

Kendine zarar verme davranışı

Alper AKSOY,¹ Kültegin ÖGEL²

ÖZET

Kendine zarar verme davranışı kişinin bilinçli ölme isteği olmadan doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişim olarak tanımlanır. Kendine zarar verme davranışı bazı toplumlarda dinsel ve kültürel olarak kabul görmesine karşın sınırdaki kişilik bozukluğu, histrionik kişilik bozukluğu, psikotik bozukluklar ve duygu durumu bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmektedir. Yapılan çalışmalar kendine zarar verme davranışının 13-19 yaşları arasında başladığını belirtmektedir. Kendine zarar verme davranışı doğrudan ve dolaylı kendine zarar verme olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Dolaylı kendine zarar verme davranışı sigara içmek, alkol ve madde kullanmak, aşırı yemek yemek ve hastalık tanısı konmasına rağmen ilaçlarını kullanmamak olarak belirtilmiştir. Doğrudan kendine zarar verme davranışı ise tipik, psikotik, kompulsif ve dürtüsel olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Nedenleri ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda özellikle fiziksel istismarın önemli olduğu görülmektedir. Fiziksel istismara uğrayan kişilerin yoğun olarak yaşadıkları bu sıkıntıları kontrol etmek ve kendilerini cezalandırmak için kendine zarar verdikleri belirtilmektedir. Kendine zarar veren kişilerin %90'ında madde kullanımı olduğu ve madde kullanımının büyük oranda bağımlılık düzeyinde olduğu belirtilmiştir. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:226-236)

Anahtar sözcükler: Kendine zarar verme, istismar, madde bağımlılığı

Self-injurious behavior

ABSTRACT

Self-injury is defined as the deliberate harming or alteration of one's body tissue without consciously intending to commit suicide. Although self-injurious behavior is religiously and culturally sanctioned in some communities, it can be observed together with psychiatric disorders such as borderline personality disorder, histrionic personality disorder, psychotic personality disorder and mood disorders. Research shows that the onset of self-injurious behavior is between the ages 13-19. Self-injurious behavior is classified as direct self-injury and indirect self-injury. Cigarette, alcohol and substance use, over eating, not taking ones medication although an illness is diagnosed are indirect self-injurious behaviors. Direct self-injurious behavior is categorized into four groups: typical, psychotic, compulsive and impulsive self-injurious behavior. Research that investigated the reasons of self-injurious behavior showed that physical abuse had a significant effect. People who had been physically abused were injuring themselves to handle the intense feelings and to punish themselves. It is reported that 90% of self-injurers were using drugs and the majority of these people were addicted. (Anatolian Journal of Psychiatry 2003; 4:226-236)

Key words: self-injury, abuse, addiction

¹ Psk., Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği,

² Doç.Dr., Bakırköy Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İSTANBUL

Yazışma adresi: Psk. Alper AKSOY,

e-mail: yeniden@yeniden.org.tr

GİRİŞ

Kendine zarar verme davranışı günlük uygulamada sık görülen bir sorun olmasına karşın, bu konu hakkında çok fazla yayın yapılmadığı söylenebilir. Kendine zarar verme davranışı literatürde "self injury", "self-mutilation" ve "self-harm" olarak adlandırılmıştır. "Self-injury", "self-mutilation" genellikle birlikte kullanılmakta ve kişinin direkt olarak kendi bedenine yönelik yaptığı girişim olarak belirtilmektedir. "Self-harm"da ise, riskli davranışlar ön plana çıkmaktadır. Daha çok dolaylı olarak kendine zarar verme davranışıyla açıklanmaktadır. Alkol, madde kullanmak, tehlikeli araba kullanmak gibi dolaylı kendine zarar verme davranışları self harm'a örnek olarak verilebilir. Türkiye'de sıklıkla görülmesine rağmen bu alanda yapılan çalışmaların sayısı oldukça azdır. Bu derlemenin amacı, kendine zarar verme davranışının önemini vurgulamak ve

geçmişte yapılan çalışmaları gözden geçirerek ilişkili olduğu durumlara dikkat çekmektir. Bu derlemede kendine zarar verme davranışı "self-injury" anlamında kullanılacaktır.

TANIM

Kendine zarar verme davranışıyla ilgili olarak günümüze kadar birçok tanımlama yapılmıştır. Aynı davranışı tanımlamak için birçok terimin kullanılması dil sorunlarına ve kavram kargaşasına yol açmıştır. Bu tanımlamalar Tablo 1'de verilmiştir. Kendine zarar verme davranışı (self-injury) ile ilgili tanımları gözden geçirecek olursak en önemli özellikler arasında, vücudunun belirli bölümlerine zarar vermesi, tekrarlayıcı olması, bilinçli olmaması, ölümcül olmaması, yaşamı tehdit etmemesi, ortama uyamamanın ve tahammülsüzlüğe karşın kendine yardım etmesi olarak belirtmişlerdir.¹

Tablo 1. Kendine zarar verme davranışıyla ilgili yapılan tanımlar

Yazar	Tanım
Farberow, 1980 ²	Kişinin kendini ciddi bir şekilde zarar verecek biçimde kesmesi ya da vücudunun belirli bölümlerine zarar vermesi olarak tanımlamıştır.
Walsh ve Rosen, 1988 ³	İsteyerek ve amaçlı olarak yapılan, genellikle ölümcül olmayan ve toplumsal olarak kabul edilmeyen bir davranış olarak da belirtilmiştir.
Favazza, 1989 ⁴	Tekrarlayıcı, yaşamı tehdit etmeyen, kendine fiziksel zarar verme davranışı olarak tanımlanmıştır.
Favazza ve Conterio, 1989 ⁵	Şahsın durumuna katlanamaması, başa çıkamaması sonucu oluşan tahammülsüzlüğün yarattığı baskıya karşın, kendi kendine yardım etme ve rahatlama durumu olarak tanımlamışlardır.
Ghaziuddin ve ark., 1992 ⁶	Kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişimi olarak belirtilmiştir.
LeBlanch, 1993 ⁷	Ortama uyamamanın ve hoşnutsuzluğun aynada bir yansıması olarak belirtilmiştir.

