

Şizofrenide Genital Self Mutilasyon: Bir Olgu Sunumu

Genital Self Mutilation in Schizophrenia: A Case Report

Barış Sancak¹, Ürün Özer², Handan Metin¹, Güliz Özgen³, Şakir Özen⁴

¹Dr., ²Uz.Dr., ³Doç.Dr., ⁴Prof.Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

ÖZET

Self mutilasyon bilinçli ölme niyeti olmaksızın, kişinin kendisine zarar vermesi olarak tanımlanmaktadır. Self mutilasyonun yaygınlığı genel psikiyatrik popülasyonda %4.3, şizofreni hastalarında %15-20 olarak bildirilmiştir. Önemli miktarda beden dokusunun harap olduğu eylemler major self mutilasyon olarak adlandırılmaktadır. Major self mutilasyonun kendi gözünü çıkartma, kendini kastre etme, kendi parmak ve ekstremitelerini kesme, kendi kendine cerrahi girişim gibi örnekleri bulunmaktadır. Major self mutilasyon olgularının %75.6'sının psikotik bir bozukluk tanısı aldığı, bunların %83.2'sinin şizofreni spektrumunda olduğu bildirilmiştir. Burada 7 yıllık şizofreni tanısı olan ve 3 yıl önce somatik sanrısı doğrultusunda testisini ampute edip skrotumuna kiraz çekirdeği doldurarak dikme öyküsü olan 26 yaşındaki bir erkek olgu sunulmaktadır. Bu olay üzerine opere edilmiş olan olgunun, hastanemizde 3 yılda 3 kez yatışı olmuştur. Son olarak, testislerinin eridiğini ve onları büyütme istediğini söyleyerek üroloji polikliniğine başvurması nedeniyle hastanemize yönlendirilmiş ve yatışı yapılmıştır. Yaklaşık 2 ay süreyle yatarak izlenen olgu, klozapin 600 mg/gün ve amisülpirid 800 mg/gün tedavisiyle psikotik belirtilerinde düzelme görülmesi üzerine taburcu edilmiştir. Psikotik bozukluklarda bir belirti olarak karşımıza çıkabilen self mutilasyon kalıcı organ hasarlarına neden olabilmekte ve uygun müdahalelerle hastanın göreceği zarar azaltılabilmektedir. Bu nedenle self mutilasyon psikotik olguların anamnezinde mutlaka sorgulanmalı, özellikle somatik ve mistik sanrıları olan olgular self mutilasyon açısından yakın olarak takip edilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, self mutilasyon, psikotik bozukluk.

(*Klinik Psikiyatri* 2014;17:134-137)

SUMMARY

Self-mutilation is described as someone's self harm without conscious suicidal intention. Self-mutilation prevalence in schizophrenia stated as 15-20%. Significant amount of body tissue harming acts are named as major self-mutilation. There are many examples of major self-mutilation like self-inoculation, self-castration, self-limb amputation and self-major surgery. A psychotic illness was documented in 75.6% of major self-mutilation cases, and 83.2% were diagnosed with one of schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. Herein, we would like to report a 26 year old male patient who was diagnosed with schizophrenia 7 years ago, and amputated one of his testicles and put cherryseeds in his scrotum according to his somatic delusions 3 years ago. Patient was operated after this incident, and hospitalized in our psychiatry clinic three times in last 3 years. In this last time, patient was referred to urology department because of his beliefs about his testicles were melting and he wanted to get them enlarged. Patient was hospitalized and observed for almost 2 months and treated with clozapine 600 mg/day and amisülpirid 800 mg/day. He was discharged from our clinic as his psychotic symptoms declined. Major self-mutilation can be seen as a symptom in psychotic patients and cause irreversible injuries. With proper intervention, the harm can be minimized. Therefore we should examine and inspect self-mutilation closely in psychotic patients, especially in cases with somatic and mystic delusions.

Key Words: Schizophrenia, self mutilation, psychotic disorder.

