

ÖZGÜN ARAŞTIRMA / ORIGINAL ARTICLE

Öfkelenme anında cama yumruk atarak kendini yaralayan hastalarda problem çözme becerileri ve çocukluk çağı travmaları

Problem solving skills and childhood traumas in patients who self-injured by punching glass during an anger outburst

Şakir Özen¹, Mehmet Subaşı², Azad Yıldırım³, Mustafa Baştürk⁴, Yasin Bez¹

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, öfke kontrolünde başarısız kalıp, pencere ya da kapı camına yumruk atarak elini ve el bileğini yaralayan kişilerin problem çözme becerileri konusundaki düzeylerini ve çocukluk çağı travmalarının problem çözme becerileriyle ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Ciddi el bileği yaralanmaları nedeniyle acil servise başvuran ve "tendon, damar veya sinir" kesileri nedeniyle ameliyat edilerek yatışı yapılan hastalar çalışmaya alındı. Cama yumruk atan 25 kişi çalışma grubunu (23 erkek, 2 kadın), kaza sonucu elini yaralayan 14 kişi (13 erkek, 1 kadın) kontrol grubunu oluşturdu. Ameliyattan sonraki birkaç gün içinde hastalara çalışma hakkında bilgi verildi, çalışma için izinleri alındı. Hastalardan Problem Çözme Envanteri'ni (PÇE) ve Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği'ni (ÇÖYÖ) doldurmaları istendi.

Bulgular: Yaş ortalaması çalışma grubunda 25.9 yıl, kontrol grubunda 29.7 yıl olarak bulundu. Çalışma grubunda %84, kontrol grubunda %43 oranında sağ el yaralanmıştı (p=0.008). Çalışma grubunun çocukluk çağı duygusal ve fiziksel travma puanları ortalaması kontrol grubundan yüksek olmakla birlikte, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0.05). PÇE puanı çalışma grubunda kontrol grubundan daha yüksekti, yani bu kişilerin problem çözme becerileri daha yetersizdi (p=0.001). Çalışma grubunda PÇE puanları ile ÇÖYÖ toplam puanı (p<0.001) ve ÇÖYÖ alt ölçeklerinin puanları arasında pozitif korelasyon saptandı.

Sonuç: Daha önce yaşanan duygusal ve fiziksel travmalar problem çözme becerilerini olumsuz etkilemektedir. Bir problemle karşılaştıklarında bu kişilerin düşünerek, konuşarak, sabrederek, farklı seçenekleri deneyerek problemi ele alma eğilimleri zayıftır. Bu hastalara kişilerarası ilişkiler, öfke denetimi, problem çözme becerileri vb. konularda eğitim verilmesi daha sonraki süreçte oluşabilecek yaralanmaları azaltabilir. *Klin Den Ar Derg 2010; 1(1): 25-30*

Anahtar kelimeler: öfke, cam, el bileği yaralanması, problem çözme

ABSTRACT

Objectives: We aimed to investigate the problem solving skills and its childhood traumas among the patients who failed to control their anger and injured their hands and wrists after punching a window or door glass.

Methods: The patients who admitted to emergency service with severe wrist injury including tendon, vessel or nerve cut were included. Twenty-five patients who punching glass constituted study group (23 men, 2 women) and 14 patients who accidentally injured their hands (13 men, 1 woman) included as control group. A few days after wrist operation the patients were informed and asked for study participation. Problem Solving Inventory (PSI) and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) were applied to all patients.

Results: The mean age of the study and control groups was 25.9 and 29.7 years, respectively. Ratios of right hand injury in the study and the control groups were 84% and 43%, respectively (p=0.008). The study group showed higher childhood emotional and physical trauma scores than the control group but the difference was not statistically significant (p>0.05). PSI scores were higher in the study group than the controls which means problem solving skills were poorer in the study group (p=0.001). PSI scores, CTQ total score (p<0.001) and sub-scale scores were positively correlated in the study group.

