

ERGENLERDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI

Burcu SERİM*, Fatma VAROL TAŞ**, Taner GÜVENİR***

ÖZET

Amaç: Günümüzde daha sık karşılaşılan klinik durumlardan biri de özellikle ergenlerde görülen kendine zarar verme davranışlarıdır. Bu gözden geçirmenin amacı, bu davranışın özelliklerini ve kendine zarar veren ergenlere yönelik ayaktan ve yataklı tedavi yaklaşımlarını incelemektir. **Yöntem:** Özellikle ergenlerde kendine zarar verme davranışına yönelik yapılmış yazındaki çalışmalar gözden geçirilmiştir. Gözden geçirilme sırasında "adolescent, self-harm, deliberate self harm, inpatient unit" anahtar sözcükleri kullanılarak pubmed taranmış ve uygun makaleler incelenmiştir. **Sonuçlar:** Kendine zarar verme davranışı giderek daha sık görülen, tekrarlama eğilimi gösteren ve önemli yaşam olayları ile ilişkili ciddi bir davranışsal sorundur. Ayaktan ve yataklı olarak uygulanacak tedavi yaklaşımlarında, hastanın güvenliğinin sağlanması, hasta ve tedavi ekibi arasında güven ve paylaşım sağlayan bir ilişkinin kurulması, hastaya ve ailesine uygun baş etme becerilerinin kazandırılmaya çalışılması temel noktalardır. **Tartışma:** Kendine zarar verme davranışı, ergenlerle çalışan klinisyenler için önemli bir sorun alanı olmaktadır. Uygun yaklaşım biçimlerinin oluşturulması ve bu davranışa yönelik çok yönlü tedavi uygulamalarının belirlenmesi zorunludur. Tedavi yaklaşımlarının disiplinler arası işbirliği ile sağlanması ve ekip çalışması gerekli bir koşul olmaktadır.

Anahtar sözcükler: Kendine zarar verme, ergen, tedavi.

SUMMARY: SELF-HARM BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

Objective: One of the most common clinical conditions in child and adolescent psychiatry is self-harm behaviour, especially in adolescents. The aim of this review was to examine the features of this behaviour, and the inpatient and outpatient treatment approaches for the adolescents who self-harm.

Method: The self-harm literature (particularly in adolescents) as a results of searching "adolescent", "self harm", "deliberate self harm", "inpatient unit" keywords in the Pub-Med has been reviewed.

Results: Self-harm is an increasing behavioral problem with a tendency to repeat and it is mostly related to significant life events. Regarding the inpatient and outpatient treatment approaches, the fundamental points are; providing a secure environment for the patient, establishing rapport between the patient and the treatment team and teaching appropriate coping skills to the patient and the patient's family.

Discussion: Self-harm is an important problem area for the clinicians who work with adolescents. It is necessary to adopt appropriate approaches and to set multidimensional treatment applications. It is essential to provide treatment approaches with interdisciplinary collaboration and team work.

Key words: Self-harm, adolescent, treatment.

GİRİŞ

Kendine zarar verme davranışı, bir kişinin bilinçli intihar düşüncesi olmadan kendi bedenine zarar verme davranışı olarak tanımlanmaktadır. Kendine zarar verme davranışıyla ilgili yazılar çok eski çağlara kadar uzanmaktadır. Yunan mitolojisinde Sophocles'in Kral Oedipus trajedisinde, Kral Oedipus'un babasını öldürüp annesiyle evlendiğini öğrendiğinde suçluluk ve günahkarlık duyguları içinde gözlerini çıkardığından bahsedilir. Ünlü ressam Van Gogh

ise psikotik bir süreçteyken kulağını kesip bir fahişeye yollamıştır. Afrika'daki bazı kabilelerde kültürel bir özellik olarak günümüzde de kendine zarar verme davranışı olağan karşılanmaktadır.

Kendine zarar verme yaygın olarak rastlanan bir klinik durum olmasına karşın, sağlık çalışanlarında genellikle çelişkili duygular uyandırmaktadır. Sağlık hizmetleri, genellikle kendi kontrollerinden bağımsız biçimde, hastalıklardan ya da dikkatsizlik sonucu oluşan kazalardan etkilenen insanlara yardım etmeye odaklanmıştır. Bu nedenle hastalar aşırı dozda ilaç alma ya da kendini kesme gibi kasıtlı biçimde kendilerine zarar verdiklerinde, sağlık çalışanlarında

*Arş.Gör.Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

** Uzm. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

*** Yrd.Doç.Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

yardım hissiyle birlikte kişiye yönelik bir öfke de oluşabilmektedir (Skegg 2005).

Bu gözden geçirme yazısında amaç, kendine zarar verme davranışında bulunan hastaların koşullarını ve onları bu davranışa iten motivasyonu anlamaya çalışmak ve bu hastalarla karşılaşıldığında yapılması gereken uygun yaklaşımları tanımlamaktır.

