

Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı

Deliberate Self Harm Behavior

Fatma Gül Helvacı Çelik, Çiçek Hocaoğlu

Öz

Kişinin bilinçli ölüme isteği olmadan doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişim olarak tanımlanan kasıtlı kendine zarar verme davranışı, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kasıtlı kendine zarar verme davranışının nedenleri, risk faktörleri, ruhsal bozukluklarla ilişkisi ve tedavi yaklaşımları tam olarak bilinmemektedir. Sınır kişilik bozukluğu, histrionik kişilik bozukluğu, yeme bozuklukları ve duyu durumu bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmektedir. Ayrıca, kasıtlı kendine zarar verme davranışının intihar davranışından ayırt edilmesi de gerekir. Psikolojik travmanın kasıtlı kendine zarar verme davranışı için bir risk faktörü olduğu ileri sürülmüştür. Travma ve travmatik olaylar uzun zamandır kasıtlı kendine zarar verme davranışı ile ilişkilendirilmiştir. Bu gözden geçirme yazısında kasıtlı kendine zarar verme davranışının nedenleri, epidemiyolojisi ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Kasıtlı kendine zarar verme davranışı, etiyoloji, risk faktörleri.

Abstract

The deliberate self-harm behaviour which defined as attempting to own body resulting in tissue damage without conscious desire of people to die, is a major public health problem worldwide. The causes of deliberate self-harm, risk factors, the relationship between mental disorders and treatment strategies are not fully known. Deliberate self-harm can be observed together with psychiatric disorders such as borderline personality disorder, histrionic personality disorder, eating disorders and mood disorders. Also, deliberate self-harm must be distinguished from suicidal behavior. Psychological trauma has been suggested as a risk factor for deliberate self-harm behavior. Trauma and traumatic events have long been associated with deliberate self-harm behavior. The aim of this review article is to investigate the etiology and epidemiology of deliberate self-harm behaviour and relationship between psychiatric disorders.

Key words: Deliberate self-harm, etiology, risk factors.

KASITLI KENDİNE ZARAR VERME (KKZ) davranışı, yaygınlığı giderek artan ve özellikle ergenlik döneminde sık görülen önemli bir ruh sağlığı sorunudur. Kişinin vücudunun belirli bölümlerine zarar vermesi, bu eylemin tekrarlayıcı olması, bilinçli olmaması, ölümcül olmaması, yaşamı tehdit etmemesi yer almaktadır. Kendine zarar verme davranışına özgü bir psikiyatrik bozukluk yoktur. Ancak, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları ile davranım bozukluğu, yeme bozuklukları ve özellikle sınır kişilik bozukluğu olmak üzere kişilik bozukluklarının seyri sırasında KKZ davranışı izlenebilir. KKZ davranışı sıklıkla kadın cinsiyette ve ergenlerde görüldüğü bildirilmiştir (Schroeder ve ark. 2002, Whitlock ve ark. 2006). Konu ile ilgili bir çalışmanın sonucuna göre toplumda görülme

sıklığı %1 iken, bu oranın ergen ve genç erişkin yaş grubunda %12'ye kadar çıkabileceği bildirilmiştir (Briere ve Gil 1998). Amerikan yetişkin toplumunun ise yaklaşık %4'ünde KKZ davranışı öyküsü olduğu ve %1'nin tekrarlayıcı ve şiddetli şekilde kendine zarar verdiği gösterilmiştir (Klonsky ve ark.2003). Görülme sıklığının her geçen gün arttığını bildiren çalışmalar olmasına rağmen KKZ davranışının nedenleri, risk faktörleri ve tedavi yaklaşımlarına ilişkin bilgiler sınırlıdır (Jacobson ve ark 2007). Bu güne kadar yapılan çalışmalarda psikodinamik, biyolojik, psikososyal, ailesel etkenler ve kişilik özelliklerinin kasıtlı kendine zarar verme davranışının etiolojisinde rol alabileceği ileri sürülmüştür (Laye-Gindhu ve ark. 2005, Claes ve ark.2007). Bu nedenle KKZ davranışının nedenlerinin, klinik seyri ve risk faktörlerinin daha iyi anlaşılmasına gereksinim vardır.

Bu çalışmada, KKZ davranışının olası nedenlerinin ve risk faktörlerinin araştırılması ve özellikle ergenleri bu davranışa sürükleyen etmenlere ışık tutarak, bu alanda yapılan araştırmalara katkıda bulunmak, KKZ davranışının önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

Tanımı

KKZ davranışı vücut dokusu hasarıyla sonuçlanan, kasıtlı, doğrudan yıkıcı ya da bozucu davranış olarak tanımlanmıştır. (Feldman 1988, Favazza 1998, Winchel ve Stanley 1991). Günümüze değin KKZ davranışı; kasten kendine zarar verme (deliberate self-harm), kendini yaralama (self mutilation), kendine zarar verme (self injury), fiziksel olarak kendini tahrip etme (self destruction), parasuicide (ölüm amacı taşımayan intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları), kendine yönelik agresyon (otoagresyon) gibi çeşitli tanım ve terimler ile ele alınmıştır (Welch 2001). Sınır kişilik bozukluğu ölçütlerinde de geçen "self-mutilation" terimi, genellikle bir vücut parçasının fiziksel ya da işlevsel olarak tam ya da kısmi kaybını içeren ağır bir kendine zarar verme biçimini ifade eder. İntihar niyeti ile kendine zarar vermenin birlikte ele alınması kavram karmaşıklığına yol açmakta ve dolayısıyla iki fenomenin birbirinden farklı anlamları olduğu gerçeğinin üzerini örtmektedir. Bu iki davranışın ayırt edilmesi ve uygun bir tanımının yapılması; başarılı bir tedavi ve doğru bir şekilde kavramlaştırma için önemlidir (Fliege ve ark. 2006). Son yıllarda "intihar niyeti taşımayan kendine zarar verme" (nonsuicidal self-injury) araştırmacılar tarafından kabul gören bir terim olmaya başlamıştır (Ernst ve ark.2010). KKZ davranışının çoğu tanımında bilinçli intihar niyeti içeren davranışlar açıkça dışlansa da niyet her zaman güvenilir değildir, hasta ölme niyeti ile ilgili olarak ambivalan olabilir ve/veya intihar niyetini gizleyebilir (Cooper ve ark 2005). Ayrıca KKZ davranışının fiziki ciddiyeti de intihar niyeti için iyi bir gösterge değildir. İntihar amaçlı olan ve olmayan KKZ davranışı çoğunlukla birlikte bulunur ve KKZ intihar girişimleri için bir risk faktörüdür (Canetto 1997, Hickey ve ark. 2001, Fliege ve ark. 2003).

KKZ davranışı kişinin kendini ciddi bir şekilde zarar verecek biçimde kesmesi ya da vücudunun belirli bölümlerine zarar vermesi olarak tanımlanmıştır (Ferberow 1980). Walsh ve Rosen (1988) ise isteyerek ve amaçlı olarak yapılan, genellikle ölümcül olmayan ve toplumsal olarak kabul edilmeyen davranış olarak tanımlanmıştır. Favazza (1998), KKZ davranışını "kişinin yaşamını sonlandırma amacı olmaksızın kasıtlı olarak ve tekrarlayıcı biçimde beden dokularına zarar vermesi olarak" belirtmiştir. Ghaziuddin ve ark. (1991)KKZ davranışını kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan doku hasarı ile

sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişimi olarak tanımlamışlardır. LeBlanch'ın (1993) KKZ davranışı tanımı ise 'ortama uyamamanın ve hoşnutsuzluğun aynada bir yansımaları' şeklindedir. Bu tanımlamaların ortak özellikleri arasında vücudun belirli bölümlerine zarar verilmesi, bu eylemin tekrarlayıcı olması, bilinçli olmaması, ölümcül olmaması, yaşamı tehdit etmemesi yer almaktadır. Ayrıca, KKZ davranışı genel bir zihinsel yetersizlikle ilişkili değildir, zeka geriliği olan ya da otistik çocuklarda görülebilen kendine zarar verme davranışlarından ayrı düşünülmelidir (Favazza ve Rosenthal 1993, Suyemoto 1998). Vücut bütünlüğünün zarar gördüğü ancak kültürel olarak kabul gören piercing, dövme yaptırma gibi durumlar ya da nesiller arası aktarılan kültürel ritüeller ve dinsel ayinler de bu kavramın dışındadır. Kasıtlı olarak yapılan kendini kesme, çizme, deriyi yolma, kazıma, yakma ve benzeri davranışlar KKZ davranışları arasında yer almaktadır (Favazza 1998, Lloyd-Richardson ve ark. 2007).

Sonuç olarak, KKZ davranışı tanımı şu şekilde yapılabilir; "kendini yaralama davranışı; vücut dokusunu az ya da orta düzeyde tahrip etmeyi amaçlayan, sosyal olarak kabul edilemez, tekrarlayıcı davranışlardır. Kişi kendine zarar verirken psikolojik olarak örselemiş durumdadır ancak bu intihar girişiminde olma ya da zekâ engeli ve otizmin karakteristik özelliği olan kendini uyarma ya da stereotipik davranışlar biçiminde değildir" (Suyemoto 1998).

