

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI RAPORU

Alper Aksoy
Kültegin Ögel

İstanbul 2006

Kaynak gösterme

Ögel K., Aksoy A. Kendine Zarar Verme Davranışı Raporu. Yeniden Yayın no:18,
İstanbul 2006



KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI RAPORU

İÇİNDEKİLER

A. Genel Bilgiler

B. Araştırmalar

C. Yaklaşım

D. Kaynaklar

A. GENEL BİLGİLER

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 bir 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 çalışmalarını gözden geçirerek ilişkili olduğu durumlara dikkat çekmektir. Bu derlemede kendine zarar verme davranışı “self-injury” anlamında kullanılacaktır.

Tanım

Kendine zarar verme davranışıyla ilgili olarak günümüze kadar birçok farklı 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 özellikleri arasında, vücudun belirli bölümlerine zarar vermesi, tekrarlayıcı olması, bilinçli olması, ölümcül olmaması, yaşamı tehdit etmemesi, ortama uyamamanın ve tahammülsüzlüğe karşın kendine yardım etmesi olarak belirtmişlerdir (Favazza ve Rosenthal 1993).

Tablo 1. Kendine zarar verme davranışıyla ilgili yapılan tanımlar

Yazar	Tanım
Farberow ,1980	Kişinin kendini ciddi bir şekilde zarar verecek biçimde kesmesi ya da vücudunun belirli bölümlerine zarar vermesi olarak tanımlamıştır.
Walsh ve Rosen ,1988	İsteyerek ve amaçlı olarak yapılan, genellikle ölümcül olmayan ve sosyal olarak kabul edilmeyen bir davranış olarak da belirtilmiştir.
Favazza, 1989	Tekrarlayıcı, yaşamı tehdit etmeyen, kendine fiziksel zarar verme davranış olarak tanımlamıştır.
Favazza ve Conterio, 1989	Şahsın durumunu tolere edememesi sonucu oluşan tahammülsüzlüğün yarattığı baskıya karşın, kendi kendine yardım etme ve rahatlama durumu olarak tanımlamışlardır.
Ghaziuddin ve ark., 1992	Kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişimi olarak belirtilmiştir.
LeBlanch ,1993	Ortama intibak edememenin 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 girişimidir. Ayrıca kişinin ortama intibak edememesi, tahammülsüzlüğün yarattığı baskıya karşın kendini keserek rahatlama durumu olarak tanımlayabiliriz.

Tarihçe

Kendine zarar verme davranışı konusundaki yazılar Yeni Ahit' e kadar uzanmaktadır. Yeni ahit'te "cinlerin hükmündeki bir adamın gece ve gündüz bağırdığı v e kendisini taşla kestiğinden" söz edilmiştir (Favazza ve Rosenthal 1993). Yunan mitolojisinde de Sophocles' in Kral Oedipus trajedisinde Kral Oedipus'un babasını öldürüp annesiyle verildiğini 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. 13. 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 anlatılmıştır. Van Gogh psikoz içindeyken kulağını kesip bir fahişeye yollamıştır. Tıbbi literatürde kendine zarar verme davranışıyla ilgili olarak 1946' da suçluluk duyguları içinde her iki göz nüvesini çıkarmış olan ilk kadın hastadan bahsedilir (Favazza 1989) .

Tanı

Kendine zarar verme davranışını tanımlamakta kullanacağımız dört ölçüt şunlardır (Favazza 1992);

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

Yaygınlık

Günümüzde 600 kişiden en az birinin kendini tedaviye gereksinim duyacak şekilde yaraladığı bildirilmiştir (Tantam ve Whittaker 1992). Kendine zarar verme davranışının yaygınlığı ile ilgili çalışmalar Tablo 2' de verilmiştir.

Tablo 2: Yaygınlık çalışmaları

Yazar	Örneklem	Yaygınlık
Favazza 1992	500 öğrenci	%14
Shea 1993 ¹	erkek mahkumlar	%6.5-25
Langbehn ve Pfohl 1993	yatan hastalar	%5.8 - %77
Barstow 1995	erişkin hükümlüler	%2-7
Briere ve Gil 1998	genel popülasyonda ve klinik örnekleme	%4 ve %21
Favazza ve Conterio 1989	genel popülasyonda (kadınlar üzerinde yapılan çalışmada)	%0.75

Kendine zarar verme davranışının, kadınlarda daha fazla görüldüğü belirten çalışmalar olduğu gibi, kadın ve erkek oranının eşit olduğu bildiren çalışmalar da vardır (Favazza 1989, Briere ve Gil 1998).

Küçük bir hasta grubuyla yapılan kendine zarar verme davranışının yaygınlığında çoğul kişilik bozukluğu olanların %34'ünde, antisosyal kişilik bozukluğu olanların %24'inde, anoreksiya bozukluğu olanların %35'inde, blumia bozukluğu olanların %40.5'inde ve zihinsel özürlü olanların %13.6'ında kendine zarar verme davranışı bulunmuştur (Favazza 1989).

Sınıflandırma

Kendine zarar verme davranışı ilk olarak 1938 yılında dinsel, nörotik ve psikotik olmak üzere sınıflandırılmıştır (Favazza 1989). Kendine zarar verme davranışıyla ilgili olarak birçok farklı tanımlamanın yapılması sınıflandırma sorununun gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (Tablo 3). En önemli sorunlardan birinin kendine zarar vermenin sınırını çizilebilir olduğu belirtilmiştir (Favazza 1992).

Tablo 3: Kendine zarar verme davranışının sınıflandırılması

Yazar	Sınıflandırma
Pattison ve Kahan 1983	Kendine zarar verme davranışı ölümcül olup olmama, kullanılan yöntem ve sayısına göre sınıflandırmışlardır.
Feldman 1988	Kuramsal temelden bağımsız olarak zarara uğrayan beden bölgelerine göre kendini kesme, gözünü ve cinsel organını kesme olarak sınıflandırmışlardır.
Winchel ve Stanley 1991	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	Yüzeysel ya da hafif derecede, major ve streotipik kendine zarar vermek üzere üç grupta sınıflandırmışlardır.

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 zarar verme davranışı ise sigara içmek, alkol ve madde kullanmak, aşırı yemek yemek ve hastalık tanısı almasına rağmen ilaçlarını kullanmamak olarak belirtilmiştir (Farberow 1980). Sonraki yıllarda kişinin kendine fiziksel olarak zarar vermesinin önemi üzerinde durularak kendine zarar verme davranışını kompulsif, psikotik ve tipik olmak üzere üçe ayrılmıştır (Favazza 1992). Dürtüsel kendine zarar verme davranışı DSM-III-R ile birlikte borderline kişilik bozukluğu, çoğul kişilik bozukluğu, seksüel mazoşizm ve yapay bozukluk gibi 5 bozuklukla tanı kategorileri arasına girmiştir (Favazza 1989). Genel olarak kendine zarar verme davranışını dört ana gruba ayırabiliriz (Sieman ve Hollander 2001):

1. Tipik kendine zarar verme davranışları: Kafa vurmak, kendine vurmak, dudak ısırarak, tırnak yemek, derisini cimciklemek ya da tırmalamak, kendini ısırarak ve saçını yolmak.
2. Psikotik kendine zarar verme davranışları: Göz çıkarma ve organ kesmek.
3. Kompulsif kendine zarar verme davranışları: Saç yolma, deriyi cimcikleme ve tırnak yemek.
4. Dürtüsel kendine zarar verme davranışları: Kendini kesmek, kendini yakmak ve kendine vurmaktır.

