

Kendine Zarar Verme Davranışı Olarak Tekrarlayıcı Şekilde Kendi Ağız Mukozasını Kesme: Olgu Sunumu

Esra Alataş¹,
Süheyla Doğan Bulut¹,
Tonguç Demir Berkol¹,
Gazi Alataş²

¹Psikiyatrist, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara - Türkiye
²Psikiyatrist, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Ankara - Türkiye

ÖZET

Kendine zarar verme davranışı olarak tekrarlayıcı şekilde kendi ağız mukozasını kesme: Olgu sunumu

Tekrarlayıcı, tasarlanmış bir şekilde, ölüm isteği olmadan yapılan, doku hasarı ile sonuçlanan, kendi vücuduna yönelik girişimler olarak tanımlanan kendine zarar verme davranışı, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskısında (DSM-IV TR) başka bir yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları ve ilk kez bebeklik çocukluk çağı ve ergenlikte tanısı konan bozukluklar içinde basmakalıp davranım bozuklukları başlıkları altında yer almaktadır. DSM-V için intihar niteliği olmayan kendine zarar verme başlığı ile ayrı bir tanımlama önerilmiş ve klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar bölümünde, kişisel öykünün olduğu diğer durumlar başlığı altında, 'kendine zarar verme öyküsü' olarak ayrıca tanımlanmıştır. Sıklıkla ergenlikte başlayan kendine zarar verme davranışının en çok karşılaşılan şekli kendini keserek zarar verme olup, çoğunlukla da kollar ve bacaklar seçilmektedir. Genellikle kişilik bozuklukları, depresyon, madde kullanımı ile birlikte görülmektedir. Bu makalede kendine zarar verme şekillerinden sıkça görülen kesmeyi, oldukça seyrek görüldüğü bir bölge olan ağız içinde gerçekleştiren bir olgu anlatılacaktır.

Anahtar kelimeler: Ağız mukozasını kesme, dürtü kontrol bozukluğu, kendine zarar verme



ABSTRACT

Repetetively cutting own oral mucosa as a self-harming behavior: a case report

Self-harm behavior, defined as repetitive and deliberate attempts of harm to self-body without suicidal intentions and resulting in tissue damage, is classified in the text revision of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition (DSM-IV-TR) under the sections of impulse-control disorder not otherwise specified and stereotypic movement disorder which falls under the category of disorders usually first diagnosed in infancy, childhood or adolescence. For DSM-V, a separate classification with the title of non-suicidal self-harm has been recommended and defined separately as personal history of self-harm under the section of other circumstances of personal history under the main category of other conditions that may be a focus of clinical attention. The most encountered form of self-harm behavior starting mostly in adolescence is harming by self-cutting and mostly legs and arms are chosen. Such behavior is generally accompanied with personality disorder, depression, substance abuse. In this article, a case of cutting, a common form of self harm behavior that involves one of the rare parts of the body, oral mucosa is discussed.

Key words: Cutting oral mucosa, impulse control disorder, self-harm

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Psikiyatrist Esra Alataş

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara - Türkiye

Telefon / Phone: +90-312-596-2986

Elektronik posta adresi / E-mail address:
esra.alatas@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
17 Haziran 2013 / June 17, 2013

Kabul tarihi / Date of acceptance:
6 Ağustos 2013 / August 6, 2013

GİRİŞ

Kendine zarar verme davranışı; tasarlanmış bir şekilde, tekrarlayıcı, ölüm isteği olmadan yapılan, doku hasarı ile sonuçlanan, kendi vücuduna yönelik girişim olarak tanımlanmaktadır (1).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın dördüncü baskısında (DSM-IV) özel bir başlık altında tanımlanmamış, duygudurum bozuklukları,

dissosiyatif bozukluklar ve sınır kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. DSM-IV TR'de 'herhangi özgül bir dürtü kontrol bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamayan dürtü kontrol bozuklukları ya da bu elkitabının diğer bölümlerinde tanımlanan dürtü kontrol bozukluğu gösteren diğer mental bozukluklar içindir' şeklinde tanımlanan, başka bir yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları ve ilk kez bebeklik çocukluk çağı ve ergenlikte tanısı konan bozukluklar

içinde basmakalıp davranım bozuklukları başlıkları altında yer almaktayken (2), DSM-V'te, ayrı bir başlık olarak, klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar bölümünde, kişisel öykünün olduğu diğer durumlar başlığı altında, 'kendine zarar verme öyküsü' şeklinde yeni bir tanı kategorisi olarak yer almaktadır (3).

