göre Pearson ki-kare ve Fisher kesin ki-kare testleri kullanıldı. Çok değişkenli analizde, önceki analizlerde belirlenen olası etkenler kullanılarak kendine zarar verme davranışını öngörmedeki bağımsız öngördürücüler

Anadolu Psikiyatri Derg 2020; 21(4):349-358

lojistik regresyon analizi kullanılarak incelendi. Model uyumu için Hosmer-Lemeshow testi kullanıldı. Tip-1 hata düzeyinin %5'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Örneklem büyüklüğü OpenEpi versiyon 3.01 açık kaynak hesaplayıcısında %95 güven aralığı ve %80 power değerleri kullanılarak belirlendi.

BULGULAR

Araştırma grubunda 108 (%69.2) kadın, 48 (%30.8) erkek; kontrol grubunda 117 (%75) kadın, 39 (%25) erkek vardı. KZVD olan araştırma grubu ile KZVD olmayan kontrol grubu arasında cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu,

psikiyatrik başvuru öyküsü, yatarak tedavi öyküsü, halen psikiyatrik tedavi görme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Araştırma ve kontrol grubu ağırlıklı olarak lise mezunudur. Sigara, alkol ve madde kullanımı ve intihar girişimi öyküsü araştırma grubunda anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0.001$). Araştırma ve kontrol gruplarının sosyodemografik ve klinik verileri Tablo 1'de gösterilmiştir.

KZVD incelendiğinde, en sık bir yere veya kendine vurma davranışı (%76.9), daha sonra azalan sıklıkta kesme (%51.9), tırmalama (%15.4), ısırma (%13.5) ve saç koparma (%13.5) şeklindedir. Araştırma grubunun %59.6'sında birden

Tablo 1. Araştırma ve kontrol gruplarının sosyodemografik ve klinik verileri

	Araştırma grubu		Kontrol grubu		χ^2/z	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
1. ve 3. çeyrek değeri	23 (19.00-32.00)		26 (22.00-32.75)		-2.824	0.005
Ort.±SS	27.03±10.07		28.38±8.58			
Eğitim yılı						
1. ve 3. çeyrek değeri	11 (8-11)		11 (8-11)		2.084	0.037
Ort.±SS	9.79±2.38		10.30±2.33			
Cinsiyet						
Kadın	108	69.2	117	75.0	1.291	0.256
Erkek	48	30.8	39	25.0		
Medeni durum						
Evli	53	34.0	65	41.7	2.235	0.327
Bekar	98	62.8	85	54.5		
Boşanmış	5	3.2	6	3.8		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	39	25.0	51	32.7	2.249	0.134
Çalışmıyor	117	75.0	105	67.3		
Eğitim durumu						
Lise ve altı	141	90.4	135	86.5	1.130	0.288
Lise üzeri	15	9.6	21	13.5		
Sigara						
Yok	60	38.5	109	69.9	30.997	<0.001
Var	96	61.5	47	30.1		
Alkol						
Yok	95	60.9	61	39.1	49.802	<0.001
Var	147	94.2	9	5.8		
Madde						
Yok	137	87.8	156	100.0	20.232	<0.001
Var	19	12.2	0	0		
İntihar girişimi öyküsü						
Yok	105	67.3	144	92.3	30.251	<0.001
Var	51	32.7	12	7.7		
Psikiyatriye başvuru						
Yok	75	48.1	60	38.5	2.938	0.087
Var	81	51.9	96	61.5		
Halen psikiyatrik tedavi						
Yok	117	75.0	114	73.1	0.150	0.698
Var	39	25.0	42	26.9		

fazla KZVD türü birlikte görülmektedir. Araştırma grubunun %34.7'sinde KZVD en az haftada bir kez yinelenmektedir. Araştırma grubunun %69.2'si KZVD sırasında acı hissetmediğini, %71.2'si sakinleşmek amacıyla kendilerine zarar verdiklerini belirtmiştir. Araştırma grubunda KZVD'nin özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Araştırma ve kontrol grubundaki hastaların tanıları Tablo 3'te gösterilmiştir. Kişilik bozukluğu tanısı saptanan 21 hastanın 14'ünde depresif bozukluk, dördünde tanımlanmamış anksiyete bozukluğu ve üçünde dürtü denetimi ve davranım bozukluğu ek tanıları belirlenmiştir. Anksiyete bozukluğu ve travma ve ilişkili bozukluklar tanılarının sıklığı kontrol grubunda anlamlı olarak yüksek iken (sırasıyla $p=0.012$, $p=0.002$), kişilik bozuklukları ile dürtü denetimi ve davranım bozukluğu tanıları araştırma grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$).