Etiyoloji

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 seksüel olabilir. İstismara uğrayan çocukların ciddi bir şekilde vücutlarını sarsmayı öğrendiklerini, yaşadıkları dayanılmaz duygulara geçiş yolu olarak görmektedir (Favazza 1992).

Kendine zarar verme davranışı cinsel istismar kadar fiziksel istismar ve ihmal ile de koşut gitmektedir (Walsh ve Rosen 1988). 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 (Langbehn ve Pfohl 1993).

Çocukluğunda cinsel istismara uğrayan kadınların duygusal acılarını bastırmak için kendilerini kestiklerini belirtmektedir. Özellikle istismarı 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 çocukta be ve diğerleri diğeri ayırma gitmektedir. İstismara uğrayan çocuklar istismar sırasında utanma yaşamamaktadırlar, utanma daha çok rüyalarda ya da zihinsel aktivitelerde ortaya çıkmaktadır. Depresyon genellikle istismara uğrayan çocuklarda sıklıkla görülmektedir. Kendine zarar verme, intihar teşebbüsü ya da diğer davranışlar, üzgün olma, geri çekilme, aşırı bitkinlik, halsizlik gibi semptomları göstermektedir (Saphiro 1987).

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. 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 (Baral ve ark, 1996).

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. Miller (1994) ve Favazza (1996), 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:

Çocukluk çağında fiziksel ve cinsel travmaya maruz kalmak ilerleyen yaşlarda kişilik bozukluklarına ve kendine zarar verme davranışına sebep olmaktadır (Van Der Kolk ve ark, 1991). Kendine zarar verenlerin %60' ında fiziksel ve/veya cinsel kötüye kullanılma öyküsü olduğunu bildirilmiştir (Brodsky 1995). Ayrıca kendine zarar verme davranışı olan kadınlarda olmayanlara göre, çocukluk çağı cinsel tacizin daha sık olduğu ileri sürülmektedir (Van Der Kolk ve ark, 1991).

Cinsel istismar öyküsü bulunan hastalardaki kendine zarar verme davranışı ve 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 değerlendirmiş, kendine zarar veren ve vermeyen olarak hastaları iki gruba ayırmışlardır. Kendine zarar verme davranışı olan grupta yeme bozukluğu ve intihar girişimlerinin 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 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan 42 hastanın 29' unda anksiyete bozukluğu (20' si travma sonrası stres bozukluğu), 4' ünde disosiyatif bozukluk, 5' inde borderline kişilik bozukluğu, 12 inde major depresyon, 1' ine somatoform bozukluk, 1' inde organik bozukluk ve 1 kişiye de mental retardasyon tanısı konmuştur (Baral ve ark, 1996).

Genel olarak baktığımızda istismara uğrayan kişilerin kendilerini kesmesinin nedenlerini sekiz başlık altında toplayabiliriz (<http://www.epi.org/cutting2.htm>).

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 uzaklaştıramazlar.
3. Başa çıkmada yetersizlik: Genellikle çocukluk çağında yaşanan travmalar sonucunda görülür. Kişi yaşadığı sorunları çözmede zorluk yaşaması sorunlarla başedemediğini göstermektedir.
4. Kendilik kontrollerini sağlamak: Kendini kesmek bazı kişilerde “Bak! Şu an kontrol sende” anlamına geliyor.
5. İntikam almak : Öfkesini göstermesinin bir yolu da kişi için 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 başka bir 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 kendisi dövme yaparak yazmak.

b. Biyolojik Nedenler

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

Opیات Sistemi

Kendine zarar verme davranışlarının opiyat reseptörlerinin uyarılması sonucunda oluştuğunu belirtilmiştir. Kendine zarar verme davranışı olan etiyojileri farklı mental retardasyon olgularına opiyat antagonistleri verilen hastaların 2/3'ünde iyileşme olduğu belirtilmiştir. Kendine zarar verme davranışında opiyat sistem düzensizliğinin diğer bir göstergesi, olarak da endojen opiyat ölçümlerinden kaynaklanmıştır. Kendine zarar verme davranışı olan birçok hastada, ağrıya duyarsızlığın opioid aktivite epizodik artış teorisi ile açıklanabileceği belirtilmiştir (Van Der Kolk ve ark, 1991).

Dopamin Sistemi

Tourette sendromundaki kendine zarar verme davranışının dopaminerjik aktive düzensizliği ve dopamin reseptörlerinin aşırı duyarlılığıyla ilişkili olabileceğini öne sürülmüştür. 16 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 olabileceklerini, bu nedenle kendine zarar verme davranışının patofizyolojisine opiyat disfonksiyonunu katmamak gerektiğini öne sürülmüştür (Van Der Kolk ve ark, 1991).

Serotonin Sistemi

Biyolojik çalışmalarda kendini kesme davranışını serotonin azalması olarak açıklamışlardır. 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 olduğunu ve bunun beyindeki serotonin miktarından kaynaklandığını belirtmiştir. Düşük serotonin düzeyinin kişide irritabiliteye yol açtığını ve bunun da kişilerde kendini kesmeye ve intihara yol açabileceğini belirterek Simean'ın görüşü desteklenmiştir (Van Der Kolk ve ark, 1991).

c. Psikodinamik Kuramlar

Kendine zarar verme davranışı olan hastalar hakkında ilk psikoanalitik değerlendirme Emerson (1913) tarafından yayınlanmıştır. Dinamik görüş açısından kendini 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 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 (Tarlacı 1996).

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 yıllara gelindiğinde laboratuvar çalışmaları başlamış hayvanlar üzerinde operant koşullanma ile çalışılmaya başlanmıştır. Davranışçı yaklaşımla kendine zarar verme davranışı sonradan öğrenilmiş olup, hayatın zorluklarına karşı kişinin kendini koruma hissi olarak ele alınmıştır (Winchel ve Stanley 2001).

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 disosiyatif 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 (Van Der Kolk ve ark, 1991).

d. Diğer psikolojik kuramlar

Psikodinamik kuram dışındaki psikolojik kuramlar kendine zarar verme davranışını ikincil kazanç, yayılma taklit etme, uyum sağlama, öfke ve engellenme 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 sıklıkla 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 (Beiere ve Gil 1998, Van Der Kolk ve ark, 1991). Bu kişilerde semptomlar amaca ulaşıldıktan hemen sonra yatışmaktadır (Van Moffaert 1990).