Conclusions: Previously experienced emotional and physical traumas interfere with the problem solving skills. These individuals show lower tendency to judge and try alternative ways. Psychoeducation on interpersonal relationships, anger management, and problem solving skills may decrease the future injuries in these patients. *J Clin Exp Invest 2010; 1(1): 25-30*

Key words: anger, glass, wrist injury, problem solving

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ⁴Acil Tıp Anabilim Dalı, Diyarbakır, ²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi Anabilim Dalı, Gaziantep, ³Özel Sultan Hastanesi Ortopedi Kliniği, Diyarbakır-Türkiye

Yazışma Adresi /Correspondence: Şakir Özen, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı / Diyarbakır

Email: ozensakir@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 18.03.2010, Kabul Tarihi / Accepted: 28.04.2010

Copyright © Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi 2010, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

GİRİŞ

Hastanelere el ve el bileği yaralanmaları nedeniyle hasta başvuruları olmaktadır. Bu hasta grubunun bir kısmı kaza sonucu istemsiz olarak^{1,2}, bir kısmı intihar girişimi ya da saldırganlıkta olduğu gibi istemli olarak elini yaralayan kişilerdir^{3,4}. Bazılarının el yaralanması hafif düzeyde alkol-madde intoksikasyonu sırasında ya da bazen öfke anında da oluşabilen disosiyatif bir süreç yaşarken ortaya çıkabilir ki,⁴⁻⁶ bu gruba da yarı-istemli olarak elini yaralayan kişiler denilebilir.

Depresyon, şizofreni ve alkol-madde bağımlılığı gibi ciddi psikiyatrik sorunu olan kişiler arasında kendine zarar verme davranışları sık görülür^{4,7-9}. Bu davranışların çoğu planlı ya da dürtüsel olarak ortaya çıkan intihar girişimleridir. Bir kısmı da psikotik algılar ve düşünce bozuklukları ile ilişkili yaşantılardan kaynaklanır ve bu grupta çok değişik şekillerde oluşmuş kendine zarar verme davranışlarına rastlanabilir¹⁰⁻¹². Ayrıca, çeşitli kişilik bozukluğu olanlarda da kendine zarar verme davranışları ortaya çıkmaktadır^{2,6,13}.

Öfke duygusunu uygun zamanda, uygun yerde ve uygun miktarda kullanabilen kişilerin oranı oldukça düşüktür. Öfke duygusu insandaki diğer birçok duygu gibi, sınırları korunabildiğinde ve denetlenebildiğinde yararlı olabilir^{14,15}. Aksi takdirde hem kişinin kendi yaşam kalitesine, hem arkadaş ve akraba ilişkilerine, hem de mesleki ve sosyal ilişkilerine zarar vermesi kaçınılmazdır¹⁶⁻¹⁷.

Kendine zarar verme davranışları çok farklı süreçlerde ortaya çıkabilir. Bunun bir çeşidi öfkelenme anında kişinin kendine de zarar verebilecek şekilde öfkesini çevresindeki eşyalara yöneltmesiyle oluşur². Bu tür davranışlar genelde plansız, ani ve patlar tarzda ortaya çıkar. Bu tür şiddet davranışları bazen çevreye korku salma, bazen kendini koruma, bazen de çok farklı bir boyutta özdoyum sağlama güdülere ile ilişkili olabilir^{2,15,18}.

Çocukluk - ergenlik döneminde maruz kalınan travmalar hem travmaya yakın dönemde, hem de erişkinlikte çeşitli psikiyatrik sorunlara yol açabilir^{7,19}. Psikiyatrik sorunların bir kısmı sinme ve içe kapanma şeklinde görülürken bir kısmı da saldırgan davranışlar şeklinde kendini gösterir^{14,15}. İnsan kaynaklı ciddi travmalar yaşamış ve ciddi boyutta kişilik ve diğer psikiyatrik sorunları ortaya çıkmış kişilerin yaşam sürecinde karşılaştıkları

problemlere mantıklı ve yapıcı çözüm üretmeleri zordur^{20,21}. Halbuki, kişilerin problem çözme becerilerindeki yetersizlik ciddi bir sorundur, dürtüsellik ve saldırganlık kadar intihar davranışlarının ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır²².