Tanım

Kendine zarar verme davranışı tekrarlayıcı, kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan, isteyerek ve amaçlı olarak yapılan, doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişimdir. Ayrıca kişinin ortama uyum sağlayamaması ya da tahammülsüzlüğün yarattığı baskıya karşın kendini keserek rahatlama durumu olarak da tanımlanabilir (Brunner ve ark. 2007).

Kendine zarar verme davranışı iki ana kategoriye ayrılmıştır. Birincisi, kültürel olarak kabul görmüş zarar verici davranışlar (örn; piercing, dövme, dağlama vb), ikincisi ise sosyal kabul görmeyen kendine zarar verme davranışı olarak adlandırılmıştır. İkinci kategori kendi içinde dört alt gruba ayrılmıştır. Bu alt gruplar da major, stereotipik, kompulsif ve impulsif kendine zarar verme davranışı olarak tanımlanmıştır. İlk üç alt gruptaki davranış biçimleri klinik popülasyonda sık olmakla beraber, kompulsif ve özellikle impulsif kendine zarar verme davranışı klinik dışı popülasyonda da oldukça sık görülmektedir (Schoppman ve ark. 2007).

Ayrıca kendine zarar verme davranışını tanımlamak için dört ölçüt önerilmektedir. Bunlar; (1) kendine zarar verme davranışının sürekli tekrarlanması, (2) kişinin, kendine zarar vermeden önce gerilim duygusuna sahip olması, (3) fiziksel acıyla beraber rahatlama, zevk alma ve hoşuna gitme duygusunu yaşaması, (4) utanma duygusu ve sosyal olarak damgalanma korkusu karşısında kendine zarar vermenin izlerini ya da kanı gizlemeye çalışmasıdır (Favazza 1992).

Çocuk ve ergen psikiyatrisinde kullanılan tanı ölçütleri incelendiğinde, DSM-IV'de kendine zarar verme davranışı için spesifik bir tanı olmadığı görülmektedir. Bu davranış çeşitli psikiyatrik bozukluklarla, örneğin duygudurum bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar ve sınırlı

kişilik bozukluğuyla ilişkilendirilmiştir. Favazza (1998) ise kendine zarar verme davranışının başka türlü adlandırılmayan (BTA) dürtü denetim bozukluğu olarak değerlendirilmesini önermiştir.

Görülme Sıklığı

Kendine zarar verme davranışı, günümüz ergenleri ve genç erişkinlerinde yaygın hale gelmiştir. Genel popülasyonda görülme sıklığının yaklaşık %1, ergen ve genç erişkin yaş grubunda ise bu oranın %12 kadar olabileceği tahmin edilmektedir (Roberts-Dobie ve Donatelle 2007, Suyemoto ve Kountz 2000). İngiltere ve Avustralya'da yapılmış çalışmalarda, lise öğrencilerinde kendine zarar verme davranışının %5-13 oranlarında saptandığı belirtilmiştir (Whitlock ve ark. 2006, Rodham ve ark. 2004). Acil servislere de kendine zarar verme davranışı ile başvuru sayısı oldukça yüksektir. Amerika'da 8 eyaleti kapsayan bir çalışmada, bir yılda 15-19 yaşları arasındaki kişilerin 259/100000'ninin kendine zarar verme davranışı nedeniyle acil serviste değerlendirildiği ortaya konmuştur (Spicer ve Miller 2000).

İngiltere'de kendine zarar verme davranışı nedeniyle yılda 142000 hastane başvurusu olmaktadır. Bunların 19000'ini gençler oluşturmaktadır (Mental Health Foundation 1999). 13-18 yaş arasında kendine zarar verme davranışının tekrarlama riski yüksektir (Nadkarni ve ark. 2000, Anderson ve ark. 2004). Hawton ve arkadaşları (2000), 1985-1995 yılları arasında hastaneye kendine zarar verme davranışıyla başvuran kişi sayısında %28'lik bir artış olduğunu, özellikle ergen kızlarda ve toplam kendine zarar verme davranışıyla başvuru sayısında da % 49'luk bir artış olduğunu bildirmiştir.

Kendine zarar verme davranışı puberteden önce nadirdir ve ergenlik süresince daha yaygın hale gelmektedir. ABD'de ilk başlangıç yaşı sıklıkla 16 olarak bildirilmektedir (Kessler ve ark. 1999, Skegg 2005). Kendine zarar verme davranışı kızlarda erkeklerden daha sık olarak görülmektedir. Kendine zarar verme davranışı nedeniyle yatarak tedavi görme de yine kızlarda erkeklerden daha sık olarak bildirilmiştir (Hawton ve ark. 2003, Olfson ve ark. 2005).