Araştırma ve kontrol grubunun BDÖ, BAÖ, DDGÖ, ÇÇTÖ ve BÇTÖ puanları Tablo 4'te gösterilmiştir. KZVD olan hastalarda ÇÇTÖ toplam puanı ve duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar şeklindeki tüm alt boyut puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca KZVD olan grupta DDGÖ, BAÖ ve BDÖ puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Araştırma ve kontrol gruplarının BÇTÖ alt ölçekleri açısından karşılaştırılmasında 'pozitif yeniden yorumlama ve gelişme' ve 'zihinsel boş verme' 'yararlı sosyal destek kullanımı', 'aktif başa çıkma', 'dini olarak başa çıkma', 'duygusal sosyal destek kullanımı', 'plan yapma' alt ölçek puanları kontrol grubunda araştırma grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. 'İnkar', 'şakaya vurma' ve 'madde kullanımı' alt ölçekleri ise araştırma grubunda

kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. 'Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma', 'davranışsal olarak boş verme', 'geri durma', 'kabullenme' ve 'diğer meşguliyetleri bastırma' alt ölçek puanları açısından iki grup arasında anlamlı fark bulun-

Tablo 2. Araştırma grubunda kendine zarar verme davranışının özellikleri

	1.-3. çeyrek Ortanca değeri	
İlk kendine zarar verme (ay)	54	36-84
Son kendine zarar verme (gün)	23	4-60
	Sayı	%
Sıklığı		
Şimdiye kadar 1-5 kez	54	34.6
Ayda 1 kez	48	30.8
Haftada 1 kez	33	21.2
Her gün	21	13.5
Çeşidi		
Bir yere veya kendine vurma	120	76.9
Kesme	81	51.9
Tırmalama	24	15.4
Isırma	21	13.5
Saç koparma	21	13.5
Yara iyileşmesini bozma	12	7.7
Sivri cisim batırma	12	7.7
Yakma	9	5.8
Tahriş etme	9	5.8
Tehlikeli maddeler yutma	3	1.9
Birden çok çeşitte KZVD	93	59.6
Amacı		
Sakinleşmek	111	71.2
Kendini cezalandırmak	18	11.5
Bir şey hissetmek	3	1.9
Başkalarını etkilemek	3	1.9
Fiziksel acı hissedip hissetmediği		
Hayır	108	69.2
Bazen	30	19.2
Evet	18	11.5

Tablo 3. Araştırma ve kontrol grubunda tanıların DSM-5'e göre dağılımı

	Araştırma grubu		Kontrol grubu		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Depresif bozukluklar	74	47.4	84	53.8	1.28	0.257
Anksiyete bozuklukları	34	21.8	54	34.6	6.33	0.012
Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar	1	0.6	12	7.7	9.71	0.002
OKB ve ilişkili bozukluklar	7	4.5	3	1.9	1.65	0.199
Bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili boz.	5	3.2	3	1.9	-	0.723
Dürtü denetimi ve davranım bozuklukları	17	10.9	0	0	17.98	<0.001
Kişilik bozuklukları	39	25.0	0	0	44.57	<0.001
Sınır kişilik bzk	18	11.5	0	0	19.10	<0.001

