

Opiooid Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastalarda Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar Girişimi Öyküsü ile Savunma Mekanizmalarının İlişkisi

Sema Baykara¹, Kübra Alban²

¹Fırat Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı, Elazığ - Türkiye

²Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi,
Elazığ - Türkiye

Öz

Opiooid kullanım bozukluğu tanılı hastalarda kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi öyküsü ile savunma mekanizmalarının ilişkisi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kendine zarar verici davranış (KZVD) ve intihar girişimi (İG) öyküsü olan opiooid kullanım bozukluğu (OKB) tanılı hastalarda savunma biçimlerinin bu davranışlarla ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: OKB tanısı almış yatarak tedavi gören 100 kişiden çalışma grubu oluşturuldu. Çalışmaya katılan tüm katılımcılara Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Savunma Biçimleri Testi-40 (SBT-40), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) uygulandı.

Bulgular: OKB ve KZVD öyküsü olanlarda KZVD öyküsü olmayanlara göre pasif saldırganlık ($p \leq 0.001$), somatizasyon ($p < 0.001$) ve immatür faktör ($p = 0.004$) alt ölçek puanları daha yüksekti. Olgun savunma mekanizmalarından beklenti alt ölçek puanı KZVD öyküsü olanlarda, olmayanlara göre daha yüksekken ($p = 0.013$), diğer olgun savunma mekanizmalarıyla KZVD öyküsü arasında ilişki bulunamadı. KZVD öyküsü ile BDE ve BAE arasında anlamlı bir ilişki yoktu. İG öyküsü olanlarda pasif saldırganlık ($p = 0.048$), somatizasyon ($p = 0.001$), immatür faktör ($p = 0.044$) savunma mekanizmaları alt ölçek puanları daha yüksekti. OKB tanılı hastalarda İG öyküsü ile olgun savunma mekanizmaları arasında ilişki tespit edilemedi. İG öyküsü yüksek BDE puanı ($p \leq 0.05$) ve yüksek BAE puanı ($p \leq 0.05$) ile ilişkiliydi. Lojistik regresyon analizinde OKB tanılı hastalarda pasif saldırganlık alt ölçek puanı küçük yaşla birlikte KZVD öyküsünü belirledi. İG öyküsünü ise küçük yaşla birlikte düşük idealleştirme, yansıtma, değersizleştirme, bölünme ve rasyonalizasyon puanları ile baskılama, inkâr, disosiyasyon, bedenselleştirme ve BAE puanları belirledi.

Sonuç: Çalışmada OKB tanısı olup KZVD öyküsü ve İG öyküsü olan hastalarda olgun olmayan savunma mekanizmalarının daha çok kullanıldığı, İG öyküsünün yüksek anksiyete ve depresyon puanlarıyla ilişkili olduğu ve KZVD'nin bir çeşit baş etme mekanizması olarak kullanılıp, anksiyete ve depresyon puanlarıyla ilişkili olmadığı gösterilmiştir. KZVD öyküsü ve İG öyküsünün olgun olmayan savunma mekanizmalarıyla ilişkili olduğu göz önünde bulundurularak OKB tanılı hastalarda spesifik farmakoterapinin yanısıra olgun savunma mekanizmalarının daha etkin kullanılmasına yönelik terapötik programlar uygulanması dikkate alınabilir. Farmakoterapi planlanırken İG öyküsünün yüksek anksiyete ve depresyon puanlarıyla ilişkili olduğunun göz önünde tutulması tedavinin başan oranının artırabilir.

Anahtar kelimeler: İntihar girişimi, kendine zarar verme, opiooid kullanım bozukluğu, savunma mekanizmaları

ABSTRACT

The relationship between self-harming behavior, suicide attempt history and defense mechanisms in patients with opiooid-use disorder

Objective: The aim of this study was to investigate the relationship between defense mechanisms and a history of self-harming behaviors (SHB) and suicide attempts (SA) in patients with opiooid-use disorder (OUD).

Method: The study group consisted of 100 inpatients diagnosed with OUD. A Sociodemographic and Clinical Data Form, Defense Style Questionnaire-40 (DSQ-40), Beck Depression Inventory (BDI), and Beck Anxiety Inventory (BAI) were applied to all participants.

Results: Subscale scores for passive aggression ($p \leq 0.001$), somatization ($p < 0.001$), and immature factor ($p = 0.004$) were higher in OUD patients with a SHB history than in those without. The anticipation subscale score was higher in patients with SHB and no relationship was found between other mature defense mechanisms and SHB ($p = 0.013$). There was no significant relationship between SHB and BAI and BDI scores. Passive aggression ($p = 0.048$), somatization ($p = 0.001$), and immature factor ($p = 0.044$) defense mechanism subscale scores were higher in patients with a history of SA. There was no relationship between SA history and mature defense mechanisms in OUD patients. BDI ($p \leq 0.05$) and BAI ($p \leq 0.05$) scores were higher in the presence of a SA history. In logistic regression analysis, passive aggression subscale scores and younger age determined the history of SHB in OUD patients. A history of SA was determined by lower age and suppression, dissociation, somatization, BAI, low idealization, projection, devaluation, splitting, and rationalization scores.