GİRİŞ

Self mutilasyon bilinçli ölme niyeti olmaksızın, kişinin doğrudan kendisine zarar vermesi olarak tanımlanmaktadır (Favazza 1987). Literatürde kendine zarar verme davranışları için kendine yönlendirilmiş saldırganlık, kasıtlı zarar verme, sembolik yaralama, odaksal intihar gibi farklı terimler kullanılmıştır. Self mutilasyonun şizofrenideki prevalansı %15-20 olarak bildirilmiştir (Feldman 1988). Önemli miktarda beden dokusunun harap olduğu eylemler major self mutilasyon olarak adlandırılmaktadır. Major self mutilasyonun kendi gözünü çıkartma, kendini kastre etme, kendi parmak ve ekstremitelerini kesme, kendi kendine cerrahi girişim gibi örnekleri bulunmaktadır (Favazza ve Rosenthal 1993).

Sieman ve Hollander'ın (2001) çalışmasında göz çıkarmak ve organ kesmek psikotik kendine zarar verme davranışı başlığı altında verilmiştir. 189 major self mutilasyon olgusunun incelendiği bir çalışmada, olguların 143'ünün (%75.6) psikotik olduğu, bunların 119'unun (%83.2) şizofreni spektrumunda bir psikotik bozukluk tanısı aldığı belirlenmiştir. Bu hastalardan tedavi öyküsü bilinen 101 tanesi incelendiğinde 90 olgunun (%89.1) erkek olduğu görülmüştür (Large ve ark. 2009). Başka bir çalışmada genital self mutilasyon olgularının %65'inin psikotik olduğu bildirilmiştir (Aboseif ve ark. 1993). Self mutilasyonu olan olguların %92'sinde sanrılarının olduğu ve %70'sinde sanrılarının ampute edilen organla ilgili olduğu görülmüştür (Large ve ark. 2009). Bu yazıda somatik sanrısı doğrultusunda genitalsef mutilasyon davranışı gösteren bir şizofreni olgusu sunulmuştur.

OLGU

26yaşında erkek hasta, testislerinin eridiğini ve onları büyütme istediğini söyleyerek başvurduğu başka bir hastanenin üroloji polikliniğinden hastanemize yönlendirildi. Yalnız başına acil psikiyatri birimine başvuran hastanın aktif psikotik tablosu ve self mutilasyon riski nedeniyle kliniğimize yatırıldı.

Başvuru sebebini "testislerim tekrar eriyordu, penisim dibime kaçtı, dev testisler taktırmak için

kredi çekip doktora gittim, o da beni buraya yönlendirdi" şeklinde ifade eden hasta psikiyatrik muayenesinde bilinci açık, koopere, oryante, konuşma hızı ve miktarı doğal, çağrışımları genel olarak düzgün ve amaca yönelik,duygudurumudisforik, duygulanımıkısıtlı olarak değerlendirildi. Ara ara uygunsuz gülmeleri olan hastanın genital bölgesine ilişkin yoğun somatik venihilistik sanrıları mevcuttu. Varsanısaptanmayan ve bilişsel işlevleri yeterli olarak değerlendirilen hastanın içgörüsü yoktu.

Yaklaşık 7 yıllık hastalık öyküsü ve geçmişte hastanemizde 2 kez yatışı olan hastanın 3 yıl önceki ilk yatışında "testislerinin eridiği ve sakıza dönüştüğü" düşüncesi ile sol testisini bıçak ile kesip çıkarma, skrotum içini kiraz çekirdekleriyle doldurma ve sonrasında dikme öyküsü mevcuttu. Bu geçmiş genital self mutilasyon davranışı sonrası bir üniversite hastanesinde üroloji bölümü tarafından opere edilerek, hematomu boşaltılmış ve protez testis takıldıktan sonra hastanemize yönlendirilmiştir. Bu yatışı yaklaşık 60 gün süren hastaya, tipik antipsikotik tedavisi ile yeterli yanıt alınamaması üzerine EKT ve sonrasında klozapin 400 mg/gün tedavisi uygulanmış, psikotik belirtilerde gerileme olması üzerine taburcu edilmiştir. Taburculuk sonrası hastanın düzenli psikiyatrik tedavi ve izlemi olmamıştır.