Tarihçesi

Kendine zarar verme davranışını vurgulayan yazılar antik çağlara kadar uzanır. Herodot, Tarihin Altıncı Cildi adlı kitabında "kendini dilim dilim kesen bir kişiyi" anlatır. Eski Ahit'te, "bıçak ve neşterle kendilerini kesen bir gruptan", Yeni Ahit'te ise "cinlerin etkisindeki bir adamın gece gündüz bağırıp çağırdığı ve kendisini taşla kestiğinden" söz edilmiştir (Favazza ve Rosenthal 1993, Favazza 1996, Lloyd-Richardson ve ark. 2007, Lüleci 2007). Yunan mitolojisinde Sophocles'in Kral Oedipus trajedisinde Kral Oedipus'un babasını öldürüp annesiyle evlendiğini öğrendiğinde suçluluk ve günahkârlık duyguları ile gözlerini çıkarıp Tebai kentini terk ettiği anlatılır. Norveç mitolojisinde ise Odin, sularında bilgelik ve zekâ taşıyan Mirmir ırmağının suyundan tek bir yudum içebilmek için gözlerinden birini verir. Onüçüncü yüzyılda ise, Marco Polo anılarında Bağdat'ta tanıştığı bir ayakkağı tamircisinin müşterilerinden bir kadının terliklerini onarıırken bacağına baktığı için günah duyguları ile sağ gözünü nasıl kör ettiğini anlatır (Favazza ve Conterio 1989).

KKZ davranışı ile ilgili tıbbi literatürde ilk olarak 1846'da suçluluk duyguları içinde her iki gözünü çıkaran kadın hastadan bahsedilmiştir (Favazza 1996). Emerson (1913), kendini kesmeyi mastürbasyonun sembolik bir görünümü olarak değerlendirdiği çalışmasında, ilk kez kendine zarar verme (self mutilation) kavramını kullanmıştır. Erken dönem psikanalitik çalışmalar, genital yaralanmalara ve organ kayıplarına yol açan KKZ davranışını; kastrasyon korkusu, mastürbasyon ve sapkın cinsel arzuların önüne geçmek için yapılan davranışlar olarak değerlendirmiştir. Menninger (1935)'Kendine Karşı İnsan' adlı kitabında, KKZ davranışını, intiharı önlemeye yönelik hafifletilmiş bir intihar girişimi olarak tanımlamış, kendine zarar verme derecesinin önemine, hangi vücut parçasını hedef aldığına, davranışın arkasındaki psikodinamik etkenlere ve kendine zarar vermenin kişinin kültürel içeriğindeki anlamına dikkat çekmiştir. Ayrıca KKZ davranışını; nörotik (tırnak yeme, aşırı epilasyon, gereksiz plastik cerrahi girişimler), dini (kendini kırbaçlama), törensel (sünnet), psikotik (genital kendine zarar verme,

amputasyon), organik beyin hastalığı (başını vurma), geleneksel (tırnak kesme, saç kesme) olarak sınıflamıştır.1960-70'li yıllardaki çalışmalar KKZ davranışçıoğunlukla bileklerini kesme ve kendini kesme merkezinde ele almış, çocukluk çağı ayrılma-bireyleşme sorunları ve bu sorunların ergenlik dönemi yansımalarına odaklanmıştır.

KKZ davranışının, gerçek dışılık ve boşluk duyguları ile baş etmenin ilkel bir yolu olduğu ileri sürülmüştür (Ray 2007). Pao (1969), kendini kesen kişileri düşük ölüm riski ve yüksek ölüm riski taşımalarına göre iki gruba ayırır; düşük ölüm riski olanların genç olduklarını, tekrarlayıcı şekilde, yüzeysel olarak kendilerini kestiklerini ve sınır kişilik bozukluğu tanısı aldıklarını; yüksek ölüm riski taşıyanların ise genellikle yaşlı ve psikotik olduklarını belirtmiştir. Başka bir çalışmada kendini kesmenin ölüm düşüncesinden hızlı bir geriye dönüş sağladığı savı ile KKZ davranışının, intiharı önleme işlevi olduğunu belirtilmiştir (Simpson ve Porter 1981). Bir diğer yazar, ölümcül olmayan kendine zarar verici davranışı (self harming behavior) tanımlayarak; intihar girişimlerini ve aşırı alkol alma gibi durumları da bu tanımın içine almıştır (Morgan 1979). Ancak, Favazza (1996) KKZ davranışı ile intiharin ayrı kavramlar olduğunu özellikle vurgulayarak, kültürel etkileri de göz önüne almış ve kendine zarar verme davranışını kültürel olarak onay gören kendine zarar verme ve kültür dışı (onaylanmayan) kendine zarar verme olarak ikiye ayırmıştır.

1990'lı yıllardan sonra kendine zarar verme ile ilgili çalışmalarda belirgin artış olmuş ve çalışmaların bir bölümünde çocukluk çağı travmaları ile kendine zarar verme arasındaki ilişkiye önem verilmiştir (Claassen ve ark. 2006, Ray 2007). Ancak, KKZ davranışın birçok farklı tanımının olması, intihar girişimi ve KKZ davranışı ilişkisinin karmaşıklığı ve bazı çalışmalarda KKZ davranışının intihar girişimi ve niyetinden ayrıştırılmaması gibi nedenlerle bu alandaki karışıklık halen devam etmektedir.

Epidemiyolojisi

KKZ davranışı, genellikle ergenlik döneminde başlamakta; ergenlik ve genç yetişkinlikte, erişkin yaş grubuna göre daha fazla görülmektedir (Claassen ve ark. 2006). KKZ davranışı sıklığı ergenlerin katıldığı toplum örneklemleri çalışmalarda %14-%40; klinik örneklemleri çalışmalarda ise, %40-%61 arasında saptanmıştır (Ross ve Health 2002, Muehlenkamp ve Gutierrez 2004). KKZ davranışı olan ergenlerle yapılmış araştırmaların bir gözden geçirme çalışmasında; KKZ davranışının hayat boyu yaygınlığı %13.0-23.2; bir yıllık yaygınlığı da %2.5-12.5 olarak bildirilmiştir. Bu derlemedeki çalışmaların okula devam eden ergenlerle yapıldığı ve gerçek sonucun saptanandan çok daha fazla olabileceği de yazarlarca belirtilmiştir (Jacobson ve Gould 2007). Başka bir çalışmanın sonucuna göre genel toplumda görülme sıklığı %1 iken, bu oranın ergen ve genç erişkin yaş grubunda %12'ye kadar çıkabileceği tahmin edilmektedir (Briere ve Gil 1998). Amerikan yetişkin toplumunun ise yaklaşık %4'ünde KKZ davranışı öyküsü olduğu ve %1'nin tekrarlayıcı ve şiddetli şekilde kendine zarar verdiği gösterilmiştir (Klonsky ve ark. 2003).

KKZ davranışı genellikle 10-24 yaş arasında başlar ve ortalama başlama yaşı 13-14 yaşdır (Klonsky ve Muehlenkamp 2007). ABD'de başlangıç yaşı 16 olarak bildirilirken, ülkemizde yapılan bir çalışmada 16-20 yaşları arasında başladığı belirtilmiştir (Tarlacı ve ark. 1997, Skegg 2005.). Çalışmalarda yaşla kendine zarar verme davranışı arasında ters bir korelasyon olduğu ve son yıllarda KKZ davranışının ergenlerde daha sık görüldüğü desteklenmektedir. KKZ davranışı bazı gençlerde tekrarlayıcı bir davranış olarak sür-

mektedir. KKZ davranışı olan gençlerin %50 -75'inin birden fazla kez kendilerine zarar verdikleri belirtilmiştir (Madge, ve ark.2008). Ergenlerin %40'ının bir yıl içinde, %80'nin de beş yıl içinde kendine zarar vermeyi bıraktığı da gösterilmiştir (Zoroğlu ve ark. 2003). KKZ davranışının kızlar ve erkekler arasında dağılımı konusunda farklı sonuçlar mevcuttur. Kimi çalışmalar KKZ davranışını kızlarda ve erkeklerde eşit oranlarda bildirirken, diğerleri ise kızlarda, erkeklere göre daha sık olduğunu bildirmiştir (Favazza ve Conterio 1989, Stanley ve ark. 2001, Zoroğlu ve ark. 2003, Sourander ve ark. 2006). Erkeklerin daha çok vurma ve yakma şeklinde kızların ise, keserek KKZ davranışı sergilediği belirtilmiştir (Laye-Gindhu ve Schonert-Reichl 2005, Claes ve ark. 2007). Ergenlerde yapılan çalışmalarda ise en sık kullanılan yöntemler kendini kesme ve vurma olarak saptanmıştır (Zoroğlu ve ark. 2003, Laye-Gindhu ve Schonert-Reichl 2005). Bazı yazarlar kendini kesme, deriyi kazıma, yakma vb. eylemlerin KKZ davranışının daha ağır formları olduğunu; vücudu bir yere çarpma, iğne batırma, saçını çekme, yara yerinden deri yolma gibi davranışların ise daha hafif formlar olduğunu belirtmişlerdir. Daha ağır KKZ davranışı formları daha ağır psikopatoloji ile ilişkilendirilmiştir (Fliege ve ark. 2003, Lloyd-Richardson ve ark. 2007). Bu alanda yapılan bir çalışmada en sık zarar verilen bölgelerin %74 kollar, %44 bacaklar, %25 karnı, %23 baş, %18 göğüs ve %8 genital bölgeler olduğu bildirilmiştir (Favazza 1992).