Conclusion: This study showed that immature defense styles were used more frequently by patients with a history of SHB and SA, and a history of SA was associated with higher anxiety and depression scores; SHB history was used as a kind of coping mechanism and was not associated with anxiety and depression scores in OUD. Association of a history of SHB or SA with the use of immature defense mechanisms may require consideration of the application of therapeutic programs that include a more effective use of mature defenses in addition to specific pharmacotherapies for patients with OUD. Therapeutic success rates could be increased if it is considered during planning pharmacotherapy that a history of SA is related with high anxiety and depression scores.

Keywords: Suicide attempt, self-mutilation, opiooid use disorder, defense mechanisms



Bu makaleye atf yapmak için: Baykara S, Alban K.

The relationship between self-harming behavior, suicide attempt history and defense mechanisms in patients with opiooid-use disorder. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2018;31:265-273.

<https://doi.org/10.5350/DAJPN2018310304>

Yazışma adresi / Address reprint requests to:

Sema Baykara,
Fırat Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı, 23119 Elazığ, Türkiye

Telefon / Phone: +90-424-233-3555/2970

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

Geliş tarihi / Date of receipt:
31 Aralık 2017 / December 31, 2017

İlk düzeltme öneri tarihi /
Date of the first revision letter:
14 Şubat 2018 / February 14, 2018

Kabul tarihi / Date of acceptance:
22 Mayıs 2018 / May 22, 2018

GİRİŞ

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) 'bilinçli intihar niyeti olmadan kasıtlı olarak doğrudan tahrip veya vücut dokusunun değiştirilmesi' olarak tanımlanır (1). KZVD, çok farklı şekillerde olabilmekle birlikte, genel olarak deriyi kesme veya yakma, yaraları koparma, kafayı ve kolları çarpma, kendini dövme, parmakları çığneme, vücuda iğne batırma ve deri altına yabancı cisim sokma davranışı olarak görülür (1,2). Genel popülasyonda bireylerin %2-4 oranında yaşamları boyunca en az bir kez kendini yaralama epizodu gösterdikleri bilinir (3). Bu oran Türkiye'de yatarak tedavi gören alkol bağımlılarında %26-29 olarak tespit edilmiştir (4,5). Madde kullanım bozukluğu veya diğer bir psikiyatrik bozuklukla KZVD arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (4,6). Madde kullanım bozukluğu ile KZVD arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda alkol alımının ve madde enjeksiyonunun bir çeşit KZVD olduğu ve madde alımının gerçeği değerlendirme yetisini bozarak, ağrı eşişini yükselterek ve düşsel zevk alma duyusunu tetikleyerek KZVD'yi tetikleyebileceği bildirilmiştir (7). Maloney ve arkadaşları (8) ise opioid kullanım bozukluğu (OKB) tanısı olup KZVD öyküsü olan, İG öyküsü olan, hem KZVD öyküsü hem de İG öyküsü olan ve hiç biri olmayan hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarında OKB tanısı olanlarla olmayanlar arasında daha önceki çalışmaların (9,10) aksine KZVD görülme açısından anlamlı farklılık bulmadıklarını, OKB'nin spesifik olarak KZVD riskini artırmayıp, riski artıran sebebin madde bağımlılığının gelişmesinde etkili olan veya madde bağımlılığı sonucu ortaya çıkan olumsuz yaşam biçiminden ve diğer risk faktörlerinden kaynaklandığına dikkat çekmişlerdir. KZVD, tamamlanmış intihar riskinde artış (11,12) ve terapötik ya da kişiler arası ilişkilerde önemli sorunların öngörücüsü olduğundan (13), dikkat edilmesi gereken bir sorundur. Araştırmacılar tarafından yaygınlığının giderek arttığı belirtilmektedir (14).

İntihar girişimi (İG), 'ölüme neden olmak amacıyla kasıtlı kendine zarar verme' olarak tanımlanmıştır (15). Rastgele ve amaçsız bir hareket olmayıp, değiştirilemez şekilde yoğun sıkıntıya neden olan bir sorun ya da krizden kurtulma yoludur. Umutsuzluk düşünceleri ve

dayanılmaz stres faktörleri arasındaki ambivalan çatışmalar ve bireyin önündeki seçeneklerin daralması ile ilişkilidir (16). Madde kullanımı ve alkolizm ile intihar birlikteliği %15 gibi yüksek oranlardadır. OKB tanılı hastaların da genel popülasyona göre artmış İG riskine sahip oldukları bilinmektedir (9).

Savunma mekanizmaları, insanların çatışmayla nasıl baş ettiklerinin göstergesi olarak tanımlanır (17). Savunma mekanizmaları, düşünce, duygu ve duygunun bilinçli deneyimini değiştirerek iç ve dış dünyadaki ani değişiklikleri en aza indirmek için bilinç dışı seviyede ortaya çıkan istemsiz bilişsel işlemlerdir (18,19). Savunma mekanizmaları, psikoanalitik bir kavram olarak İlk kez DSM IV'te yer almışlardır (20). Burada savunma mekanizmaları baş etme mekanizmalarıyla eşit kabul edilmiş ve 'bireyi kaygıdan ve iç veya dış tehlikeler ya da stresörlerin farkındalığından koruyan otomatik psikolojik süreçler' olarak tanımlanmışlardır (21). Savunma mekanizmaları olgun savunma mekanizmaları, nevrotik savunma mekanizmaları ve olgun olmayan savunma mekanizmaları olarak üç gruba ayrılmıştır. Olgun savunma mekanizmalarının genel olarak benlik saygısını korumak için faaliyet gösterdiği düşünülürken, olgun olmayan savunma mekanizmalarının benliğin bütünlüğünü korumak için katı ve aşırı çarpıtmalar yoluyla işlediği düşünülmektedir. Olgun olmayan savunma mekanizmalarının kullanılması daha çok kişisel ve kişilerarası ilişkilerde bozulmayla seyrederken, olgun savunma mekanizmalarının kullanılması ruhsal iyilik hali ile ilişkilidir (22,23).