Psikiyatrik Tanılar

Kendine zarar verme davranışında bulunan ergenlerde yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucu DSM-IV kriterlerine göre en sık konulan tanı depresif bozukluktur. Madde kullanım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, bipolar bozukluk diğer sık görülen tanılardandır (Olson ve ark. 2005, Portzky ve ark. 2007). Ayrıca kişilik bozuklukları, özellikle sınır, histriyonik ve antisosyal kişilik örgütlenmesi de sık saptanan durumlar arasında yer almaktadır (Favazza 2006). Tanılar açısından cinsiyet farklarına bakıldığında, kızlarda depresif bozukluk, yeme bozukluğu; erkeklerde de madde kullanım bozuklukları daha sık görülmektedir (Olson ve ark. 2005).

Etyoloji ve Risk Etmenleri

Psikososyal etkenler

Kendini kesme davranışını en çok etkileyen etmenlerin başında ergenin geçmişte yaşadığı ya da halen yaşamakta olduğu istismar gelmektedir. Bu istismar, fiziksel, duygusal ya da cinsel istismar şeklinde olabilir. İstismara uğrayan gencin yaşadığı travmatik olayın sıkça hatırlanması sıkıntı düzeyini artırmaktadır. Yoğun sıkıntı hissi ile baş edebilmek için bu kişilerin kendilerini kesme şeklindeki davranışları daha fazla yaptıkları görülmektedir. İstismara uğrayan bir ergen bedenini ciddi bir şekilde uyarmayı öğrenir ve bu davranışı yaşadığı dayanılmaz duygulara geçiş yolu olarak görebilir (Favazza 1992, Gladstone ve ark. 2004). İstismara uğrayan gençlerin kendilerine zarar vermelerinin altında yatan diğer nedenler incelendiğinde;

(i) Ergenler, yaşadığı travmatik olaylardan dolayı kendilerini sorumlu tutarak suçlayabilir ve bu nedenle kendilerini cezalandırma yoluna gidebilirler. Ayrıca bu eylemlere "ben kötü bir insanım", "ben eziyeti hak ettim", "ben acıyı hak ettim" gibi olumsuz bilişsel kalıplar da eşlik etmektedir (Webb 2002).

(ii) Kendilerine zarar veren ya da sıkıntı yaratan duygularla baş etmede zorluk yaşayabildikleri için bu olayı hatırlatan durumlarla karşılaşınca ya da olay akıllarına gelince bu sıkıntı yaratan düşünceleri zihinlerinden uzaklaştırabilmek için kendilerine zarar vermeyi seçebilirler (Skegg 2005).

(iii) Yaşanan yoğun duygular karşısında kendi-

lik kontrollerini kaybetmemek,- "Bak! Şu anda kontrol sende" mesajını hissetmek adına kendilerini yaralayabilirler (Webb 2002).

(iv) Ailesinden kendini soyutlayan ya da soyutlanan bir genç için öfkesini göstermesinin bir yolu olarak vücudu kesmek onlarla iletişim için tek yol haline gelebilir (Skegg 2005).

(v) Kendilerine zarar veren istismara uğramış gençlerin çoğunun hislerini donuk ya da ölü olarak tanımladıkları görülür. Kendilerini kesmek bir şekilde canlı olduklarını kendilerine göstermek anlamına gelebilmektedir (Favazza 1992).

(vi) Kendini kesme ağlamanın bir başka fiziksel yoludur. Öfke ya da incinme gibi olumsuz duygular kendini kesmede önemli derecede rol oynar (Gladstone ve ark. 2004).

Aile özellikleriyle ilgili olarak yapılan çalışmalarda, ergenlerin erken dönemlerde izolasyon duygusu ya da ayrılık kaygısı yaşamalarının da kendine zarar verme davranışına neden olduğu belirtilmiştir. Çocuklar ailenin sıkıntılarla baş etme biçimini ve öfkenin dışı vurumunu içselleştirmekte ve sıkıntılarla karşılaştıkları zamanlarda bu yöntemleri kullanabilmekte-dirler (Webb 2002). Tehlikeyi algılamama, tehlikeden korunmama ve olumsuz öz değerlendirmelere karşı koymama hastalığın temel tanımlayıcı belirtilerinden sayılmaktadır. Yine anne-baba ayrılıkları, çocuklukta geçirilen operasyonlar, ailede dürtü denetim bozukluğu olan bireylerin olması, ergenin yaşam koşulları, hızlı beden değişimine bağlı kendi bedeninden soğuma, yabancılaşma, madde kullanımı ve kötü akran ilişkileri de risk etmenleri arasında sayılmaktadır (Skegg 2005, Sinclair ve Green 2005).

Kendine zarar verme davranışının bireysel psikodinamiği incelendiğinde, bu gençlerin kendine zarar verme davranışının daha çok yalnız olduklarında meydana geldiği, yara izlerini saklama eğiliminde oldukları ve genellikle yüksek kaygı düzeylerinde ortaya çıktığı gözlenmektedir. Bu nedenle, kendine zarar verme davranışının manipulatif olmaktan çok, yüksek kaygı düzeyinin bedensel acıya dönüştürülerek azaltılması için kullanıldığı belirtilmiştir (Skegg 2005).