Yayılma/ taklit etme: Kendine zarar verme davranışının tedavi ortamlarında bulaştığı veya yayıldığı olgusu birçok araştırmacı tarafından belirtilmiştir. Bir kişinin kendine zarar

vermesi o ortamda bulunan diğerleri tarafından davranışın taklit edilmesine yol açabilir. Matthews, aynı yaştaki ergen gruplarında epidemik tarzda kendine zarar verme davranışının kışkırtıcılığını vurgulanmıştır (Rosen ve Walsh 1989).

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 (Rosen ve Walsh 1989).

Ergen gruplarında kişilerin, kendi ciltlerine harf, kelime, sembol kazıma davranışları grupla özdeşleşmek ve kendini kanıtlamak amacıyla yapıldığı ve dürtüsel olmadığı belirtilmektedir (Van Der Kolk ve ark, 1991).

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 bulunduğu kurumlarda ve ergenlerin yatarak tedavi gördüğü psikiyatrik kurumlarda kişilerin geçmişinde kendine zarar verme davranışı olmadığı halde kendine zarar verme davranışları görülmektedir (Van Der Kolk ve ark, 1991).

Öfke ve engelleme: Duygusal yaşamın temel özelliklerinden biri olan öfkenin, özellikle borderline hastaları sonuçlarını düşünmeksizin kendine zarar verme davranışı göstermektedir. Özellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde istismara uğramış kişilerin kendilerine zarar verme sebepleri öfkeden kaynaklanmaktadır (Feldman 1988).

Özellikler

Tekrarlanan kendine zarar verme davranışlarına baktığımızda kendini kesmenin daha baskın olduğunu görmekteyiz. 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 (LeBlanch 1993, Feldman 1988).

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. Genellikle kendine zarar verme davranışında %75 oranla çoğul metot kullanılmaktadır. Sık rastlanan kendine zarar verme davranışı biçimlerine ek olarak yara kabuklarını kaldırmak, parmaklarını ısırma ve ezmek, saç çekmek, asit dökmek ve kendini ısırma olarak belirtmiştir (Ghauziuddin 1992).

Vücutta en çok zarar verilen yerler %74 kollar, %44 bacaklar, %25 karın, %23 kafa, %18 göğüs ve %8 genital bölgeler olarak sıralanmaktadır (Favazza 1992).

Kendine zarar verme erken ergenlik döneminde başlamakta ve ritüeller kültürlere göre değişmektedir. Kendine zarar verme davranışının çoğunlukla ergenlik döneminde başladığına dair görüş birliği vardır. Kendine zarar verme davranışı genellikle 13-19 yaşlarında başladığı belirtilmektedir. Bu konu ile yapılan bir çalışmada 240 kendini kesen kadınla görüşmeler yapılmış ve kendilerini 14 yaşında kesmeye başladıkları belirtilmiştir. Türkiye’ de yapılan bir çalışmada ise 16-20 arasında kendini kesme davranışının başladığı belirtilmiştir. Genellikle ergenlik döneminde başlayan kendine zarar verme davranışının zamanla artma, azalma ya da süregenleşme ile seyredip, birçok kişide 10-15 yıl sonra sonlandığı görülmektedir (Favazza 1993, Hawton ve Catalan 1987, Tarlacı 1996).

Kendine zarar verme davranışı sıklıkla düşük eğitim ve geliri düzeyi olan, genellikle bekar kişilerde görülmektedir (Favazza 1989, Herpetz 1995, Tarlacı ve ark, 1997).

Suç ve Aile Özellikleri

Aile özellikleriyle ilgili yapılan çalışmalarda erken dönemlerde izolasyon duygusu ya da ayrılık anksiyetesi yaşamaları ve fiziksel ya da seksüel istismara uğraması çocukların kendisine zarar vermesine neden olmaktadır (Rosenthal ve ark, 1972). Fiziksel istismara uğrayan çocuklar daha sonraki dönemlerde kendilerine zarar vermektedirler. Kendilerine cezalandırmak ve yoğun olarak yaşadıkları bu sıkıntıları kontrol etmek için kendilerine zarar vermektedirler (Roy 1978). Çocuklar ailenin sıkıntılarla baş etme şekli ve öfkenin dışa vurumunu içselleştirmekte ve sıkıntılarla karşılaştıkları zaman bu yöntemleri kullanmaktadırlar (Podvoll 1969).

21 hükümlü çocuk ve ergenin suç niteliklerini ve sosyodemografik özelliklerini, kendini yaralamayan hükümlülerle karşılaştırmış 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, aile parçalanması ve mükerrer suçluluk arasında kuvvetli bir bağ olduğu sonucuna varmışlardır (Dülger ve ark, 1997).

Eş tanı

Kendine zarar verme davranışı genel olarak kişilik bozuklukları, akut ve kronik psikotik bozukluklar, major afektif 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. Kendine zarar verme davranışı çok çeşitli problemler ve bozukluklarla ilişkili olabilir (Blank 1994). Bu konudaki ana görüşler:

1. %80 lere varan orandaki borderline kişilik bozukluğu hastalarında 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 kırılabilirlik faktörü olabilir.
4. Ağır çocukluk çağı cinsel istismarı, ya çocukluk sırasında veya erişkinlik döneminde TSSB olabilir.

Belirli klinik psikopatolojik durumlarda kendine zarar verme davranışının daha sık görüldüğünü belirtilmektedir. Kendine zarar verme davranışı; bazı toplumlarda dinsel ve kültürel bir davranış olmasına karşın, sınır kişilik bozukluğu, histrionik kişilik bozukluğu, psikotik bozukluklar, duygu durum bozuklukları, Gilles de la Tourette sendromu ruhsal bozukluklarda, mental retardasyonlar, Addison hastalığı, ensefalit ve entoksikasyonlar gibi organik bozukluklarda gözlenen ve patolojik kabul edilen bir davranış olarak belirtmiştir. Sınır kişilik bozukluğu olan hastaların diğer tanı gruplarına göre bedene zarar verme davranışında bulunma riskinin ve sıklığını fazla olduğunu belirtmiştir (Simeon ve Stanley 1992). 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 sunmuşlardır (Tarlacı ve ark, 1997).

Daha çok tekrarlayıcı, ritüel tarzda zeka geriliği olan hastalarda; cinsel organını kesme davranışı ile psikotik hastalarda, otistiklerde, borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalarda ve erkek mahkumlar arasında daha sık olduğunu bildirmiştir. Göz çıkarma ve organ kesme gibi davranışlar şizofreni gibi organik 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 (Favazza 1989).

Simeon ve ark. (1992) bedene zarar verme davranışının en sık kişilik bozuklukları olmak üzere, dissosiyatif ve anksiyete bozukluğunda görüldüğünü söyleyerek diğer çalışmalarını destekler bulgular vermiştir. 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 (Feldman 1988).