Sonuncusu 10 Ocak 2010 tarihinde olmak üzere çeşitli tarihlerde “medline.pleksus.com.tr” adresinde ve PubMed’de “öfke, el, yaralanma veya anger, hand, injury” kelimeleriyle tarama yapıldı. Ülkemizde cama yumruk atanlarla ilgili yapılmış sadece bir çalışma bulundu, bu çalışmada²³ psikiyatrik tanımlar incelenmiş fakat problem çözme becerileri ve çocukluk çağı travmaları ele alınmamıştı. PubMed araştırmasında ise 13 yayın karşımıza çıktı. Bunlar el yaralanmalarında uygunsuz öfkelenmenin rolünü araştıran ve problem çözme becerilerini inceleyen çalışmalar değildi. Daha detaylı ve farklı kelimelerle yapılan taramalarda, öfkelenme sonucunda elinde cam kesileri olan kişileri inceleyen ortopedi ve el cerrahisi klinikleri tarafından yapılmış ve cerrahi tedavi süreçlerini anlatan bazı yayınlar bulundu^{1,24,25}. Ayrıca, kaza sonucu eli yaralanan kişilerin akut dönemdeki sıkıntılarını inceleyen²⁶ ve tutuklu gençlerin kendine zarar verme sürecinde oluşan disosiyatif durumu inceleyen⁵ birkaç psikiyatrik çalışmaya rastlandı.

Bu çalışmada, öfke kontrolünde başarısız kalıp, öfkesini kendine ve çevresindeki eşyalara zarar verecek şekilde dışa yansıtan ve bu nedenle kapı ya da pencere camına yumruk atarak elini ve el bileğini ciddi şekilde yaralayan kişilerin problem çözme becerileri konusundaki düzeylerini ve çocukluk çağı travmalarının problem çözme becerileriyle ilişkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma el ve el bileklerinde ciddi cam kesisi oluşan ve acil servisimize başvuran hastalar ile yürütüldü. Bu kişiler içinden, tendon, damar veya sinir kesisi gibi önemli yaralanmaları olan ve bu nedenle başta ortopedi ve damar cerrahisi olmak üzere ilgili kliniklere yatışı yapılan hastalar ardışık olarak çalışmaya alındı. Yardımla bile ölçekleri uygun şekilde dolduramayan, ciddi kişilik sorunu olan, ciddi uyum ve iletişim sorunu olan, intihar etme niyetiyle bileğini kesen, 18 yaşından küçük olan ve çalışmaya katılmayı reddeden yaklaşık 10 hasta çalışmaya alınmadı.

Hastaların öncelikle acil tedavileri ve ameliyatları yapıldı. Hastaların kliniklerde ortalama yatış süresi 3 gündü. Daha sonraki süreçte belli aralarla ilgili polikliniklerde takip ve tedavileri yapıldı.

Yatıştan birkaç gün sonra hastalar iki gruba ayrıldı: 1) Bir öfkelenme ya da tartışma anında cama yumruk atarak elini ve el bileğini yaralayan 25 hasta çalışma grubunu oluşturdu. 2) Evde, işyerinde ya da dışarıda meydana gelen bir kaza sonucu istemdişi olarak elinde ve el bileğinde kesi oluşan 14 hasta kontrol grubunu oluşturdu. Tüm hastalar çalışma hakkında bilgilendirildi ve izinleri alındı. Hastalara aşağıdaki ölçekler verildi ve doldurmaları istendi.