Kendine zarar verme davranışı olan hastalar hakkında ilk psikoanalitik değerlendirme

Emerson tarafından 1913 yılında yayınlanmıştır. Dinamik görüş açısından cildini kesme davranışının birçok amaca hizmet ettiği belirtilmiştir. Bunlar arasında; (i) kendine zarar verme davranışının doğrudan doğruya sadistik ve mazoşistik bir haz verdiği, (ii) kendini kesme davranışının yaşanan hazzı değersizleştirecek yara meydana getirdiği, (iii) kendini kesme davranışının gerçek kastrasyonu önlemeye yönelik sembolik bir kastrasyonu simgelediği ve (iv) kendini kesme davranışının babanın hem korkulan, hem de arzu edilen penetrasyonunu simgeleyen "self-penetrasyonun" bir parçası olduğu belirtilmiştir (Simpson 2006). Favazza (1992) ise bu davranışın dinamiğini açıklamak için; (i) boşluk duygusu, depresyon ve gerçekçi olmayan duygulardan uzaklaşmak, (ii) rahatlama duygusunu aramak, (iii) duygusal acıları bastırmak ve (iv) boşluk duygusundan uzaklaşarak kendilerine yaşadıklarını göstermek tanımlamalarından yararlanmıştır. Ayrıca kendini kesme davranışının depersonalizasyona karşı bir önlem olarak kullanılmakta olduğu da düşünülmektedir (Brent 1997, Odağ 2006). Eylemi yetersizlik duygularının bir iletisi ya da alt bilinçten gelen güçlü bir çağlık olarak tanımlayanlar da bulunmaktadır (Odağ 2006).

Nörobiyolojik ve genetik etkenler

Kendine zarar verme davranışı olanlarda yapılan çalışmalarda beyin omurilik sıvısı (BOS) incelendiğinde 5-hidroksiindolasetikasit (5-HIAA) düzeyleri düşük olarak saptanmıştır. Bu bulgunun ileri dönemdeki şiddet davranışı ile ilişkili öngörücü olarak kabul edilebileceği düşünülmektedir (Skegg 2005, Meyer ve ark. 2003). Fonksiyonel nörogörüntüleme incelemeleri, kendine zarar verme davranışı olan hastalarda prefrontal 5-hidroksitriptofan (5-HT) 2a reseptörlerinin düşük bağlanma potansiyeli olduğunu göstermiştir (Van Heeringen ve Marusic 2003).

Moleküler genetik çalışmalar, aday genler arasında en çok serotonin transporter geninin (5-HTTLPR) üzerinde durmaktadır. Bu alandaki çalışmaların sonuçlarının incelendiği bir meta analizde 5-HTTLPR polimorfizmiyle kendine zarar verme ve intihar davranışları arasında bir bağlantının gösterilemediği, ancak aynı psikiyatrik tanıli hastalardan kendine zarar verme davranışı olanların genotipinde S allelini taşıma

durumunun daha sık olduğu bulunmuştur (Lin ve Tsai 2004).

Uzunlamasına yapılan bir çalışmanın sonuçları ise 5-HTTLPR polimorfizmiyle depresyon ve kendine zarar verme davranışı oluşturacak yaşam stresleri arasında bir etkileşim olabileceğini göstermektedir (Caspi ve ark. 2003). Stresli yaşam olaylarının, S allelini taşıyanlarda L/L homozigotlara göre, depresyon, kendine zarar verme davranışı ve intihar düşüncelerinin gelişmesine daha fazla yatkınlık yaratabileceği belirtilmektedir (Lin ve Tsai 2004).

Yineleyen Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar

Kendine zarar verme davranışı ile başvuran olguların %15'i bir yıl içinde tekrar hastaneye başvurumaktadırlar. Olasılıkla daha çoğunda ise hastane başvurusu olmaksızın bu davranışlar yinelemektedir. Çalışma sonuçlarına göre 9 yıl içinde %5'inden fazlası intihar girişiminde bulunmaktadır (Owens ve ark. 2002). Kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi için güçlü bir öngörücüdür. Özellikle kendine zarar verme davranışından sonraki ilk 6 ayda intihar riski çok yüksek olmakta, ancak daha sonra da bu risk devam etmektedir (Cooper ve ark. 2005).