Sınır kişilik bozukluğu (SKB) tanısı alan bedenine zarar veren hastalarla normal kontroller arasında dissosiyatif yaşantılar ve hipnoza yatkınlık düzeyleri ile sürekli öfke, öfkenin ifade şekli ve kontrolü karşılaştırılmış olup; bu değişkenlerin sınırda kişilik bozukluğu grubunda cinsiyet farkı, çocukluk dönemi kötüye kullanımı ve özkıyım öyküsü ile ilişkisi araştırılmıştır. SKB grubunda 7 denekte çocukluk çağı kötüye kullanımı, 17 denekte ise özkıyım girişimi öyküsü alınmıştır (Ebrinç ve ark, 2001).

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. SKB 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 (Tarlacı 1996).

Kendini kesme davranışının AIDS için bir tehlike olduğunu belirtilmiştir. AIDS koruma programı nedeniyle hastaneye yatırılan 76 adolesanla yaptıkları çalışmada %61.2 'sinin kendine zarar verme davranışı olduğunu ve bu çocukların %26.7' sinin kendileri kestikleri aletleri diğer arkadaşlarıyla paylaştıklarını belirterek bunun AIDS için risk taşıdığını söylemişlerdir. Ayrıca cinsiyet, yaş, etnik durum ve psikiyatrik tanılarının kendini kesmede etkili olmadığını belirtmişlerdir (Clemente ve ark, 1991).

Kendine zarar verme ve alkol, 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. Borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerde madde kullanımının yaygın olduğu belirtilmektedir. Kendine zarar veren kişilerin %90' ında madde kullanımı 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 (Tarlacı ve ark, 1997).

Yapılan çalışmalar madde kullanımı olan kişilerin %25-40' ında travmatik yaşam deneyimi bulunduğunu göstermiştir. Travma sonrası stres bozukluğunda madde kullanımının sıklığına dikkat çekmişlerdir. Geçmişinde cinsel taciz ya da travmatik yaşam deneyimi olan kadınlarla yapılan bir çalışmada travma sonrası stres bozukluğu belirtileriyle başa çıkmak için alkol kullandıkları belirtilmiştir (Simpson 2003).

21 kendini kesen kızla yapılan çalışmada bunların üçte birinin alkol ve madde kullanımı olduğu görülmüştür. 24 kendini kesen kızla yapılan bir başka çalışmada %50' inin alkol ve madde kullandığı görülmüştür. Anksiyete ve depresyon kendini kesme davranışını artırmaktadır ve kişiler kendilerini keserken genellikle hap kullanmaktadırlar (Shea 1993).

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 altında yatan ya da birlikte gözüküğü dururmun tedavisi ile ortadan kalkmasını beklemek klinik uygulamada yeterli olmamaktadır. Bu nedenle kendine zarar verme davranışı bir belirti olarak kabul ederek, doğrudan uygun müdahalelerde bulunmak, hastanın gördüğü zararı azalatabilir. Ancak kendine zarar verme davranışına spesifik müdahalelerin etkinliği konusunda yeterli sayıda bilgi yoktur. Sonuç olarak kendine zarar verme davranışına spesifik müdahale yöntemlerinin geliştirilmesinin gerekli olduğu inancındayız.

B. ARAŞTIRMALAR

Kendine zarar verme davranışı sıklıkla ergenlik döneminde görülmektedir. Türkiye’ de yapılan çalışmalara baktığımızda kendine zarar verme davranışıyla ilgili araştırma sayısının çok az olduğunu görmekteyiz. Sokakta yaşayan, lise ikinci sınıfta okuyan ve tutuklu ve hükümlü ergenlerde yaptığımız çalışmalarda kendine zarar verme davranışıyla ilgili sonuçlar bu raporda derlenmiştir.

Lise Öğrencileri Araştırması

Bu araştırma İstanbul’da lise ikinci sınıf öğrencileri arasında, 43 okul ve 104 sınıfta yapıldı, toplam 3483 anket uygulandı. 517 anket ise uygulanamadı (%12.9). Sınıf büyüklükleri hesaplanan ortalama sınıf büyüklüğünden küçük olduğu için uygulanamayan anket sayısı 209 (%5.2), sınıflarda olmayan öğrenci sayısı ise 308’dir (%8.84). Araştırmaya 12 meslek, 23 genel, 6 özel lise alındı. Lise türüne göre öğrenci ve öğrencilerin cinsiyet dağılımları aşağıdaki tabloda görülmektedir. Örneklemin seçiminde çok basamaklı küme örnekleme yöntemi kullanıldı. Bunun için ilk aşamada, İstanbul’un farklı bölgelerinden ve farklı sosyoekonomik düzeyi olan 15 ilçe seçildi Anketler, her ilçede anketör olarak görevlendirilen ve özel olarak eğitilen rehber öğretmenler aracılığıyla yapılmıştır. Toplanan formların değerlendirilmesi optik okuyucu aracılığı ile yapılmıştır (Ögel ve ark, 2004).

İstanbul’da 10. sınıfta okuyan öğrencilerin %25.4’ü hayatı boyunca en az bir kere kendini kestiğini, %9.5’i hayatı boyunca en az bir kez vücudunda tütün söndürdüğünü ve %41.4’ü ise sinirlendiğinde başını ya da yumruğunu vurduğu için yaralandığını ifade etmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Hayatı boyunca kendini kesen, vücudunda tütün söndüren ve sinirlendiğinde baş ya da yumruğunu vurduğu için yaralananların oranları

	Hiç (%)	Bir kez (%)	2-3 kez (%)	4-5 kez (%)	5’den fazla (%)
Hayat boyunca kol ya da vücudun başka bir yerini kesenler	74.6	13.3	6.9	1.9	3.2
Hayat boyunca vücudunda tütün söndürenler	90.5	4.0	2.3	1.3	2.0
Sinirlendiğinde başını ya da yumruğunu vurduğu için yaralananlar	58.6	17.5	13.3	3.4	7.2

Kendine zarar verme davranışı sergileyenlerin yaklaşık yarısı (%52.2) kendini bir kez kestiğini belirtmiştir. Kendini 5 ya da daha fazla kez kesenlerin oranı %12.7’dir. Kendini kesenlerin yarıdan fazlası bunu ilk kez 13-15 yaşları arasında yaptıklarını belirtmişlerdir. Kendini ilk olarak 7 yaşında ya da daha önce kesenlerin oranı yaklaşık %10’dur. Kendini kesenlerin ilk kesme yaşı cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında erkeklerin kızlara göre daha küçük yaşlarda kendilerini kesmeye başladıkları görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 2: Kendine zarar verme davranışı sergileyenlerde kendini kesme sıklığı, ilk kesme yaşı oranları ve kendini keserken madde etkisinde olma oranları

	N	%
Kendini kesme sayısı		
Bir kez	456	52.2
2-3 kez	239	27.4
4-5 kez	67	7.7
5'den fazla	111	12.7
Kendini ilk kesme yaşı		
7 yaş ve altı	79	9.8
8-12 yaş	160	19.8
13-15 yaş	454	56.0
16 yaş ve üstü	117	14.4
Madde etkisinde olma		
Bir kez/çok seyrek	120	36.9
Ara sıra	75	23.1
Sık sık	46	14.2
Her zaman/sürekli	84	25.8

Erkeklerde kendine zarar verme davranışı gösterme riski kızlara göre yaklaşık 1,5 kat, vücudunda tütün söndürme riski yaklaşık 2 kat, sinirlendiğinde başını, yumruğunu vurduğundan yaralanma riski yaklaşık 3 kat daha fazladır (Tablo 3).