1- Problem Çözme Envanteri (PÇE): PÇE 1982 yılında Heppner ve Petersen tarafından geliştirilmiştir. PÇE bireyin problem çözme becerileri konusunda kendisini algılayışını ölçen, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Ergen ve yetişkinlere uygulanır. 35 maddeden oluşur ve 1-6 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Türkçe'ye uyarlaması Şahin ve Heppner tarafından yapılmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçekte; "aceleci yaklaşım", "düşünen yaklaşım", "değerlendirici yaklaşım", "kendine güvenli yaklaşım", "kaçıngan yaklaşım", "planlı yaklaşım" olarak isimlendirilen 6 faktör olduğu bulunmuştur. Ölçekten alınan puan 32-192 arasında değişir ve puanların yüksekliği problem çözme becerilerindeki yetersizliğe işaret eder.²⁷

2- Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği (ÇÖYÖ): Bu ölçek 18 yaş öncesi çocukluk ve gençlik yaşantılarını geriye dönük olarak "hiçbir zaman, nadiren, bazen, sıklıkla, çok sık" dereceleri şeklinde sorgulayan, 16'sı ters puanlamalı toplam 40 maddelik beşli likert tipi bir ölçektir. Alınan toplam puan 40-200 arasında değişir. Yüksek puanlar, çocukluk çağı örselenme yaşantılarının çokluğuna işaret eder. Üç alt ölçeği vardır: a) Duygusal kötüye kullanım ve duygusal ihmal (DK-Dİ): 19 maddedir ve alınan puan 19-95 arasında değişir. b) Fiziksel kötüye kullanım (FK): 16 maddedir ve alınan puan 16-80 arasında değişir. c) Cinsel kötüye kullanım (CK): 5 maddedir ve alınan puan 5-25 arasında değişir.²⁸

İstatistiksel analiz

İstatistiksel işlemlerde SPSS 11.5 programı kullanıldı. Veriler normal dağılım göstermediği için iki gruba ait yaş ve ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Her

iki grupta yaş ve ölçek puanlarını arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelendi. Bazı değişkenlerin yüzdeleri, ortalama ve standart sapmaları da verildi. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Her iki grubun sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Çalışma grubunun yaş ortalaması 25.9, kontrol grubunun yaş ortalaması 29.7'dir. Çalışma grubunun %92'si erkektir ve %36'sı işsizdir. Kontrol grubunun %93'ü erkektir ve %43'ü işsizdir. Çalışma grubunun 21'inin (%84) sağ eli (dominant el), 4'ünün (%16) sol eli; kontrol grubunun 6'sının (%43) sağ eli, 8'inin sol (%57) eli yaralanmıştı ($\chi^2=7.131$, $p=0.008$).

Çalışma grubunun çocukluk çağı duygusal ve fiziksel travma puanlarının ortalaması kontrol grubunun ortalamasından yüksekti fakat istatistiksel açıdan anlamlı değildi. Problem çözme becerileri çalışma grubunda kontrol grubundan daha yetersiz bulundu ($z=4.103$, $p<.001$). İki grubun ÇÖYÖ ve PÇE puan ortalamaları ve Mann Whitney U testi sonuçları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Çalışma ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

	Çalışma grubu (n=25)	Kontrol grubu (n=14)	P
Yaş aralığı, yıl	18 – 55	18 – 46	-
Yaş ortalaması, yıl	25.9±7.8	29.7±11.1	0.681
Cinsiyet: Erkek	23	13	0.923
Kadın	2	1	
Eğitim: ≤8 yıl	21	7	0.033
≥9 yıl	4	7	
Meslek: İşsiz	9	6	0.521
Esnaf	7	2	
Öğrenci	4	1	
Diğer	5	5	

Tablo 2. İki grubun ölçek puan ortalamaları (\pm ss) ve puanların Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılması

	Çalışma grubu (n=25)	Kontrol grubu (n=25)	P
Problem Çözme Envanteri	92.7 \pm 17.3	69.6 \pm 16.0	0.001
Çocukluk çağı örselenme yaşantıları ölçeği-T*	84.1 \pm 20.8	75.1 \pm 14.7	0.173
Duygusal kötüye kullanım - duygusal ihmal	43.8 \pm 11.2	38.9 \pm 9.4	0.163
Fiziksel kötüye kullanım	33.8 \pm 9.5	30.2 \pm 4.8	0.318
Cinsel kötüye kullanım	6.0 \pm 1.2	6.2 \pm 2.1	0.623

*T: toplam puan

Çalışma grubunda; yaş ile ölçek puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Kontrol grubunda; yaş ile FK ($r=-.562$, $p=.036$) arasında negatif korelasyon, CK ($r=.720$, $p=.004$) arasında pozitif korelasyon saptandı. Çalışma grubunda, PÇE puanları ile ÇÖYÖ puanları arasında anlamlı ilişkiler saptandı ($p<.001$). Ölçek ve alt ölçeklerin kendi aralarındaki korelasyonlar ayrıntılı olarak Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Çalışma grubunda ölçek puanları arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon testi ile incelenmesi.