Sonuç olarak, kendine zarar verme davranışı tekrarlayıcı, kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan, isteyerek ve amaçlı olarak yapılan, doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişimdir. Ayrıca, kişinin ortama uyamamasının ve tahammülsüzlüğünün yarattığı baskıya karşılık kendini keserek rahatlama durumu olarak tanımlayabiliriz.

TARİHÇE

Kendine zarar verme davranışı konusundaki yazılar Yeni Ahit'e kadar uzanmaktadır. Yeni Ahit'te "cinlerin hükmündeki bir adamın gece ve gündüz bağırdığı ve kendisini taşla kestiğinden" söz edilmiştir.¹ Yunan mitolojisinde de Sophocles'in

Kral Oedipus trajedisinde Kral Oedipus'un babasını öldürüp annesiyle evlendiğini öğrendiğinde suçluluk ve günahkarlık duyguları içinde nasıl gözlerini çıkarıp Tebai kentini terk ettiği anlatılmıştır. Norveç mitolojisinde ise Odin, sularında bilgelik ve zeka taşıyan Mirmir ırmağının suyundan tek bir yudum içebilmek için gözlerinden birini vermiştir. On üçüncü yüzyılda ise, Marco Polo anılarında Bağdat'ta tanıştığı bir ayakkabı tamircisinin müşterilerinden bir bayanın terliklerini onarıırken bacağına baktığı için günah duyguları ile sağ gözünü nasıl kör ettiğini anlatmıştır. Van Gogh psikoz içindeyken kulağını kesip bir fahişeye yollamıştır. Tıbbi literatürde bakıldığında ilk olarak 1946'da suçluluk duyguları içinde her iki göz nüvesini çıkarmış olan kadın hastadan bahsedilmektedir.⁵

TANI

Kendine zarar verme davranışını tanımlamakta kullanacağımız dört ölçüt şunlardır:⁸

1. Kendini kesme ya da yakma davranışlarından birisini sürekli tekrarlaması,
2. Kendine zarar vermeden önce gerilim duygusuna sahip olması,
3. Fiziksel acıyla beraber rahatlama, zevk alma ve hoşuna gitme duygusunu yaşaması,
4. Utanma duygusu ve sosyal olarak damgalanma korkusu karşısında kendine zarar vermenin izlerini ya da kanı gizlemeye çalışmasıdır.

YAYGINLIK

Günümüzde 600 kişiden en az birinin kendini tedaviye gereksinim duyacak şekilde yaraladığı bildirilmiştir.⁹ Kendine zarar verme davranışının yaygınlığı ile ilgili çalışmalar Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Yaygınlık çalışmaları

Yazar	Örneklem	Yaygınlık
Favazza, 1992 ⁸	500 öğrenci	%14
Shea, 1993 ¹⁰	erkek mahkumlar	%6.5-25
Langbehn ve Pfohl, 1993 ¹¹	yatan hastalar	%5.8 - %77
Barstow, 1995 ¹²	erişkin hükümlüler	%2-7
Briere ve Gil, 1998 ¹³	genel popülasyonda ve klinik örneklemde	%4 ve %21
Favazza ve Conterio, 1989 ⁵	genel popülasyonda (kadınlar üzerinde yapılan çalışmada)	%0.75

Kendine zarar verme davranışının kadınlarda daha çok görüldüğünü belirten çalışmalar olduğu gibi, kadın ve erkek oranının eşit olduğunu bildiren çalışmalar da vardır.^{5,13}

Küçük bir hasta grubuyla yapılan kendine zarar verme davranışının yaygınlığında çoğul kişilik bozukluğu olanların %34'ünde, antisosyal kişilik bozukluğu olanların %24'inde, anoreksiya ve bulimia nervozası olanların %35 ve %40.5'inde, zihinsel özürlü olanların %13.6'sında kendine zarar verme davranışı bulunmuştur.⁵

SINIFLANDIRMA

Anatolian Journal of Psychiatry 2003; 4:226-236

Kendine zarar verme davranışı ilk olarak 1938 yılında dinsel, nevroitik ve psikotik olmak üzere sınıflandırılmıştır.⁵ Kendine zarar verme davranışıyla ilgili olarak birçok farklı tanımlamanın yapılması, sınıflandırma sorunun gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (Tablo 3). En önemli sorunlardan birinin kendine zarar vermenin sınırını çizilebilmek olduğu belirtilmiştir.⁸

Kendine zarar verme davranışı, ilk başlarda doğrudan ve dolaylı olarak kendine zarar verme davranışı olarak ikiye ayrılmıştır. Doğrudan kendine zarar vermek davranışı kendini kesmek, kendini yakmak ve kendine vurmaktır; dolaylı olarak kendine

Tablo 3. Kendine zarar verme davranışının sınıflandırılması

Yazar	Sınıflandırma
Pattison ve Kahan, 1983 ¹⁴	Kendine zarar verme davranışı ölümcül olup olmama, kullanılan yöntem ve sayısına göre sınıflandırmışlardır.
Feldman, 1988 ¹⁵	Kuramsal temelden bağımsız olarak, zarara uğrayan beden bölgelerine göre kendini kesme, gözünü ve cinsel organını kesme olarak sınıflandırmışlardır.
Winchel ve Stanley, 1991 ¹⁶	Hastaların tipi ve ortaya çıkan klinik durumlara göre zeka geriliği olan kişilerde, psikotik hastalarda ve ön planda borderline ve kişilik bozukluğu olanlarda görülen kendine zarar verme davranışı olarak sınıflandırmışlardır.
Favazza ve Rosenthal, 1993 ¹	Yüzeysel ya da hafif derecede, majör ve stereotipik kendine zarar vermek üzere üç grupta sınıflandırmışlardır.