Ülkemizde sınırlı sayıda KKZ davranışı çalışması mevcuttur. Lise öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada KKZ davranışı sıklığı % 21.4 olarak bulunmuş; kız ve erkek katılımcılar arasında fark bulunmamıştır (Zoroğlu ve ark. 2003). 1258 ergenin katıldığı bir çalışmada ise, olguların %57'sinin en az bir kez kendine zarar verdiği bildirilmiştir (Lüleci 2007). 2006 yılında iki devlet üniversitesinden 636 üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %15.4'ünde KKZ davranışı saptanmıştır (Toprak ve ark. 2011). Sokakta yaşayan ve 21 yaşından küçük olan çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada KKZ davranışı %21 bulunmuştur (Ögel ve Aksoy 2006). Klinik örnekleme ise bir ergen biriminde 730 olgunun geriye dönük dosya taramasında, ergenlerin %9'unun kendini kesme davranışı gösterdiği saptanmıştır (Başay ve ark 2009). Yakın tarihli bir çalışmada ise psikiyatri polikliniğinde tedavi gören ve psikotik bozukluğu olmayan her iki ergenden birinde kasıtlı kendine zarar verme davranışının olduğu, KKZ davranışıyla da çocukluk çağı duygusal ihmali ve cinsel kötüye kullanım arasında sıkı bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir (Saçarçelik ve ark.2013)

Sınıflandırılması

Simeon ve Favazza (2001), KKZ davranışını major, stereotipik, kompulsif ve impulsif kendine zarar verme şeklinde dört gruba ayırmıştır. Major KKZ; yaşamı ciddi olarak tehdit edebilen veya geri dönüşümsüz vücut hasarı oluşturan kendine zarar verme davranışlarını tanımlamaktadır. Gözünü çıkartma, kastrasyon, kol ve bacak amputasyonu gibi kendine zarar verme davranışları, özellikle psikotik bozukluklarda görülmektedir (Ocak ve ark. 2013, Alataş ve ark. 2014). Psikotik bozukluğu olmayan kişilerde 'cinsel günaha' karşı kendini cezalandırma, 'cinsel günahın' kurtulma gibi niyetlerle göz ve cinsel organlarına zarar verme davranışı görülebilmektedir. Stereotipik kendine zarar verme; herhangi bir kişisel ve sosyal içerikten bağımsız, tekrarlayıcı, monoton, ritmik, çoğu zaman dürtüsel şekilde hafif veya yaşama zarar verici boyutta olabilen kendine zarar verme davranışlarını içerir. Başına vurma, başını duvara vurma gibi ve benzeri davranışlar zeka geriliği ve ağır yaygın gelişimsel bozukluğu olan olgularda gözlenir.

Bilinçli bir eylemden çok biyolojik yönü güçlü dürtüsel davranışlar olarak kabul edilmektedir (Simeon ve Favazza 2001). Kompulsif kendine zarar verme; gün içerisinde sıklıkla tekrar eden, genelde bilinçsiz ve ritüalistik şekilde saç yolma, tırnak yeme, deriyi kopartma ve çizme gibi davranışları tanımlar. Kronikleştikten sonra bu davranışları yapmamak, kişide stres oluşturabilir ve devam eden davranışlar vücutta şekil bozukluklarına yol açabilir (Simeon ve Favazza 2001). Dürtüsel kendine zarar verme; agresyon duygusunun dışı vurması sonucunda, eylemi yapan kişiye stres karşısında hızlı ve kısa süreli rahatlama sağlayan davranışları içerir. Deriyi kesme, yakma, yontma, şekil kazıma, yara iyileşmesine engel olma, kendine vurma, kemiklerini kırma, iğne batırma gibi davranışlar bu grupta sık olarak görülmektedir. İntihar niyeti taşıyan davranışlar ile açıklıktan ölme ve madde kullanma gibi dolaylı yollardan kendine zarar verme bu tanımın dışında bırakılmıştır. Dürtüsel kendine zarar verme, epizodik ve tekrarlayıcı kendine zarar verme şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Epizodik tip dürtüsel kendine zarar verme, düzensiz bir şekilde ve sınırlı sayıda kendine zarar vermeyi içermektedir. Bu kişiler kendilerini daha iyi hissetmek veya duygularını kontrol etmek için kendilerine zarar vermektedir. Tekrarlayıcı tipte ise, sık ve çok sayıda kendine zarar verme davranışı görülmektedir (Simeon ve Favazza 2001). Bu davranışlar bağımlılığa da vurgu yapan bir şekilde, kişinin kimlik algısının kabul edilmiş bir yüzünü; içsel ve dışsal uyaranlara karşı otomatik cevap verme tarzını temsil edebilmektedir (Miller ve Brock 2010).

Etiyolojisi

Bugüne kadar KKZ davranışının nedenleri arasında psikodinamik, biyolojik, psikososyal pek çok etken araştırılmıştır. Tüm bu araştırmaların sonuçları tek bir etkenden çok KKZ davranışının çok sayıda nedene bağlı olarak ortaya çıkabileceğini işaret etmektedir.

Psikodinamik Etkenler

KKZ davranışı cinsel duygular ve tatmini cezalandırdığı için cinsel tatmin ve mastürbasyonla eşdeğerdir. Bu ilişkinin kanıtı olarak, ergenlikten önce bu davranışların görülmemesi ve cinsel istismar ile bu davranış arasındaki yüksek korelasyon gösterilmiştir (Suyemoto 1998). Kişi cinsel dürtüleri için kendini cezalandırır ve cinsel organına zarar vermek için bilinçdışı bir arzu duyarken bir yandan da cinsel doyum yaşar (Friedman ve ark. 1972). Kendini yaralama ayrıca cinsel dürtülerin kontrol altına alınma girişimi olarak da görülür. Kendini yaralama, ölüm isteğini vücudunu tahrip etme yoluyla yansıtarak, kişinin ölüm dürtüsüne tamamıyla kendisini teslim etmesini engeller (Suyemoto 1998). Kendini yaralama, duygu ve çatışmaları benliğe ve başkalarına yansıtma yolu olarak kullanılabilir. Kişiyi ve onun benlik algısını, dünyayla bağlantısını ele geçirmeye çalışan duyguyu kontrol etmeye çalışma olarak da tanımlanabilir (Suyemoto 1998).

Kendini yaralama kişiye dayanılmaz gelen duygu üzerinde kontrol hissi yaratmaya da yarar. Bu duygu, başkasına zarar vermekten korktuğu için kendine yönlendirdiği öfke olabilir. Kendini yaralayanlar, duygusal incinmişliklerinin fiziksel bir kanıtı olarak yaralarına ihtiyaç duyarlar (Leibluft ve ark.1987). Suyemoto (1998)'un bildirdiğine göre; Anna Freud ergenliğin en belirgin görevinin anneden ayrışma olduğunu ifade eder. Bu bağları koparmadaki başarısızlık, çocuklukta bağlanma nesnelere gelen ilgiyi reddetme ya da sevgiyi nefrete dönüştürme gibi karşıt tepkilere neden olabilir. Bu nefret

kısa zamanda egoya dayanılmaz gelir ve ergen ya bunu dışarı ailesine yansıtır ya da kendini yaralama yoluyla kendi benliğine yöneltir.

Fox ve Hawton'un(2004) bildirdiğine göre ise; Williams kendini yaralama davranışını bir yardım çılgılığı olmaktansa bir ızdırap çılgılığı olarak nitelemekte, kişi kimseden yardım alamayacağı ya da kaçmayı başaramayacağı bir duruma kısıp kaldığını hissetmektedir. Kişinin stresli durumdan kaçma umudu olduğu sürece ölümcül yollarla kendini yaralamaz. Buna göre kendini yaralayan kişiler de ölüm niyeti gütmeyen yöntemlerle bedenlerine zarar verdikleri için bu yolla yenilgi duygusundan kaçıyor olabilirler. Ten/benlik sınırı (skin/self border) kavramı kendini yaralama davranışının nedenini açıklayan diğer bir kavramdır. Kişi, dış dünya ile onu ayıran teni üzerinde kontrol sahibi olabildiğinde bir anlamda bedeni ve dış dünya arasında bir iletişim kurabildiğini ve kontrol sahibi olabildiğini hisseder (Favazza 1996). Kendini yaralama yaşam ve ölüm dürtüleri arasındaki bir uzlaşmadır. Kişi, zarar verici dürtülerini kendini yaralama kanalıyla dışa vurarak tümünden yok olmaktan korunur. İntihar davranışı ile ilişkili olmayan bu model kendine zarar verme davranışını kişiyi intihardan uzak tutan bir aktif baş etme mekanizması olarak görür (Firestoneve Seiden 1990). Kişi bedenine zarar vererek, müdahale edilmediğinde geçici psikotik bozukluğa ya da gerçek intihara gidebilecek hoş olmayan belirtilerden kurtulma olanağı bulur (Favazza ve ark 1989). Kişi bedenine zarar vererek, depersonalizasyon, ciddi anksiyete, şiddetli öfke, depresyon, varsanı, uçuşan düşünceler, duygulanımda dalgalanmalar, sıkıntı, yalnızlık, boşluk ve güvensizlik duygularından hızlı ve etkili biçimde uzaklaşma şansı bulur (Van der Kolk ve ark.1991).

Biyolojik Etkenler

Kendine zarar vermenin; bağımlılık ve ağrı ile ilişkisinden dolayı endojen opiyatlar; agresyon ve impulsif doğasından dolayı serotonin; kompulsif doğasından dolayı ise, dopamin üzerinde çalışmalar yoğunlaşmıştır.

