

Eroin Bağımlısı Bir Erkek Hastada Tedaviyi Engelleyen Çoklu Kendine Zarar Verme Davranışı: Olgu Sunumu

Müge Bozkurt¹,
Ekrem Cüneyt Evren²,
Sera Çetingök¹

¹Asist. Dr., ²Doç. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İstanbul - Türkiye

ÖZET

Eroin bağımlısı bir erkek hastada tedaviyi engelleyen çoklu kendine zarar verme davranışı:
Olgu sunumu

Kasıtlı olarak kendine zarar verme davranışı (KZVD), kişinin özkıyım amacı gütmeyen, kendi bedenine doğrudan fiziksel bir zarar vermesidir. KZVD, DSM-IV-TR'de ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almazsa da, madde bağımlılığı dahil olmak üzere, psikiyatride pek çok hastalıkla birlikte görülmektedir. KZVD, var olan psikiyatrik hastalığın tedavisi için engel oluşturabilmektedir. Bu yazıda, eroin bağımlılığı nedeniyle AMATEM'de (Alkol Madde Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi) yatarak tedavi gören ve dişlerini sökmeye, cilt yolma ve göze mikrop bulaştırma şeklinde ender görülen KZVD bulunan, bu davranışları nedeniyle kapalı psikiyatri servisinde izlenmek zorunda kalınan ve ayaktan terapi programlarını sürdürmekte zorluk yaşayan bir olgu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Kendine zarar verme, eroin bağımlılığı, tedavi

ABSTRACT

Heroin dependent male patient with multiple types of self mutilative behaviors that
impair the treatment: a case report

Self-mutilation has been defined as 'deliberate, direct destruction of body tissue without conscious suicidal intent'. Although self-mutilative behaviors (SMB) has not been described as a distinct diagnostic category within DSM-IV-TR, it represents a frequent comorbidity with many psychiatric disorders, including drug dependency. SMB may disturb the treatment of psychiatric disorders. In this report, we present a case who had been hospitalized in AMATEM (Alcohol and Drug Research, Treatment and Training Center) for the treatment of heroin addiction and had unusual SMB such as tooth extraction, skin picking and autoinfection of the eyes. Due to these SMB, the patient had to be transferred to general psychiatry service and had difficulties to adherence for the outpatient therapy program.

Key words: Self-mutilative behaviors, heroin addiction, treatment

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Asist. Dr. Müge Bozkurt, Bakırköy Prof. Dr.
Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim
ve Araştırma Hastanesi, II. Psikiyatri Kliniği,
Bakırköy 34147 İstanbul - Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-543-6565

Elektronik posta adresi / E-mail address:
mugeulku@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
11 Ağustos 2011 / August 11, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance:
25 Eylül 2011 / September 25, 2011

GİRİŞ

Kasıtlı olarak kendine zarar verme davranışı (KZVD), kişinin özkıyım amacı gütmeyen, kendi bedenine doğrudan fiziksel bir zarar vermesi olarak tanımlanabilir (1). Genel popülasyonda KZVD yaygınlığı %4 olarak saptanmıştır (2). Ergenlerle yapılan bir çalışmada ise, çalışmaya katılanların %7-14'ünün hayatlarında en az bir kez KZVD geçirdiği bildirilmiştir (3).

Simeon ve Favazza (4) KZVD'yi 4 farklı boyutta incelemişlerdir: a) Majör KZVD (kastrasyon, gözün inokülasyonu ya da ekstremitenin amputasyonu gibi ender görülen durumlar), b) Stereotipik KZVD (Başını vurma, kendini ısırma gibi), c) Kompulsif KZVD (Trikotilomani, tırnak yeme, cilt yolma gibi) ve d) Dürtüsel KZVD (Cildi kesme ya da yakma, kendine vurma gibi). En sık görülen şekli, kendini kesme (%70-%97), çarpma ya