zarar verme davranışı ise sigara içmek, alkol ve madde kullanmak, aşırı yemek yemek ve hastalık tanısı almasına rağmen ilaçlarını kullanmamak olarak belirtilmiştir.² Sonraki yıllarda kişinin kendine fiziksel olarak zarar vermesinin önemi üzerinde durularak kendine zarar verme davranışını kompulsif, psikotik ve tipik olmak üzere üçe ayrılmıştır.⁸ Dürtüsel kendine zarar verme davranışı DSM-III-R ile birlikte borderline kişilik bozukluğu, çoğul kişilik bozukluğu, seksüel mazoşizm ve yapay bozukluk gibi beş bozuklukla tanı kategorileri arasına girmiştir.⁴ Genel olarak kendine zarar verme davranışını dört ana gruba ayırabiliriz:¹⁷

1. *Tipik kendine zarar verme davranışları:* Kafa vurmak, kendine vurmak, dudak ısırma, tırnak yemek, derisini çimdiklemek ya da tırmalamak, kendini ısırma ve saçını yolma.
2. *Psikotik kendine zarar verme davranışları:* Göz çıkarmak ve organ kesmek.
3. *Kompulsif kendine zarar verme davranışları:* Saç yolma, deriyi çimdiklemek ve tırnak yemek.
4. *Dürtüsel kendine zarar verme davranışları:* Kendini kesmek, kendini yakmak ve kendine vurmak.

ETİYOLOJİ

Kendine zarar verme davranışının nedenlerine baktığımızda istismarın ve biyolojik nedenlerin önemli olduğu belirtilmiş, ayrıca psikodinamik ve

davranışçı kurama göre nedenlerinden bahsedilmiştir. Kendini kesmeyi en çok etkileyen faktör istismardır.

a. İstismar

İstismara uğrayan kişi zaman zaman yaşadığı bu travmatik yaşam deneyimleri aklına gelir ve bu kişiye sıkıntı verir. Geçmişte kendilerine karşı yapılan istismar akıllarına geldiğinde bu kişilerin kendilerini daha çok kestikleri görülmektedir. Bu istismarlar fiziksel, zihinsel, duygusal ya da cinsel olabilir. İstismara uğrayan çocukların ciddi bir şekilde vücutlarını sarsmayı öğrendiklerini, yaşadıkları dayanılmaz duygulara geçiş yolu olarak görmektedir.¹⁸

Kendine zarar verme davranışı cinsel istismar kadar fiziksel istismar ve ihmal ile de koşut gitmektedir.³ Vakalarda kendine zarar verme davranışının yüksek kaygı düzeylerinde ortaya çıktığı, yalnız kaldıklarında denedikleri ve yara izlerini saklama eğilimi içinde oldukları gözlenmektedir. Bu takdim biçimi ile kendine zarar verme davranışının manipulatif olmaktan çok, yüksek derecedeki kaygının bedensel acı ile yer değiştirilerek azaltılmasına yardımcı olduğu belirtilmiştir.¹¹

Çocukluğunda cinsel istismara uğrayan kadınların duygusal acılarını bastırmak için kendilerini kestiklerini belirtmektedir. İstismarı özellikle aile

yaparsa, bu daha sonra cinsel sorunlara dönebilmektedir. Ensest vakaları kendilerinden utandıkları için kendilerine yönelik cezalandırıcı davranışlarda bulunmaktadırlar. Suçluluk, utanma, olumsuz kendilik algısı, ihanete uğrama hisleri çocuklukta yaşadıkları istismarlar sonucunda oluşmaktadır. Kendinden utanma, nefret etme ve değersiz hissetmenin sonucunda ortaya çıkmaktadır. Çocuklukta ailenin baskı uygulaması, çocuğun ilişkilerini engellemesi sosyal yeteneklerin zayıflamasına neden olmaktadır bu da çocukta çaresizlik duygularını artmasına neden olmaktadır. Böylece çocuk, ben ve diğerleri ayırımına gitmektedir. İstismara uğrayan çocuklar istismar sırasında utanma yaşamamaktadırlar, utanma daha çok rüyalarda ya da zihinsel etkinliklerde ortaya çıkmaktadır. Depresyon genellikle istismara uğrayan çocuklarda sık görülmektedir. Kendine zarar verme, intihar teşebbüsü ya da diğer davranışlar, üzgün olma, geri çekilme, aşırı bitkinlik, halsizlik gibi semptomları göstermektedir.¹⁹

Çocuk, istismarın yarattığı hayal kırıklığı ve öfkeye karşılık, kendine zarar vererek güç elde etmektedir. Kendini kesme depersonalizasyona karşı alınmış bir önlem olarak kullanılmaktadır. Öfke ve kendini cezalandırma olarak da karşımıza çıkmaktadır.¹⁹ Ayrıca kendine zarar verme davranışı ve cinsel istismar olgularının ilişkili olduğu ve buna dayanarak kendine zarar verme davranışının cinsel istismarın varlığı için bir sinyal işlevi gördüğü söylenebilir.²⁰

Kişiler yaşadıkları psikolojik sıkıntıların artması sonucunda bu sıkıntıları kendilerine zarar vererek azalttıkları görülmektedir. Geçmişte yaşadıkları kötü olaylar ya da kendilerine zarar veren kişiler akıllarına geldiğinde öfkelerini ve kızgınlıklarını kendilerine zarar vererek azaltmaktadırlar. Miller²¹ ve Favazza,²² kişilerin kendilerini kesme nedenlerini araştırmışlar ve kendini kesmeye neden olan etmenleri şöyle sıralamışlardır:

1. Boşluk duygusu, depresyon ve gerçekçi olmayan duygulardan uzaklaşmak,
2. Rahatlama duygusuna sahip olmak,
3. Duygusal acıları bastırmak,
4. Boşluk duygusundan uzaklaşarak kendilerinin yaşadıklarını göstermek.