Tablo 4. Araştırma ve kontrol grubunda BDÖ, BAÖ, DDGÖ, ÇÇTÖ ve BÇTÖ puanları

	Ortanca (1.-3. çeyrek)		z	p
	Araştırma grubu	Kontrol grubu		
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (toplam puan)	47.5 (39.0-65.6)	37.5 (30.3-43.8)	-6.54	<0.001
Duygusal istismar	10.0 (7.0-17.0)	7.0 (5.0-10.0)	-6.08	<0.001
Fiziksel istismar	5.0 (5.0-9.0)	5.0 (5.0-5.0)	-5.22	<0.001
Fiziksel ihmal	8.0 (6.0-12.0)	6.0 (5.0-8.8)	-5.39	<0.001
Duygusal ihmal	16.0 (10.0-18.0)	12.0 (8.0-15.8)	-4.08	<0.001
Cinsel istismar	5.0 (5.0-7.0)	5.0 (5.0-5.0)	-4.84	<0.001
Minimizasyon	0.0 (0.0-1.0)	0.0 (0.0-1.0)	-0.41	0.682
Duyguları Değerlendirme Güçlüğü Ölçeği	61.0 (49.0-71.0)	48.5 (34.3-62.8)	-6.09	<0.001
Beck Anksiyete Ölçeği	32.0 (23.3-43.5)	21.0 (13.3-32.5)	-5.49	<0.001
Beck Depresyon Ölçeği	31.5 (20.3-39.0)	23.0 (13.3-31.0)	-4.95	<0.001
Başa Çıkma Tutumları Ölçeği				
1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	10.0 (8.0-13.0)	12.0 (9.0-14.0)	-4.42	<0.001
2. Zihinsel boş verme	10.0 (8.3-11.0)	10.0 (9.0-12.0)	-2.04	0.041
3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	13.0 (10.0-14.0)	13.0 (11.0-15.0)	-1.92	0.055
4. Yararlı sosyal destek kullanımı	9.0 (5.3-12.0)	10.0 (8.0-14.0)	-3.22	0.001
5. Aktif başa çıkma	9.0 (7.3-11.0)	11.0 (8.3-12.0)	-2.39	0.017
6. Yadsıma (İnkar)	7.0 (6.0-10.0)	7.0 (5.0-9.0)	-2.78	0.005
7. Dini olarak başa çıkma	12.0 (7.3-14.0)	13.0 (10.3-16.0)	-3.83	<0.001
8. Şakaya vurma (Mizah)	7.0 (4.3-10.0)	7.0 (4.0-8.0)	-2.23	0.026
9. Davranışsal olarak ilişki kesme	9.0 (7.0-12.8)	9.0 (7.0-12.0)	-1.66	0.097
10. Geri durma	10.0 (8.0-12.0)	10.0 (8.0-12.0)	-0.16	0.873
11. Duygusal sosyal destek kullanımı	9.5 (7.0-12.8)	11.0 (8.3-14.0)	-3.35	0.001
12. Madde kullanımı	5.5 (4.0-12.8)	4.0 (4.0-4.8)	-6.52	<0.001
13. Kabullenme	9.5 (8.0-12.0)	10.0 (8.0-12.0)	-1.28	0.201
14. Diğer meşguliyetleri bastırma	10.0 (9.0-12.0)	10.5 (9.0-12.0)	-0.38	0.703
15. Plan yapma	10.0 (8.0-12.0)	12.0 (9.3-13.0)	-4.83	<0.001

Tablo 5. Kendine zarar verme davranışı için lojistik regresyon analizi sonuçları

Risk etkenleri	OR (%95 GA)	p
İntihar öyküsünün varlığı	6.26 (2.31-16.96)	<0.001
Alkol kullanım öyküsünün varlığı	5.52 (2.09-14.59)	0.001
Fiziksel ihmal	1.13 (1.01-1.26)	0.028
Cinsel istismar	1.16 (1.02-1.32)	0.022
Duyguları Değerlendirme Güçlüğü Ölçeği	1.02 (1.00-1.05)	0.017
Başa Çıkma Tutumları Ölçeği		
2-Zihinsel boş verme	1.07 (0.95-1.21)	0.278
4-Yararlı sosyal destek kullanımı	0.92 (0.79-1.06)	0.229
7-Dini olarak başa çıkma	0.94 (0.86-1.02)	0.127
11-Duygusal sosyal destek kullanımı	1.07 (0.91-1.24)	0.420
12-Madde kullanımı	1.15 (1.01-1.30)	0.033
13-Kabullenme	0.83 (0.74-0.94)	0.003
15-Plan yapma	0.93 (0.82-1.05)	0.235

mamıştır.