da vurma (%21-%44) ve yakma (%15-%35) olmakla beraber, bir kaç yöntemin birden kullanılması da söz konusudur (5). Klonsky (5) KZVD'nin işlevini, affekt regülasyonu (duygularla baş edebilme), dissosiasyona karşı koruma (tekrar gerçek hissetmek) ve kendini cezalandırma olarak sınıflamıştır.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nda (DSM IV-TR) KZVD, sınır kişilik bozukluğunun, stereotipik hareket bozukluğunun, başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozukluklarının ve trikotilomaninin tanı ölçütü olarak yer almaktadır (6). Ancak, KZVD'nin görüldüğü psikiyatrik hastalıklar bunlarla sınırlı değildir. KZVD'nin majör depresyonda, madde kullanım bozukluklarında, posttravmatik stres bozukluğunda, şizofrenide (7-9), yeme bozukluklarında (10), dissosiyatif bozukluklarda (11), bipolar duygudurum bozukluğunda (12), anksiyete bozukluklarında (9),

dürttü kontrol bozuklukları (13) ile kişilik bozukluklarında (9,14) özellikle de antisosyal (13) ve sınır (7) kişilik bozukluklarında görüldüğü bildirilmiştir.

KZVD'nin görülme oranı, alkol bağımlılığında %29 (15), madde bağımlılığında %34.6 (16) olarak bildirilmiştir. Madde bağımlılarında KZVD'nin görülme riski, alkol bağımlılarınakine göre 3 ila 8 kat fazladır (17). Opiyat bağımlılarında yapılan çalışmalarda ise KZVD, %25 ile %49 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (18,19).

Biz, eroin bağımlılığı nedeniyle Alkol Madde Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi'nde (AMATEM) yatarak tedavi gören, ancak dişlerini sökme, cilt yolma ve göze mikrop bulaştırma şeklinde KZVD'si olan ve bu davranışları nedeniyle kapalı psikiyatri servisinde izlenmek zorunda kalınan, madde bağımlılığı tedavisi için yatarak veya ayaktan devam ettiği terapi programlarını sürdürmekte zorluk yaşayan bir olgu sunuyoruz.

OLGU

19 yaşında, bekar, lise 1'den terk, babasının oto galesinde düzensiz olarak çalışan bir erkek olan Ö.B., 27.04.2011 tarihinde eroin kullanımını bırakma isteği ile AMATEM polikliniğine başvurdu ve 'opiyat bağımlılığı' ön tanısıyla madde-arındırma servisine yatışı yapıldı.

Hasta ile yapılan psikiyatrik görüşmede, 1 yıl önce eroin kullanmaya başladığı, inhalasyon yolu ile hergün 1.5 gr opiyat kullandığı, son olarak da yatısından 2 gün önce opiyat kullanımını olduğu öğrenildi. Eroin kullanmaya başlamazdan önce, yaklaşık 1 yıl boyunca haftada 1-2 sigara olacak şekilde esrar kullanımını, benzer şekilde 3 yıl boyunca haftada 4 gün 3-4 bira olacak şekilde alkol kullanımını öyküsü vardı. Hastanın daha önce AMATEM poliklinik başvurusu olmamış ve yatarak tedavi görmemişti. Esrar kullanmaya başlamadan önce etrafında kullanılan arkadaşlarını gördüğünü, onların çok keyifli gözüktüğünü, kendisinin de onlara özenerek 'kafasının iyi' olması için esrarı denediğini söyledi. Ancak, eroin kullanmaya farkında olmadan başladığını, bir arkadaşının kendisi fark etmeden sigarasına koyduğunu, bunun eroin olduğunu ancak alıştıktan sonra öğrendiğini belirtti.

Tıbbi kayıtlarından ve hastayla yapılan psikiyatrik

görüşmeden, hastanın 2011 Ocak ayından beri dişlerini parmaklarıyla tutup sallayarak çıkarmaya çalıştığı ve bu nedenle, şimdiye kadar 8 dişini kaybettiği, bunlardan 3'ünün diş doktoru tarafından zorunlu olarak çekildiği öğrenildi. Ayrıca hastanın, yüzünü kaşıyarak yara açma ve cilt yolma şeklinde KZVD'si mevcuttu. Hasta, cilt yolma davranışının 2009 yılında okuldan atıldıktan sonra başladığını ve sadece yüzünü etkilediğini belirtti. Yine 2009 yılından sonra, tekrarlayıcı şekilde gözünü kaşıma ve parmaklarıyla gözüne temas etme sonrasında gelişen enfeksiyon nedeniyle, 3 kez göz doktoru başvurusu olduğu öğrenildi. Gözüyle ilgili tıbbi kayıtlara ulaşılamayan hastanın kendi bildirimine göre, göz sağlığı başvurusu sırasında yakınlarına ya da doktora enfeksiyon kaynağı olabilecek bu davranışından bahsetmemiş, başvuru sonrası tedavisi düzenlenmiş ve son 1 senedir bu şekilde bir davranışı olmamıştı.