Kendine zarar verme ve istismar arasındaki ilişkiyle yapılan çalışmalarda şu sonuçlar elde edilmiştir:

Anatolian Journal of Psychiatry 2003; 4:226-236

Çocukluk çağında fiziksel ve cinsel travmaya maruz kalmak ilerleyen yaşlarda kişilik bozukluklarına ve kendine zarar verme davranışına sebep olmaktadır.²³ Kendine zarar verenlerin %60'ında fiziksel ve/veya cinsel kötüye kullanılma öyküsü olduğunu bildirilmiştir.²⁴ Ayrıca kendine zarar verme davranışı olan kadınlarda, olmayanlara göre çocukluk çağı cinsel tacizin daha sık olduğu ileri sürülmektedir.²³

Cinsel istismar öyküsü bulunan hastalardaki kendine zarar verme davranışı ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada; cinsel istismar öyküsü bulunan 42 erişkin kadın hastanın sosyodemografik özellikleri, kendine zarar verme yeme bozukluğu ve intihar girişimleri açısından değerlendirilmiş, kendine zarar veren ve vermeyen olarak hastaları iki gruba ayrılmıştır. Kendine zarar verme davranışı olan grupta yeme bozukluğu ve intihar girişimlerinin sıklığı, diğer gruba oranla istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kendine zarar verme davranışı biçimleri sıklık sırasına göre vücut bölgelerine vurma (özellikle kafa) %71, kendini ısırma %64, saç çekme %5, kendini kesme %2 ve zorunluluk bulunmayan çoğul ameliyatlar %2 oranında bulunmuştur. Çalışmaya katılan 42 hastanın 29'una anksiyete bozukluğu (20'si travma sonrası stres bozukluğu), 4'üne dissosiyatif bozukluk, 5'ine borderline kişilik bozukluğu, 12'sine majör depresyon, 1'ine somatoform bozukluk, 1'ine organik bozukluk ve 1 kişiye de mental retardasyon tanısı konmuştur.²⁰

Genel olarak baktığımızda istismara uğrayan kişilerin kendilerini kesmesinin nedenlerini sekiz başlık altında toplayabiliriz:²⁵

1. Kendilerini cezalandırma: İstismara uğrayan kişilerde sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Kişiler yaşadıkları bu olaylardan dolayı kendilerini sorumlu tutup suçlayabilirler.

2. Duyguları bastırmadaki yetersizlik: Kendilerine zarar veren ya da sıkıntı yaratan duygularla baş etmede zorluk yaşayabilirler. Olayı hatırlatan durumlarla karşılaşınca ya da olay akıllarına gelince bu sıkıntı yaratan düşünceleri zihinlerinden uzaklaştırılmazlar.

3. Başa çıkmada yetersizlik: Genellikle çocukluk çağında yaşanan travmalar sonucunda görülür. Kişi yaşadığı sorunları çözmede zorluk yaşamaması sorunlarla baş edemediğini göstermektedir.

4. Kendilik kontrollerini sağlamak: Kendini kesmek, bazı kişilerde "Bak! Şu anda kontrol sende."

anlamına geliyor.

5. İntikam almak: Öfkesini göstermesinin bir yolu olarak kendini kesmek, ailesinden soyutlanan kişi için vücudu onlarla iletişim için tek yol haline geliyor.

6. Yaşadıklarını kendilerine göstermek: Kendilerini kesenler hislerini donuk ya da ölü olarak tanımlıyorlar. Kendilerini kesmek bir şekilde canlı olduklarını kendilerine gösteriyor.

7. Öfkenin farkına varmak: Kendini kesme ağlamanın bir başka fiziksel yoludur. Öfke ya da incinme gibi olumsuz duygular kendini kesmede önemli derecede rol oynar.

8. Sembolleştirme: Vücutlarına bazı kelimeler yazarak unutmak istemedikleri şeyleri sembolleştirmek, sevdiği kişinin isminin baş harfini vücuduna çizerek ya da yakarak yazmak, ya da insanlara vermek isteği mesajı kendisine dövme yaptırarak ortaya koymak.

b. Biyolojik Nedenler

Nörobiyolojik görüşler opiyat, dopamin ve serotonin sistemlerine ilişkin çalışmaları kapsamaktadır.

Opiyat sistemi: Kendine zarar verme davranışlarının opiyat reseptörlerinin uyarılması sonucunda oluştuğunu belirtilmiştir. Kendine zarar verme davranışı olan mental retardasyon olgularına opiyat antagonistleri verildiğinde, hastaların 2/3'ünde iyileşme olduğu belirtilmiştir. Kendine zarar verme davranışında opiyat sistem düzensizliğini destekleyen bir başka gösterge de endojen opiyat ölçümlerinden kaynaklanmıştır. Kendine zarar verme davranışı olan birçok hastada, ağrıya duyarsızlığın opioid aktivite epizodik artış teorisi ile açıklanabileceği belirtilmiştir.²³

Dopamin sistemi: Tourette sendromundaki kendine zarar verme davranışının dopaminerjik aktive düzensizliği ve dopamin reseptörlerinin aşırı duyarlılığıyla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. On altı mental retarde hastayla yapılan çalışmada flufenazinin 11 hastada kendine zarar verme davranışını azalttığı bulunmuştur. Opiyat antagonistlerinin kendine zarar verme davranışını azaltıcı etkilerinin, dopamin sistemi üzerindeki dolaylı etki ile göstermiş olabilecekleri, bu nedenle kendine zarar verme davranışının patofizyolojisine opiyat disfonksiyonunu katmamak gerektiği öne sürülmüştür.²³

Serotonin sistemi: Biyolojik çalışmalarda, kendini kesme davranışını serotonin miktarının azalmasıyla açıklanmıştır. Bu açıklamaları da farelerle yapılan deneylerde öfke ve depresyon durumlarında beyindeki serotonin miktarının azalması sonucuna dayanarak yapmışlardır. Kendini kesen kişilerin öfkeli, dürtüsel, anksiyeteli ve agresif olduğu ve bunun beyindeki serotonin miktarının azalmasına bağlı olduğu belirtilmiştir.²⁶ Düşük serotonin düzeyinin kişide iritabiliteye yol açtığı ve bunun da kişilerde kendini kesmeye ve intihara yol açabileceği belirtilerek Sieman'ın görüşü desteklenmiştir.¹

c. Psikolojik Kuramlar

Psikodinamik görüşler: Kendine zarar verme davranışı olan hastalar hakkında ilk psikoanalitik değerlendirme Emerson (1913) tarafından yayınlanmıştır. Dinamik görüş açısından cildini kesme davranışı ile birçok amaca hizmet edildiği belirtilmiştir. Buna göre:

1. Kendine zarar verme davranışının doğrudan doğruya sadistik ve mazoşistik bir haz verdiği,
2. Kendini kesme davranışının yaşanan hazzı değersizleştirecek yara meydana getirdiği,
3. Kendini kesme davranışının gerçek kastrasyonu önlemeye yönelik sembolik bir kastrasyonu simgelediği,
4. Kendini kesme davranışının babanın hem korkulan, hem de arzu edilen penetrasyonunu simgeleyen "self-penetrasyonun" bir parçası olduğu belirtilmiştir.

Emerson (1913), kendini kesme davranışının sembolik olarak mastürbasyonun yerine geçtiğini belirtmiş, benzer şekilde Fenichel (1945) "masturbasyon eşdeğeri" terimini kullanmıştır.²⁷

1960'dan önceki yıllarda kendine zarar verme davranışı, psikodinamiğin doğası olarak ele alınmıştır. Genellikle çocukluk dönemlerine dayanan psikoanalitik yorumlar yaparak nedenleri açıklamaya çalışmışlardır. Kendine zarar verme davranışını kendini yok etmenin lokalize formu, kendisini cezalandırma ve yalancı intihar olarak ele almışlardır. 1960'lı yıllara gelindiğinde laboratuvar çalışmaları başlamış, hayvanlar üzerinde operant koşullama ile çalışılmaya başlanmıştır. Davranışçı yaklaşıma göre, kendine zarar verme davranışı sonradan öğrenilmiş olup hayatın zorluklarına karşı kişinin kendini koruma hissi olarak ele alınmıştır.¹⁶

Kendine zarar verme davranışı hakkında kuramsal psikodinamik tartışmalar çeşitlilik göstermektedir. Bu hastaların benlik gelişimin erken dönemlerinde önemli travmatik olayların olabileceği, bu durumun ilkel savunma mekanizmalarının sık kullanılmasını ve dissosiyatif durumların nedeni açıkladığı, hastaların bedenlerine yapmış oldukları zararların başkalarının içe atılmış temsillerine yöneldiği veya suçluluğu giderme girişimleri olabileceği, çoğu kez kendine zarar verme epizodlarının kişi için önem taşıyan kişilerle ilişkilerindeki krizlere bağlı olabileceği öne sürülmüştür.²³

Psikodinamik kuram dışında psikolojik kuramlar kendine zarar verme davranışını ikincil kazanç, yayılma/taklit etme, uyum sağlama, öfke ve engelleme şeklinde açıklamaya çalışmışlardır.

İkincil kazançlar: Bazı kendine zarar verme davranışları, kişinin kendisini yaralaması sonucu elde edeceği ikincil kazançlar motive etmiştir. İkincil kazançlar için kendine zarar verme davranışı, daha sık olarak tutuklular ve askerler gibi belirli popülasyonda bulunur. Bu gruplarda kendine zarar verme davranışı sorumluluktan kaçmak, can sıkıntısından kurtulmak, fiziksel tehlikelerden korunmak ve daha az kısıtlayıcı ortamlara nakil olmayı sağlamak amacını taşır.^{13,23} Bu kişilerdeki semptomlar, amaca ulaşıldıktan hemen sonra yatışmaktadır.²⁸

Yayılma/taklit etme: Kendine zarar verme davranışının tedavi ortamlarında bulaştığı veya yayıldığı olgusu birçok araştırmacı tarafından belirtilmiştir. Bir kişinin kendine zarar verme davranışı, o ortamda bulunan diğerleri tarafından davranışın taklit edilmesine yol açabilir. Matthews, aynı yaştaki ergen gruplarında epidemik tarzda kendine zarar verme davranışının kışkırtıcılığını vurgulamıştır.²⁹

Stanon ve Schwartz hasta-personel ilişkilerindeki sorunların, hastaların birçok kendine zarar verici eylemleri içeren toplu halde tepkilerine yol açtığı belirtilmiştir. Bir kurumda baskılayıcı tutumun olması bulaşmaya yardımcı olabilmektedir. Kapalı servislerden açık servislere dönüştürülmesinden sonra hastalar arasındaki kendine zarar verme davranışının azaldığı belirtilmiştir.²⁹

Ergen gruplarında kişilerin, kendi ciltlerine harf, kelime, sembol kazıma davranışları grupla özdeşleşmek ve kendini kanıtlamak amacıyla yaptıkları ve dürtüsel olmadığı belirtilmektedir.²³

Uyum sağlama: Bazı araştırmacılar kendine zarar verme davranışının uyum sağlama ile ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir. Cezaevlerinde ve suçlu ergenlerin olduğu ıslah evlerinde, mental retarde bireylerin barındığı kurumlarda ve ergenlerin yatarak tedavi gördüğü psikiyatrik kurumlardaki kişilerin özgeçmişinde kendine zarar verme davranışı öyküsü olmadığı halde, kendine zarar verme davranışları görülmektedir.²³

Öfke ve engelleme: Duygusal yaşamın temel özelliklerinden biri olan öfke ile özellikle borderline kişilik bozukluğu olanlar sonuçlarını düşünmeksizin kendine zarar verme davranışı göstermektedir. Özellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde istismara uğramış kişilerin kendilerine zarar verme sebepleri öfkeden kaynaklanmaktadır.¹⁵

ÖZELLİKLER

Tekrarlanan kendine zarar verme davranışlarına baktığımızda, kendini kesmenin daha baskın olduğunu görmekteyiz.⁸ Kendine zarar verme davranışı biçimi olarak kolay ulaşılabilirliği yüzünden kolları ve bilekleri kesmek sık olarak görülmektedir. Kol ve bilekler dışında vücudun çeşitli bölgelerinde de zarar verme davranışlarına rastlanmaktadır.^{7,15}