Değerlendirme ve Yaklaşım

İlk aşamada yaklaşım

Kendine zarar verme davranışı olan bir ergeni değerlendirirken birinci amaç, kendine zarar verme davranışı riskini azaltmaktır. Bu nedenle ergenin güvenliğini sağlama adına çevrenin uygun şekilde düzenlenmesi gerekecektir. Evdeki güvenliği sağlaması için aileden, güvenilir ve işbirliğine yatkın olan yetişkin bir kişi seçilmelidir. Bu kişi ile beraber planlamalar yapılarak ilaçların, kesici ve delici aletlerin evden uzaklaştırılması sağlanmalıdır. Eğer kendine zarar verme davranışı tekrarlayacak olursa mutlaka acil yardım istemeleri belirtilmelidir. Bunun için ulaşabilecekleri yardım kaynakları gence ve aileye anlatılmalıdır. Bu düzenlemelerin yanı sıra; hastanın intihar ya da kendine zarar verme davranışı ile ilgili düşünceleri öğrenilmeli, olası bir kriz durumunda destek alınacak kaynaklar tanımlanmalı, hastanın ihtiyacı ve bu davranışın onun için anlamı kavranmaya çalışılmalı, madde kullanımı öykü-

sü sorgulanmalı, ergenin psikiyatrik bozukluğu değerlendirilmeli ve bozukluk saptandıysa uygun şekilde tedavi edilmelidir. Bunlara ek olarak, ergene var olan sorunları tanımlama ve uygun çözüm yolları bulma konusunda yardım sağlanmalı, destek kaynakları, özellikle uygun aile bireyleri ve arkadaşları listelenmelidir. Duygularının uygun şekilde ifadesi desteklenmeli ve yol gösterilmelidir. Ayrıca eğer ilaç tedavisi planlanacaksa, yüksek doz alımı durumunda ölümcül etkisi olmayacak ilaçlar tercih edilmelidir (Hawton ve James 2005).

Tedavi sürecindeki yaklaşımlar

Randomize ve kontrollü bir çalışmada, 16 yaş ve üzerinde kendini zehirleme davranışında bulunan 772 hastaya acil servis başvurularından sonraki 1., 2., 3., 4., 6., 8., 10. ve 12. aylarda kapalı zarfta bir kartpostal gönderilmiştir. Çalışmanın sonucunda, basit bir kartpostalın belirli aralıklarla gönderilmiş olmasının bile kendini zehirleme davranışının tekrarını 12 ayın sonunda neredeyse yarıya indirdiği saptanmıştır (Carter ve ark. 2005). Bu bulgular çalışmacılara, hastaların kendilerini çaresiz, kimse tarafından önemsenmeyen, değersiz hissettiklerini ve düzenli bir sağlık kuruluşu tarafından gönderilen ve onlara iyi dilekler sunan bir kartpostalın bu nedenle iyi gelmiş olabileceğini düşündürmüştür.

Kendine zarar verme davranışında bulunan ergenlerin tedavisine yönelik birçok yaklaşım kullanılmaktadır. Bu yaklaşımlar arasında, eğer varsa altta yatan psikiyatrik hastalığın medikal tedavisinin yanı sıra, ergene yönelik problem çözümüne dayalı terapötik yaklaşımlar, bilişsel davranışçı terapiler ve grup psikoterapileri sayılabilir (Hawton ve James 2005).

Kendine zarar verme davranışı, bir bozukluk değil bir davranış biçimi olarak tanımlandığından yazında bu duruma özgü ilaç tedavisi uygulamaları net belirtilmemiştir. Önerilen yaklaşım altta yatan hastalığın tedavisinin yapılması şeklindedir. Bu davranışı gösteren ergenlerin birçoğunda depresif belirtiler olmasına rağmen az bir kısmında depresif bozukluk saptanabilir. Eğer depresif belirtiler diğer tedavi yöntemleri ile düzelme göstermemişse antidepresan tedavi gündeme gelebilir. Trisiklik antidepresanların yüksek dozda alındığında toksik etkilerinin

olması, ayrıca çocuk ve ergenlerdeki depresif bozuklukta seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGİ) ilk tercih edilen ilaçlar olması sebebiyle de depresif belirtilerin eşlik ettiği kendine zarar verme davranışında bulunan ergenlerde SSGİ'lerin kullanılabilmesi bildirilmektedir (Harrington 2001). Ayrıca ergene uygulanacak tedavilerin yanı sıra, aileye yönelik psikoterapötik yaklaşımların (problem çözümüne dayalı ya da sistemik terapiler) uygulanması da önerilmektedir (Hawton ve James 2005).

Tedavi seçeneklerinde özellikle problem çözümüne dayalı terapinin önemi üzerinde durulmaktadır. Bu terapinin ana hatları; öncelikli çözülmesi gereken sorunları belirlemek, hedefleri kararlaştırmak, hedefleri başarmak için atılması gereken adımları saptamak, ilk adımın nasıl aşılacağına karar vermek, ilerlemeyi gözden geçirmek, ilerlemeyi engelleyen etmenlerle başa çıkmak ve takip eden diğer adımları çalışmak olarak tanımlanmaktadır (Hawton ve James 2005).