Çalışmamızda KZVD olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı veya anlamlılığa yakın fark saptanan değişkenler lojistik regresyon analizine

Anatolian Journal of Psychiatry 2020; 21(4):349-358

alınmıştır. Özgeçmişte intihar öyküsü varlığı, alkol kullanımı, fiziksel ihmal ve cinsel istismar, duygu düzenleme güçlüğünde artış, BÇTÖ alt ölçeklerinden 'madde kullanımı' KZVD ile ilişkili

bağımsız risk etkeni olarak saptanırken, 'kabullenme' koruyucu etken olarak saptanmıştır. KZVD için lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 5'te gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Literatürde yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ile KZVD arasındaki ilişkiye yönelik farklı sonuçlara ulaşılmış yayınlar bulunmaktadır. KZVD, ergenlerle yapılan bir çalışmada düşük eğitim düzeyi ile, üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise düşük anne eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmuştur.^{27,28} Erişkinlerde yapılan bir çalışmada KZVD genç yaş ile ilişkili bulunurken, cinsiyet, etnik köken ve eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmamıştır.²⁹ 2015'teki bir meta-analizde, araştırmamıza benzer şekilde KZVD'nin kadınlarda erkeklere göre daha sık olduğu saptanmıştır.³⁰ Çalışmamızda, KZVD olan grubun yaş ortalaması kontrol grubundan düşük saptanmıştır. Ayrıca eğitim düzeyi, eğitim yılı olarak değerlendirildiğinde, KZVD olan grupta daha düşükken, halen eğitimini sürdüren öğrencilerin varlığı nedeniyle lise ve altı ve lise üzeri olarak gruplandırılarak bakıldığında araştırma ve kontrol grupları arasında fark saptanmamıştır.

KZVD ile ilgili çalışmalar sınır kişilik bozukluğu üzerine yoğunlaşmaktadır. Depresif bozukluklar ise KZVD olanlarda en sık saptanan tanı olmuştur.³¹ Jacobson ve arkadaşları, KZVD olanlarda en sık tanıyı depresyon olarak saptamış, ancak KZVD ile özgül olarak ilişkili tek psikiyatrik tanının sınır kişilik bozukluğu olduğunu belirtmişlerdir.³² Bizim çalışmamızda da KZVD olanlarda en sık tanı depresyon (%47.4) olarak saptanmıştır. Benzer şekilde kontrol grubunda da en sık tanı depresyondur. Sınır kişilik bozukluğu ve dürtü denetimi ve davranış bozukluğu tanıları ise araştırma grubunda kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

KZVD ile yapılan çalışmalarda tutarlı biçimde, KZVD'nin intihar düşünceleri ve davranışlarının sağlam bir yordayıcısı olduğu, KZVD olan bireylerin daha yüksek düzeyde intihar düşüncesi bildirdiği ve intihar girişimlerinin çok daha fazla olduğu görülmüştür.³³ KZVD ile intihar davranışı arasındaki bağlantının hasta yaşı, cinsiyet, etnik köken ve sosyoekonomik düzey istatistiksel olarak kontrol edildikten sonra bile sürdürüldüğü kaydedilmiştir.³³ Çalışmamızda, önceki çalışmalarla tutarlı olarak intihar girişimi öyküsü KZVD olan hastalarda olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca lojistik regresyon analizinde intihar girişimi öyküsü KZVD için bağımsız risk etkeni olarak saptanmıştır.

Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının KZVD davranışı ile ilişkisini gösteren çok sayıda çalışma vardır, ancak hangi tür travmatik yaşantının zarar verme davranışında belirleyici olduğu konusunda fikir birliğine varılamamıştır. Cinsel istismar öyküsünün kendine zarar verme davranışında en önemli risk etkeni olduğunu belirten çalışmalarla birlikte, duygusal kötüye kullanım ve ihmal veya fiziksel kötüye kullanım ile ilişkili olduğunu gösteren araştırmalar da vardır.¹ Yates ve arkadaşları, fiziksel istismarın aralıklı KZVD'yi, cinsel istismarın yineleyen KZVD'yi daha iyi öngördüğünü saptamışlardır.³⁴ Kolonsky ve Moyer tarafından yapılan meta-analizde, çocukluk çağı cinsel istismarının KZVD'nin gelişiminde merkezi ve nedensel bir rolünün olduğunu söyleyemeyeceği, aralarında sadece ılımlı bir ilişkinin saptandığı belirtilmiştir.³⁵ Nock ve Kessler, cinsel istismarın intihar girişimi riskinde artışla ilişkili olduğunu, ancak KZVD ile ilişkili olmadığını saptamışlardır.³⁶ Çalışmamızda KZVD olanlarda duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve duygusal, fiziksel ihmal yaşantıları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Fiziksel ihmal ve cinsel istismar ise KZVD ile ilişkili bağımsız risk etkenleri olarak saptanmıştır.

Araştırma grubundaki hastaların %71.2'si sakinleşmek amacıyla kendine zarar verdiğini, %69.2'si o sırada fiziksel acı hissetmediğini belirtmiştir. Önceki çalışmalarda, benzer şekilde zarar verme davranışının sıklıkla olumsuz içsel yaşantıları azaltma amacıyla yapıldığı vurgulanmıştır.⁵ Bu kişilerin olumsuz duyguya olan toleranslarının düşük olduğu ve hızlı bir çözüm yolu olarak zarar verme davranışına başvurmalarının uzun süreli sıkıntıya daha az maruz kalarak duygu düzenleme becerilerinin gelişimini engelleyebileceği öne sürülmüştür.⁵ KZVD olan hastalarda daha fazla sigara ve alkol kullanımı, KZVD'nin stresle başa çıkmak için tasarlanmış dürtüsel ve riskli davranış örüntüsünün bir parçası olarak değerlendirilmiştir.³⁷ Duyguların tanımlanması ve ifade edilmesindeki zorlukların da KZVD'de rol oynayabileceği ve bu aleksitimi durumunun çocukluk çağı travması ve KZVD arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir.³⁸ Çalışmamızda da KZVD olan grupta sigara, alkol ve madde kullanımı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Kuramsal modeller ve kesitsel araştırmalar zayıf duygu düzenleme becerilerinin KZVD için güçlü bir risk etkeni olduğunu göstermiştir.^{39,40} Robinson ve arkadaşları ise, aralarındaki karşılıklı ilişkiye dikkat çekmiş ve KZVD'nin de duygu düzenleme becerilerinde düşmeye neden olduğunu göstermiştir.⁴¹ 2015 yılında yapılan bir meta-

analizin sonuçlarında, duygu düzenlemenin tek başına güçlü risk etkeni olmadığı, önceki KZVD B küme kişilik özellikleri, önceki intihar düşünceleri ve davranışları, tanık olunan akran KZVD'si, depresyon tanısı, depresif belirtiler, yeme bozukluğu, kadın olmak gibi birçok etkenin KZVD için belirleyici olduğu belirtilmiştir.⁴² Çalışmamızda KZVD olan hastaların anlamlı düzeyde daha şiddetli duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı, depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha fazla olduğu saptanmıştır.