Tekrarlanan kendine zarar verme davranışları içinde kendini kesme %72, kendini yakma %35, kendine vurma %30, yaraların iyileşmesine izin vermeme %22, sürekli olarak kolunu kaşımak %22, kemik kırma %8, vajina yırtmak %8 olarak sıralanmaktadır.⁸ Kendine zarar verme davranışında genellikle (%75) çoğul yöntem kullanılmaktadır.¹¹ Sık rastlanan kendine zarar verme davranışı biçimlerine ek olarak yara kabuklarını kaldırmak, parmaklarını ısırma ve ezmek, saç çekmek, asit dökmek ve kendini ısırma da belirtilmektedir.⁶

Vücutta en çok zarar verilen yerler %74 kollar, %44 bacaklar, %25 karın, %23 kafa, %18 göğüs ve %8 genital bölgeler olarak sıralanmaktadır.⁸

Kendine zarar verme erken adolesan döneminde başlamakta ve ritüeller kültürlere göre değişmektedir.¹⁴ Kendine zarar verme davranışının çoğunlukla ergenlik döneminde başladığına dair görüş birliği vardır.^{1,5,15,30,31} Kendine zarar verme davranışı genellikle 13-19 yaşlarında başladığı belirtilmektedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada kendini kesen 240 kadınla görüşmeler yapılmış ve kendilerini 14 yaşında kesmeye başladıkları belirtilmiştir.⁵ Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise, 16-20

16-20 yaşları arasında kendini kesme davranışının başladığı belirtilmiştir.³² Genellikle ergenlik döneminde başlayan kendine zarar verme davranışının zamanla artma, azalma ya da süregelenleşme ile seyredip birçok kişide 10-15 yıl sonra sonlandığı görülmektedir.^{1,33}

Kendine zarar verme davranışı sıklıkla eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlarda, bekarlarda görülmektedir.^{5,31,32}

SUÇ VE AİLE ÖZELLİKLERİ

Aile özellikleriyle ilgili olarak yapılan çalışmalarda, erken dönemlerde izolasyon duygusu ya da ayrılık anksiyetesi yaşamaları, fiziksel ya da cinsel istismara uğranmaları çocukların kendisine zarar vermesine neden olmaktadır.³⁴ Fiziksel istismara uğrayan çocuklar daha sonraki dönemlerde kendilerine zarar vermektedirler. Kendilerine cezalandırmak ve yoğun olarak yaşadıkları bu sıkıntıları kontrol etmek için kendilerine zarar vermektedirler.³⁵ Çocuklar ailenin sıkıntılarla baş etme şekli ve öfkenin dışı vurumunu içselleştirmekte ve sıkıntılarla karşılaştıkları zaman bu yöntemleri kullanmaktadır.³⁶

Yirmi bir hükümlü çocuk ve ergenin suç nitelikleri ve sosyodemografik özellikleri gözden geçirilerek kendini yaralayan ve yaralamayanlar biçiminde iki gruba ayrılarak karşılaştırılmış; kendini yaralayan çocuk ve ergenlerde mükerrer suçluluk %61.9, diğer hükümlü çocuk ve ergenlerde bu oran %17.7 olarak tespit edilmiştir. Kendini yaralayan çocuk ve ergenlerde parçalanmış aile oranı %52.3, diğer hükümlülerde ise bu oran %18.8 olarak belirlenmiştir. Böylece kendini yaralama davranışı ile aile parçalanması ve mükerrer suçluluk arasında kuvvetli bir bağ olduğu sonucuna varılmıştır.³⁷

EŞTANI

Kendine zarar verme davranışı genel olarak kişilik bozuklukları, akut ve kronik psikotik bozukluklar, majör affektif bozukluklar, cinsel kimlik bozuklukları gibi tanı gruplarında sıklıkla görülmektedir. Kendine zarar verme davranışı olan psikiyatrik olgular incelendiğinde, bu davranışın özellikle borderline kişilik bozukluğunda olmak üzere en sık kişilik bozukluklarında görüldüğü bildirilmiştir.¹⁵ Kendine zarar verme davranışı çok çeşitli problemler ve bozukluklarla ilişkili olabilir.³⁸ Bu konudaki ana görüşler şunlardır:

1. Borderline kişilik bozukluğu olanlarda %80'lere varan oranda çocukluk çağı cinsel veya fiziksel istismar öyküsü bulunmaktadır.

2. Kendine zarar verenlerin üçte birine varan kısmı travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanı ölçütlerini karşılamaktadır.

3. Borderline kişilik bozukluğu, erişkin travmatik yaşantıları ile meydana gelen TSSB için kırılganlık faktörü olabilir.

4. Ağır çocukluk çağı cinsel istismarı, ya çocukluk sırasında ya da erişkinlik döneminde TSSB için risk faktörü olabilir.

Belirli klinik psikopatolojik durumlarda kendine zarar verme davranışının daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Kendine zarar verme davranışı bazı toplumlarda dinsel ve kültürel bir davranış olmasına karşın, borderline kişilik bozukluğu, histrionik kişilik bozukluğu, psikotik bozukluklar, duygu durum bozuklukları, Gilles de la Tourette sendromu ruhsal bozukluklarda; mental retardasyon, Addison hastalığı, ensefalit ve entoksikasyonlar gibi organik bozukluklarda gözlenen ve patolojik kabul edilen bir davranış olarak belirtmiştir.²² Borderline kişilik bozukluğu olan hastaların diğer tanı gruplarına göre bedene zarar verme davranışında bulunma riskinin ve sıklığını fazla olduğunu belirtmiştir.²⁶ Herpetz (1995) kendine zarar verme davranışının en fazla borderline kişilik bozukluğu, ikinci sıklıkta histrionik kişilik bozukluğu belirlendiğini, ancak bütün kişilik bozukluklarında görüleceğini belirtmiştir. Başka bir çalışmada ise kendini zarar verme davranışının sırasıyla borderline, antisosyal ve histrionik kişilik bozukluğunda görüldüğünü destekler veriler sunulmuştur.³²