Bu çalışmanın amacı, OKB'de kendine zarar verme davranışı ve İG öyküsü olan hastalarda savunma biçimlerinin bu davranışlarla ilişkisini araştırarak işlevselliği ve tedaviyi olumsuz etkileyen bu davranışların ve İG'nin azaltılmasına yönelik uygun terapötik yaklaşımların belirlenmesine kaynak oluşturmaktır.

YÖNTEM

Etik kurul onayı alındıktan sonra Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM) polikliniğine başvurarak Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5 (The Diagnostic and Statistical Manual of

Mental Disorders) (DSM-5)'e (24) göre 'OKB' tanısı almış yatarak tedavi gören 100 kişiden çalışma grubu oluşturuldu. Katılımcılarla görüşmeler son madde kullanımından yaklaşık 4-6 hafta sonra yani detoksifikasyon sürecinden sonra yapıldı.

Hastalar için çalışmaya alınma ölçütleri; 18-65 yaşlar arasında olma, DSM-5'e göre OKB tanısı konulmuş olması; eşlik eden başka bir DSM-5 bozukluğunun olmaması; nörolojik bir hastalığın olmaması ya da geçmişte herhangi bir nörolojik hastalık öykü ya da tedavisinin bulunmaması; hastada var olan psikiyatrik belirtilerin dağılımını etkileyecek herhangi bir önemli bedensel patolojinin veya herhangi bir bedensel hastalığın olmaması ve yazılı bilgilendirilmiş olur formunu imzalamış olması şeklinde belirlendi.

Ölçekler

Tüm hastalara Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Savunma Biçimleri Testi-40 (SBT-40), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) uygulandı.

Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu: Olgularda klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak ve çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak tarafımızca hazırlanmış bir sosyodemografik ve klinik veri formu uygulandı. Bu form; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşanılan yer, ekonomik durum, aile yapısı gibi sosyodemografik bilgileri ve hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, hastalık başlangıcındaki psikososyal stres etmeni varlığı gibi klinik verileri içeren yarı yapılandırılmış bir formdur.

Savunma Biçimleri Testi-40 (SBT-40): Savunma Biçimleri Testi bilinç dışı kullanılan savunma biçimlerinin bilinç düzeyindeki yansımalarını deneysel olarak değerlendiren, toplam 40 madde ve 20 savunmadan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Andrews ve arkadaşları (25) tarafından geliştirilen testte her bir madde 1 (Bana hiç uygun değil) ile 9 (Bana çok uygun) arasında değerlendirilmektedir. Ölçekteki 20 savunma mekanizması immatür,

nevrotik ve matür savunmalar olarak 3 boyutta toplanmıştır. İmmatür savunmalar, yansıtma, pasif saldırı, dışa vurma, yalıtma, değersizleştirme, otistik fantezi, inkâr, yer değiştirme, disosiyasyon, bölme, mantıksallaştırma, bedenselleştirme; nevrotik savunmalar, yapma-bozma, yapay özgecilik, idealleştirme, karşıt tepki geliştirme; matür savunmalar ise yüceltme, mizah, beklenti, baskılamadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz (26) tarafından yapılmıştır.

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin şiddet değişimini ve düzeyini ölçmek üzere 1961'de Beck (27) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Hisli (28) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Depresyon çalışmalarında sıkça kullanılır ve 21 maddelik likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde depresyonla ilgili davranışsal bir özellik ile ilişkilidir. Maddeler, depresyonun ciddiyetine göre 0-3 arası puanlarla puanlanır. Toplam puan 0-63 arasında değişir. Alınan puan 0-9 arasında ise depresif belirtiler olmadığını, 10-16 puan hafif, 17-24 puan orta, 25 ve üzeri puan şiddetli düzeyde depresif belirtiyi göstermektedir.

Beck Anksiyete Envanteri (BAE): Beck ve arkadaşları (29) tarafından geliştirilmiştir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılır, kendini değerlendirme ölçeğidir. Yirmi bir maddeden oluşur, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy (30) tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel Değerlendirme

Elde edilen veriler normal dağılım gösterdiğinden (Kolmogorov-Smirnov testi) bağımsız grupların karşılaştırılmasında (KZVD öyküsü ile İG öyküsü varlığı/yokluğu) Student t testi ve grup içi değişkenlerin ilişkilerinin araştırılmasında Pearson korelasyon testi kullanıldı. Ayrıca KZVD ve İG için ayrı ayrı lojistik regresyon analizi uygulandı. İstatistiksel değerlendirme SPSS paket programı versiyon 22 kullanılarak yapıldı.