Hasta, KZVD'sini, kendisini üzgün, kızgın ya da yalnız hissettiğinde, bu sıkıntısını durdurabilmek için yaptığını, aslında bunu yapmak istemediğini, ama kendisini alıkoyamadığını belirtti. Sonrasında ise üzüntü, pişmanlık ve öfke hissettiğini söyledi.

Tıbbi kayıtlarından, KZVD nedeniyle ilk olarak 15.01.2011 tarihinde Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (BRSHH) acil ayaktan tedavi ünitesine başvuran, anksiyetesine yönelik olarak diazepam 5 mg/gün reçete edilen hastanın, 19.01.11 tarihinden itibaren BRSHH ergen ayaktan tedavi biriminde takip edildiği öğrenildi. Hayattan zevk alamama, enerji azlığı, zaman zaman ağlama hali ve ölüm düşüncesi, uykusuzluk, dişlerini sallayarak çıkarmaya çalışma, yüzünü kaşıyarak yüzeysel yaralar oluşturma belirtileri olan hastanın tedavisinin, diazepam 5 mg/gün, risperidon 1 mg/gün, sertralin 50 mg/gün olarak düzenlendiği anlaşıldı. Ailesi, hastanın madde kullandığından şüphelendiklerini belirtmiş, ancak söylediklerinde, hastanın bunu inkar ettiğini ve toksikoloji tetkiki için idrar vermeyi reddettiğini anlatmıştır. İzlemi sırasında, hastanın sertralin dozu 100 mg/güne yükseltilip, diazepam azaltılarak kesilmiş ve mirtazapin 15 mg/gün eklenmişti. İlk başvurusundan 1 ay sonra hastanın babasıyla yaşadığı tartışma sonrasında, geçmişte alkol bağımlılığı olan fakat alkolü bırakan babasının tekrar alkol almaya başlayacağını söylediği, bu yüzden kendini

suçlu hissettiği için, benzin içerek özkıyım girişiminde bulunduğu öğrenildi. Polikliniğe ilk başvurusunda 3 dişinin sallandığı belirtilen hastanın 3 ay sonraki son poliklinik kontrolünde, 3 dişinin diş doktoru tarafından zorunlu olarak çekildiği ve risperidon dozunun 2 mg/güne çıkarıldığı öğrenildi. Hastanın, AMATEM başvurusuna kadar, bir daha poliklinik kontrolüne gitmediği anlaşıldı.

Soy geçmişinde, babasında alkol bağımlılığı, abisi ve amcasında da alkol kötüye kullanım öyküsü vardı. Babasının 9 kez alkol bağımlılığı nedeniyle yatarak tedavi gördüğü öğrenildi.

Psikiyatrik muayenede, bilinç açık, koopere, oryanteydi. Konuşma hız ve miktarı olağandı. Duygudurum disforik, duygulanım duygudurumla uyumlu, sıkıntılı ve huzursuzdu. Çağrışımları düzgündü, amaca yönelikti. Varsanı, hezeyan tariflemeydi.

Fiziksel muayenede, sağ kolda 4 tane yıldız şeklinde dövme ve sol gözünde ekimotik alan tespit edildi. Sol gözdeki ekimozun, kendisini eroine alıştıran kişi ile kavga sonucu oluştuğunu söyledi.

Psikiyatrik görüşme sırasında hastaya KZVD'si ile ilgili sorular sorulduğunda, 'bunları konuşmak bana sıkıntı veriyor, aklımda yokken bile aklıma geliyor' şeklinde cevap verdi ve görüşmeye ara verilmesini istedi. Bu sırada hastanın anksiyetesinin belirgin olarak arttığı görüldü. Yatışı boyunca, hastanın kendisine zarar verici davranışıyla ilgili konuşmaktan kaçındığı gözlemlendi.