Kliniğimize yatışında istenen rutin laboratuvar testlerinde patolojik bulgu saptanmayan hastanın tedavisinehaloperidol 20 mg/gün IM, biperiden 10 mg/gün IM ve ketiapin 400 mg/gün oral ile başlandı. 5 gün sonra tedavisi haloperidol 20 mg/gün, biperiden 4 mg/gün oral olarak düzenlendi. Mevcut tedavi ile 4. haftada hastanın psikotik bulgularında belirgin bir değişiklik görülmemesi üzerineklozapin başlanmasına karar verildi vetedaviyeklozapin 25 mg/gün eklendi. Haftalık tam kan sayımı tetkikleri ile klozapin dozu kademeli olarak arttırılarak300 mg/güne çıkarıldı, haloperidolise kademeli olarak azaltıldı ve kesildi. Birkaç gün içinde biperiden ve ketiapin tedavileri de sona erdirildi. Bu süre zarfında sanrılarında belirgin gerileme olmamasına rağmen hastanın davranışlarında ve duygulanımında belirgin bir düzelme görüldü. Klozapin tedavisi arttırılarak 23. gününde 600 mg/gün'e çıkıldı. Tedaviye amisulpirid 400 mg/gün,biperiden 4 mg/gün eklendi ve 1 hafta içindeamisulpirid dozu 800mg/gün'e çıkıldı. Bu kombinasyondan fayda gören hastanın

sanrılarında da belirgin gerileme gözlemlendi. Yatarak izlemisirasında self mutilasyon davranışı görülmeyen hastanın yatışının 58. gününde klozapin 600 mg/gün, amisulpirid 800 mg/gün, biperiden 4 mg/güntedavisi ile taburculuğu yapıldı. Taburculukta hasta ve ailesiklozapinkullanımı sırasında dikkat edilmesi gerekenler ve self mutilasyondan korunmak için alınması gereken önlemler konusunda bilgilendirildi.

TARTIŞMA

Genital self mutilasyonağır formlarında penisin ve/veya skrotum ve testislerin kesilmesi veya tamamen ortadan kaldırılması şeklinde ortaya çıkabilir (Feldman 1988). Genital self mutilasyon olgularının %65'inin psikotik olduğu bildirilmiştir (Aboseif ve ark. 1993). Literatürde yayımlanan erkek genital self mutilasyon olgularının %87'sinin psikotik bozukluk tanısı aldığı, bunlar arasında şizofreni olgularının ilk sırayı aldığı belirtilmiştir (Greilshheimer 1979). Diğer nedenler arasında psikoaktif madde intoksikasyonu ve kişilik bozuklukları öne çıkmaktadır (Mago 2011).Genital self mutilasyon için risk etkenleri arasında öyküde self mutilasyon eyleminin olması, 20-29 yaşları arasında ve erkek cinsiyetinde olma, yalnız yaşama, fiziksel veya cinsel kötüye kullanım öyküsü, suçluluk duygusuna neden olabilecek cinsel eylemler sayılmaktadır (Martin ve ark. 1991).Literatürde ayrıca self mutilasyon olgularında intihar girişimlerinin görülebileceği bildirilmiş, zaman zaman genital self mutilasyonun da intihar amacıyla gerçekleştirilmiş olabileceğine dikkat çekilmiştir (Romilly ve Isaac 1996).

Literatürde ülkemizden degenital self mutilasyon davranışı olan psikotik olgulara yer verilmiştir (Annagür ve Tamam 2011, Hacıoğlu ve ark. 2002). Bu olguların ilkinde "sen sapıksın, penisini kes, kendini öldür!" şeklinde işitsel varsanıların doğrultusunda (Annagür ve Tamam 2011), ikincisinde cinsel içerikli somatik ve mistik sanrıları doğrultusunda (Hacıoğlu ve ark. 2002) genital self mutilasyon davranışı gerçekleşmiştir. Ozan ve arkadaşları

(2010) ikisi şizofreni, biri şizofreniyle eşanlı depresif bozukluk, bir diğeri ise psikotik özellikli bipolar depresyon tanıları alan olgular sunarak genital self mutilasyonun motivasyonlarını kültürel yönleriyle tartışmıştır.