BULGULAR

Çalışma 2016 yılı mayıs-eylül ayları arasında AMATEM servisinde yatarak tedavi gören hastalarda yapıldı. Çalışmaya katılımı planlanan 137 OKB tanılı hastanın 15'inde anksiyete bozukluğu, 11'inde depresif bozukluk, 4'ünde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, 2'sinde somatizasyon bozukluğu, 5'inde eşlik eden diğer bir psikiyatrik bozukluk tanısı olduğundan, 37 hasta çalışmaya dâhil edilmedi.

Katılımcıların yaş ortalaması 25.36 ± 6.43 idi. 30'u (%30) evli, 68'i (%68) bekâr, 2'si (%2) boşanmıştı. 75'i (%75) çalışırken, 25'i (%25) işsizdi. 96 (%96) kişi ailesiyle yaşarken 4 (%4) kişi tek başına yaşamaktaydı. Ortalama kardeş sayısı 5'tir. Eğitim durumu açısından 4'ü (%4) okuryazar, 33'ü (%33) ilkökul, 37'si (%37) ortaokul, 19'u (%19) lise ve 7'si (%7) üniversite eğitilmişti. Yetmiş bir (%71) katılımcının sosyal güvenliği var iken 29'unun (%29) yoktu. Yasal problemler yaşayanların sayısı 59 olup (%59) yaşamayanlar 41 (%41) idi.

KZVD öyküsü olanların sayısı 57 (%57), İG öyküsü olanların sayısı 30 (%30) ve her ikisinin birlikte görüldüğü hasta sayısı 25 (%25)'ti. Yaş arttıkça KZVD

öyküsü varlığı ($r=-0.219$; $p<0.05$) azalıyordu. Yaş arttıkça intihar düşüncesi varlığı artıyor ($r=0.217$; $p<0.05$), İG sayısı azalıyordu ($r=-0.197$; $p<0.05$). Kendine zarar verici davranış öyküsü medeni durumla ilişkili görünmüyordu ($p=0.087$). Bekârlıkta İG sayısı artıyordu ($r=0.221$; $p<0.05$). Çalışanlarda KZVD ($r=-0.239$; $p<0.05$) ve İG ($r=-0.209$; $p<0.05$) azalıyordu.

KZVD öyküsü ile BAE puanı ve BDE puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (Tablo 1).

OKB olan hastalarda KZVD öyküsü olanlarla KZVD öyküsü olmayanlar karşılaştırıldığında pasif saldırganlık ($p<0.001$), somatizasyon ($p<0.001$), immatür faktör ($p<0.01$) alt ölçek puanları KZVD öyküsü olanlarda KZVD öyküsü olmayanlara göre daha yüksekti. Olgun savunma mekanizmalarından beklenti alt ölçek puanı KZVD öyküsü olanlarda, olmayanlara göre daha yüksekken ($p<0.05$), diğer olgun savunma mekanizmalarıyla KZVD öyküsü arasında ilişki bulunmadı (Tablo 1).

OKB tanısı olanlarda İG öyküsü yaşın artmasıyla azalıyordu ($r=0.197$; $p<0.05$).

İG öyküsü bekârlarda daha yüksek oranda görülüyordu ($r=0.221$; $p<0.05$)

İG öyküsü olanlarda BDE puanı ($p<0.05$) ve BAE

Tablo 1: Kendine zarar verme davranışı öyküsü olan olgulardaki bulgular

	KZVD yok (n=43)		KZVD (n=57)		t	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Savunma Biçimleri Testi						
Pasif saldırganlık	3.79	2.18	5.35	2.44	-3.31	0.001
Bedenselleştirme	3.97	2.46	5.75	2.40	-3.64	<0.001
İmmatür faktör	4.43	1.00	5.07	1.14	-2.93	0.004
Beklenti	6.51	2.52	7.54	1.56	-2.52	0.013
Beck Depresyon Envanteri	16.91	11.95	21.84	14.06	-1.85	0.067
Beck Anksiyete Envanteri	18.70	11.12	23.74	14.95	-1.86	0.066

KZVD: Kendine zarar verici davranış, SS: Standart sapma

Tablo 2: İntihar girişimi öyküsü olan olgulardaki anlamlı bulgular

	İntihar girişimi yok (n=70)		İntihar girişimi (n=30)		t	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Savunma Biçimleri Testi						
Pasif saldırganlık	4.36	2.26	5.42	2.74	-2.00	0.048
Bedenselleştirme	4.42	2.48	6.28	2.31	-3.51	0.001
İmmatür faktör	4.65	1.03	5.14	1.27	-2.04	0.044
Beck Depresyon Envanteri	17.31	11.49	25.33	15.76	-2.85	0.005
Beck Anksiyete Envanteri	17.90	10.11	30.13	16.74	-4.50	<0.001

SS: Standart sapma

Tablo 3: Lojistik regresyon analizi yapıldığında; kendine zarar verici davranış öyküsünü en çok etkileyen faktörler

	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	95% C.I. for EXP (B)	
							Lower	Upper
Yaş	-0.095	0.045	4.516	1	0.034	0.910	0.834	0.993
Pasif saldırganlık	0.350	0.121	8.366	1	0.004	1.420	1.120	1.800