Hastada yoksunluk bulgusu olarak disforik duygudurum, uykusuzluk ve terleme saptandı. Hastanın idrar toksikolojisinde, opiyat 2000 ng/ml'nin üstündeydi. Tedavisi buprenorfin/nalokson 2/0.5 mg/gün (lüzum halinde = LH), ketiapin 50 mg/gün, mitrazapin 15 mg/gün, naproksen sodyum 550 mg/gün (LH) olarak düzenlendi. Diş ağrısından yakınan ve yanağında şişlik olan hastadan diş sağlığı konsültasyonu istendi ve tedavisine amoksisilin + klavulanik asit 2000 mg/gün eklendi. Yatışının 10. gününde KZVD'sine yönelik olarak karbamazepin 200 mg/gün ve depresif yakınmalarına yönelik olarak da venlafaksin 75 mg/gün başlandı. Yoksunluk bulguları gerileyen, motivasyonu iyi olan ve tedaviye devam etmek isteyen hasta, yatışından 17 gün sonra AMATEM terapi katına nakledildi. Servisteki izlemi sırasında, dişleriyle ilgili KZVD'si devam eden hastanın karbamazepin dozu 400 mg/güne çıkarıldı ve risperidon

1 mg/gün eklendi. Kendisini sıkıntılı hissettiğini ve söylenenleri ters anladığını belirten hastanın risperidon dozu 2 mg/güne çıkarıldı ve hidrosizin 50 mg/gün (LH) tedavisine ekledi. Yatışının 36. gününde serviste çok sıkıldığını, çok sinirlendiğini söyleyen hastanın, 'gözlerimi çıkaracağım' diyerek parmaklarıyla gözlerine basturmaya başlaması ve göz çevresinde yüzeysel yaralar oluşturması üzerine, hastane içindeki kapalı bir psikiyatri servisine nakli yapıldı. Burada risperidon dozu 6 mg/güne yükseltildiği, tedavisine biperiden 4 mg/gün, ketiapin 300 mg/gün (LH) eklendiği ve venlafaksin 75 mg/gün kesilerek klomipramin 75 mg/gün başlandığı öğrenildi. Kapalı psikiyatri servisinde 7 gün izlenen hastanın KZVD'sinin gerilemesi üzerine, AMATEM'e nakli yapıldı. AMATEM'deki izlemi süresince, kapalı psikiyatri servisinde düzenlenen ilaç tedavisine aynı şekilde devam edildi. KZVD ve psikotik bulgusu olmayan hasta 15.06.2011' de, ayaktan tedaviye devam etmek üzere, taburcu edildi.

Taburcu edilişinden sonraki hafta içerisinde hasta, planlandığı şekilde 2 kez ayaktan terapi programına katıldı. Yapılan idrar toksikolojisi incelemesinde eroin kullanmadığı görüldü. Ancak, yapılan poliklinik görüşmesinde, hasta zaman zaman kendine zarar verme ile ilgili düşüncelerin aklına geldiğini belirtti.

Hastanın taburcu olmasından 1 hafta sonra, gözlerini çıkaracağını söyleyerek gözleriyle oynama ve dişlerini sallayarak çıkarmaya çalışma şeklindeki KZVD nedeniyle acil psikiyatri başvurusu olduğu ve hastanın kapalı psikiyatri servisine yatışının yapıldığı öğrenildi. Tıbbi kayıtlarının incelenmesiyle, 7 günlük izlemden sonra 'davranış bozuklukları, diğer', 'opioide kullanımına bağlı zararlı kullanım' ve 'impuls kontrol bozuklukları, diğer' tanılarıyla taburcu olduğu ve tedavisinin, risperidon 6 mg/gün, ketiapin 300 mg/gün, biperiden 4 mg/gün, karbamazepin 400 mg/gün, klomipramin 75 mg/gün, buprenorfin/nalokson 2/0.5 mg/gün olarak düzenlendiği anlaşıldı.