Daha çok tekrarlayıcı, ritüel tarzında davranışların zeka geriliği olanlarda; cinsel organını kesme davranışının psikotik hastalarda, otistiklerde, borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda ve erkek mahkumlar arasında daha sık olduğunu bildirilmiştir.¹¹ Göz çıkarma ve organ kesme gibi davranışlar şizofreni gibi bozukluklarla görülür. Kafa vurma, kendini ısırma ve kendini tırmala gibi davranışlar patolojik bir bozukluk olmadan da görülebilir. Ama kompulsif dudak ısırma, tırnak yeme gibi davranışlar Tourette sendromuyla birlikte görülebilir.⁴

Simeon ve arkadaşları bedene zarar verme davra-

verme davranışının en sık kişilik bozuklukları olmak üzere, dissosiyatif ve anksiyete bozukluğunda görüldüğünü söyleyerek diğer çalışmaları destekler bulgular vermiştir.²⁶ Bir başka çalışmada ise, kendine zarar verme davranışının en fazla tutuklular arasında, ıslah evlerinde bulunan ergen suçlularda, otistik, şizofrenik, mental retarde ve beyin hasarı olan hastalarda bulunmuştur.¹⁵

Borderline kişilik bozukluğu tanısı konan ve bedene zarar veren hastalarla normal kontroller arasında dissosiyatif yaşantılar ve hipnoza yatkınlık düzeyleri ile sürekli öfke, öfkenin ifade şekli ve kontrolü karşılaştırılmış; bu değişkenlerin borderline kişilik bozukluğu grubunda cinsiyet farkı, çocukluk dönemi kötüye kullanımı ve özkıyım öyküsü ile ilişkisi araştırılmıştır. Borderline kişilik bozukluğu grubunda 7 denekten çocukluk çağı kötüye kullanımı, 17 denekten ise özkıyım girişimi öyküsü alınmıştır.³⁹

Antisosyal kişilik bozukluğu olgularının çoğunlukla polis, adli ve askerlikle ilgili sorunlar nedeniyle kendine zarar verme davranışına başladıkları ve bu olguların sıklıkla sıkıntı ve öfkelerini azaltma, ortamın ve şartların değiştirilmesi için başkalarını etkileme pozisyonunda oldukları belirtilmiştir. Borderline kişilik bozukluğu olgularında ise, aile ile ilgili nedenlerle kendine zarar verme davranışına başladıkları ve bu olguların kendini cezalandırma ve sıkıntı ve öfkelerini azaltma motivasyonu ile kendilerine zarar verdikleri belirtilmiştir.²⁷

Kendini kesme davranışının AIDS için bir tehlike olduğunu belirtilmiştir. AIDS koruma programı nedeniyle hastaneye yatırılan 76 adolesanla yapılan bir çalışmada, bunların %61.2'sinde kendine zarar verme davranışı olduğu ve bu çocukların %26.7'sinin kendileri kestikleri aletleri diğer arkadaşlarıyla paylaştıkları belirtilerek bunun AIDS için risk oluşturduğu vurgulanmıştır. Ayrıca cinsiyet, yaş, etnik durum ve psikiyatrik tanıların kendine kesmede etkili olmadığı belirtilmiştir.⁴⁰

Kendine zarar verme, alkol ve madde kullanımı: Madde kullanımı ve kendine zarar verme davranışının birlikte ya da ardışık olmayan biçimde aynı kişide görülme oranının yüksek olduğu ve özellikle yineleyen kendine zarar verme davranışı olan kişilerde madde kullanımının sıklıkla görüldüğü belirtilmiştir.¹ Borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerde madde kullanımının yaygın olduğu belirtilmektedir. Kendine zarar veren kişilerin %90'ında madde kullanımının olduğu, çoğunun birden fazla madde kullandığı (%66.7) ve madde kullanımının büyük oranda (%71.1) bağımlılık düzeyinde olduğu belirtilmiştir. Kendine zarar veren kişilerin, kendine zarar vermeyenlere göre daha küçük yaşlarda madde kullandığı belirlenmiştir.³²

Yapılan çalışmalar madde kullanımı olan kişilerin %25-40'ında travmatik yaşam deneyimi bulunduğunu göstermiştir. Travma sonrası stres bozukluğunda madde kullanımının sıklığına dikkat çekilmiştir.⁴¹ Geçmişinde cinsel taciz ya da travmatik yaşam deneyimi olan kadınlarla yapılan bir çalışmada, bu kadınların travma sonrası stres bozukluğu belirtileriyle başa çıkmak için alkol kullandıkları belirlenmiştir.⁴²

Kendini kesen 21 kızla yapılan bir çalışmada, bunların üçte birinde alkol ve madde kullanımı olduğu görülmüştür.⁴³ Kendini kesen 24 kızla yapılan bir başka çalışmada, bunların %50'sinin alkol ve madde kullandığı görülmüştür.³⁴ Anksiyete ve depresyon kendini kesme davranışını artırmaktadır ve kişiler kendilerini keserken genellikle hap kullanmaktadırlar.¹⁰

SONUÇ

Kendine zarar verme davranışı klinik uygulamada çok sık karşılaşılan bir durum olmakla birlikte, konu hakkında yeterince bilgi ve veri olduğunu söylemek mümkün gözükmemektedir. Kendine zarar verme davranışının altta yatan ya da birlikte gözüktüğü durumun tedavisi ile ortadan kalkmasını beklemek klinik uygulamada yeterli olmamaktadır. Bu nedenle kendine zarar verme davranışını bir belirti olarak kabul ederek, doğrudan uygun müdahalelerde bulunmak, hastanın gördüğü zararı azaltabilir. Ancak kendine zarar verme davranışına yönelik spesifik müdahalelerin etkinliği konusunda yeterli sayıda bilgi yoktur. Sonuç olarak kendine zarar verme davranışına spesifik müdahale yöntemlerinin geliştirilmesinin gerekli olduğu inancındayız.