Tablo 4: Lojistik regresyon analizi yapıldığında; intihar girişimi öyküsünü en çok etkileyen faktörler

	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	95% C.I. for EXP (B)	
							Lower	Upper
Yaş	-1.086	0.423	6.612	1	0.010	0.337	0.147	0.772
Baskılama	0.876	0.385	5.171	1	0.023	2.402	1.129	5.110
İdealleştirme	-1.400	0.547	6.545	1	0.011	0.247	0.084	0.721
Yansıtma	-1.074	0.393	7.466	1	0.006	0.342	0.158	0.738
Değersizleştirme	-1.470	0.547	7.234	1	0.007	0.230	0.079	0.671
İnkâr	1.617	0.538	9.016	1	0.003	5.036	1.753	14.465
Disosiyasyon	1.604	0.578	7.703	1	0.006	4.974	1.602	15.440
Bölünme	-1.268	0.492	6.634	1	0.010	0.281	0.107	0.739
Rasyonalizasyon	-0.787	0.347	5.138	1	0.023	0.455	0.231	0.899
Bedenselleştirme	2.260	0.838	7.266	1	0.007	9.582	1.853	49.560
Beck Anksiyete Envanteri	0.194	0.070	7.567	1	0.006	1.214	1.057	1.393

puanı ($p < 0.05$) İG öyküsü olmayanlara göre daha yüksekti (Tablo 2).

İG öyküsü olanlarda pasif saldırganlık ($p < 0.05$) ve bedenselleştirme ($p < 0.001$) oranları İG öyküsü olmayan hastalara göre daha yüksekti. İmmatür faktör ($p < 0.05$) oranı da İG öyküsü olanlarda İG öyküsü olmayan hastalara göre daha yüksek bulundu. Ancak OKB tanılı hastalarda İG öyküsü ile olgun savunma mekanizmaları arasında ilişki tespit edilemedi (Tablo 2).

Lojistik regresyon analizinde OKB tanılı hastalarda pasif saldırganlık alt ölçek puanı küçük yaşla birlikte KZVD öyküsünü belirledi (Tablo 3). İG öyküsünü ise küçük yaşla birlikte düşük idealleştirme, yansıtma, değersizleştirme, bölünme ve rasyonalizasyon puanları ile baskılama, inkâr, disosiyasyon, bedenselleştirme ve BAE puanları belirledi (Tablo 4).

TARTIŞMA

Evren ve arkadaşları (31) tarafından alkol bağımlılığında yapılmış olan ve KZVD ve İG öyküsü ile ilişkili savunma biçimlerini inceleyen çalışmada dışa-vurum, kendini yaralama davranışı öyküsü olan hastalarda daha yüksek bulunmuş ve daha genç olma ile birlikte, bu grupta KZVD öyküsünü belirlediği gösterilmiştir. Alkol

bağımlısı olup İG öyküsü olan hastalarda yüceltme, beklenti ve bastırma (ve toplam olgun savunma biçimi puanı) puanlarının daha düşük olduğu ve düşük beklenti puanının daha genç olma ile birlikte bu grupta İG öyküsünü belirlediği belirtilmiştir. Bu durumun KZVD öyküsü ve İG öyküsü olan alkol bağımlılarının daha erken tedavi arayışıyla ilişkili olduğu ifade edilmiştir.

Çalışmamızda OKB tanılı hastalarda pasif saldırganlık alt ölçek puanı ile küçük yaş, KZVD öyküsünü öngörürken, düşük idealleştirme, yansıtma, değersizleştirme, bölünme ve rasyonalizasyon puanları ile baskılama, inkâr, disosiyasyon, bedenselleştirme ve BAE puanları küçük yaşla birlikte İG öyküsünü belirledi. Bizim çalışmamızda da OKB tanılı hastalarda küçük yaşın KZVD ve İG öyküsünü belirliyor olması, alkol bağımlılarında olduğu gibi, OKB tanılı hastalarda da erken yaşta tedavi arayışının olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra idealleştirme, yansıtma, değersizleştirme, bölünme, rasyonalizasyon, baskılama, inkâr, disosiyasyon, bedenselleştirme ve BAE puanlarının İG öyküsünü belirlediği, KZVD'yi ise pasif saldırganlık puanının belirlediği saptanmıştır. Bu durum, OKB tanılı hastaların alkol kullanım bozukluğu tanılı hastalara göre daha karmaşık savunma mekanizmalarını kullandıklarını göstererek farklılık arz etmektedir.