Hasta genel psikiyatri servisindeki taburculuğundan sonra, 30.06.2011 tarihinde tekrar AMATEM polikliniğine başvurdu ve ayaktan tedavi programına alındı. Kontrollerinde idrar toksikolojisinde opiyat saptanmayan hastanın madde isteği yaşamaması üzerine, buprenorfin/nalokson dozu 4/1 mg/güne yükseltildi ve tedavisi

karbamazepin 400 mg/gün, risperidon 2 mg/gün, klomipramin 75 mg/gün olarak düzenlendi. İzlem sırasında KZVD'nin devam etmesi üzerine, tedaviye öncelikle fluvoksamin 200 mg/gün sonrasında ketiapin 500 mg/gün eklendi. Ancak, KZVD'nin gerilememesi ve yoğun madde isteği yaşaması üzerine, 17.10.2011 tarihinde tekrar AMATEM madde-arındırma servisine yatışı yapıldı. Servisteki izlemi sırasında buprenorfin/nalokson dozu, 8/2 mg/güne yükseltilerek tedavisi, risperidon 4 mg/gün, fluvoksamin 300 mg/gün, klomipramin 150 mg/gün, karbamazepin 400 mg/gün, ketiapin 300 mg/gün, hidrokortizon 50 mg/gün ve klorpromazin 50 mg/gün olarak düzenlendi. Hasta, madde-arındırılma servisindeki izleminin ardından terapi katına nakledildi, ancak terapi programlarına katılmakta ve tedavi programına uyum sağlamakta güçlük çekti. Yatışı süresince cilt yolma şeklinde KZVD devam etti ve zaman zaman gözlerini kaşıma, parmaklarıyla gözlerine bastırma şeklinde davranışlarının olduğu görüldü. Taburcu edilmesinin planlandığı hafta, tırnak makasıyla dişlerine zarar vermeye çalışan hastanın tedavisine aripiprazol 5 mg/gün eklendi. 15.12.2011 tarihinde terapi katındaki tedavi süresini tamamlayan hastanın, ayaktan tedavi programına devam etmek üzere taburculuğu yapıldı.

Hastanın yatışı sırasında uygulanan WAIS testi sonucunda, IQ 90 (normal zeka-alt sınırı) olarak değerlendirildi. MMPI testi sonucunda, hastanın kişilik örgütlenmesinde "borderline" ve antisosyal özellikler olduğu, nevrotik sınırlarda kalmakta zorlandığı, dürtü regülasyonunda güçlükleri olduğu saptandı. Roschach testinde kısıtlı bir protokol elde edilmekle birlikte, psikotik süreç lehine bir bulgu saptanmadı. Dürtülerini ertelemekte zorlandığı ve insanlarla yüzeysel ilişkiler kurabildiği belirlendi. Antisosyal tutum ve davranışların belirgin olduğu bir protokol elde edildi.

TARTIŞMA

Madde bağımlılığı olanlarda KZVD'nin sık görüldüğü yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (15-19). Alkol ya da madde bağımlılarında yapılan çalışmalarda sık karşılaşılan KZVD biçimleri, kendini kesme, başını ya da ekstremitelerini bir yere vurma ve kendini yakma iken (15-17,20,21), opiyat bağımlıları ile yapılan bir çalışmada en

sık saptanan KZVD tipleri, kendini kesme (%75), tırnak yeme (%51), dudak yeme (%44) ve kendini ısırma (%36) olarak bildirilmiştir (19). Bizim olgumuzda ise, bunlardan farklı olarak, dişlerini sökme, cilt yolma ve gözü kaşıyarak mikrop bulaştırma şeklinde birden çok KZVD mevcuttu.

Olgumuz, önce parmaklarıyla dişine kuvvet uygulayıp ve sallanmasına neden oluyor, sonrasında da dişinin ya kırılmasına neden oluyor veya kendisi çekiyor ya da sallanan dişinde duyduğu ağrı nedeniyle gittiği diş doktoru tarafından tedavi için dişi ekstrakte ediliyordu. Dişlerin sökülmesi şeklinde KZVD'ye literatürde nadir rastlanmaktadır. Tourette bozukluğunda (22), otistik bozuklukta (23) ve şizofrenide (24) görüldüğü bildirilmiştir. Madde kullanımıyla ilişkili olarak da, gabahidroksibütirik asit etkisi altında gerçekleşen tek bir olgu sunumu vardır (25). Bizim sunduğumuz olguda gelişimsel ya da organik bozukluk veya psikotik bir bulgu olmadığı gibi, dişlere zarar verme davranışı hastanın madde etkisinde olmadığı zamanlarda gerçekleşiyor olması yönüyle farklıydı.