Opiyat Sistemi

Mental retardasyon, otizm ve sınır kişilik bozukluklarındaki KKZ davranışı ile endojen opiyat sistemi arasında ilişki olduğu ileri sürülmektedir (Schmahle ve ark. 2002, Sandman ve Touchette 2002). Bu görüşü destekler şekilde opiyat reseptör antagonistlerinin borderline kişilik bozukluğu, mental retardasyon ve otizmde KKZ davranışını azalttığı gösterilmiştir (Symons ve ark. 2004, Tordjman, ve ark. 2009). İntihar niyeti olmaksızın kendine zarar veren kişilerde yapılan bir çalışmada, kendine zarar veren grubun BOS β -endorphin ve metenkephalin düzeyleri belirgin derecede düşük tespit edilmiştir (Stanley ve ark. 2010, Ballard ve Bosk 2010).

Endojen opiyatların kendine zarar verme davranışlarındaki rolünü açıklamak için iki temel varsayım öne sürülür. Birinci varsayıma göre kendine zarar veren kişi kendi endojen opiyatlarına bağımlı hale gelmiştir ve kendine zarar verme davranışında bulunarak endojen opiyat salınımını sağlar. İkinci varsayıma göre ise; endojen opiyatlar ağrı eşiğini yükselterek, eylem sırasında ağrı duyulmasını önlemektedir. Kendine zarar veren ve yüksek ağrı eşiği olan kişilerle yapılmış çalışmalar, bu kişilerde merkezi ve periferik opiyat düzeylerinin yüksek olduğunu göstermiştir (Tiefenbacher ve ark.2005).

Dopaminerjik Sistem

Kendine zarar verme davranışlarının, kompulsif ve stereotipik olarak gözleendiği Lesch-Nyan sendromunda, kendine zarar verici davranışla dopaminerjik sistem bozukluğu ve dopamin resöptör aşırı duyarlılığı arasında bağlantı kurulmuştur (Wong ve ark. 1996).

Dopamin ile tekrarlayıcı şekilde kendine zarar verme ilişkisi mental retardasyon ve yaygın gelişimsel bozukluğu olan olgularda da gösterilmiştir (Turner ve Lewis 2002). Hayvan deneylerinde postsinaptik dopamin D1 ve D2 reseptörlerinin duyarlı hale getirilmesi KKZ ile ilişkili bulunmuştur. Yaygın gelişimsel bozukluk ve mental reterasyonda gözlenen KKZ davranışı, dopamin antagonist etkileri olan antipsikotik ilaçlarla azalır (Tiefenbacher ve ark.2005). Bu bulguların aksine intihar niyeti olmadan kendine zarar veren kişilerin BOS dopamin metabolitleri açısından kontrol grubundan farklı olmadığı da bildirilmiştir (Stanley ve ark. 2010).

Serotonerjik Sistem

Erken dönem çalışmalarda kendine zarar verme davranışı intihar girişimi ile birlikte ele alınmıştır. Bu çalışmalarda KKZ davranışı olan kişilerin BOS incelemesinde serotonin metaboliti 5-hidroksiindolasetikasit (5-HIAA) düzeyleri düşük olarak saptanmış; düşük serotonin düzeylerinin kendine zarar verme ve şiddet davranışı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Kishore ve Stamm 2006). İntihar niyeti olmayan kendine zarar verici davranışlarda da BOS serotonin düzeyinin azaldığı bildirilmiştir (Markovitz ve ark. 1991). KKZ davranışının yaygın olduğu sınır kişilik bozukluğunda serotonin geri alım inhibitörlerinin KKZ davranışını azalttığı gösterilmiştir (Crowell ve ark. 2005). İntihar niyeti olmadan kendine zarar verme öyküsü olan kız ergenlerde yapılan bir çalışmada periferik serotonin düzeyi kontrol grubuna göre düşük saptanmıştır (Lin ve Tsai 2004). Bu bulgularla birlikte genç yetişkin ve erişkinlerle yapılan bir çalışmada ise intihar niyeti olmadan kendine zarar veren kişilerle kontrol grubu karşılaştırılmış ve BOS 5-hidroksiindolasetikasit (5-HIAA) düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Stanley ve ark.2010). Serotoninle ilgili genetik araştırmaların derlendiği bir çalışmada serotonin taşıyıcı gen polimorfizmiyle kendine zarar verme ve intihar davranışları arasında bir bağlantı bulunamamış; aynı psikiyatrik tanıli hastalardan kendine zarar verme davranışı olanların genotipinde daha sık "S" alleli saptanmıştır (Fliege ve ark.2009).

Hipotalamik-Hipofizer-Adrenokortikal Eksen

Erken dönemde travmatik olaylara maruz kalmanın, kişilerin HPA ekseninde ve beynin ağrı işleme merkezlerinde bozukluklara yol açtığı ileri sürülmüş; aynı zamanda her iki sistemin duyguların düzenlenmesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Kendine zarar verenlerin çok büyük kısmının ağrı hissetmedikleri ve duygu düzenlenmesinde güçlükler yaşadığı bilinmektedir (Ballard ve Bosk 2010).

Psikososyal Etkiler

İstismar

Kendine zarar veren ergen ve yetişkinlerle yapılan çok sayıda araştırmada KKZ davranışı ile çocukluk çağında yaşanan travmalar arasında ilişki olduğunu gösterilmiştir. Çocukluk döneminde fiziksel istismar ve duygusal ihmale uğrayan kişilerde KKZ davranışları daha sıktır (Fliege ve ark.2009, Ballard ve Bosk 2010). Fiziksel istismarın kendilik ve bedenin ayrışmasına, ağrı duygusunun daha az hissedilmesine ve bedene zarar vermenin kolaylaşmasına neden olduğu belirtilmiştir (Yates 2004). Cinsel istismarın da kendine zarar verme (özellikle kendini kesme) için risk faktörü olduğu ifade edilmiştir. Yapılan çalışmaların hemen hemen tamamında KKZ davranışı olanlarda olmayanlara göre daha sık cinsel istismar öyküsü bildirilmiştir (Yates 2004).

Bazı araştırmacılar KKZ davranışının doğrudan cinsel istismarın sonucu olduğunu düşünmektedirler. Ancak, 43 araştırmanın derlendiği bir çalışmada cinsel istismarın

kendine zarar verme için ılımlı bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (Klonsky ve Moyer 2008). İstismara uğramış kişilerin; suçluluk duyguları nedeni ile kendini cezalandırmak, travmatik yaşantıyı hatırlatıcı düşünce ve duygulardan kurtulmak, kendilik kontrolünü sağlamak, yaşanan duyguları sembolleştirmek, yaşadığı öfkenin farkına varmak ve hayatta olduklarını hissetmek ve ayrıca aile ile ilişki kurma ve intikam almanın tek yolu olarak kendilerine zarar verdikleri öne sürülmüştür (Ögel ve Aksoy 2006). Muehlenkamp ve ark. (2010) cinsel ve fiziksel istismar ile KKZ davranışı ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında fiziksel istismar ile KKZ arasında cinsel istismara göre daha güçlü bir ilişki olduğunu belirtip, istismar ve KKZ arasındaki ilişkide duyguları düzenlemedeki bozulmaya vurgu yapmışlardır.

Ailesel Etkenler

Aile özellikleriyle ilgili olarak yapılan izlem çalışmalarına göre ailesinden ayrı olan, çocukluğunda bir süre de olsa ailesinden ayrı kalan veya ailesi boşanmış ergenlerin KKZ riski daha yüksekken; olumlu ailesel ilişkilere sahip olan ergenlerin kendine zarar verme riski düşük bulunmuştur (Toprak ve ark.2011). Kendine zarar verenlerin ailelerinde kendine zarar verme öyküsü sıktır. Aile bireylerinden birinde fiziksel bir hastalık veya psikopatoloji olması, alkol ve madde kullanım bozukluğu, ergenlerin kendine zarar verme davranışı ile ilişkilidir (Yates 2004, Muehlenkamp ve ark.2010). Ailesel yüksek duygu dışavurumunun KKZ davranışı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Wedig ve Nock 2007). Ailesel faktörlerin, başka dışsal faktörlerle birlikte ergenlerin sorunlarını çözmede yetersizliğe neden olduğu ve KKZ davranışı için riskli psikolojik süreçlere yol açtığı öne sürülmektedir. Ayrıca uygun olmayan ailesel ve dışsal süreçlerin ergenlerin özsaygı ve kimlik oluşumuna olumsuz etki yaptığı, bunun kendine zarar verme ile ilişkisi saptanmış olan depresyon ve umutsuzluğa yol açtığı belirtilmiştir (Webb 2002).

Bulaşma

Ergenlerin arkadaş etkisiyle madde kullanımı, şiddet ve diğer riskli davranışlarda bulunduğu bilinir. Arkadaş etkisinde kalma, kendisiyle ortak ilgi alanları olan yaşantılarıyla arkadaşlık kurma veya arkadaşlarına benzeme yoluyla sosyalleşme süreçleri sonucunda olmaktadır (Prinstein ve ark.2010). Kendine zarar veren ergenlerin en azından bir kısmında bulaşma etkisinin KKZ davranışına yol açtığı belirtilmiştir. Bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %82'sinde, en az bir kendine zarar veren arkadaşının olduğu bildirilmiştir (Nock and Prinstein 2004). Kızların ve yaşı küçük ergenlerin bulaşma etkisine daha çok maruz kaldığı ifade edilmiştir (Prinstein ve ark. 2010).