Çalışmamızda OKB tanısı olup KZVD öyküsü olanlarda KZVD öyküsü olmayanlara göre immatür savunma mekanizmalarından olan pasif saldırganlık ve bedenselleştirme alt ölçek puanları daha yüksek bulundu. İmmatür faktör alt ölçek puanı daha yüksekti. Pasif saldırganlık başkalarına yönelik olarak hissedilen öfkeli, saldırgan hislerin, doğrudan söz ya da davranışla ifadesi yerine, işte başarısızlıklar, işi geciktirme, oyalama ve hastalıklar ile başkalarını dolaylı olarak olumsuz etkileme şeklinde göstermektedir. Bedenselleştirme ise kaynağı ve nedeni belli olmayan bunaltı ve sıkıntılarının giderilmesi için, sıkıntı ve bunaltının belli somut bir şeye, bir nedene, bir duruma bağlanması için başvurulan bir savunma mekanizmasıdır (32). KZVD öyküsü olan hastalarda pasif saldırganlık ve bedenselleştirme savunma mekanizmalarının daha fazla kullanılmasının sebebi, sorunlarını sözel olarak uygun yolla ifade etmede, yardım aramada ve sorun çözme tekniklerini etkin olarak kullanmada gösterdikleri yetersizlik nedeniyle olabilir. OKB tanısı olup KZVD öyküsü olmayan hastalarda pasif saldırganlık ve bedenselleştirme alt ölçek puanlarının daha düşük olması pasif saldırganlık ve bedenselleştirme savunma mekanizmalarının OKB'den çok, KZVD ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda olgun savunma mekanizmalarından olan beklenti alt ölçek puanı KZVD öyküsü olanlarda, olmayanlara göre daha yüksekti. Beklenti savunma mekanizması gelecekte karşılaşılabilecek zor ve kötü sonuçları gerçekçi olarak hesap edip ona göre amaca yönelik planlar yapmak, kötü olasılıkları düşünüp, en kötüye göre plan yapıp zorluklara hazırlıklı olmak şeklinde tanımlanmaktadır (32). KZVD şiddetli duyguları hafifletmek ve gerginliği azaltmaya yardımcı olması sonucuyla bazı araştırmacılar tarafından başa çıkma mekanizması veya duygulanım düzenleme stratejisi olarak kabul edilir (33). KZVD'nin bir çeşit baş etme mekanizması olarak kullanılması ve şiddetli duyguları hafifletip, gerginliği azaltmaya yardımcı olması bu hastalarda olgun savunma mekanizmasının kullanılmasıyla ilişkili olabilir (1). Çalışmamızda diğer olgun savunma mekanizmalarıyla KZVD öyküsü arasında ilişki bulunamadı. Çalışmada KZVD ile BAE puanı ve BDE puanı arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmaması da, KZVD'nin bir çeşit baş etme mekanizması olarak

kullanıldığı ve içsel çatışma ve gerginliği azaltarak, İG öyküsü olanların aksine, BAE puanı ve BDE puanlarında yükselmeye yol açmadığı düşüncesini destekler niteliktedir. Nitekim KZVD öyküsü olanlar bu davranış gerilimi azaltma, duygulanımı düzenleme, duygudurumu iyileştirme ve disosiyatif yaşantıların verdiği rahatsızlıktan uzaklaşmak için yaptıklarını belirtmişlerdir (13,34). Depresif profilin düşük matür, yüksek immatür ve yüksek nörotik savunma mekanizmaları, anksiyete profilinin ise yüksek immatür ve yüksek nörotik savunma mekanizmalarıyla ilişkili olduğu bilinmesine rağmen (35), bizim çalışmamızda İG öyküsü olanlarda BAE puanı ve BDE puanı daha yüksek olduğu halde İG öyküsü yalnızca yüksek immatür savunma mekanizmalarıyla ilişkili bulunurken, beklenenin aksine İG öyküsü ile matür ya da nörotik savunma mekanizmaları arasında ilişki bulunmadı.

Daha önceki çalışmalarda madde kullanım bozukluğu tanısı olan hastaların rasyonalizasyon, inkâr, baskılama, yansıtma savunma mekanizmalarını sağlıklı kontrollere göre daha fazla kullandığı (36,37), Türkiye'de yapılmış olan bir çalışmada otistik fantezi, dışa vurum, yüceltme, yapay özgecilik ve yalıtmanın madde bağımlılarında daha çok kullanılan savunma mekanizmaları olduğu gösterilmiştir (38). Alkol bağımlılarıyla alkol bağımlısı olmayan kontrol grubunu karşılaştıran başka bir çalışmada bağımlıların nevrotik savunma mekanizmalarını, bazı olgun olmayan savunma mekanizmalarını (bölme, bedenselleştirme, yansıtma, dışa vurma) kullandıkları, olgun savunma mekanizmalarından da mizah'ı sağlıklı kontrollere göre daha az kullandıkları gösterilmiştir (39). Olgun olmayan savunma mekanizmalarının kullanılması, bağımlılık, çocukluk çağı travması ve disosiyatif yaşantıların şiddetiyle ilişkilendirilerek bu grup hastaların psikolojik açıdan daha çok problemlere sahip olduğuna vurgu yapılmıştır. Olgun olmayan savunma mekanizmalarını daha çok kullanan madde kullanım bozukluğu tanısı olan hastalar çatışmalarının neden olduğu endişe ile baş etmenin bir yolu olarak maddeye ihtiyaç duyabilirler, bu da bağımlılığın daha çok şiddetlenmesiyle sonuçlanır (38).