Göze zarar verme davranışı nadir ama önemli olan (1) ve özellikle Hıristiyan kültürlerde görülen bir KZVD biçimidir (26). Gözü kaşıma, göze vurma, yabancı maddeler enjekte etmekten oto-enükleasyona kadar değişen şekillerde yaralanmalar görülebilir (27). Paranoid şizofrenide (28), maddeye bağlı psikozda (29), depresyonda (30), obsesif kompulsif bozuklukta (31), yapay bozuklukta (32), ayrıca Lesch-Nyan sendromunda (33) görüldüğü belirtilmiştir. Sunduğumuz olgunun her ne kadar gözlerini çıkartacağından bahsetmesi ve gözlerine bastırması nedeniyle kapalı psikiyatri servisine yatışı yapılmak zorunda kalırsa da, bu olgu tipik bir enükleasyon olarak değerlendirilemez. Hastanın göz çevresinde cilt yolma, gözlerine bastırma ve yatışından önce olduğunu belirttiği gözü kaşıyarak mikrop bulaştırma dışında, göz bütünlüğüne zarar verici bir davranışı olmamıştır.

Patton (27), korneal abrazyona yol açmak için tırnak ya da parmaklarla yapılan mekanik travmanın yapay bozuklukta görülebileceğini bildirmiştir. Ancak, sunduğumuz olgunun yapay bozukluğu düşündürecek birincil kazancı, bir medikal başvurusu ya da medikal öyküsü yoktu. Ayrıca, hastanın gözünü kaşıma ve gözüne bastırma davranışlarını öfkelenildiği zamanlarda

gerçekleştirdiğini bildirmesi, bu davranışların affekt düzenlenmesi ile ilişkili olduğunu düşündürdü. Öfke şiddeti ve öfke kontrolündeki yetersizlik, alkol/madde bağımlılarında KZVD ile ilişkili en önemli değişkenler olarak bildirilmiştir (20). Alkol (21) ve opiyat (19) bağımlılarında affekt düzenleme KZVD ile ilişkili en önemli neden olmuştur.

Bu olguda, göze zarar verici davranışla dış sökme davranışının birlikteliği, analitik anlamda da ilginçtir. Psikoanalitik bakış açısına göre, hem göz hem de dış falik bir sembol olarak değerlendirilir. Dış kayıpları ve göze verilen zararın sembolik bir kastrasyonu temsil edebileceği öne sürülmektedir (34,35). Ayrıca dış kaybı, kişinin yardıma muhtaç, aciz olduğu bebeklik (infancy) dönemine dönüşü olarak değerlendirilmektedir (34). "Göze göz, dişe diş" bir suçlunun cezalandırılması gerektiğini belirten ve yaygın kullanılan bir deyiştir. Bunlar, KZVD'nin işlevlerinden biri olarak kabul edilen "kendini cezalandırma" ile uyumlu olduğunu düşündürmektedir (4,36). Bununla uyumlu olarak, opiyat bağımlılarında görülen KZVD'nin işlevinin, öncelikle affekt düzenlenmesi ve daha sonra kendini cezalandırma olduğu bildirilmiştir (19).

Madde kullanımı olan kişilerde KZVD atakları genelde madde etkisindeyken gerçekleşmektedir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, KZVD'si olan alkol dışı madde bağımlılarının %54.7'sinin KZVD sırasında madde etkisinde olduğu bildirilmiştir (20). Madde etkisi altında yapılan KZVD ile madde etkisi altında olmayan KZVD arasında, altta yatan nedenler ve tetikleyiciler açısından farklılık olacağı açıktır. Ross ve McKay (37), madde ya da alkol kullanımının kendisinin bir KZVD biçimi olduğunu ve madde etkisinde azalmış acı hissini, yargılamanın bozulmasının ve fantezi uyarımının KZVD'yi tetiklediğini bildirmişlerdir. Ancak, bizim olgumuz KZVD'sinin özellikle madde etkisinde olmadığı zamanlarda gerçekleştiğini belirtmiş ve bunların bir kısmı, serviste yatarak tedavi gördüğü sırada gözlenmiştir. Bu da olgumuzdaki KZVD'nin madde kullanımının inhibisyonu kaldırıcı etkisinden ziyade, KZVD riskini arttırdığı belirtilen antisosyal ve sınır kişilik özellikleri