KAYNAKLAR

1. Favazza AR, Rosenthal RJ: *Diagnostic issues in self mutilation*. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44:134-140.
2. Farberow N: *The Many Faces of Suicide*. New York, McGraw-Hill Book Co, 1980.
3. Walsh BW, Rosen PM: *Self-Mutilation Theory, Research, and Treatment*. New York, Guilford Press, 1988.
4. Favazza AR: *Why patients mutilate themselves*. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40:137-145.
5. Favazza AR, Conterio K: *Female habitual self-mutilators*. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79:283-289.
6. Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M: *Mood disorder in group of self-cutting adolescents*. *Acta Paedopsychiatry* 1992; 55:103-105.
7. LeBlanch R: *Educational management of self-injurious behavior*. *Acta Paedopsychiatrica* 1993; 56:91-92.
8. Favazza AR: *Repetitive self-mutilation*. *Psychiatric Annals* 1992; 22:60-63.
9. Tantam D, Whittaker J: *Personality disorder and self-wounding*. *Br J Psychiatry* 1992; 161:451-464.
10. Shea ST: *Personality characteristics of self mutilating male prisoners*. *J Clin Psychol* 1993; 49:576-585.
11. Langbehn D, Pfohl B: *Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients*. *Ann Clin Psychiatry* 1993; 5:45-53.
12. Barstow D G: *Self-injury and self-mutilation*. *Nursing approaches*. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1995; 33:19-32.
13. Briere J, Gil E: *Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates and functions*. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68:609-620.
14. Pattison EM, Kahan J: *The deliberate self-harm syndrome*. *Am J Psychiatry* 1983; 14:867-872.
15. Feldman MD: *The challenge of self-mutilation: a review*. *Compr Psychiatry* 1988; 29:252-269.
16. Winchel RM, Stanley M: *Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation*. *Am J Psychiatry* 1991; 148:306-317.
17. Sieman D, Hollander E: *Self-Injury Behavior: Assessment and Treatment*. Washington, American Psychiatric Publishing, 2001.
18. Herman, JL: *Trauma and Recovery: The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror*. New York, Basic Books, 1992.
19. Shapiro S: *Self-mutilation and self blame in incest victims*. *Am J Psychol* 1987; XLI:46-53.
20. Baral I, Kora K, Yüksel Ş, Sezgin U: *Cinsel istismara uğramış erişkin kadınlarda kendine zarar verme davranışı ve tedavisi*. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1996; 33:49-54.
21. Miller D: *Women Who Hurt Themselves*. New York, Basic Books, 1994.
22. Favazza AR: *Bodies Under Siege*. İkinci baskı, Baltimore, John Hopkins University Press, 1996.
23. Van der Kolk B, Perry JC, Herman JL: *Childhood origins of self-destructive behavior*. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1665-1671.
24. Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA: *Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder*. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1788-92.
25. <http://www.epi.org/cutting2.htm>
26. Simeon D, Stanley B, Frances A ve ark: *Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates*. *Am J Psychiatry* 1992; 149:221-226.
27. Tarlacı N: *B Kümesi Kişilik Bozukluklarında Self-Mutilatif Davranış Özellikleri*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 1996.
28. Van Moffaert MM: *Self-mutilation: diagnosis and practical treatment*. *Int J Psychiatry Med* 1990; 20:373-382.
29. Rosen PM, Walsh BW: *Patterns of contagion in self-mutilation epidemics*. *Am J Psychiatry* 1989; 146:656-658.
30. Ak İ, Erden C, İnci Y ve ark: *Self-mutilasyonun psikososyal yönden incelenmesi*. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Özetleri, 1993, Bursa, s.80.
31. Herpetz S: *Self-injurious behavior: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers*. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91:57-68.
32. Tarlacı N, Yeşilbursa D, Türkcan S, Saatçioğlu Ö, Yaman M: *B kümesi kişilik bozukluklarında kendini yaralamanın özellikleri*. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8:29-35.
33. Hawton K, Catalan K: *Attempted Suicide: A Practical Guide to Its Nature and Management*. 2nd edn., Oxford University Press, London, 1987.
34. Rosenthal RJ, Rinzler C, Walls R: *Wrist cutting syndrome: the meaning of gesture*. *Am J Psychiatry* 1972; 128:1363-1368.
35. Roy A: *Self-mutilation*. *Br Med Psychol* 1978; 51:201-203.

36. Podvoll EM: *Self-mutilation within a hospital setting: a study of identity and social compliance*. *Br J Med Psychol* 1969; 42:213-221.
37. Dülger HE, Tokdemir M, Tezcan EA, Kuloğlu M, Doğan I: *Elazığ İslahevi'ndeki çocuk ve ergen hükümlülerde kendini yaralama davranışı*. *Düşünen Adam* 1997; 10:18-21.
38. Blank AS: *Clinical detection, diagnosis, and differential diagnosis of post-traumatic stress disorder*. *DA Jomb (ed). Psychiatric Clin North Am* 1994; 17:351-384.
39. Ebrinç S, Başoğlu C, Semiz BÜ, Çetin M: *Bedenine zarar veren sınır kişilik bozukluğu hastalarında dissosiyasyon, hipnoza yatkınlık ve çocukluk çağı cinsel kötüye kullanımı*. *3P Dergisi* 2001; 9:377-386.
40. DiClemente RJ, Panton LE, Hartley D: *Prevalence and correlates of cutting behaviour: risk for HIV transmission*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30(5): 735-739
41. Triffleman EG, Marmar CR, Dellucchi KL, Ronfeldt H: *Childhood trauma and post-traumatic stress disorder in substance abuse inpatients*. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183:172-176.
42. Simpson TL: *Childhood sexual abuse, PTSD, and the functional roles of alcohol use among women drinkers*. *Subst Use Misuse* 2003; 38:249-270.
43. Graff H, Mallin R: *The syndrome at the risk cutter*. *Am J Psychiatry* 1967; 124:36-42.