Ögel ve Aksoy'un (2006) yayınladıkları kendine zarar verme davranışı raporunda, kişiye, canlandırma ve model almayı kullanarak "Dur, Düşün, Dinle, Plan yap, Harekete Geç" stratejisinin öğretilmesi önerilmiştir. Bu stratejinin öğretilebilmesi için trafik lambası örneği kullanılarak kişiye egzersizler yaptırılması belirtilmiştir. Kırmızı ışık, durması ve hemen tepki vermemesini sembolize etmektedir. Kendini kontrol etmenin en zor kısmının bu ilk tepki olması nedeniyle kırmızı ışık bu stratejinin en önemli basamağı olarak değerlendirilmiştir. Bu uygulamada basamak basamak ilerlenmesi, uzun bir süre sadece "hemen tepki vermemesi ve kendini tutması" aşamasında çalışılması, bunu yapabildikten sonra diğer basamaklara geçilmesi önerilmektedir. İkinci basamak olan sarı ışık, düşünüp plan yapmayı, yani verebileceği en sağlıklı tepkinin ne olacağına karar vermesi gerekliliğini sembolize etmektedir. Üçüncü basamak olan yeşil ışık ise harekete geçmesi ve tepkisini uygun biçimde göstermesi gerekliliğini tanımlamaktadır.

Psikiyatri Yataklı Servisi Koşullarındaki Yaklaşımlar

Genel yaklaşımlar

Yataklı serviste bulunan hastalarda kendine

zarar verme davranışının önlenmesi için, ayakta takip edilen hastalarda önerilen yaklaşımlara ek olarak farklı koşulların da sağlanması gereklidir. Bu amaçla serviste yattıkları süre boyunca tüm hastalar için ayrı ayrı kapsamlı bir risk değerlendirme formu hazırlanmalıdır. Bu form, tedavi ekibine rehberlik sağlayacak bilgileri, yapılması gerekenleri ve hasta için davranış tetikleyici etmenleri de içermelidir. Davranışlarda bir değişiklik olduğunda bu risk değerlendirme formu tekrar gözden geçirilmeli ve yeniden düzenlenmelidir. Klinisyenler her hasta için kendine zarar verme davranışının anlamını anlamaya çalışmalı ve bu davranış olumlu değişim yönüne çevirebilmek için her hastada bireysel stratejiler geliştirmelidirler. Hastalar kendine zarar verme davranışını anlama ve haber vermenin önemi konusunda eğitilmelidir. Hastaya yapılacak tüm müdahaleler iyice açıklanmalı ve işbirliği sağlanmalıdır (Doncaster ve South Humber 2007).

Ekibin tüm üyeleri kendine zarar verme davranışında bulunan hastaya nasıl müdahale edilmesi gerektiğini bilmek zorundadırlar. Eğer tehlike oluşturan bir durum yoksa ilk iş, hastayı güvenli bir alana almak olmalı ve gerekiyorsa acil servise haber verilmelidir. Ardından hızlı bir şekilde durum değerlendirmesi yapılmalıdır. Uygunsa, hastanın onayını da alarak aileye mutlaka bilgi verilmelidir. Yenilenmiş risk değerlendirmesi hemen yürürlüğe konmalıdır. Davranışla ilişkili gerekçeler tanımlanmalı, davranış ortaya çıkaran motivasyon saptanmalı ve bunlara yönelik önlemler alınmalıdır. Hastanın durum değerlendirmesi sürerken aynı zamanda davranışın ya da altta yatan etmenin kontrol altına alınabilmesi için gerekli ise farmakoterapi de planlanmalıdır. Acil müdahale sonrasında multidisipliner ekip (psikiyatristler, psikologlar, hemşireler, yardımcı personeller, terapistler vb) toplanarak davranışın tekrarını önlemeye yönelik bir plan geliştirmelidir (Anderson ve ark. 2004).

Ekip üyelerinden biri bir hastada kendine zarar verme davranışı olacağını fark ederse, bu durumu hemen ekiple paylaşmalıdır. Serviste yatan hastalarda olası kendine zarar verme davranışını düşündürecek bulgular; depresif belirtiler, anksiyete, normalden farklı bir sessizlik hali, huzursuzluk, konsantrasyon kaybı, her zamankinden farklı olan dalgınlık durumları,

sık ağlamalar, tekrarlayan ölüm düşünceleri, geri çekilme davranışı, başkalarına yönelik tehditlerin, ölüm temalı şiirlerin, yazıların ve resimlerin olmasıdır. İntihar eğilimi olan ya da kendine zarar verme davranışı gösterenler, yakın gözlemlerle takip edilmeli ve bu hastalara yönelik destekleyici girişimler sağlanmalıdır. Tüm bu uygulamaların yanı sıra asıl önemli olan hastanın böyle bir davranış yapma isteği olduğunda yardım isteyebileceği düzeyde bir ilişkinin hasta ile ekip arasında kurulmuş olmasıdır (Doncaster ve South Humber 2007).