(7,13) gibi komorbid bulunan psikopatoloji ve MMPI'da saptanan dürtü regülasyonunda zorluk yaşaması ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Bununla uyumlu olarak, olgumuzdaki KZVD'lerden biri olan cilt yolma davranışının, madde kötüye kullanımı ya da sınır kişilik bozukluğu ile komorbid olabileceği bildirilmiştir (38).

Sunduğumuz olgunun daha önce madde bağımlılığında KZVD riskini arttırdığı belirtilen bekar olma, işsiz olma ve özkıyım girişimi öyküsü (16) gibi özellikleri vardı. Hastamızda, diğer bir önemli risk etkeni olan çocukluk çağı travması (16,18) tanımlanamamakla beraber, babasının alkol bağımlılığı öyküsünün ve hastanede tekrarlayan yatışlarının olması, hastanın, en azından çocukluk çağı döneminde ihmal yaşamış olabileceğini düşündürmektedir.

Briere ve Gil (2), KZVD atağında sonra kişilerin kendilerini daha iyi hissettiklerini ve rahatladıklarını bildirmişlerdir. Oyefeso ve arkadaşlarının (19) çalışmasında ise, KZVD gerçekleşikten sonra, hastaların çoğunlukla konfüzyon, korku ve engellenme yaşadıkları bildirilmiştir. Bizim sunduğumuz olguda da, hasta, rahatlama yaşamadığını, üzüntü, pişmanlık ve öfke hissettiğini belirtiyordu. Olgumuzda psikotik bozukluk düşündürecek bir bulgu olmamasına rağmen, KZVD, hastanın eroin bağımlılığı için başladığı tedavi programını yatarak ya da ayaktan sürdürmesine ve uyum sağlamasına engel olmuştur.

SONUÇ

KZVD, ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almasa da, psikiyatride pek çok hastalıkla, özellikle de madde bağımlılığı ile birlikte görülebilmektedir. Ancak, KZVD bazen var olan psikiyatrik hastalığın tedavisinin önüne geçebilmekte ve öncelikle KZVD'nin önlenmesine yönelik bir tedavi programı düzenlenmesi gerekebilmektedir. Farmakoterapi kimi zaman yetersiz kalmaktadır ve özellikle sınır kişilik bozukluğunda KZVD'yi azaltma ve ona karşı etkin başetme yöntemleri geliştirilmede dialektik davranış terapisi gibi etkili tedavi girişimlerinin var olduğu hatırlanmalıdır (39).