Literatürde OKB'de KZVD öyküsü ve İG öyküsünün savunma mekanizmalarıyla ilişkisini inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Ancak alkol kullanım bozukluğunda

KZVD öyküsü ve İG öyküsünün savunma mekanizmalarıyla ilişkisini inceleyen çalışma yapılmıştır (40). Evren ve arkadaşları (39) yapmış oldukları bir çalışmada KZVD öyküsü olanlarda olgun olmayan savunma mekanizmalarından dışa vurma oranı yüksek bulunmuş ve KZVD küçük yaşla ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde, yapılmış olan farklı çalışmalarda KZVD öyküsü ve İG öyküsünün alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda küçük yaş ve alkol kullanım bozukluğunun erken yaşta başlamasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (4,5,41). Bizim çalışmamızda da bu sonuçla uyumlu olacak şekilde yaşın artması KZVD öyküsünün varlığının azalmasıyla ilişkili bulunmuş olup yaş arttıkça kendine zarar verici davranış varlığının azaldığı gösterilmiştir.

Uzunlamasına çalışmalarda OKB tanısı olanlarda yıllık mortalite hızının %1-3 arasında olduğu bildirilmiştir (10). Standardize ölüm oranları normal popülasyona göre 2.4-55 kez daha yüksek bulunmuştur. Opioid kullanıcılarında başlıca ölüm nedenleri aşırı doz madde uygulanması, hastalıklar, travma ve intihardır (10). OKB'de İG sıklığını ve metotlarını inceleyen çalışma yapılmıştır (10) ancak bu grupta İG ile savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda OKB tanısı olup İG öyküsü olan hastalarda pasif saldırganlık ve bedenselleştirme alt ölçek puanları yüksek bulundu. İmmatür faktör puanı da yüksekti. Yaşam boyu İG öyküsünün olgun olmayan savunma mekanizmalarıyla pozitif korelasyon gösterdiği (42) ve olgun olmayan savunma mekanizmalarının mevcut İG'nin en iyi göstergesi olduğu bilinmektedir (43). Çalışmamızda, önceki çalışmalarda da olduğu gibi OKB tanılı hastalarda İG öyküsü ile olgun savunma mekanizmaları arasında ilişki tespit edilemedi. Yaş arttıkça intihar düşüncesinin artması çoğunlukla travmatik çocukluk çağı öyküsü, sorunlu aile içi ilişkileri, işsizlikten kaynaklanan ekonomik sorunları olan madde kullanım bozukluğu tanısı olan hastalarda eşlik eden anksiyete ve depresyonun da etkisiyle intihar düşüncesinin artmasını açıklar. Bu bilgiye paralel olacak şekilde çalışmada İG öyküsü olan hastalarda BDE puanı ve BAE puanı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ayrıca çalışanlarda KZVD ve İG'nin azaldığı gösterilmiştir.

Kendine zarar verici davranış varlığı ve İG öyküsü komorbid psikopatoloji ile ilişkili olup tedaviyi güçleştirdiğinden, klinik açıdan dikkat edilmesi gereken durumlardır. Çalışmada OKB tanısı olup KZVD öyküsü ve İG öyküsü olan hastalarda olgun olmayan savunma mekanizmalarının daha çok kullanıldığı, İG öyküsünün anksiyete ve depresyonla birlikte görüldüğü ve KZVD'nin bir çeşit baş etme mekanizması olarak kullanılıp, anksiyete ve depresyon puanlarıyla ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Klinik yaklaşımda olgun olmayan savunma mekanizmalarının semptom şiddetiyle ilgili olduğu ve yaşam boyu İG'nin olgun olmayan savunma mekanizmalarıyla pozitif korelasyon gösterdiği (41) bilgisinden yola çıkarak OKB tanılı hastalarda spesifik farmakoterapinin yanısıra olgun savunma mekanizmalarının daha etkin kullanılmasına yönelik terapötik programlar uygulanması dikkate alınabilir.

Çalışmaya hastane şartları gereği yalnızca erkek cinsiyette hastaların dâhil edilmiş olması sonuçların genelleştirilmesine engel teşkil edebilir. Bizim çalışmamız bu alanda öncü bir çalışma kabul edilip her iki cinsiyetten katılımcıların dâhil edildiği çalışmalarla literatüre katkıda bulunulabilir.

Katki kategorileri		Yazarın adı
Kategori 1	Çalışma konsepti/Tasarımı	S.B.
	Veri toplama	K.A.
	Veri analizi/Yorumlama	S.B.
Kategori 2	Yazı taslağı	S.B.
	İçeriğin eleştirel incelemesi	K.A.
Kategori 3	Son onay ve sorumluluk	S.B., K.A.
Diğerleri	Teknik veya malzeme desteği	S.B.
	Süpervizyon	S.B.
	Fon sağlama (mevcut ise)	Yok