Tekrarlanan kendine zarar verme davranışları içinde kendini kesme %72 ile en sık görülürken, diğerleri kendini yakma %35, kendine vurma %30, yaraların iyileşmesine izin vermeme %22, sürekli kaşımak %22, kemik kırma %8, vajina yırtmak %8 olarak sıralanmaktadır (4). Olguların yaklaşık %75 gibi çoğunluğunda ise birden fazla zarar verme yöntemi kullanılmaktadır (5). Bunlara ek olarak, yara kabuklarını kaldırmak, parmaklarını ısırma ve ezme, saç çekmek, asit dökmek ve kendini ısırma davranışları da bildirilmiştir (6). En sık zarar verilen bölgeler %74 kollar, %44 bacaklar, %25 karın, %23 kafa, %18 göğüs ve %8 genital bölgeler olarak sıralanmaktadır (4).

Kendine zarar verme davranışı, kişilik bozuklukları, özellikle sınır, histriyonik ve antisosyal kişilik örgütlenmesinde sıklıkla saptanan durumlardandır (7). Sıklıkla depresif bozuklukla birlikte görülmektedir. Madde kullanım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluklar diğer sık görülen tanılardandır (8,9).

Burada kendine zarar verme davranışı gösteren, birlikte obsesif kompulsif özellikler, anksiyete belirtileri taşıyan ancak bu tanı için DSM-IV kriterlerini karşılamayan bir olgu üzerinden tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışına değinilecektir. Olgu sunumunun yapılabilmesi için hastadan yazılı onam alınmıştır.

OLGU

25 yaşında, evli, bir çocuklu kadın hasta, ağzının içi-ne makasla kesme sonrası gittiği özel hastanenin acil servisinde tedavisini yapan doktor tarafından yönlendirilerek polikliniğimize başvurdu.

Memur baba ve ev hanımı annenin ilk çocuğu olarak doğan, kendinden 3 yaş küçük erkek kardeşi, anne ve babası ile büyüyen hasta, liseyi bitirdikten sonra sekreter olarak çalışmış. Başlangıçta kendi isteği ile nişanlanmış ancak daha sonra ayrılmak istediği halde babasının

üzüleceği düşüncesi ile 20 yaşında evlenerek, yaşadığı şehirden, ailesinden ve işinden ayrılp, başka bir şehirde kayıinvalidesi ve eşi ile birlikte yaşamaya başlamış. Hasta evlilik öncesi döneme ait herhangi bir ihmâl ya da istismar öyküsü vermiyor ve bu dönemi aile ilişkilerinin iyi olduğu bir dönem olarak tanımlıyordu.

İlk kez liseye giderken, derslerle ilgili gerginliklerinde ağzının içini ısırma başlanan hasta, evlendikten kısa bir süre sonra, eşi ve kayıinvalidesi ile yaşadığı tartışmalar sonrası, yanağını dudağının kenarından çekerek, iç mukozayı kesmeye başlamış. Bunun kendini rahatlatıldığını fark edince kesmelerin sıklığı artmış, ağzının içinde, diline takılan bir çıkıntı olursa kesmek zorunda hissediyormuş. Bir kaç ay sonra da bunun için özel büyük ve küçük makaslar almış. Evdeki eşyaların simetrisine takıldığı gibi ağzının içindeki düzene de takılıyormuş. Ancak aklına takıldığı halde her zaman eşyaları düzeltmez, düzeltse bile bu çok vaktini almazmış. Beş yıldır ağzının içini kesen hasta, bunu haftada en az 3 kez yapıyor, bazen 5-6 kereye çıkartıyor, genellikle kanayınca durdurmak amacıyla tuz basıyor diğer taraftan canının acısının artması iyi hissettiriyormuş. Eğer kanama çok fazla olursa tedavi için doktora başvuruyormuş. Engellendiğinde, eşiyle tartıştığında kesme isteği daha çok oluyor, yapmaması gerektiğini düşündüğü halde yapmadan duramıyormuş.

Gebeliğinin 6. ayında bileklerini keserek ve çoklu ilaç alarak intihar girişiminde bulunmuş ve 1 hafta yoğun bakım ünitesinde yatırılarak tedavi görmüş. Bu dönemde yeterli sosyal destek alamayınca kendine zarar verme davranışları sıklaşmış. Hasta hamileyken evden kaçmış, polis tarafından bulunup evine götürülmüş.

Hastanın özgeçmişinde, 6 ay önce, bir ay kadar süren, günde bir bira şeklinde alkol kullanımı öyküsü dışında özellik saptanmadı. Soygeçmişinde özellik yoktu.

Ruhsal durum muayenesinde, yaşında gösteren, özbakımı yeterli, iletişime istekli, sorulara uygun, amaçla yönelik cevaplar veriyordu. Duygudurumu disforik ve anksiyeteliydi. Varsanı ve hezeyan saptanmadı. Evin, eşyaların düzeni, simetri ile ilgili obsesyon ve kompulsiyonları vardı. Ancak DSM-IV obsesif kompulsif bozukluk tanı kriterlerini karşılamıyordu. Yapılan

Minesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) testinde de benzer şekilde obsesif özellikler ve anksiyete belirtileri dışında özellik yoktu. Fizik ve nörolojik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Biyokimyasal ve hormonal değerleri normal sınırlardaydı.