Tablo 3: Kendine zarar verme davranışı, vücudunda tütün söndürme, sinirlendiğinde başını, yumruğunu vurduğundan yaralanma ve cinsiyetlere göre karşılaştırılması

	Genel (%)	Erkek (%)	Kız (%)	Erkek/Kız OR (CI)
Kendine zarar verme davranışı olanlar	25.1	28.4	21.2	1.47 (1.26-1.73)*
Hayatı boyunca vücudunda tütün söndürenler	9.5	11.7	6.9	1.80 (1.41-2.29)*
Sinirlendiğinde başını, yumruğunu vurduğundan yaralananlar	41.4	52.4	28.3	2.78 (2.41-3.21)*

Kendine zarar verme davranışı gösterenlerin dörtte biri bu davranışı madde etkisindeyken yaptıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerde madde etkisi altında kendine zarar verenlerin oranı %9.5' tir. Cinsiyetler açısından bakıldığında erkeklerde kendine zarar verme davranışı sergilerken madde etkisinde olma riski kızlara oranla 2 kat daha fazladır (Tablo 4).

Tablo 4: Kendine zarar verme davranışı, vücudunda tütün söndürme, sinirlendiğinde başını, yumruğunu vurduğundan yaralanma ve bunları yaparken madde etkisinde olma riskinin karşılaştırılması

	Genel (%)	Erkek (%)	Kız (%)	Erkek/Kız OR (CI)
Kendine zarar verme davranışı olanlar	25.1	28.4	21.2	1.47 (1.26-1.73)*
Madde etkisinde olma	9.5	12.0	6.6	1.92 (1.50-2.46)*

*p<0.05

Kendine zarar verenler ve vermeyenlerin alkol ve madde kullanım riskleri karşılaştırıldığında kendine zarar verme davranışı sergileyenlerin tüm maddeler için daha fazla risk altında olduğu görülmektedir. En yüksek risk esrar kullanımını içindir (Tablo 5).

Tablo 5: Kendine zarar verme davranışı olan ve olmayanların alkol ve madde kullanım yaygınlığı karşılaştırması

	KZVD olmayan		KZVD olan		KZVD olan / KZVD olmayan OR (CI)
	n	%	n	%	
Alkol	1060	43.4	498	72.0	3.352 (2.78-4.02)*
Uyuşturucu haplar (roş, akineton)	53	2.2	59	8.7	4.196 (2.86-6.14)*
Sakinleştirici haplar (diazem, xanax)	58	2.4	76	11.3	5.114 (3.59-7.28)*
Esrar	72	3.0	110	15.9	6.232 (4.56-8.50)*
Uçucu maddeler (tiner, bali)	83	3.4	99	14.3	4.729 (3.48-6.41)*
Ecstasy	46	1.9	51	7.4	4.147 (2.75-6.23)*
Eroin	31	1.3	19	2.7	2.187 (1.22-3.89)*

*p<0.05

Sokakta Yaşayan Çocuklar Araştırması

Bu araştırma, 2002 ve 2003 yıllarında İstanbul'da, çocuk koruma merkezlerinde kalan 21 yaş altı çocuk ve ergenler araştırmaya alınmıştır. En az son bir aydır gecelerin büyük çoğunluğunu ailesinin yanında geçirmeyen ve sokakta kalan çocuklar, sokakta yaşayan olarak tanımlanmıştır. Yazarlar tarafından oluşturulan soru formu ve DSM IV için SCID görüşme formu kullanılmıştır. Formlar beş görüşmeci tarafından yüz yüze uygulanmıştır (Ögel ve ark, 2004).

Sokakta yaşayan çocukların %20.6'sında KZVD olduğu saptanmıştır. KZVD olanların hepsi kendini kesme biçimindeydi. Erkeklerin %38.7'si kendilerine KZVD gösterirken, bu oran kızlarda %15.4'di. Cinsiyetler arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 1). Sokakta yaşayan çocuklarda ilk KZVD başlama yaşı ortalaması 16.3±2.4'tü. Kendine zarar verme davranışına başlama yaşı ortalaması erkeklerde 16.3±2.5, kızlarda ise 16.0±1.4 olarak bulundu.

15 yaş ve üstü ile altını karşılaştırdığımız zaman da, her iki yaş grubunda KZVD açısından bir fark saptanmadı. Aynı şekilde bugüne kadar ruhsal tedavi gören ve görmeyenler arasında da bir fark yoktu. Sokakta 4 yıl ve daha uzun süredir yaşayanlarda KZVD riski, sokakta 4 yıldan daha az süredir yaşayanlara göre iki kat fazla olarak bulundu (Tablo 1).

Tablo 1: Sokakta yaşayan çocuklarda KZVD ile cinsiyet, yaş, ruhsal tedavi görme ve sokakta kalma süreleri oranları

	n	%	odds (GA)
	124	20.6	
Cinsiyet			
Kız	20	15.4	0.7 (0.3-1.7)
Erkek	104	38.7	
Yaş			
15 yaş ve altı	44	62	0.7 (0.4-1.4)
15 yaş ve üstü	80	67.8	
Ruhsal tedavi			
Gören	23	74.2	1.5 (0.6-3.6)
Görmeyen	100	65.4	
Sokakta yaşama süresi			
4 yıldan az	47	43.1	0.4 (0.2-0.8)
4 yıl ve daha fazla	35	62.5	

Fiziksel şiddete maruz kalan, cinsel taciz veya tecavüze uğrayanlarda, işkenceye maruz kalanlarda KZVD oldukça yüksek oranlardaydı. Ancak travmatik yaşantıları olan ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Suç işleyenlerde KZVD riski, suç işlemeyenlere göre 3 kat daha yüksek olarak bulundu (Tablo 2).

Tablo 2: Sokakta yaşayan çocuklarda KZVD ile cinsiyet, yaş, ruhsal tedavi görme ve sokakta kalma süreleri oranları

	n	%	odds (GA)
Travmatik yaşantılar			
Fiziksel şiddete maruz kalan	83	66.4	1.0 (0.4-2.5)
Cinsel tacize uğrayan	33	75	1.5 (0.7-3.4)
Tecavüze uğrayan	28	63.6	0.8 (0.4-1.7)
İşkenceye maruz kalan	62	68.1	1.1 (0.6-2.1)
Suç işleme			
İşleyen	76	74.5	3.3 (1.6-6.7)
İşlemeyen	23	46.9	

Sokakta yaşayan ve kendine zarar veren çocuklarda madde kullanımı oranı %31.7' dir. Madde kullanımı olan ve çocuklarda kendine zarar verme riskinin kullanmayanlara göre 6 kattan fazla olduğunu görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3: Sokakta yaşayan çocuklarda kendine zarar verme ve madde kullanımı arasındaki ilişki

	n	%	odds (GA)
Madde kullanımı			
Olan	111	76.4	6.8 (3.1-14.6)
Olmayan	13	31.7	

Kendine zarar veren çocuklarda tercih maddelerine ve cinsiyete göre kendine zarar verme davranışına baktığımızda boya tineri kullananlarda KZVD sıklığının en yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Boya tinerini yapıştırıcı takip etmektedir. Cinsiyetler arasında tercih maddesine göre KZVD farklılık göstermektedir. Erkeklerde boya tinerini tercih edenlerde KZVD en yüksek orandadır. Kızlarda ise alkol ve boya tineri kullananlarda KZVD sıklığı yüksektir (Tablo 4).