Kişisel Psikolojik Etkenler

Kişi ailesinden yaralanmanın ve ilgi görmenin ilişkili olduğunu öğrenir ve kendisini yaralayarak ilgi göreceğini umar. KKZ davranışı bu bağlantıyla ve model almayla başlayabilir, gerginliğin azalması ve dissosiyasyonun kaybolmasıyla pekişir (Nock ve Mendes, 2008). Kendine zarar verenlerin olumsuz mizaç özellikleri daha çok iken, duygu düzenlemeleri bozuk, depresyon ve kaygı düzeyleri ise yüksektir (Skegg 2005). Olumsuz duygulanım kendine zarar verme için bir risk faktörü olabileceği gibi, kendine zarar verme olumsuz duygulanımdan kurtulma işlevi görüyor olabilir. Kendini yaralama, kişinin kendi duygularını kontrol altına almak için yaptığı bir edim olarak düşünülebilir. Kötü hisleri durdurmak, uyuşmuş veya boş hissetmekten, endişe, öfke ve kendine yabancılaşmadan kurtulmak gibi nedenlerle bireyin kendini yaraladığı düşünülmüştür (Nock ve Prinstein 2004). Kendine zarar verenlerin deneyimlerine uygun duygulanım yaşamadık-

ları, duygulanımlarını uygun şekilde ifade edemedikleri ve duygularının tam olarak farkında olmadıkları gösterilmiştir (Skegg 2005). Kendini yaralama aynı zamanda sözel ifadeye güçlük çeken kendini yaralayanların duygularının derinliğini başkalarına ifade etmelerine yarar. Kendini yaralama duyguyu ifade etmede sembollerin kullanılmasındaki başarısızlıkla ilişkilidir (Suyemoto 1998).

Bir çalışmada kendine zarar verenlerin sosyal problem çözme becerilerinin kontrollerine göre daha yetersiz olduğu gösterilmiştir (Nock ve Mendes 2008). Haines ve Williams (2003) bu davranışı sergileyenlerin sorunlarıyla başa çıkmada başka bir yol bulamadıkları için bu davranış içine giriyor olabileceklerini öne sürmüşlerdir. Kendilerine zarar veren kişilerin sorunlarıyla bu yolla baş ettikleri, çok az miktarda etkili ve uyumlu başa çıkma yolu kullandıkları da söylenebilir. Bir çalışmada kendilerini yaralayanların problemle karşılaştıklarında çoğunlukla alkol kullanımı ya da öfkelenme gibi duygu odaklı başa çıkma yollarına başvurduğu görülmüştür (Rodham ve ark. 2005). Kendini yaralayan gençlerin başkalarına daha çok bağımlı oldukları, daha az becerikli oldukları ve koşula uygun başa çıkma yöntemi kullanmada daha başarısız oldukları da tespit edilmiştir (Orbach ve ark.1990).

KKZ davranışı olanlarda; kendini aşırı eleştirme, kendinden hoşlanmama, kendine yöneltilmiş yoğun öfke bulunmaktadır. Kendini cezalandırma isteği ve kendine öfke duyma kendine zarar verme davranışı için güçlü motivasyon sağlayan öğelerdir. KKZ davranışı olumsuz kendilik algısını artırırken, özsaygıyı azaltmakta ve böylelikle kendine zarar verme için bir kısır döngü oluşmaktadır (Skegg 2005). Kendine zarar verenlerin öfke kontrolünde sorun yaşadıkları da bilinmektedir (Hawton ve ark. 1999). Tetikleyici olayın yanlış değerlendirilmesi sonucu öfke algılanır; öfke daha sonra içe yöneltilbilir, dışa yöneltilbilir ya da kontrol edilebilir. Öfkenin içe yöneltilmesi modeline göre çocuklar ihtiyaçları karşılanmadığında ya da aktif olarak taciz edildiklerinde, protesto olarak güçlü bir öfke beslerler. Eğer bu öfke duygusunu içinde tutamazsa ve duyguyu dışa vurmaya teşvik edilmediyse, kişinin öfkesini kendi bedenine yönlendirmesi beklenen bir durumdur. Kendine zarar veren ergenlerin sağlıklı grupta karşılaştırıldığı bir çalışmada KKZ davranışı olanların stres karşısında daha az dayanıklı oldukları bulunmuş, problemler karşısında fizyolojik olarak yüksek stres düzeylerine ulaştıkları deri iletkenlik testiyle gösterilmiştir (Nock ve Mendes 2008). Kendine zarar veren kişilerin kontrollere göre daha impulsif olduğu belirtilmektedir. Kendine zarar verenlerin çoğu eylemi 5 dakikadan daha kısa bir süre içerisinde gerçekleştirmektedirler. Ayrıca alkol madde kullanımı, patolojik kumar, tıknırcasına yeme bozukluğu gibi impulsivitenin belirgin olduğu durumlarda kendine zarar verme daha sık görülür (Simeon ve ark. 1992). Bir başka çalışmada KKZ davranışı olan kişilerdeki impulsivite, olumsuz durumlarda ani karar verme, eylem öncesi plan yapabilmek için eylemi geciktirme ile heyecan aramanın kendine zarar verme davranışını yordadığı belirtilmiştir (Haw ve ark. 2001). Çalışmalarda kendine zarar verenlerin sağlıklı kontrollere göre daha çok dissosiyatif belirti gösterdiği bulunmuştur. Özellikle kendini keserek zarar verenlerde bu belirtilerin yüksek olduğu bildirilmiştir (Tolmunen ve ark. 2008). Kişi baskın olan içsel duyguyla yüzleştğinde bir kimlik oluşturması ve bunu koruması gerekir. Olasılıkla dissosiyasyonun sona ermesinde işe yarayan kişinin kanı görmesidir. Kendini yaraladıktan sonra deride izi kalan yaralar kişinin var olduğuna ilişkin bir kanıt olarak görülebilir. Kendini yaralama ayrıca kişinin sınırlarını çizmesine yardım eder. Kan ve yara benliğinin gerçekliğinin kanıtıdır (Suyemoto 1998). Kendini yaralama ikincil kazançlar yoluyla

çevreden arzulananın en azından bir kısmını elde etmeye yarar. Sistemin bütünü için kendine zarar verme, kabul edilebilir dengeyi korumasına ve sistemde yolunda gitmeyen unsurlardan dikkatin uzaklaştırılmasına ya da özellikle dikkat çekilmesine yarıyor olabilir.

Psikiyatrik Bozukluklarla Birlikteliği

KKZ davranışı Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı dördüncü baskısında (DSM-IV-TR) özel bir başlık altında ele alınmamıştır (APA 2000). Duygudurum, dissosiyatif bozukluklar ve sınır kişilik bozukluğu gibi ruhsal bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. DSM-IV-TR'de 'herhangi özgül bir dürtü kontrol bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamayan dürtü kontrol bozuklukları' içinde yer almaktayken, Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı beşinci baskısında (DSM-5) ayrı bir başlık olarak, klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar başlığı altında 'kendine zarar verme öyküsü' şeklinde yeni bir tanı kategorisi olarak yer almıştır (APA 2013). KKZ davranışına özgü bir ruhsal bozukluk yoktur. Çeşitli psikiyatrik bozukluklarda KKZ davranışı görülebilir (Haw ve ark 2001). Kendine zarar verenlerde depresyon, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozukluk, madde kullanım bozuklukları, davranım bozukluğu, yeme bozuklukları, özellikle histriyonik ve sınır kişilik bozukluğu olmak üzere kişilik bozuklukları en sık görülen ruhsal bozukluklardır (Jacobson ve Gould 2007). Klinik çalışmalarda KKZ davranışına yüksek oranda psikiyatrik bozukluklar eşlik eder. Bir araştırmada intihar girişimlerini de içeren 15 yaşından büyük kendine zarar verenlerin %92' sinde en az bir psikiyatrik tanı saptanmıştır (Hintikka ve ark. 2009). İntihar niyeti olmayan ve KKZ davranışı olan ergenlerin % 88' inde bir yıl içerisinde eksen I psikiyatrik bozukluk tanısı saptanmıştır. Toplum örneklemleri bir çalışmada ise kendini kesen ergenlerin %79'una bir eksen I psikiyatrik tanı konulmuştur (Hawton ve ark. 2003). KKZ veren ergenlerle yapılan klinik çalışmalarda en sık eksen I tanısı major depresyondur. Bir çalışmada KKZ veren ergenlerin %42-68'inde major depresyon tanısı saptanmıştır (Jacobson ve ark. 2008). Diğer depresif bozukluklarla birlikte oran yaklaşık %89'a çıkar (Jacobson ve Gould 2007). Toplum örneklemleri bir çalışmada ise, kendine zarar veren ergenlerin %63'ü major depresyon tanısı almıştır (Ross ve Heath 2002). Toplum örneklemleri çalışmalarda depresif belirtiler KKZ davranışı olanlarda sağlıklı ergenlere göre anlamlı olarak fazla bulunmuş ve depresif belirtiler KKZ için bir risk faktörü olarak saptanmıştır (Bjärehed ve Lundh 2008). Depresyon KKZ davranışı sıklığı ile de ilişkili bulunmuştur (Brunner ve ark. 2007).