KZVD başa çıkma tutumları açısından incelendiğinde, ergen ve üniversiteli yaş gruplarında KZVD olanların, duygusal baskılama, dikkatini dağıtma, yadsıma ve madde kullanımı gibi işlevsel olmayan başa çıkma davranışlarını daha fazla kullandıkları görülmüştür.^{37,43,44} Kanıtlar KZVD olanların, olmayanlara göre başarısız olsa da, daha fazla sayıda işlevsel ve işlevsel olmayan başa çıkma biçimleri kullandıklarını göstermektedir.⁴³⁻⁴⁵ Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, KZVD olan ve olmayanlarda etkin başa çıkma, kabullenme, plan yapma veya mizah gibi işlevsel tutumlar açısından fark bulunmadığı, ancak kendine zarar veren grupta davranışsal geri çekilme ve madde kullanımı gibi işlevsel olmayan tutumların daha fazla olduğu gösterilmiştir.⁴⁶ Çalışmamızda KZVD olanların kontrol grubuna göre 'pozitif yeniden yorumlama ve gelişme', 'zihinsel boş verme', 'yararlı sosyal destek kullanımı', 'aktif başa çıkma', 'dini olarak başa çıkma', 'duygusal sosyal destek kullanımı' ve 'plan yapma' yöntemlerini daha az; 'inkar', 'şakaya vurma' ve 'madde kullanımı' yöntemlerini ise daha sık kullandığı belirlenmiştir. İki bin beş yüz yirmi üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada kendini suçlama ve geri çekme KZVD için risk etkenleri olarak, problem çözme ve rasyonelleştirme KZVD için koruyucu etkenler olarak saptanmıştır.²⁷ Bizim çalışmamızda

'madde kullanımı' risk etkeni, 'kabullenme' koruyucu etken olarak saptanmıştır.

Sonuç olarak çalışmamızın bulguları çocukluk çağı travması, duygu düzenleme güçlüğü, başa çıkma tutumları ile KZVD arasındaki çok yönlü ve karmaşık ilişkiyi destekler niteliktedir. Sonuçlarımıza göre, KZVD olan kişilerin olumsuz içsel yaşantıları kabul etmekte zorlandıkları ve hızlıca yatıştırmak istedikleri, olumsuz duygulanım sırasında dürtü kontrolünün azalarak etkin duygu düzenleme yöntemlerine ulaşmada zorlandıkları, daha sık 'inkar', 'şakaya vurma' ve 'madde kullanımı' gibi başa çıkma tutumlarını gösterdikleri söylenebilir. Bu kişilerde olumsuz duyguların kabulü ile bu duygulara olan toleransı artırmayı amaçlayan kabul odaklı psikoterapi müdahaleleri KZVD'nin azaltılmasında etkili olabilir. Bu bulgu intihar ve KZVD riski taşıyan sınır kişilik bozukluğu olan kişilerin tedavisi için geliştirilmiş ve tüm zarar verme biçimlerinde etkinliği en çok gösterilen tedavi olan diyalektik davranışçı terapisinin kabul odaklı felsefesinin etkinliğini destekler niteliktedir. Kabul müdahalelerini içeren diğer üçüncü kuşak bilişsel davranışçı psikoterapi yaklaşımlarının zarar verme davranışı üzerinde etkinliği prospektif çalışmalarla araştırılmalıdır.

Çalışmamız sonuçlarının, erişkinlerde KZVD risk etkenlerinin belirlenmesinde literatüre katkı sağlayacağı, KZVD'nin önlenmesine yönelik alınacak tedbirler ve sağaltımında uygulanabilecek terapi müdahalelerinin belirlenmesinde yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte çalışmanın tek merkezli olması, öz bildirime dayalı ölçeklerde ve sosyodemografik verilerde belleğe bağlı yanlılık görülebilmesi, araştırma ve kontrol grubunda psikiyatrik tanılarının yapılandırılmış bir görüşme yerine DSM-5'e dayalı klinik görüşmeyle belirlenmiş olması çalışmamızın kısıtlılıkları olarak düşünülebilir.

Yazarların katkıları: B.B.K.: Çalışmanın planlanması ve protokolünün hazırlanması, alan yazın taraması, veri toplama, makaleyi yazma; P.K.Ç.: Çalışmanın planlanması, alan yazın taraması, veri toplama, istatistik analiz, makaleyi yazma.

KAYNAKLAR

1. Karagoz B, Dag I. The relationship between childhood maltreatment and emotional dysregulation in self mutilation: an investigation among substance dependent patients. *Arch Neuropsychiatr* 2015; 52:8-14.
2. Helvacı Çelik FG, Hocoğlu Ç. Kasıtlı kendine zarar verme davranışı. *Current Approaches in Psychiatry* 2017; 9:209-226.
3. 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 Derg* 2013; 14:69-76.
4. Angelotta C. Defining and refining self-harm: A historical perspective on nonsuicidal self-injury. *J Nerv Ment Dis* 2015; 203:75-80.