Kendine zarar verme davranışı tedavi ekibi tarafından depresif içerikli bir davranıştan çok impulsif olarak değerlendirilirse, hasta bir ekip elemanı ile ya da yalnız olarak ayrı bir odaya ("sessiz oda") alınmalıdır. Yapılan çalışmalara göre, bir hasta intihar ya da kendine zarar verme davranışına kalkıştığında diğer hastaların da bu tip düşüncelerini teşvik edebilmektedir (McAllister ve ark. 2001).

Fiziki koşulların düzenlenmesi

Kendine zarar verme davranışı olan ergenler için, servisin fiziki koşullarının da riski en az düzeye indirebilecek ve gerekli yardımı sağlamaya olanak verecek şekilde düzenlenmesi önem taşır. Serviste hastaların kendilerine zarar verme amaçlı kullanabilecekleri araçlar bulundurulmamalıdır ya da kontrol altında kullanılmalıdır. Özellikle ilmek olabilecek uzun bağcıklar, ipler, elektrik kabloları, serum setleri ortada bulunmamalıdır. Çarşaf lar yırtılmaya mümkün olduğunca dayanıklı olmalıdır. Aynı zamanda kanca ve sivri uçlu cisimler ile yataklarda yatak başı gibi ek gereçler bulunmamalıdır (Mc Allister ve ark. 2001). Kesici aletler, bıçaklar, açacaklar, kırılabilir eşyaların bulundurulması ve kullanımı kontrol altında olmalıdır. Riskli hastaların odaları düzenli bir şekilde kontrol edilmelidir. Deterjanlar, dezenfektanlar gibi zararlı olabilecek maddelerin servis içinde kullanımında ve saklanması dikkatli olunmalıdır. Risk altındaki hastalar elektrikli alet kullanacakları zaman yakından takip edilmelidirler. Hastanın ilaçları biriktirip kendine zarar verme riski olabileceği için ilaç alma saatinde ilacı yuttuğundan mutlaka emin olunmalıdır (McAllister ve ark. 2001).

Kendine zarar verme ya da intihar davranışına

müdahale için önemli olan ilk yardım ve kardiopulmoner resusitasyon gereçleri kolay ulaşılabilir bir yerde saklanmalıdır. Servis içinde uygun bulunan kolay ulaşılabilir yerlere acil tıbbi yardım için gerekli olan telefon numaraları yazılmalıdır. Zehirli maddelerin üzerinde gerekli açıklamalar bulundurulmalıdır. Tedavi ekibinin üyeleri ilk yardım teknikleri konularında eğitilmiş olmalı ve ayrıca bunlarla ilgili gerekli bilgiler okunabilir bir yere asılmalıdır. Ekip zaman zaman eski bilgileri tazeleyip yeni bilgilere ulaşabilecekleri eğitimlere tabi tutulmalıdır (Royal College of Psychiatrists 1998).

Hemşirelik bakımı

Servis ortamında hemşirenin kendine zarar verme davranışı olan ergenin değerlendirmesindeki ve gerekli yaklaşımların uygulanmasındaki rolü çok önemlidir (Holdsworth ve ark. 2001). McAllister ve arkadaşları (2001), hemşirenin akut rolünün, kendine zarar verme davranışında bulunan hastaya kendini güvende hissedebileceği bir ortam sağlaması olduğunu belirtmiştir. Bu amaçla hastayı farklı bir yere alıp ortamdan uzaklaştırmak yararlı olacaktır. Hastaya iç çatışmasını aktarabileceği oyuncak bebek, kesmek için kağıt, yırtmak için kutu ya da plastik şişe, yumruklamak için yastık önerilebilir. Hemşirenin görevi tüm bunları yapabileceği alana hastayı yönlendirebilmektir. Bu alan güvenli olmalıdır. Hastanın kendine ait yeni sakinleşme yöntemleri bulması sağlanmalıdır. Serviste yatışı süresince hemşire hastaya uygun baş etme stratejilerini uygulamasında yol gösterici olmalı ve destek sağlamalıdır (Holdsworth ve ark. 2001). Tablo 1'de tedavi ekibinin kendine zarar verme davranışı karşısında geliştirebileceği stratejiler gösterilmiştir (McAllister ve ark. 2001).

SONUÇ

Kendine zarar verme davranışı, günümüz ergenleri ve genç erişkinlerinde yaygın ve tekrarlayıcı bir davranış haline gelmiştir. Kendine zarar verme davranışı ile başvuran olguların önemli bir kısmı kısa süre içinde tekrar hastaneye başvurumaktadırlar. Olasılıkla daha çoğunda ise hastane başvurusu olmaksızın bu davranışlar yinelemektedir. Ergenlerde bu durum bir kriz durumuyla ya da duygu düzenlenmesinin uygunsuz bir yöntemle sağlanmaya çalışılması

sonucu gerçekleşmektedir. Yaygın olarak rastlanan bir klinik durum olmasına karşın, sağlık çalışanlarında genellikle çelişkili duygular uyandırmaktadır. Bu nedenle bu olumsuz davranışı sergileyen ergenlere ayaktan ya da yatarak yapılacak psikiyatrik yardımların etkinliği konusunda daha fazla deneyime ve araştırmaya gerek duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