Klinik bir çalışmada ergenlerin %39'unda bir anksiyete bozukluğu saptanırken, toplum çalışmasında kendine zarar veren ergenlerin %37'sinde bir anksiyete bozukluğu bulunmuştur (Nock ve ark.2006, Hintikka ve ark.2009). Toplum örneklemleri çalışmalarda anksiyete belirtileri, KKZ davranışı olan ergenlerde sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak fazla bulunmuş ve anksiyete KKZ davranışı için bir risk faktörü olarak tespit edilmiştir (Ross ve Heath 2002). Alan çalışmasında kendine zarar veren ergenlerde özgül fobi kendine zarar vermeyi 8.5 kat, obsesif kompulsif bozukluk 5.3 kat artırmaktadır. Hem duygudurum bozukluklarının hem de anksiyete bozukluklarının, olumsuz kendilik algısı ve bozulmuş duygu düzenlemesi açısından KKZ davranışına yol açtığı düşünülmektedir (Klonsky ve Muehlenkamp 2007). Klinik çalışmalarda yıkıcı davranım bozuklukları kendine zarar veren ergenlerin %24-63'ünde saptanmıştır (Ja-

cobson ve ark. 2008). Ülkemizde yapılan bir toplum çalışmasında, KKZ davranışı olanlarda yıkıcı davranım bozuklukları %25 olarak bulunmuştur (Lüleci 2007). Toplum örneklemelerinde, suça yönelik davranışların kendine zarar verme ile ilişkisi önceki çalışmalarında gösterilmiştir (Bjärehed ve Lundh 2008, Brunner ve ark. 2007).

Hem davranım bozukluğu belirtilerinin hem de karşı olma karşı gelme bozukluğu belirtilerinin KKZ davranışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Cerutti ve ark. 2011). Madde bağımlılığı olan kişilerin %25-33'ünde KKZ davranışı öyküsü vardır (Kerr ve ark.2010). Klinik örneklemli bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerin %60'ında bir madde kullanım bozukluğu saptanmıştır (Nock ve ark.2006). Çok merkezli bir çalışmada kendine zarar veren ergenler kendine zarar verme dönemlerinin %20'sinde alkol etkisinde olduklarını, %13'ünde madde etkisinde oldukları bildirilmişlerdir (Madge ve ark.2008). Madde kullanımının kişinin kendine yönelik şiddeti kolaylaştırdığı da ileri sürülmüştür (Joiner 2005).

Yeme bozukluğunda KKZ davranışı dikkat çekici bir şekilde sıktır. Bulimiya nervozalı olguların %26-55'inde, anoreksiya nervozalı olguların %27-61'inde KKZ davranışı saptanmıştır (Kerr ve ark. 2010). Yeme bozukluklarındaki tıknırcasına yeme ataklarının ve kusma davranışının, KKZ davranışında rol alan olumsuz duygulanım ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (Ögel ve Aksoy 2006). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada yeme bozuklukları belirtileri ile KKZ davranışı arasında ilişki bulunmuştur (Whitlock ve ark 2006). Ülkemizde yapılan bir alan çalışmasında KKZ davranışı patolojik yeme tutumları olan ergenlerde %11.7 oranı ile, sağlıklı ergenlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Eker 2006).

Dissosiyasyona KKZ davranışı patogenezinde merkezi roller veren görüşler bulunmaktadır (Sutton 2004). Dissosiyatif bozukluğu olan kişilerin %69'unda KKZ davranışı öyküsü saptanmıştır (Briereve Gill 1998). KKZ davranışı ile dissosiyatif bozukluklar arasındaki ilişki yetişkin klinik ve toplum örnekleminde gösterilmiştir (Saxe ve ark. 2002, Gratz ve ark. 2002). Dissosiyatif belirtilerin KKZ davranışı ile ilişkisi adli, klinik ve toplum çalışmalarında ortaya konulmuştur (Matsumoto ve ark. 2005, Kiesel ve Lyons 2001). Sınır kişilik bozukluğu DSM-IV tanısında kullanılan ölçütlerden biri tekrarlayan intihar davranışları, tehditleri ya da kendine zarar verme davranışlarıdır. Sınır kişilik bozukluğu tanısı alan kişilerin yaklaşık %70-75'inde KKZ davranışı saptanmıştır (Kerr ve ark. 2010). Ergenlerle yapılan klinik örneklemli çalışmalarda KKZ davranışı olanlarda sınır kişilik bozukluğu belirtileri %37-52 oranında saptanmıştır (Jacobson ve ark. 2008). Bir toplum çalışmasında ergen KKZ davranışı ile sınır kişilik bozukluğu belirtileri arasında güçlü ilişki bulunmuştur (Cerutti ve ark. 2011). Olumsuz kendilik algısı ve duyguyu düzenlemesi bozukluğunun hem sınır kişilik bozukluğunda hem de kendine zarar verme davranışında temel çekirdek özellikler olarak yer alır (Klonsky ve Muehlenkamp, 2007). Sınır kişilik bozukluğu tanılı kişilerin %96'sı hoş olmayan bir duygulanım ardından kendilerine zarar verdiklerini ve sonrasında rahatladıklarını belirtmişlerdir (Brown ve ark. 2002).

Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar Girişimi

Yazında KKZ davranışı ve intihar girişiminin farklı amaçlar taşıdığı belirtilmiş ve bu iki kavramı birbirinden ayırmanın önemi vurgulanmıştır (Firestone ve Seiden 1990, Welch 2001, Gratz ve ark. 2002, Muehlenkamp 2005, Mehlum ve ark 2016). İkisini birbirinden ayırmayan çalışmaların önemli bulguları saptırabileceği ve KKZ davranışının işlev-

lerini açıklamaya yönelik bilgiyi gizleyebileceği de belirtilmektedir (Friedman ve ark. 1972, Messer ve Fremouw 2008). Bununla birlikte, KKZ davranışı ve intihar girişimi arasında karmaşık bir ilişki vardır. Kendine zarar verici davranış öncesinde tanımlanan gerilim hissi, tolere edilemeyen duygulanım ve kendini cezalandırma arzusu davranıştan sonra yerini daha iyi hissetmeye ve rahatlamaya bırakır (Favazza 1992).

İntihar davranışında ise umutsuzluk ve depresyon daha belirgindir. Bu temel farklılıklar ile KKZ davranışında bilinçli intihar niyeti içeren davranışlar açıkça dışlanmasına rağmen; bazı araştırmacılar niyetin her zaman güvenilir olarak değerlendirilemeyeceğini, hastaların ölme niyetleri ile ilgili olarak ambivalan olabileceğini ve/veya intihar niyetlerini gizleyebileceklerini savunmuşlardır (Cooper ve ark 2005). KKZ davranışı, intihar girişimlerinin tamamen olmasa da ölme niyeti içerebilmesi ve ölme niyeti taşımadan kendine zarar verme davranışı olan parasuicidal davranışlar şeklinde iki sınıfa ayrılabilir (Stanley ve Brodsky 2005). Ancak her iki davranış biçiminde aynı kişide birlikte olabilir, bu durum yanıltıcı olarak kendine zarar verme davranışının kişinin kontrolünde olduğunu ve kasten yaptığını düşünmemize neden olabilir (Gunderson ve Ridolfi 2001). KKZ davranışından sonraki ilk 6 ay intihar girişimleri için özellikle risklidir ve bu risk erkeklerde kadınlara göre daha fazladır (Cooper ve ark. 2005). Özellikle tekrarlayan KKZ davranışı risklidir, yapılan izlem çalışmalarında kendine zarar verenlerde 5 yılda %1.7, 10 yılda %2.4 ve 15 yılda %3'e kadar artan oranlarda intihar girişimi olduğu saptanmıştır.(Hawton ve ark. 2003).

1978- 1997 yılları arasında KKZ davranışı olan 11583 hasta ile yapılan bir çalışmada %39'unda tekrarlayıcı KKZ davranışının olduğu, intihar için en riskli grubun ise tekrarlayıcı kendine zarar verme girişimi olan kadınlar olduğu gösterilmiştir(Zahl ve Hawton 2004). Çalışmalarda bulimiası olan erkekler ve kendini kesme sırasında analjezi hissedener ile cinsel travma öyküsü olanların intihar için daha riskli olduğu saptanmıştır (Matsumoto ve ark. 2005, Murray ve ark. 2008). Boynunu kesenlerin kolunu kesenlerden daha fazla dissosiasyonla ilişkisi olduğu için intihar için riskli olduğu da belirtilmiştir (Matsumoto ve ark. 2004). KKZ davranışında bulunanların intihar girişimlerinin daha manipülatif ve dikkat çekmeye yönelik olduğu düşünülmür, fakat bu grubun %10'undan fazlası tamamlanmış intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Stanley ve ark. 2001). Kendine zarar veren birey, buna bir süre sonra alışmakta ve ağrı duygusu azalmakta; böylece daha korkutucu bir eylem olan intihar için cesaret ve motivasyonu artabilmektedir; bu nedenle, kendini yaralama intiharın bir öncülü olabilir (Joiner 2005). Kendini yaralayan kişilerin %50-75'inin, daha sonraki bir zaman diliminde intihar girişiminde bulunabildiği belirtilmiştir (Nock ve ark. 2006). KKZ davranışının "intihardan kaçınma, intihar dürtüsünü kendine zarar vererek engelleme" işlevinden de söz edilmektedir (Suyemoto 1998). Başka bir deyişle KKZ hem intihar davranışına zemin hazırlayan hem de intihardan kaçınma işlevi gören bir role sahiptir.