DSM-IV ölçütlerine göre, başka türlü adlandırılmayan (BTA) dürtü kontrol bozukluğu tanısı konulan hastaya, anksiyete bulgularını da azaltmaya yönelik olarak essitalopram 20 mg/gün tedavisi başlandı ve haftalık destekleyici bireysel görüşmeler yapıldı. Üçüncü haftanın sonunda, azalan anksiyete belirtileri ile beraber kendine zarar verme davranışı haftada ikiye kadar indi. İkinci ayın sonunda ise 10-15 günde bire inmekle beraber tamamen sonlanmadı. Tedavinin üçüncü ayında da aynı şekilde ayda 2-3 kez zarar verme davranışı gösteren hasta, sonrasında takiplere gelmeyi bıraktı. Altıncı ayda polikliniğe davet edilen hastanın daha iyi hissettiği için takiplerine gelmediği, ilacını zaman zaman aksatsa da kullanmaya devam ettiği, zarar verme davranışının ise sadece çok gergin olduğunda gerçekleştiği öğrenildi. Hastanın tanısının DSM-V'e göre, 'Kendine Zarar Verme Öyküsü' olarak revize edilmesi uygun görüldü.

TARTIŞMA

Kendine zarar verme davranışı çoğunlukla ergenlik döneminde, sıklıkla 13-19 yaşlarında başlamaktadır (3,10). Sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda, bekarlarda ve bayanlarda daha sık görülmektedir. Kendine zarar verme davranışının, toplum genelinde yaklaşık %1 sıklıkta görüldüğü, ergen ve genç erişkinlerde ise %12'lere kadar çıkabildiği bildirilmiştir (11,12). Ülkemizde psikiyatri polikliniğine başvuran ergenlerle yapılan bir çalışmada da, benzer şekilde, polikliniğe başvuranların %50'sinde kasıtlı kendine zarar verme davranışı görüldüğü, kızlarda erkeklerden sık olduğu sonucu çıkmıştır (13).

Kendine zarar verme davranışı, genelde yüksek kaygı düzeyleri sonrasında, yalnızken meydana gelmektedir, yara izlerini saklama eğilimi vardır. Bu davranışların manuplatif olmaktan çok, yüksek kaygı düzeyinin bedensel acıya dönüştürülerek azaltılması için kullanıldığı belirtilmiştir (14). Geçmişte yaşanan ya da

yaşanmaya devam edilen fiziksel ya da cinsel istismarın, çocuklukta erken dönemlerde yaşanan ayrılık anksiyetesinin rolü olduğuna değinilmiş (15), davranışın nedeni, kendilerini cezalandırmak ve yoğun olarak yaşadıkları sıkıntıları kontrol etmek olarak açıklanmaya çalışılmıştır (16).

Bizim olgumuzda da ergenlikte kendine zarar verici davranışlar başlamakta, olumsuz yaşam olayları ile birlikte zarar verici davranışlar daha da şiddetlenmektedir. Hasta çocukluk dönemine ait herhangi bir ihmal ya da istismar öyküsü vermemektedir. Kişinin ortama uyum sağlayamaması ya da tahammülsüzlüğünden kaynaklanan baskı nedeni ile kendini keserek rahatlatma sağladığı düşünülmektedir (17).

Kendine zarar verme davranışı, kendine zarar verme davranışının sürekli tekrarlama, kişinin, kendine zarar vermeden önce gerilim duygusuna sahip olması, fiziksel acıyla beraber rahatlatma, zevk alma ve hoşuna gitme duygusunu yaşaması, utanma duygusu ve sosyal olarak damgalanma korkusu karşısında kendine zarar vermenin izlerini ya da kanı gizlemeye çalışmasını içerir (4). Bizim olgumuzda olumsuz yaşam koşulları ile birlikte kendine zarar verme davranışları artmakta, iç gerginliğini kendine zarar vererek azaltmakta, davranış sonrası bundan pişmanlık duymakta, bu davranışı yalnızken sergilemekte, kendi kendine tuz basmak gibi önlemler alarak çözüm üretmeye çalışmaktadır.

Kendine zarar verme davranışı ile başvuran olguların %15'i bir yıl içinde tekrar hastaneye başvurmakta, 9 yıl içinde %5'inden fazlası intihar girişiminde bulunmaktadır (18). Kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi için güçlü bir öngörüdür. Özellikle kendine zarar verme davranışından sonraki ilk 6 ayda intihar riski çok yüksek olmakta, ancak daha sonra da bu risk devam etmektedir (19).