KAYNAKLAR

1. Favazza AR. The coming age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186:259-268.
2. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates and functions. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68:609-620.
3. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ* 2005; 330:891-894.
4. Simeon D, Favazza AR. Self-injurious behaviors: phenomenology and assessment: In Simeon D, Hollander E (editors). *Self-injurious Behaviors: Assessment and Treatment*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2001, 1-28.
5. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 2007; 27:226-239.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
7. Zlotnick C, Mattia JJ, Zimmerman M. Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187:296-301.
8. Romans SE, Martin JL, Anderson JC, Herbison GP, Mullen PE. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1336-1342.
9. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry* 2001; 178:48-54.
10. Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO. Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2002; 159:408-411.
11. Ebrinc S, Semiz UB, Basoglu C, Cetin M, Agargun MY, Algu A, Ates A. Self-mutilating behavior in patients with dissociative disorders: the role of innate hypnotic capacity. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2008; 45:39-48.
12. Joyce PR, Light KJ, Rowe SL, Cloninger CR, Kennedy MA. Self-mutilation and suicide attempts: relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44:250-257.
13. Taiminen TJ, Kallio-Soukainen K, Nokso-Koivisto H, Kaljonen A, Helenius H. Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 211-217.
14. Baguelin-Pinaud A, Seguy C, Thibaut F. Self-mutilating behaviour: a study on 30 inpatients. *Encephale* 2009; 35:538-543.
15. Evren C, Sar V, Evren B, Dalbudak E. Self-mutilation among male patients with alcohol dependency: the role of dissociation. *Compr Psychiatry* 2008; 49:489-495.
16. Evren C, Evren B. Self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. *Drug Alcohol Depend* 2005; 80:15-22.
17. Evren C, Kural S, Cakmak D. Clinical correlates of self-mutilation in Turkish male substance-dependent inpatients. *Psychopathology* 2006; 39:248-254.
18. Maloney E, Degenhardt L, Darke S, Nelson EC. Investigating the co-occurrence of self-mutilation and suicide attempts among opioid-dependent individuals. *Suicide Life Threat Behav* 2010; 40:50-62.
19. Oyefeso A, Brown S, Chiang Y, Clancy C. Self-injurious behaviour, traumatic life events and alexithymia among treatment-seeking opiate addicts: prevalence, pattern and correlates. *Drug Alcohol Depend* 2008; 98:227-234.
20. Evren C, Cinar O, Evren B, Celik S. Self-mutilative behaviors in male substance-dependent inpatients and relationship with anger and aggression: mediator effect of childhood trauma. *Compr Psychiatry* 2011; 53:252-258.
21. Evren C, Dalbudak E, Evren B, Cetin R, Durkaya M. Self-mutilative behaviours in male alcohol-dependent inpatients and relationship with posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res* 2011; 186:91-96.
22. Woody RC, Eisenhauer G. Tooth extraction as a form of self-mutilation in Tourette's disorder. *South Med J* 1986; 79:1466.
23. Armstrong D, Matt M. Autoextraction in an autistic dental patient: a case report. *Spec Care Dentist* 1999; 19:72-74.
24. Altom RL, DiAngelis AJ. Multiple autoextractions: oral self-mutilation reviewed. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67:271-274.
25. Pretty IA, Hall RC. Self-extraction of teeth involving gamma-hydroxybutyric acid. *J Forensic Sci* 2004; 49:1069-1072.
26. Shiwach RS. Autoenucleation--a culture-specific phenomenon: a case series and review. *Compr Psychiatry* 1998; 39:318-322.
27. Patton N. Self-inflicted eye injuries: a review. *Eye (Lond)* 2004; 18:867-872.
28. Large M, Andrews D, Babidge N, Hume F, Nielssen O. Self-inflicted eye injuries in first-episode and previously treated psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42:183-191.

29. Bergua A, Sperling W, Kuchle M. Self-enucleation in drug-related psychosis. *Ophthalmologica* 2002; 216:269-271.
30. Rao KN, Begum S. Self-enucleation in depression: a case report. *Indian J Psychiatry* 1996; 38:269-270.
31. Torres AR, Domingues MS, Shiguematsu AI, Smaira SI. Loss of vision secondary to obsessive-compulsive disorder: a case report. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31:292-294.
32. Salvo M, Pinna A, Milia P, Carta F. Ocular Munchausen syndrome resulting in bilateral blindness. *Eur J Ophthalmol* 2006; 16:654-656.
33. Robey KL, Reck JF, Giacomini KD, Barabas G, Edey GE. Modes and patterns of self-mutilation in persons with Lesch-Nyhan disease. *Dev Med Child Neurol* 2003; 45:167-171.
34. Lewis H. The unconscious castrative significance of tooth extraction. *J Dent Child* 1957; 24:3-16.
35. Yang HK, Brown GC, Magargal LE. Self-inflicted ocular mutilation. *Am J Ophthalmol* 1981; 91:658-663.
36. Wilkinson P, Goodyer I. Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011; 20:103-108.
37. Ross RR, McKay HB. *Self-Mutilation*. Lexington, DC: Health Company, 1979.
38. Spiegel DR, Finklea L. The recognition and treatment of pathological skin picking: a potential neurobiological underpinning of the efficacy of pharmacotherapy in impulse control disorders. *Psychiatry (Edgmont)* 2009; 6:38-42.
39. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addiction* 1999; 8:279-292.