Ergen ve Ailesine Yaklaşım

KKZ davranışı olan ergen ve ailesine yaklaşımda öncelikle olayın bir intihar girişimi olup-olmadığı sorgulanmalıdır. KKZ davranışı dönemsel, geçici bir durum olabildiği gibi, dürtüsel özellikte bir intihar girişimi de olabilir. Ergenin yaşıt ilişkisi iyi değerlendirilmelidir. Güvenli bir çevrenin oluşturulması, kişisel sorumluluk duygusunun kazandırılması, destek sistemlerinin araştırılması, baş etme gücünün, sosyal ilişkilerininve engellere dayanma gücünün artırılması, gerekli durumlara ilaç tedavisi KKZ davranışı olan ergenlerin sağaltımında önemlidir (Freeman ve ark. 2016). Aileye önyargıdan

uzak, empatik yaklaşım ile bilgilendirme yapılmalı bu durumun ciddi bir ruhsal hastalık belirtisi olduğu anlatılmalıdır. Unutulmamalıdır ki, KKZ davranışı bir dikkat çekme davranışı değildir ve ergenler çoğunlukla bunu göstermek istemezler. Kaygı ve öfkeye kapılmadan serinkanlı bir şekilde ergeni dinlemek, durumu ciddiye almak bu tür davranışların önlenmesinde önem arz etmektedir. KKZ davranışı için risk faktörlerinin araştırılması, KKZ davranışının işlevinin ne olduğunun (duygudurum regülasyonu, kendini cezalandırma, disosiyasyon, intiharı önleme vb) anlaşılması olgunun değerlendirilmesinde ele alınacak konulardır. Yine KKZ davranışının sadece sınır kişilik için bir gösterge olmayıp depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, davranım bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yeme bozukluklarının seyri sırasında da görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Sonuç

Tüm dünyada ve ülkemizde KKZ davranışı klinik uygulamalarda oldukça sık karşılaşılan bir durum olmakla birlikte, ne yazık ki bu konu hakkında yeterli bilgi ve veri olduğunu söylemek mümkün değildir. Önemli yeti yitimi, ekonomik kayıplara neden olabilen, hatta bazen hayati tehlike oluşturabilen KKZ davranışının nedenlerinin, risk faktörlerinin iyi bilinmesi, KKZ davranışını bir belirti olarak kabul ederek, doğrudan uygun müdahalelerde bulunmak, olgunun gördüğü zararı azaltabilir. Çünkü bu alanda günümüze kadar yapılan çalışmalar KKZ davranışının birlikte görüldüğü ruhsal bozukluğun tedavisinin, tek başına KKZ davranışını ortadan kaldırmada yeterli olmadığına ait bulguları içermektedir. Ancak, KKZ davranışına özgü müdahalelerin etkinliği konusunda yeterli bilgi yoktur. Ayrıca ergenlik dönemi dışında ileri yaşlardaki KKZ davranışı da yeterince araştırılmamıştır. Sonuç olarak, etiyojisinde psikodinamik, biyolojik, psikolojik, ailesel ve çevresel pek çok nedenin yer aldığı ve çok sayıda psikiyatrik bozukluğun seyri sırasında ortaya çıkan KKZ davranışı konusunda klinisyenlerin duyarlı olması önem arz etmektedir. KKZ davranışının nedenleri, risk faktörlerin araştırılması ve KKZ davranışına yönelik müdahalelerin geliştirilmesi konusunda geniş örneklemli çok sayıda çalışmaya gereksinim duyulduğu da çok açıktır.

Kaynaklar

- Alataş E, Bulut SD, Berkol TD, Alataş G (2014) Kendine zarar verme davranışı olarak tekrarlayıcı şekilde kendi ağız mukozasını kesme: olgu sunumu. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27:173-177.
- APA (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, TextRevision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (2013) *Desk Reference To The Diagnostic Criteria From DSM-5*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Ballard E, Bosk A (2010) Invited commentary: Understanding brain mechanisms of pain processing in adolescents' non-suicidal self-injury. *J Youth Adolesc*, 39:327-334.
- Başay-Kabukçu B, Bildik T, Tamar M (2009) Assessment of the adolescents with self harming behavior and suicide attempts in an outpatient adolescent unit. *The International Conference on Quality of life in Child and Adolescent Mental Health (ESCAP)*, Budapest, Ağustos, 22-26.
- Bjärehed J, Lundh LG (2008) Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cogn Behav Ther*, 37:26-37.
- Briere J, Gil E (1998) Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*, 68:609-620.
- Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM (2002) Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol*, 111:198-202.

- Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, Resch F (2007) Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161:641-649.
- Canetto SS (1997) Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide Life Threat Behav*, 27:339-351.
- Cerutti R, Manca M, Presaghi F, Gratz KL (2011) Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *J Adolesc*, 34:337-347.
- Claassen CA, Trivedi MH, Shimizu I, Stewart S, Larkin GL, Litovitz T (2006) Epidemiology of nonfatal deliberate self-harm in the United States as described in three medical databases. *Suicide Life Threat Behav*, 6:192-212.
- Claes L, Vandereycken W, Vertommen H (2007) Self-injury in female versus male psychiatric patients: a comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Pers Individ Dif*, 42:611-621.
- Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K et al. (2005) Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry*, 162: 297-303.
- Crowell SE, Beauchaine TP, McCauley E, Smith CJ, Stevens AL, Sylvers P (2005) Psychological, autonomic, and serotonergic correlates of parasuicide among adolescent girls. *Dev Psychopathol*, 17:1105-1127.
- Eker E (2006) 2005 Yılında İstanbul ortaöğretim kurumlarında eğitim gören ergenlerin yeme tutumlarının değerlendirilmesi ve kendine zarar verme ile intihar davranışları bakımından karşılaştırılması. (Yüksek lisans tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
- Emerson LE (1913) The case of Miss A: a preliminary report of a psychoanalysis study and treatment of a case of self-mutilation. *Psychoanalytic Review*, 1:41-54.
- Ernst C, Morton CC, Gusella JF (2010) Self-injurious behaviours in people with and without intellectual delay: implications for the genetics of suicide. *Int J Neuropsychopharmacol*, 13:527-528.
- Farberow N (1980) *The Many Faces of Suicide*. New York, McGraw-Hill.
- Favazza AR, DeRosear L, Conterio K (1989) Self-mutilation and eating disorders. *Suicide Life Threat Behav*, 19:352-361.
- Favazza AR, Conterio K (1989) Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand*, 79:283-289.
- Favazza AR (1998) The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis*, 186:259-268.
- Favazza AR, Rosenthal RJ (1990) Varieties of pathological self-mutilation. *Behav Neurol*, 3:77-85.
- Favazza AR (1992) Repetitive self-mutilation. *Psychiatr Ann*, 22:60-63.
- Favazza AR, Rosenthal RJ (1993) Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry*, 44:134-140.
- Favazza AR (1996) *Bodies Under Siege: Self Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. 2 ed. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press.
- Feldman MD (1988) The challenge of self-mutilation: a review. *Compr Psychiatry*, 29:252-269.
- Fliege H, Becker J, Weber C, Schoeneich F, Klapp BF, Rose M (2003) Disturbed regulation of self-esteem in patients with overt versus covert self-destructive behaviour. *Z Psychosom Med Psychother*, 49:151-163.
- Fliege H, Kocalevent RD, Walter OB, Beck S, Gratz KL, Gutierrez PM et al. (2006) Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates. *J Psychosom Res*, 61:113-121.
- Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp B F (2009) Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *J Psychosom Res*, 66:477-493.
- Firestone RW, Seiden RH (1990) Suicide and the continuum of self-destructive behavior. *J Am Coll Health*, 38:207-213.
- Freeman KR, James S, Klein KP, Mayo D, Montgomery S (2016) Outpatient dialectical behavior therapy for adolescents engaged in deliberate self-harm: conceptual and methodological considerations. *Child Adolesc Social Work J*, 33:123-135.
- Friedman M, Glasser M, Laufer E, Laufer M, Wohl M (1972) Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observations from a psychoanalytic research project. *Int J Psychoanal*, 53:179-183.
- Fox C, Hawton K (2004) *Deliberate Self-Harm in Adolescence*. Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers.
- Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M, Ghaziuddin N (1991) Mood disorder in a group of self-cutting adolescents. *Acta Paedopsychiatr*, 55:103-105.
- Gratz KL, Conrad SD, Roemer L (2002) Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am J Orthopsychiatry*, 72:128-140.
- Gunderson JG, Ridolfi ME (2001). Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation. *Ann NY Acad Sci*, 932:61-73.
- Haines J, Williams K CL (2003) Coping and problem solving of self mutilators, *J Clin Psychol*, 59:1097-1106.
- Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E (2001) Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry*, 178:48-54.
- Hawton K, Harriss L, Hall S (2003) Deliberate self-harm in Oxford, 1990-2000: a time of change in patient characteristics. *Psychol Med*, 33:987-995.
- Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R (2002) Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*, 325:1207-1211.