		DK	FK	CK	ÇÖYÖ-T
PÇE	r	0.612	0.706	593	0.742
	p	0.001	<0.000	002	<0.001
ÇÖYÖ-T	r	0.829	0.927	780	1
	p	<0.001	<0.001	000	
CK	r	0.608	0.730	1	
	p	0.001	<0.001		
FK	r	0.586	1		
	p	0.002			

PÇE: Problem Çözme Envanteri, ÇÖYÖ-T: Çocukluk çağı örselenme yaşantıları ölçeği toplam puanı,

DK-Dİ: duygusal kötüye kullanım - duygusal ihmal, FK: fiziksel kötüye kullanım, CK: cinsel kötüye kullanım

TARTIŞMA

El ve el bileği yaralanmaları bazen ciddi sıkıntılara yol açabilmektedir. Kişinin günlük yaşam kalitesi olumsuz etkilenmekte, akut dönemde ve sonraki süreçte ciddi hastane masrafları ortaya çıkmakta, bazen birkaç ay iş gücü kaybı, bazen de ömür boyu devam

edecek el sakatlıkları ortaya çıkabilmektedir^{1,24,25,29}. Cama yumruk atanların incelendiği bir çalışmada %30 hastanın daha önce de benzer şekilde elini yaraladığı saptanmıştır²³. Çalışma grubumuzun el yaralanması önceden planlanmış ve sonuçları iyi düşünülmüş bir yaralanma değildir, daha çok durnumsal ve dürtüseldir. Çoğunda daha sonraki tedavi sürecinde pişmanlık duygusu da ortaya çıkmıştır.

Kontrol grubunun sayısının az olması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Her iki grubun yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmesi de, öfke tepkileri nedeniyle elini cama vuranların yaş ortalaması daha gençtir. Bokhari ve Stirrat'ın yaptığı bir çalışmada²⁴, bulgularımıza benzer şekilde, cama yumruk atanların %90'nın erkek, yaş ortalamasının 25 ve %56'sının işsiz olduğu bildirilmiştir. Bu tablo belki de, "aralıklı patlayıcı bozukluk"un ve diğer fiziksel şiddet davranışlarının erkeklerde daha sık^{4,30} görülmesiyle ilişkili bir durumdur. Şimdiki bu çalışmada eksen-I tanılarını incelenmediği için ne kadarında Aralıklı Patlayıcı Bozukluk tanı kriterlerinin karşılandığı bilinmemektedir.

Çalışma grubunun eğitim düzeyi düşüktür ve problem çözme becerileri eğitim ve zeka düzeyi ile de yakından ilişkilidir. Meslek açısından bakıldığında, her iki grupta işsizlerin oranı yüksektir ve ilk sırada oldukları görülmektedir. Hemşirelerin incelendiği bir çalışmada işinden memnun olanların ve eğitimi daha yüksek olanların problem çözme becerilerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur³¹. Bir gözden geçirme yazısında³², saldırgan davranış gösteren gençlerde karşılaştığı sosyal sorunları çözme becerilerinin zayıf olduğu belirtilmiştir. Çalışma grubumuzda ise eğitim düşüklüğü ve işsizlik göze çarpmaktadır ki, bu kişilerin problemler karşısında tıkanmaları ve uygunsuz öfke tepkisi göstermeleri daha anlaşılabilir olmaktadır.