5. Yavuz KF, Yavuz N, Ulusoy S, Özgen G. Ergenlerde kendine zarar verme davranışına eşlik eden duygusal semalar. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2017; 18:69-79.
6. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. "Nonsuicidal self-injury: a systematic review." *Front Psychol* 2017; 8:1946.
7. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav* 2014; 44:273-303.
8. Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY. Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know? *Can J Psychiatry* 2014; 59:565-568.
9. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics* 2006; 117:1939-1948.
10. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res* 2007; 11:129-147.
11. Skegg K. Self Harm. *Lancet* 2005, 366:1471-1483.
12. Favazza A. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186:259-268.
13. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34:12-23.
14. Simeon D, Favazza A. Self-injurious behaviors. D Simeon, E Hollander (Eds.), *Self-injurious Behaviors: Assessment, and Treatment*, first ed., American Psychiatric Publishing, 2001, pp.1-28.
15. Bildik T, Somer O, Başay BK, Başay Ö, Özbaran B. Kendine Zarar Verme Değerlendirme Envanterinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2012; 23:49-57.
16. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1132-1136.
17. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012; 32:1054-1063.
18. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2004; 26:41-54.
19. Bjureberg J, Ljótsson B, Tull MT, Hedman E, Sahlin H, Lundh LG, et al. Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: the DERS-16. *J Psychopathol Behav Assess* 2016; 38:284-296.
20. Yiğit İ, Yiğit MG. Psychometric properties of Turkish Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Curr Psychol* 2017:1-9.
21. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56:267-283.
22. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2005; 6:221-226
23. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:893-897.
24. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1998; 12:163-172.
25. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
26. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *J Psychol* 1989; 7:3-13.
27. Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M et al. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161:641-649.
28. Jinting WU, Hairong LIU. Features of nonsuicidal self-injury and relationships with coping methods among college students. *Iran J Public Health* 2019; 48:270-277.
29. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med* 2011; 41:1981-1986.
30. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015; 38:55-64.
31. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry* 2001; 178:48-54.
32. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008; 37:363-375.
33. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev* 2012; 32:482-495.
34. Yates TM, Carlson EA, Egeland B. A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Dev Psychopathol* 2008; 20:651-671.

35. Klonsky ED, Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2008; 192:166-170.
36. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol* 2006; 115:616-623.
37. Hasking P, Momeni R, Swannell S, Chia S. the nature and extent of non-suicidal self-injury in a non-clinical sample of young adults. *Arch Suicide Res* 2008; 12:208-218.
38. Paivio SC, McCulloch CR. Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse Negl* 2004; 28:339-354.
39. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2004; 26:41-54.
40. Glenn CR, Klonsky ED. Prospective prediction of nonsuicidal self-injury: A 1-year longitudinal study in young adults. *Behav Ther* 2011; 42:751-762.
41. Robinson K, Garisch JA, Kingi T, Brocklesby M, O'Connell A, Langlands RL et al. Reciprocal risk: The longitudinal relationship between emotion regulation and non-suicidal self-injury in adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 2019; 47:325-332.
42. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev* 2015; 42:156-167.
43. Andrews T, Martin G, Hasking P, Page A. Predictors of continuation and cessation of nonsuicidal self injury. *J Adolesc Health* 2013; 53:40-46.
44. Midkiff MF, Lindsey CR, Meadows EA. The role of coping self-efficacy in emotion regulation and frequency of NSSI in young adult college students. *Cogent Psychology* 2018; 5:1520437
45. Wester KL, Trepal, HC. Coping behaviors, abuse history, and counseling: differentiating college students who self-injure. *Journal of College Counseling* 2010; 13:141-154.
46. Brown SA, Williams K, Collins A. Past and recent deliberate self-harm: emotion and coping strategy differences. *J Clin Psychol* 2007; 63:791-803.