Kendine zarar verme davranışı değişik sınıflamalarda değişik gruplara ayrılmıştır. Taiminen ve arkadaşları (20) kendine zarar verme davranışını şiddetine göre iki grupta ele almışlardır. Major kendini yaralama; gözünü çıkarma, ekstremitte veya genital organların amputasyonu gibi durumlar olup, daha çok psikotik bozukluklarda veya ağır cinsel kimlik bozukluklarında görülmektedir. Minor kendini yaralama ise deride kesikler, yanıklar, iğne batırma, kan çıkarma,

kendini ısırma, saç yolma ve kemik kırıkları gibi davranışları içermektedir.

Favazza (7) ise kendine zarar verme davranışını üç grupta ele almıştır. 1- Major kendini yaralama; gözünü oyma veya kastrasyon gibi bedene kalıcı zarar verme; 2-Streotipik kendini yaralama; Tourette sendromunda ve zeka geriliklerinde olduğu gibi tekrarlayıcı biçimde kafasını vurma, kendini ısırma, 3- Yüzeysel/orta şiddette kendini yaralama; ciltte kesikler meydana getirme, kendini yakma, saç yolma vb.

Yine başka bir sınıflamada; kültürel olarak kabul gören zarar verici davranışlar (örn; piercing, dövme, dağlama vb), sosyal kabul görmeyen zarar verici davranışlar olarak iki gurba ayrılmıştır. Sosyal kabul görmeyen kendine zarar verme davranışı; major, stereotipik, kompulsif ve impulsif kendine zarar verme davranışı alt gruplarına ayrılmıştır. Bu gruptaki major, sterotipik ve

kompulsif zarar verme davranışları sık psikiyatrik başvuru nedenleriyken, kompulsif ve özellikle impulsif kendine zarar verme davranışları genel popülasyonda da oldukça sık görülmektedir (21).

Kendine zarar verme davranışının tedavisinde, başlı başına bir bozukluk değil de başka bir bozukluğun bir göstergesi olarak ya da bir diğer tabloya eşlik ettiği düşünüülerek, sadece diğer tanının tedavisinin yapılması, bu tedavi ile zarar verme davranışında da iyileşme olmasını beklemek, istenmeyen sonuçlarla karşılaşılmasına neden olabilir. Kendine zarar verme davranışının ayrıca üstünde durup, davranışları bitirmeye yönelik gereksinimler belirlenmeli ve sabırla çalışılmalıdır. Bütün bunlara rağmen hala, kendine zarar verme davranışına yönelik geliştirilmiş, etkinlikleri çalışmalarla desteklenmiş tedavi yaklaşımlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

- Feldman MD. The challenge of self-mutilation: a review. *Compr Psychiatry* 1988; 29:252-269.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing 2000.
- American Psychiatric Association. *Desk Reference To The Diagnostic Criteria From DSM-V*. Washington, DC London, England: American Psychiatric Publishing, 2013; 372.
- Favazza AR. Repetitive self-mutilation. *Psychiatr Ann* 1992; 22:60-63.
- Langbehn D, Pfohl B. Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients. *Ann Clin Psychiatry* 1993; 5:45-51.
- Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M. Mood disorder in group of self-cutting adolescents. *Acta Pedopsychiatry* 1992; 55:103-105.
- Favazza AR. Self-injurious behavior in college students. *Pediatrics* 2006; 117:2283-2284.
- Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC. National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1328-1335.
- Portzky G, van Heeringen K. Deliberate self-harm in adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:337-342.
- Pattison EM, Kahan J. The Deliberate Self-harm Syndrome. *Am J Psychiatry* 1983; 140:867-872.
- Roberts-Dobie S, Donatelle RJ. School counselors and student self-injury. *J Sch Health* 2007; 77:257-264.
- Suyemoto KL, Kountz X. Self-mutilation. *Prev Res* 2000;7:1-4.
- Saçarçelik G, Türkcän A, Güveli H, Yeşilbaş D. The prevalence and deliberate self-harm behavior and its association with sociodemographic features in patients referred to secondary care psychiatric clinic for adolescents and young adults. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatric and Neurological Sciences* 2011; 24:253-264.
- Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005; 366:1471-1483.
- Rosenthal RJ, Rinzler C, Walls R. Wrist cutting syndrome: the meaning of gesture. *Am J Psychiatry* 1972; 128:1363-1368.
- Roy A. Self-mutilation. *Br J Med Psychol* 1978; 51:201-203.
- Brunner R, Parzer P, Haffner J. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161:641-649.
- Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and nonfatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002; 181:193-199.

19. Cooper J, Kapur N, Webb R. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* 2005; 162:297-303.
20. Taiminen TJ, Kallio- Soukinen K, Nokso-Koivisto H. Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:211-217.
21. Schoppmann S, Schröck R, Schnepf W. '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* 2007; 14:587-597.