Kaza sonucu eli yaralananların çoğunun sol elinin etkilenmiş olmasına karşın, çalışma grubunun çoğunun sağ elinin etkilenmiş olması ilginçtir ve daha çok el dominansı ile ilgilidir²⁹. Bizim çalışmamızın konusuyla direk ilişkili gibi görünmese de, şiddet davranışlarında el dominansı hakkında fikir veren bir başka çalışma da vardır³³. Sözü edilen bu çalışmada, yüz yüze kavga sırasında bıçaklı saldırıya maruz kalıp ölenlerin çoğunun sol elinde kesiler gözlemlendiği ve bunun nedeni hakkında “sağ elini kullanan saldırganlara karşı kurbanın sol eliyle saldırıyı önlemeye çalışması” şeklinde bir yorumda bulunulmuştur.

Lise öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada¹⁷ saldırganlık düzeyi az olan öğrencilerin problem çözme yolunu daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, çalışma grubumuzun çocukluk çağı travmalarına ait puan ortalamaları diğer gruptan daha yüksektir. Çalışma grubunda ölçekler arasındaki ilişkiye bakıldığında, çocukluk ve ergenlik çağı travma öyküsü fazla olanlarda şiddet eğilimi daha fazladır ve problem çözme becerileri yetersizdir. Bunun bir nedeni travmaya uğramış kişilerde çevreye ve kendine karşı öfke ve intikam hislerinin yüksek düzeyde olması, uzun bir süre içinde bulunduğu korku, nefret ve öfke atmosferinden kolayca sıyrılamaması, insan kaynaklı problemlere karşı mantıklı ve yapıcı çözüm üretme becerilerinin zayıf kalmasıdır^{6,13,20}.

Kontrol grubunda yaş ile fiziksel kötüye kullanım puanları arasında negatif korelasyon vardır, yani gençler daha fazla fiziksel travmaya maruz kaldığını ifade etmiştir. Buna karşın yine kontrol grubunda, yaşı büyük olan hastaların gençlerden daha sık cinsel travma öyküsü verdikleri görülmüştür. Kontrol grubunun hasta sayısı az olduğu için bu verilerle ilgili detaylı yorumda bulunmak yanıltıcı olabilecektir.

Sonuç olarak; öfke denetimsizliği nedeniyle cama yumruk atan, eşyaya zarar veren ve kendini yaralayan kişilerin çoğunluğu genç erkeklerdir. Bu kişilerin çocukluk ve ergenlik dönemi duygusal ve fiziksel travma öyküleri biraz daha yüksektir. Bu hastalar kişilerarası ilişkilerde veya yaşamın her hangi bir alanında her hangi bir zorlukla karşılaştığında; problem çözme becerileri konusunda kendilerini yetersiz hissetmektedirler. Bunun sonucunda da, kendilerine veya çevreye yönelik şiddet davranışı göstermekte ve farklı seçenekleri düşünerek,

konuşarak, sabrederek, çaba harcıyarak problemi ele alma eğilimleri cılız kalmaktadır. Bu hastalara kişilerarası ilişkiler, öfke denetimi, problem çözme becerileri vb. konularda eğitim verilmesi daha sonraki süreçte oluşabilecek yaralanmaları azaltabilir.