Tablo 4: Kullanılan maddenin türüne göre sokakta yaşayan çocuklarda kendini kesme oranı

Tercih maddeleri	Genel*		Cinsiyet **			
	n	%	Erkek		Kız	
	n	%	n	%	n	%
Sigara	15	12.9	11	11.3	4	21.1
Alkol	11	9.5	5	5.2	6	31.6
Boya tineri	67	57.8	61	62.9	6	31.6
Yapıştırıcı	16	13.8	15	15.5	1	5.3
Esrar	6	5.2	4	4.1	2	10.5
Flunitrazepam	1	0.9	1	1.0	-	-

* χ^2 :33.8, sd:5, p=0.00

** χ^2 :40.7, sd:5, p=0.00

KZVD'nin belirleyicilerini saptamak için sokakta yaşayan çocuklarda çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmış (Tablo 5), sadece suç ve madde kullanımının model içinde belirleyici olduğu gözlenmiştir.

Tablo 5: Çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları

	B	S.E.	Wald	df	Sig	R
Yaş	-0,7370	0,4874	2,2867	1	0,1305	-0,0391
Cinsiyet	-0,8887	0,7083	1,5741	1	0,2096	0,0000
Ruhsal tedavi	-0,0941	0,6548	0,0206	1	0,8857	0,0000
Sokakta yaşam süresi	0,0359	0,4378	0,0067	1	0,9346	0,0000
Fiziksel istismar	-0,1247	0,5844	0,0456	1	0,8310	0,0000
Cinsel taciz	-0,2004	0,5678	0,1245	1	0,7242	0,0000
Tecavüz	-0,8593	1,1734	0,5363	1	0,4640	0,0000
İşkence	0,0756	0,5007	0,0228	1	0,8800	0,0000
Suç	1,4445	0,4806	9,0325	1	0,0027	0,1936
Madde kullanımı	2,2129	0,5141	18,5290	1	0,0000	0,2968

Tutuklu ve Hükümlü Ergenler Araştırması

Bu araştırmanın örneklemini İstanbul, Ankara, Elazığ ve İzmir’ de bulunan tutukevi ve ıslahevinde bulunan 18 yaş ve altı ergenler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü 270 olarak belirlenmiştir. Her kurumdan seçilecek ergen sayısı kurumun genel örneklem içindeki ağırlığına göre belirlenmiştir. Her kurumda kalan ergenler önceden belirlenen bir rastgele yöntemiyle seçilmiştir. Klinik olarak zeka geriliği ya da zihinsel bir sorunu olduğu düşünülen çocuk ve ergenler çalışmaya alınmamıştır. Araştırmada Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği tarafından geliştirilen bir anket formu uygulanmıştır (Aksoy ve Ögel, 2004).

Çalışmaya alınan ergenlerin %23.1’ i kendini kesmekte, %5.8’ i ise vücuduna sigara basmaktadır. Kendini kesmeyenlerin oranı %34.1, vücuduna zarar vermeyenlerin oranı ise %78.8 olarak saptanmıştır. Bir kez kendini kesenlerin oranı %23.1 ve vücuduna sigara basanların oranı %9.2’ dir (Tablo 1).

Tablo 1: Kendini kesme ve vücuduna sigara basma oranları

	kendini kesme		vücuduna sigara basma	
	N	%	n	%
Hiç	90	34,1	205	78,8
1 kere	61	23,1	24	9,2
2-3 kere	33	12,5	9	3,5
4-5 kere	19	7,2	7	2,7
6 ve daha fazla	61	23,1	15	5,8

Çocukların %32.3' ü kendini ilk 13-15 yaşları arasında ilk kez kesmektedir. 7 yaş ve altında ilk kez kendini kesme oranı %3.2' dir. 6 yaş ve üstünde ise %21.1' dir (Tablo 2).

Tablo 2: İlk kendini kesme yaşı

	N	%
hiç kesmedim	77	30,7
7 yaşve altı	8	3,2
8-12 yaş	32	12,7
13-15 yaş	81	32,3
16 ve üstü	53	21,1

Tutuklu ve hükümlü çocuklardan kendini kesenlere en son ne zaman kendilerini kestiğini sordüğümüzda %11 dün yanıtı vermiştir. Son bir ay içinde kendini kesme oranı %13, bir hafta önce kesme oranı%10' dur (Tablo 3).

Tablo 3: En son kendine zarar verme oranı

	N	%
Dün	22	11,0
Bir hafta önce	20	10,0
Son bir ay içinde	26	13,0
Birkaç ay önce	46	23,0
Bir yıldan fazla	86	43,0

Kendine zarar verenlerin %70.3' ü kesmeden önce madde kullanmamaktır. Madde etkisi altında kesme anına baktığımızda %14.1' i çok seyrek, %7.8' i ara sıra, %0.8' i sık sık, %7' si ise her zaman yanıtını vermiştir (Tablo 4).

Tablo 4: Kendine zarar verirken madde etkisi

	N	%
Hiçbir zaman	180	70,3
Çok seyrek	36	14,1
Ara sıra	20	7,8
Sık sık	2	0,8
Her zaman	18	7,0

Araştırmaların genel değerlendirmesi

İstanbul' da 10. sınıfta okuyan öğrencilerde kendilerine zarar verme oranlarına bakıldığında %25.4 olarak saptanmıştır. Bu oran sokakta yaşayan çocuklarda %20.6, tutuklu ve hükümlü çocuklarda ise %23.1 olarak saptanmıştır. Her grupta kendine zarar verme oranları yaklaşık olarak birbirine yakın bulunmuştur. Kendine zarar verme yaşına baktığımızda her üç grupta 13-15 yaşları arasında kendine zarar verme davranışına başladıkları bulunmuştur. Öğrencilerde kendini ilk olarak 7 yaşında ya da daha önce kesenlerin oranı yaklaşık %10' dur. Tutuklu ve hükümlü çocuklarda ise bu oran %3.2 olarak bulunmuştur.