- Hickey L, Hawton K, Fagg J, Weitzel H (2001) Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide. *J Psychosom Res*, 50:87-93.
- Hintikka J, Tolmunen T, Rissanen M L, Honkalampi K, Kylmä J, Laukkanen E (2009) Mental disorders in self-cutting adolescents. *J Adolesc Health*, 44:464-467.
- Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM (2010) Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *J Am Board FamMed*, 23:240-259.
- Kiesel C, Lyons JS (2001) Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 158:1034-1039.
- Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E (2003) Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry*, 160:1501-1508.
- Klonsky ED, Muehlenkamp JJ (2007) Self - injury: a research review for the practitioner. *J Clin Psychol*, 63:1045-1056.
- Klonsky ED, Moyer A (2008) Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 192:166-170.
- Kishore S, Stamm S (2006) The snoRNA HBI-52 regulates alternative splicing of the serotonin receptor 2C. *Science*, 311:230-232.
- Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA (2005) Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the "whats" and "whys" of self-harm. *J Youth Adolesc*, 34:447-457.
- Leibluft E, Gardner DL, Cowdry RW (1987) Special future the inner experience of the borderline self-mutilator. *J Pers Disord*, 1:317-324.
- Le Blanc R (1993) Educational management of self-injurious behavior. *Acta Paedopsychiatr*, 56:91-98.
- Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML (2007) Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*, 37:1183-1192.
- Lin PY, Tsai G (2004) Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism and suicide: results of a meta-analysis. *Biol Psychiatry*, 55: 1023-1030.
- Lüleci S (2007) Kendini yaralama davranışı olan ergenlerin psikiyatrik ve sosyokültürel özellikleri (Uzmanlık tezi). İstanbul, Bakırköy Prof. Dr.Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Jacobson CM, Gould M (2007) The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res*, 11:129- 147.
- Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB (2008) Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 37:363-375.
- Joiner TE (2005) *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, et al. (2008) Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry*, 49:667-677.
- Markovitz PJ, Calabrese JR, Schulz SC, Meltzer H Y (1991) Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *Am J Psychiatry*, 148:1064-1067.
- Matsumoto T, Yamaguchi A, Chiba Y, Asami T, Iseki E, Hirayasu Y (2005) Self - burning versus self - cutting: patterns and implications of self - mutilation; a preliminary study of differences between self - cutting and self - burning in a Japanese juvenile detention center. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59:62-69.
- Mehlum L, Ramberg M, Tørmøen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH et al. (2016) Dialectical Behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: outcomes over a one-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 55:295-300.
- Menninger K (1935) A psychoanalytic study of the significance of self-mutilation. *Psychoanal Q*, 408-466.
- Messer JM, Fremouw WJ (2008) A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clin Psychol Rev*, 28:162-178.
- Miller DN, Brock SE (2010). *Identifying, Assessing and Treating Self-Injury at School*. New York, NY: Springer.
- Morgan HG (1979) *Death Wishes: The Understanding and Management of Deliberate Self-Harm*. Chichester, Wiley,.
- Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM (2004) An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav*, 34:12-23.
- Muehlenkamp JJ (2005) Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiatry*, 75:324-326.
- Muehlenkamp JJ, Kerr PL, Bradley AR, Larsen MA (2010) Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *J Nerv Ment Dis*, 198:258-263.
- Nock MK, Prinstein MJ (2004) A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*, 72: 885-890.

- Nock MK, Joiner Jr TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ (2006) Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*, 144: 65-72.
- Nock MK, Mendes WB (2008) Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *J Consult Clin Psychol*, 76:28-38.
- Ocak T, Karagöl A, Uzun Ö, Oruçoğlu A, Duruk M (2013) Kendini kesme şeklinde olan kendine zarar verme olgusu. *Yeni Tıp Dergisi*, 30:101-103.
- Orbach I, Bar-Joseph H, Dror N (1990) Styles of problem solving in suicidal individuals. *Suicide Life Threat Behav*, 20: 56-64.
- Ögel K, Aksoy A (2006) Kendine Zarar Verme Davranışı Raporu. İstanbul, Yeniden Yayın.
- Pao PN (1969) The syndrome of delicate self-cutting. *Br J Med Psychol*, 42:195-206.
- Prinstein MJ, Heilbron N, Guerry JD, Franklin JC, Rancourt D, Simon V et al.(2010) Peer influence and nonsuicidal self injury: longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *J Abnorm Child Psychol*, 38:669-682.
- Ray EH (2007) A multidimensional analysis of self-mutilation in college students. (Doctoral thesis). Texas USA, The University of Texas at Austin.
- Rodham K, Hawton K, Evans E (2005) Deliberate self harm in adolescents: the importance of gender. *Psychiatric Times*, 22: 36-41.
- Ross S, Heath N (2002) A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *J Youth Adoles*, 31: 67-77.
- Saçarçelik G, Türkcan A, Güveli H, Yeşilbaş D (2013) İkinci basamak ergen ve genç erişkin psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda kasıtlı kendine zarar verme davranışının yaygınlığı ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50:222-229.
- Saxe GN, Chawla N, Van der Kolk B (2002) Self - Destructive Behavior in Patients with Dissociative Disorders. *Suicide Life Threat Behav*, 32: 313-320.
- Schmahl CG, McGlashan TH, Bremner JD (2002) Neurobiological correlates of borderline personality disorder. *Psychopharmacol Bull*, 36:69-87.
- Schroeder SR, Oster-Granite ML, Thompson T (2002) Self-Injurious Behavior. Washington, DC: American Psychological Association, pp.165-179.
- Skegg K (2005) Self harm. *Lancet*, 366:1471-1483.
- Simeon D, Stanley B, Frances A, Mann JJ, Winchel R, Stanley M (1992) Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. *Am J Psychiatry*, 149:221-226.
- Simeon D, Favazza AR (2001) Self-injurious Behaviors: Assessment and Treatment. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Simpson CA, Porter GL (1981)Self-mutilation in children and adolescents. *Bull Menninger Clin*, 45:428-438.
- Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ (2001) Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *Am J Psychiatry*, 158:427-432.
- Stanley B, Brodsky BS(2005) Suicidal and self-injurious behavior in borderline personality disorder: a self-regulation model. In *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families* (Eds JG Gunderson, PD Hoffman):43-63. Washington, DC, American Psychiatric Publishing.
- Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang YY, Mann JJ (2010) Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *J Affect Disord*, 124:134-140.
- Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, Haavisto A, Rautava P, Helenius H et al. (2006) Early predictors of deliberate self-harm among adolescents: a prospective follow-up study from age 3 to age 15. *J Affect Disord*, 93:87-96.
- Sutton J (2004) Understanding dissociation and its relationship to self-injury and childhood trauma. *Counseling & Psychotherapy Journal*, 15: 24-25.
- Suyemoto KL (1998)The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev*, 18:531-554.
- Symons FJ, Thompson A, Rodriguez MC (2004) Self-injurious behavior and the efficacy of naltrexone treatment: a quantitative synthesis. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 10:193-200.
- Tarlacı N, Yeşilbursa D, Türkcan S, Saatçioğlu Ö, Yaman MB (1997) B kümesi kişilik bozukluklarında kendini yaralamann özellikleri. *Türk Psikiyatri Derg*, 8:29-35.
- Tiefenbacher S, Novak MA, Lutz CK, Meyer JS (2005) The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: a nonhuman primate model. *Front Biosci*, 10:1-11.
- Tolmunen T, Rissanen ML, Hintikka J, Maaranen P, Honkalampi K, Kylmä J et al. (2008) Dissociation, self-cutting, and other self-harm behavior in a general population of Finnish adolescents. *J Nerv Ment Dis*, 196:768-771.
- Toprak S, Çetin I, Güven T, Can G, Demircan C (2011) Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry Res*, 187: 140-144.

- Tordjman S, Anderson GM, Botbol M, Brailly-Tabard S, Perez-Diaz F, Graignic R et al.(2009) Pain reactivity and plasma beta-endorphin in children and adolescents with autistic disorder. *PLoS One*, 26:e5289.
- Turner CA, Lewis MH (2002) Dopaminergic mechanisms in self-injurious behaviors and related disorders In *Self-Injurious Behavior: Gene-Brain-Behavior Relationships*. (Eds SR Schroeder, ML Oster-Granite, T Thompson):165-179. Washington, DC: American Psychological Association.
- Van der Kolk BA, Christopher J, Perry MD (1991) Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry*, 148:1665-1671.
- Walsh BW, Rosen PM (1988) *Self-Mutilation Theory, Research, and Treatment*. New York, Guilford Press.
- Webb L (2002) Deliberate self - harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors. *J Adv Nurs*, 38:235-244.
- Wedig MM, Nock MK (2007) Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46:1171-1178.
- Welch SS (2001) A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv*, 52:368-375.
- Winchel RM, Stanley M (1991) Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry*, 148:306-317.
- Wong D F, Harris JC, Naidu S, Yokoi F, Marenco S, Dannals R F et al. (1996) Dopamine transporters are markedly reduced in Lesch-Nyhan disease in vivo. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 93:5539-5543.
- Yates TM (2004) The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clin Psychol Rev*, 24:35-74.
- Zahl DL, Hawton K (2004) Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. *Br J Psychiatry*, 185:70-75.
- Zoroğlu SS, Tüzün U, Şar V, Tutkun H, Savaş HA, Öztürk M et al.(2003) Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci*, 57:119-126.

Fatma Gül Helvacı Çelik, Muş Devlet Hastanesi Muş; **Çiçek Hocaoğlu**, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Rize

Yazışma Adresi/Correspondence: Çiçek Hocaoğlu, Recep Tayyip Erdoğan Üniv. Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD, Rize, Turkey.
E-mail: cicekh@gmail.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol9/no2/

Geliş tarihi/Submission date: 7 Temmuz/July 7, 2016 - **Kabul Tarihi/Accepted:** 3 Ağustos/August 3, 2016