Olgumuz, tanısının şizofreni olması, erkek cinsiyette ve belirtilen yaş aralığında olması ve daha önceden self mutilasyon öyküsünün bulunması nedeniyle,genital self mutilasyon açısından risk grubu içinde olma özelliğini taşımaktadır. Olgumuzdagenital self mutilasyongenital bölgeye ilişkin somatik sanrılar doğrultusunda ortaya çıkmıştır. Hastanın psikotik belirtilerine uygun ve etkili tedaviyle müdahale edilmesi ile gerileme olmuş ve 3 aylık ayaktan izlemi süresince genital self mutilasyon davranışı tekrar ortaya çıkmamıştır. Olgumuzun uzun dönemde yakın olarak izlenmesi önerilmiş, böylelikle genital self mutilasyon davranışının tekrar görülmesi olasılığını azaltmak hedeflenmiştir.

Sonuçolarak psikotik bozukluklarda bir belirti olarak karşımıza çıkabilen self mutilasyon kalıcı organ hasarlarına neden olabilmekte ve uygun müdahaleler ile hastanın göreceği zarar azaltılabilmektedir. Genital self mutilasyonun önlenebilmesinde ilk aşama buna yol açabilecek somatik ve mistik sanrılar, varsanılar gibi psikotik belirtilerin saptanması ve etkin şekilde tedavi edilmesidir. Ayrıca self mutilasyon için risk etkeni olarak belirtilen fiziksel veya cinsel kötüye kullanım öyküsü, suçluluk duygusu gibi durumların ele alınmasıgereklidir. Geçmişteki self mutilasyon davranışlarıpsikotik olguların anamnezinde mutlaka sorgulanmalıdır. Self mutilasyon riski olan hastalara yönelik daha yakın ilgi gerektiren ve süreklilik arzeden bir tedavi ve izlem süreci önerilmektedir(Eke 2000, Martin ve ark. 1991).

Yazışma adresi: Dr.Barış Sancak, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, barissancak@gmail.com

KAYNAKLAR

- Annagür BB, Tamam L (2011) Erkek Genital Self-Mutilasyon: Bir Psikotik Bozukluk Olgusu. SelçukÜniv Tıp Derg, 27: 240-241.
- Aboseif S, Gomez R, McAninchJW. Genital self-mutilation (1993) The Journal of Urology, 150:1143-1146.
- Eke N (2000) Genital self-mutilation: there is nomethod in this-madness. BJU International, 85:195-298.
- Favazza A. Bodies Under Siege. Baltimore, John Hopkins University Press, 1987
- Favazza AR, Rosenthal RJ (1993) Diagnosticissues in self-mutilation. HospCommunityPsychiatry, 44:134-140.
- Feldman MD (1998) Thechallenge of self-mutilation: A review. Comprehensive Psychiatry, 29:252-269.
- Greilsheimer H, Groves JE (1979) Male genital self-mutilation. Arch Gen Psychiatry, 36:441-446.
- Hacıoğlu M, Tarlacı N, Solmaz D ve ark. (2002) Bir genital self-mutilasyon olgusu. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 15:108-112
- Large M, Babidge N, AndrewsD, ve ark. (2009) Major self-mutilation in the first episode of psychosis. SchizophrBull, 35:1012-1021.
- Mago V (2011) Male genital self-mutilation. Indian J Psychiatry, 53:168-169.
- Martin T, Gallaz WF (1991) Psychiatricaspect of malegenital self-mutilation. Psychopathology, 24:170-178.
- Ozan E, Deveci E, Oral Mve ark. (2010) Male genital self-mutilation as a psychotic solution. The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 47(4):297-303.
- Romilly CS, Isaac MT (1996) Male genital self-mutilation. Br J Hosp Med, 55:427-431.
- Sieman D, Hollander E. Self-injury Behavior: Assesment and Treatment. Washington, American Psychiatric Publishing, 2001