İstanbulda 10. sınıfta okuyan öğrencilerde madde kullanımı ile kendine zarar verme arasındaki ilişkisine baktığımızda kendini kesenlerin %9.5' i kendini keserken madde kullanmaktadır. Bu oran sokakta yaşayan çocuklarda %31.7 olarak, tutuklu ve hükümlü çocuklarda ise %7 olarak bulunmuştur. Bu oranın sokakta yaşayan çocuklarda daha fazla çıkması sokak yaşamı içinde madde kullanımının daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Öğrencilerde en yüksek risk esrar kullanımı iken sokakta yaşayan çocuklarda boya tineri ve yapıştırıcı kullanımı kendini kesme davranışı için risk oluşturmaktadır. Sokakta yaşayan kızlarda ise alkol ve boya tineri kullananlarda kendine zarar verme sıklığı yüksek olduğu görülmüştür.

Sokakta yaşayan çocuklarda travma yaşantıları ve kendine zarar verme riski arasında bir fark gözlenmemiştir. Aynı şekilde araştırmamızda kendine zarar verme davranışı ile geçmişte ruhsal tedavi görme açısından anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Suç işleyen çocuklarda KZVD oranı oldukça yüksektir. KZVD görülme riskinin sokakta yaşam süresi, madde kullanımı ve suç işleme ile ilişkili olduğu gözlenmektedir. Bunlar içinde suç işleme ve madde kullanımının KZVD için belirleyici olduğu da saptanmıştır.

C. YAKLAŞIM

Ergenlerde genellikle dürtüsel kendine zarar verme davranışıyla karşılaşmaktayız. Ergenlere dürtülerini kontrol etmeyi öğretmek, kendini kesme davranışını azaltmaktadır. Kendini kesen ergenlere yaklaşımdaki temel hedeflerimizden biri kendini kesme davranışının ayrıntılı bir analizini yapmak olmalıdır. Eğer ergende madde kullanımı varsa ve kesme davranışıyla ilgili ise kesme davranışının madde kullanımıyla ilişkisini göstermek gerekir. Sonra sorunlar karşısında kendini kesmek yerine sağlıklı başa çıkma yolları bulması öğretmek hedeflenmelidir. Kendini kesme davranışının temelinde yatan etkenleri hasalıklar varsa önce bunları tedavi etmek amaçlanmalıdır (örneğin depresyon, travma sonrası stres bozukluğu vb). Ayrıca ergenin kendini keserek kendisine zarar verdiğinin farkına varmasını sağlamak ergene yaklaşımda önemlidir.

- Önce eski kesileriyle ilgilenin. İlgilenirken acıma ya da korku duygusu göstermeyin “nötr” olun. En eski kesinin hangisi olduğunu göstermesini isteyin. İlk ne zaman kestiğini, kesmeye nasıl başladığını sorun. İlk kesinin ayrıntılı bir öyküsünü alın.
- En son ne zaman kestiğini sorun ve o kesiyi göstermesini isteyin. Kesinin bir analizini yapın. Kestiği sırada nerede olduğu, saatin kaç olduğu, madde etkisi altında olup olmadığını sorun. Kesmeden önce ne hissettiğini ve ne düşündüğünü araştırın. Kesmeye başlamasındaki motivasyonu anlamaya çalışın. Kestikten sonra ne hissettiğini ve düşündüğünü sorun. Kişinin kendini kesmesine yol açan olayların duygusal, düşüncesele, ve davranışsal analizlerini yapın. Bu yaşantılarının diğer kesilerinde de benzer olup, olmadığını, farklılıklar varsa bunların neler olduğunu araştırın.
- Kesme eylemi ile ilgili topladığınız bilgileri özetleyin ve doğru anlayıp anlamadığınızı sorun. Yanlışlıklar varsa düzeltin.
- Madde kullanımıyla kendini kesme arasındaki ilişkinin farkına varmasını sağlayın. Genellikle kişiler madde etkisi altındayken kendilerini kesme eğilimi gösterirler.
- Kendisini kesmeye devam etmek isteyip istemediğini araştırın. Eğer istemiyorsa bunun için neler yapması gerektiğini sorun. Önerileri varsa dinleyin. Duygularının farkına varması ve kendini kesmek yerine başka davranış yolları bulması gerektiğini anlatın.
- Kendini kesme ile yaşadığı somut olumsuz olaylar arasındaki bağlantıyı kurmasında ona yardımcı olun. Reddedilme, utanma, öfke, yalnızlık gibi duygular, geçmiş psikolojik travmalar ya da akran baskısı gibi etkenlerle kendini kesiyorsa bunun farkına varmasını sağlayın. Daha sağlıklı başa çıkma yolları bulması gerektiğini belirtin ve daha sağlıklı başa çıkma yolları bulması için yardım edin. Geçmişte verdiği örneklerden birisini ele alın, aynı durumda kendisini kesmek yerine neler yapabileceğini tartışın.

- Genel olarak en çok hangi durumların risk faktörü taşıdığını, yani kendini kontrol etmekte zorlandığını görmesine çalışın. Bunların bir listesini çıkarın ve risk etkenleri ile başa çıkma yolları üstünde tartışın.
- Kişiyi, harekete geçirmeden önce yapabileceği olası davranışlar üzerinde durun. Kişiyi canlandırma ve model almayı kullanarak,
 - Dur
 - Düşün
 - Dinle
 - Plan Yap
 - Harekete Geç stratejisini öğretin.

Trafik lambası örneğini kullanarak kişiyi egzersizler yaptırın. Bunu bir anahtar kelime olarak da nitelendirmesini, kişinin riskli olarak tanımladığınız olaylar karşısında kendi kendine “trafik lambası” demesini sağlayın. Bu genç için bir hatırlatıcı görevi görecek ve harekete geçmeden önce durup, düşünüp, plan yapmasına yardım edecektir.

- 1 Kırmızı ışık: Durması-hemen tepki vermemesi (Bu çok önemli bir basamak; çünkü kendilerini kontrol etmek en zor kısmı; bu nedenle çalışmalarınızı yaparken belki de basamak basamak ilerlemek zorunda kalabilirsiniz. Yani uzun bir süre sadece “hemen tepki vermemesi, kendini tutması” aşamasında çalışmanız, bunu becerdikten sonra diğerlerine geçmeniz gerekebilir. Eğer önceki bilgilerinizden kişinin bu basamağı hemen geçemeyeceğini anlarsanız onun motivasyonunu kırmamak için sadece ilk basamağa yoğunlaşın.).
 - 2 Sarı ışık: Düşünüp plan yapması; yani verebileceği en sağlıklı tepkinin ne olacağına karar vermesi.
- Yeşil ışık: Harekete geçmesi, tepkisini göstermesi.

- Kendini keserek aslında yine kendisine zarar verdiğini anlamasına yardımcı olun. Örneğin karşısındakine öfkelenildiği zaman, ya da reddedildiği zaman kendini keserek yine kendisine zarar verdiğinin, kaybedenin yine kendisi olduğunun farkına varmasını sağlayın.
- Kendini kesme için temelde yatan belirgin bir etken varsa bunun tedavisine gidin. Örneğin psikolojik travma varsa travma tedavisi yapmak ya da öfke kontrolünü öğretmek gibi.
- Her görüşmede o hafta içinde kendini kesme davranışının olup olmadığını soruşturun. Eğer olmadıysa neden olmadığını sorun ve tartışın, riskli durumlar yaşadıysa nasıl başa çıktığını öğrenin ve sağlıklı başa çıkma yolları üstünde durun. Eğer kendini kestiyseniz, davranışının analizini yapın. Bunun yerine ne yapabileceğinin üstünde durun ve çözüm yolları bulmasını sağlayın.