- Anderson M, Woodward L, Armstrong M (2004) Self-harm in young people: a perspective for mental health nursing care. *Int Nurs Rev* 51:222-228.
- Brent DA (1997) Practitioner review: the aftercare of adolescents with deliberate self-harm. *J Child Psychol Psychiatry* 38:277-286.
- Brunner R, Parzer P, Haffner J ve ark. (2007) Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 161:641-649.
- Carter GL, Clover K, Whyte IM ve ark. (2005) Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ* 331:805-809.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE ve ark. (2003) Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 301:386-389.
- Cooper J, Kapur N, Webb R ve ark. (2005) Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* 162:297-303.
- Doncaster ve South Humber-NHS Trust (2007) Self-harm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. <http://www.rdash.nhs.uk> 20.02.2008.
- Favazza AR (1992) Repetitive self-mutilation. *Psychiatr Ann* 22:60-63.
- Favazza AR (1998) The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* 186:259-268.
- Favazza AR (2006) Self-injurious behavior in college students. *Pediatrics* 117:2283-2284.
- Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB ve ark. (2004) Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *Am J Psychiatry* 161:1417-1425.
- Harrington R (2001) Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence. *Br Med Bull* 57:47-60.

SERİM VE ARK.

- Hawton K, Fagg J, Simkin S ve ark. (2000) Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *J Adolesc* 23:47-55.
- Hawton K, Hall S, Simkin B ve ark. (2003) Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *J Child Psychol Psychiatry* 44:1191-1198.
- Hawton K, James A (2005) Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ* 330:891-894.
- Holdsworth N, Belshaw D, Murray S (2001) Developing A&E nursing responses to people who deliberately self-harm: the provision and evaluation of a series of reflective workshops. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 8(5):449-458.
- Kessler RC, Borges G, Walters EE. (1999) Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 56:617-626.
- Lin PY, Tsai G (2004) Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism and suicide: results of a meta-analysis. *Biol Psychiatry* 55: 1023-1030.
- McAllister M, Higson D, Moyle W, Creedy D (2001) Nursing responses to patients who self-injure. <http://siari.co.uk> 10.05.2007.
- Mental Health Foundation (1999) Mental health: fundamental facts. MHF, London.
- Meyer JH, McMain S, Kennedy SH ve ark. (2003) Dysfunctional attitudes and 5-HT₂ receptors during depression and self-harm. *Am J Psychiatry* 160:90-99.
- Nadkarni A, Parkin A, Dogra N ve ark. (2000) Characteristics of children and adolescents presenting to accident and emergency departments with deliberate self-harm. *J Accident and Emergency Medicine* 17:98-102.
- Odağ C (2006) Kendini yaralayıcı davranışlar. *Sözel Bildiri. 8. İzmir Psikanaliz ve Psikoterapi Günleri, İzmir. Kongre özet kitabı, s:3-5.*
- Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC ve ark. (2005) National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *Am J Psychiatry* 162:1328-1335.
- Owens D, Horrocks J, House A (2002) Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 181:193-199.
- Ögel K, Aksoy A (2006) Kendine Zarar Verme Davranışı Raporu. Yeniden Yayın no:18, İstanbul Portzky G, Van Heeringen K (2007) Deliberate self-harm in adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 20:337-342.
- Roberts-Dobie S, Donatelle RJ (2007) School counselors and student self-injury. *J Sch Health* 77:257-264.
- Rodham K, Hawton K, Evans E (2004) Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:80-87.
- Royal College of Psychiatrists (1998) Managing deliberate self-harm in young people. Council Report (CR64), RCP, London <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr64.pdf>, 26.11.2008.
- Schoppmann S, Schröck R, Schnepf W ve ark. (2007) 'Then I just showed her my arms...' Bodily sensations in moments of alienation related to self-injurious behavior: A hermeneutic phenomenological study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 14(6):587-597.
- Simpson A (2006) Can mainstream health services provide meaningful care for people who self-harm? A critical reflection. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 13:429-436.
- Sinclair J, Green J (2005) Understanding resolution of deliberate self harm: qualitative interview study of patients' experiences. *BMJ* 330:1112-1116.
- Skegg K (2005) Self-harm. *Lancet* 366:1471-1483.
- Spicer RS, Miller TR (2000) Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health* 90:1885-1891.
- Suyemoto KL, Kountz X (2000) Self-mutilation. *Prev Res* 7:1-4.
- Van Heeringen C, Marusic A (2003) Understanding the suicidal brain. *Br J Psychiatry* 183:282-284
- Webb L (2002) Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psycho social factors. *J Adv Nurs* 38:235-244.
- Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D (2006) Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics* 117:1939-1948.