Bilgilendirilmiş Onam: Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186:259-268. **[CrossRef]**
2. Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *J Psychopathol Behav Assess* 2001; 23:253-263. **[CrossRef]**
3. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68:609-620. **[CrossRef]**
4. 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. **[CrossRef]**
5. 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. **[CrossRef]**
6. Harned MS, Najavits LM, Weiss RD. Self-harm and suicidal behavior in women with comorbid PTSD and substance dependence. *Am J Addict* 2006; 15:392-395. **[CrossRef]**
7. Ross RR, McKay HB. *Self-mutilation*: Lexington Books Lexington, MA, 1979.
8. 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. **[CrossRef]**
9. Maloney E, Degenhardt L, Darke S, Mattick RP, Nelson E. Suicidal behaviour and associated risk factors among opioid-dependent individuals: a case-control study. *Addiction* 2007; 102:1933-1941. **[CrossRef]**
10. Darke S, Ross J. Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction* 2002; 97:1383-1394. **[CrossRef]**
11. Suominen K, Isometsa E, Haukka J, Lonnqvist J. Substance use and male gender as risk factors for deaths and suicide--a 5-year follow-up study after deliberate self-harm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:720-724. **[CrossRef]**
12. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* 2005; 162:297-303. **[CrossRef]**
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. **[CrossRef]**
14. Green JD, Kearns JC, Ledoux AM, Addis ME, Marx BP. The association between masculinity and nonsuicidal self-injury. *Am J Mens Health* 2018; 12:30-40. **[CrossRef]**
15. Darke S, Ross J, Lynskey M, Teesson M. Attempted suicide among entrants to three treatment modalities for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence and risk factors. *Drug Alcohol Depend* 2004; 73:1-10. **[CrossRef]**
16. Alec R. *Psychiatric Emergencies. Suicide*. In Sadock BJ, Sadock VA (editors). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Eight ed., Philadelphia: Williams and Wilkins, 2000; 2031-2040.
17. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, Manfro GG. Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26:255-258. **[CrossRef]**
18. Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *J Abnorm Psychol* 1994; 103:44-50. **[CrossRef]**
19. Cramer P. Defense mechanisms and physiological reactivity to stress. *J Pers* 2003; 71:221-244. **[CrossRef]**
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000; xii, 370.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic criteria from DSM-IV*. Washington, D.C.: The Association, 1994; xi, 358.
22. Lewis AJ, White J. Brief report: the defense mechanisms of homophobic adolescent males: a descriptive discriminant analysis. *J Adolescence* 2009; 32:435-441. **[CrossRef]**
23. Vaillant GE, Vaillant CO. Natural history of male psychological health, XII: a 45-year study of predictors of successful aging at age 65. *Am J Psychiatry* 1990; 147:31-37. **[CrossRef]**
24. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Publishing, 2013. **[CrossRef]**
25. Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181:246-256. **[CrossRef]**
26. Yılmaz N, Gençöz T, Ak M. Savunma biçimleri testi'nin psikometrik özellikleri: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2007; 18:244-253.
27. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571. **[CrossRef]**
28. Hisli N. Effect of patients' evaluation of group behavior on therapy outcome. *Int J Group Psychother* 1987; 37:119-124. **[CrossRef]**

29. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:893-897. **[CrossRef]**
30. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1998; 12:2.
31. Evren C, Ozcetinckaya S, Cagil D, Ulku M, Can Y, Mutlu E. Defense styles that are related with history of self-mutilation and suicide attempt in alcohol dependent inpatients. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2012; 25:345-352.
32. Parekh MA, Majeed H, Khan TR, Khan AB, Khalid S, Khwaja NM, Khalid R, Khan MA, Rizqui IM, Jehan I. Ego defense mechanisms in Pakistani medical students: a cross sectional analysis. *BMC Psychiatry* 2010; 10:12. **[CrossRef]**
33. Haines J, Williams CL. Coping and problem solving of self-mutilators. *J Clin Psychol* 1997; 53:177-186. **[CrossRef]**
34. Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Res* 2009; 166:260-268. **[CrossRef]**
35. Waska RT. Self-mutilation, substance abuse, and the psychoanalytic approach: four cases. *Am J Clin Psychother* 1998; 52:18-27. **[CrossRef]**
36. Miller WR. Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bull* 1985; 98:84-107. **[CrossRef]**
37. Ward LC, Rothaus P. The measurement of denial and rationalization in male alcoholics. *J Clin Psychol* 1991; 47:465-468. **[CrossRef]**
38. Taskent V, Karadag F, Topcuoglu V, Akduman I, Evren C. Psychological defense mechanisms, childhood traumas and dissociative experiences in patients with drug and alcohol dependency. *Turk Psikiyatri Derg* 2011; 22:58.
39. Evren C, Cagil D, Ulku M, Ozcetinckaya S, Gokalp P, Cetin T, Yigiter S. Relationship between defense styles, alexithymia, and personality in alcohol-dependent inpatients. *Compr Psychiatry* 2012; 53:860-867. **[CrossRef]**
40. Evren C, Ozcetinckaya S, Ulku M, Cagil D, Gokalp P, Cetin T, Yigiter S. Relationship of defense styles with history of childhood trauma and personality in heroin dependent inpatients. *Psychiatry Res* 2012; 200:728-733. **[CrossRef]**
41. Evren C, Cinar O, Evren B, Celik S. History of suicide attempt in male substance-dependent inpatients and relationship to borderline personality features, anger, hostility and aggression. *Psychiatry Res* 2011; 190:126-131. **[CrossRef]**
42. Corruble E, Hatem N, Damy C, Falissard B, Guelfi JD, Reynaud M, Hardy P. Defense styles, impulsivity and suicide attempts in major depression. *Psychopathology* 2003; 36:279-284. **[CrossRef]**
43. Hovanesian S, Isakov I, Cervellione KL. Defense mechanisms and suicide risk in major depression. *Arch Suicide Res* 2009; 13:74-86. **[CrossRef]**