D. KAYNAKLAR

1. Ak İ, Erden C, İnci Y ve ark.: Self-mutilasyonun psikososyal yönden incelenmesi. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Özetleri, Bursa,1993; 80.
2. Aksoy A, Ögel K. Tutuklu ve hükümlü ergenlerin özellikleri: Türkiye’de yapılan çalışmaların gözden geçirilmesi. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğünün Gözetimindeki Çocuklara Yönelik Hizmetlerin İyileştirilmesi Projesi İhtiyaçların Belirlenmesi Çalışması. Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği, İstanbul, 2004
3. Baral I, Kora K, Yüksel Ş, Sezgin U: Cinsel istismara uğramış erişkin kadınlarda kendine zarar verme davranışı ve tedavisi. Nöropsikiyatri Arşivi 1996; 33(1):49-54.
4. Barstow DG: Self-injury and self-mutilation . Nursing approaches. J Psychohos Nurs Ment Health Serv 1995; 33:19-32.
5. Blank AS: Clinical detection, diagnosis, and differential diagnosis of post-traumatic stress sidorder. DA Jomb (ed). Psychiatric Clin North Am 1994; 17:351-384.
6. Briere J, Gil E: Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalance, correlates and functions. Am J Orthopsychiatry 1998; 68:609-620.
7. Brodsky BS, Colitre M, Dulit RA: Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1995; 152:1788-92
8. Clemente RJ, Panton LE, Hartley D: Prevalance and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission. J Am Acad Adolesc Psychiatry 1991; 30(5);735-739.
9. Dülger HE, Tokdemir M, Tezcan EA, Kuloğlu M, Doğan I: Elazığ ıslahevi’ndeki çocuk ve ergen hükümlülerde kendini yaralama davranışı. Düşünen Adam 1997; 10:18-21.
10. Ebrinç S, Başoğlu C, Semiz BÜ, Çetin M: Bedenine zarar veren sınır kişilik bozukluğu hastalarında disosiyasyon, hipnoza yatkınlık ve çocukluk çağı cinsel kötüye kullanımı 3P Dergisi 2001; 9:377-386.
11. Farberow N: The Many Faces of Suicide. New York, McGraw-Hill Book Co, 1980
12. Favazza AR, Conterio K: Female habitual self-mutilators.Acta Psychiatr Scand 1989; 79:283-289.
13. Favazza AR, Rosenthal RJ: Diagnostic issues in self mutilation. Hosp Community Psychiatry 1993; 44:134-140.
14. Favazza AR: Repetitive self-mutilation.Psychiatric Annal 1992; 22(2);60-63.
15. Favazza AR: Bodies under siege. İkinci baskı, Baltimore, John Hopkins University Press,1996.
16. Favazza AR: Why patients mutilate themselves. Hosp Community Pschiatry 1989, 40:137-145
17. Feldman MD: The challange of self-mutilation:a review.Compr Psychiatry 1988; 29:252-69.

18. Ghauziuddin M, Tsai L, Naylor M: Mood disorder in group of self-cutting adoslencents. *Acta Paedo-psychiatry* 19992; 55:103-105
19. Graff H, Malin R: The syndrome at the wrist cutter. *AM J Psychiatry* 1967; 124:36-42.
20. Hawton K, Catalan K: *Attempted Suicide: A Practical Guide to Its Nature and Management*. 2nd edn., Oxford University Press, London,1987.
21. Herman JL: *Trauma and Recovery: The aftermath of violence- from domestic abuse to political terror*. New York, Basic Books, 1992.
22. Herpetz S: Self-injurious behavior: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91:57-68.
23. <http://www.epi.org/cutting2.htm>
24. Langbehn D, Pfhof B: Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients. *Ann Clin Psychiatry* 1993; 5:45-53.
25. LeBlanch R: Educational managemet of self-injurious behavior. *Acta Paedopsychiatrica* 1993; 56:91-92.
26. Miller D: *Women Who Hurt Themselves*. New York, Basic Books, 1994.
27. Ögel K, Eke C, Taner S, Erol B. İstanbul'da öğrencilerde riskli davranışlar araştırması. Yeniden yayın no: 6. İstanbul, 2004.
28. Ögel K, Yücel H, Aksoy A . İstanbul' da sokakta yaşayan çocukların özellikleri. Yeniden Bilimsel Araştırma Raporları. Yayın No:7, İstanbul, 2004.
29. Pattison EM, Kahan J: The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry* 1983; 14:867-872.
30. Podvoll EM: Self-mutilation within a hospital setting: a study of identity and social aompliance. *Br J Med Psychol* 1969; 42:213-221.
31. Rosen PM, Walsh BW: Patterns of contagion in self-mutilation epidemics. *Am J Psychiatry* 1989; 146:656-658.
32. Rosenthal RJ, Rinzler C, Walls R: Wrist cutting syndrome: the meaning of gesture. *Am J Psychiatry* 1972; 128:1363-1368.
33. Roy A: Self-mutilation. *Br Med Psychol* 1978; 51:201-203.
34. Saphiro S: self-mutilation and self blame in incest victims. *Am J Psychol* 1987:XII:46-53.
35. Shea ST: Personality disorder and self-wounding. *Br J Psychiatry* 1993; 5:45-53
36. Sieman D, Hollander E: *Self-Injury Behavior:Assessment and Treatment*. American Psychiatric Publishing. Washington, 2001.
37. Simeon D, Stanley B, frances A ve ark: self-mutilation in personality disordera:psychological and biological correlates. *Am J Psychiatry* 1992; 149:221-226.
38. Simpson TL: Childhood sexual abuse, PTSD, and the functional roles of alcohol use among women drinkers. *Subst Use Missue* 2003; 38:249-270.
39. Tantam D, Whittaker J: Personality disorder and self-wounding.*Br J Psychiatry* 1992; 161:451-64.
40. Tarlacı N, Yeşilbursa D, Türkcan S, Saatçioğlu Ö, Yaman M: B kümesi kişilik bozukluklarında kendini yaralamanın özellikleri.*Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8(1): 29-35.

41. Tarlacı N: B Kümesi Kişilik Bozukluklarında Self Mutilatif Davranış Özellikleri. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 1996.
42. 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.
43. Van Der Kolk B, Perry JC, Herman JL: Childhood origins of self-destructive behavior. Am J Psychiatry 1991; 148:1665-1671.
44. Van Moffaert MM: Self-mutilation diagnosis and practical treatment. Int J Psychiatry Med 1990; 20:373-382.
45. Walsh BW, Rosen PM: Self-Mutilation Theory, Research and Treatment. New York, Guilford Pres, 1988.
46. Winchel RM, Stanley M: Self-injurious Behavior: Assesment and Treatment. Washington, American Psychiatric Publishing, 2001.