KAYNAKLAR

1. Trybus M, Lorkowski J, Brongel L, Hladki W. Causes and consequences of hand injuries. *Am J Surg* 2006;192:52-7.
2. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Weinberg I, Gunderson JG. The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2008;117:177-84.
3. Karlsson T. Multivariate analysis ('forensimetrics') a new tool in forensic medicine. Differentiation between sharp force homicide and suicide. *Forensic Sci Int* 1998; 94:183-200.
4. Karger B, Niemeyer J, Brinkmann B. Suicides by sharp force: typical and atypical features. *Int J Legal Med* 2000;113:259-62.
5. Matsumoto T, Yamaguchi A, Chiba Y, Asami T, Iseki E, Hirayasu Y. Patterns of self-cutting: a preliminary study on differences in clinical implications between wrist- and arm-cutting using a Japanese juvenile detention center sample. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004;58:377-82.
6. Algül A, Ateş MA, Gülsün M, ve ark. Antisosyal kişilik bozukluğu olgularında kendini yaralama davranışının saldırganlık, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyasyon ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009;10:278-85.
7. Penn JV, Esposito CL, Schaeffer LE, Fritz GK, Spirito A. Suicide attempts and self-mutilative behavior in a juvenile correctional facility. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:762-9.
8. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L et al. Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: the OPUS trial. *Br J Psychiatry Suppl* 2007;51:140-6.
9. Stenbacka M, Leifman A, Romelsjö A. Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up. *Drug Alcohol Rev* 2010;29:21-7.
10. Clark RA. Self-mutilation accompanying religious delusions: a case report and review. *J Clin Psychiatry* 1981;42:243-5.
11. Shenoy SN, Raja A. Unusual self-inflicted penetrating cranio-cerebral injury by a nail. *Neurol India* 2003;51:411-3.
12. Simms J, McCormack V, Anderson R, Mulholland C. Correlates of self-harm behaviour in acutely ill patients with schizophrenia. *Psychol Psychother* 2007;80(Pt 1):39-49.
13. Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *J Psychosom Res* 2009;66:477-93.
14. Valente SM. Sexual abuse of boys. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2005;18:10-6.
15. Archer J. The nature of human aggression. *Int J Law Psychiatry* 2009;32:202-8.
16. Story LB, Repetti R. Daily occupational stressors and marital behavior. *J Fam Psychol* 2006;20:690-700.

17. Korkut F. Saldırganlık düzeyleri farklı lise öğrencilerinin stresle başa çıkma yolları. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 2003;11:279-88.
18. Yesavage JA. Direct and indirect hostility and self-destructive behavior by hospitalized depressives. Acta Psychiatr Scand 1983;68:345-50.
19. Özen Ş, Antar S, Özkan M. Çocukluk çağı travmalarının umutsuzluk, sigara ve alkol kullanımı üzerine etkisi; son sınıf üniversite öğrencilerini inceleyen bir çalışma. Düşünen Adam Dergisi 2007;20:79-87.
20. Sutherland K, Bryant RA. Social problem solving and autobiographical memory in posttraumatic stress disorder. Behav Res Ther 2008;46:154-61.
21. Maurex L, Lekander M, Nilsson A, Andersson EE, Asberg M, Ohman A. Social problem solving, autobiographical memory, trauma, and depression in women with borderline personality disorder and a history of suicide attempts. Br J Clin Psychol 2009 Jun 24.
22. Batıgün AD. İntihar ile ilişkili bazı değişkenler: öfke/ saldırganlık, dürtüsel davranışlar, problem çözme becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri. Kriz Dergisi 2004;12:49-62.
23. Sarandöl A, Özbek S, Eker S, Özcan M, Kırılı S. Psychiatric evaluation of Patients with Punching Glass Injuries Admitted to The Emergency Room. Türkiye’de Psikiyatri 2006;8:88-92.
24. Bokhari AA, Stirrat AN. The consequences of punching glass. J Hand Surg Br 1997; 2:202-3.
25. Dias JJ, Garcia-Elias M. Hand injury costs. Injury 2006;37:1071-7.
26. Gustafsson M, Ahlström G. Emotional distress and coping in the early stage of recovery following acute traumatic hand injury: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2006;43:557-65.
27. Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No: 9, Ankara 1997.
28. Aslan SH, Alparslan ZN. Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği’nin bir üniversite öğrencisi örnekleminde geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi 1999;10: 275-85.
29. Noaman HH. Management and functional outcomes of combined injuries of flexor tendons, nerves, and vessels at the wrist. Microsurgery 2007;27:536-43.
30. Amara G, Richa S, Baylé FJ. Intermittent explosive disorder: current status. Encephale 2007;33:339-45.
31. Kutlutürkan S, Fesci H, Görgülü Ü. İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin problem çözme becerilerinin belirlenmesi. Düşünen Adam Dergisi 2003;16:231-4.
32. Duncan EA, Nicol MM, Ager A, Dalgleish L. A systematic review of structured group interventions with mentally disordered offenders. Crim Behav Ment Health 2006;16:217-41.
33. Metter D, Benz D. Self-defense injuries in homicides caused by penetrating forces. Z Rechtsmed 1989;102:277-91.