

Bir Genital Self-Mutasyon Olgusu

Münevver HACIOĞLU *, Nurcihan TARLACI *, Dilek SOLMAZ *, Kirkor KAMBERYAN *

ÖZET

Genital self-mutilasyon davranışı psikolojik hastalarda nadir olarak görülmektedir. Self-mutilasyonun daha çok genç erişkinlikte (22-28) yaşlar ve bekarlarda düşük gelir düzeyi ve düşük eğitim düzeyinde olanlarda sık olduğu bildirilmiştir. Cinsel suçluluk duygularına sahip psikotik hastaların cinsel organlarına daha fazla zarar verebildikleri bildirilmiştir. Bu yazıda genital-self mutilasyonu olan bir olgu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Self-mutilasyon, psikoz

Düşünen Adam, 2002, 15(2): 108-112

SUMMARY

Genital self-mutilation behaviour can be seen rarely in psychotic patients. Self-mutilation behaviour is seen among patients whose ages between 22-28 and single from low socioeconomic class and who are lower educated. Psychotic patients who have the thought of sexual guilt damage their sexual organs more often. We presented a genital self mutilated patient in this article.

Key words: Self-mutilation, psychosis

GİRİŞ

SELF-MUTİLASYON

Literatürde self mutilation davranışını tanımlamak için; kendine yönelmiş saldırganlık ("autoaggression", "agression againsts the self"), kasıtlı zarar verme ("intentional injury"), sembolik yaralama ("symbolic wounding"), kendine bilerek zarar verme ("deliberate self-harm"), kendine bölgesel zarar verme ("local self-destruction"), kendini hafif kesme ("delicate self-cutting"), kendini yaralama ("self-injury"), parasuicide, odaksal intihar ("focal suicide"), amaçlı kazalar ("purposeful accident"), gibi terimler kullanılmıştır. (Favazza ve Rosenthal, 1993; Feldman, 1988).

Self-mutilasyon, belirgin biçimde bilinçli ölme niyeti olmaksızın, yaşamı tehdit edici yaralara yol

açmayan, kişinin bilerek, doğrudan kendine fiziksel olarak zarar vermesidir (Herpetz, 1995). Self-mutilatif davranışları intihar girişimlerinden ayırt etmek gerekmektedir (Simeon ve ark, 1992).

Self-mutilasyon prevalansı:

- Genel psikiyatrik popülasyonda: % 4,3
- Şizofreni, mental retardasyon ve demans: % 15-20
- Borderline kişilik bozukluklarında: % 13
- Kurumlarda yaşayan antisosyal gençlerde: % 40
- Kurumlarda yaşayan mental retardelerde: % 13,6
- Yeme bozukluklarında: % 25-40
- Askerlerde: % 2 (Feldman, 1988; Hertpez, 1995)

Favazza ve Rosenthal 1993 yılında Self-mutilasyonu oluşturan çeşitli davranışları 3 temel grupta sınıflandırmışlardır.

1. Yüzeysel veya hafif dedecede self-mutilasyon;

* Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Psikiyatri Birimi

yaygın, birçok değişik tipte eylemleri içeren, nispeten küçük doku hasarlarıyla sonuçlanan, seyrek veya tekrarlayıcı biçimde ortaya çıkan self-mutilatif davranışlardır. Kendi cildini kesmek, yakmak, asit dökmek gibi.

2. Stereotipik self-mutilasyon; sembolik anlamı olmayan, oldukça sabit ve çoğu kez ritmik olan self-mutilatif davranışlardır. Başını vurma, kendini dövme, kendini ısırma gibi.

3. Major self-mutilasyon; önemli miktarda beden dokusunun harap olduğu sık olmayan eylemlerdir. Kendi gözünü çıkarma ("self enucleation"), kendini kastre etme ("self-castration"), kendi parmak ve ekstremitelerini kesme ("self-amputation"), kendi kendine cerrahi girişim ("auto-surgery"). Major self-mutilasyonla ilgili literatür gözden geçirildiğinde en çok oküler self-mutilasyon ve genital self-mutilasyondan söz konusudur.

Oküler self-mutilasyon (kendi gözüne zarar verme)

Göz küresi üzerine baskı yapma, kornea ve konjunktivayı çizme, gözünü çıkarma gibi eylemleri içerir. En ağır formu göz küresini çıkartmaktır. Şizofreni, psikoaktif madde kullanımına bağlı psikozlarda, ağır mental retardasyonda görülür.

Genital self-mutilasyon

A) Erkeklerde geniteal self mutilasyon: Genital self-mutilasyon geniş bir spektrumda karşımıza çıkmaktadır. Bazı şekilleri kültürel veya dinsel gelenekler doğrultusunda uygulandığı bilinmektedir. Penisin subinzasyonu Avusturyalı yerliler tarafından bu anlamda uygulanmaktadır (Wan ve ark, 1985; Feldman, 1988). Ağır formunda penisin ve /veya skrotum ve testislerin kesilmesi veya tamamen ortadan kaldırılması görülür.

Erkeklerde Genital Self-mutilasyon olgularının çoğunda psikotik hastalık saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda self-mutilasyon izlenen hastalarda şizofrenide % 51, affektif Psikozlar % 15, Organik/toksik Psikozlar % 17, Diğer tanı grupları % 17 saptanmıştır. (Martin ve Gattaz, 1991).

B) Kadınlarda Genital Self-mutilasyon: Bu konuda veriler vaka bildirimleriyle sınırlıdır. İlkel Afrika ve Avustralya kabilelerinde genç kızlarda kültürel olarak onaylanmış genital mutilasyonlardan söz edilmiştir (Labial eksizyon gibi) (Wise ve ark, 1989).

Major self-mutilatif davranışı için; sosyal izolasyonu olanlar, aşırı dinsel içerikli zihinsel uğraşlar, emredici işitsel halisunasyonlar, halen self mutilasyonla ilgili yoğun zihinsel uğraşlar, garip sebeplerle gereksiz cerrahi girişimi için başvurusu olanlar, madde bağımlılığı öyküsü, dış görünümünde ani değişiklik yapanlar (saçlarını kazıtma gibi) risk oluşturan gruplardır (Tobias ve ark, 1988; Van Moffaert, 1990).

OLGU

D. S., 19 yaşında, bekar, lise mezunu, çalışmıyor. İstanbul'da anne, baba ve dört kardeşiyle birlikte oturuyor.

Hastanemizde Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği tarafından sevk edilmiştir.

Üroloji Kliniği'nin epikriz formundan, D.S.'nin kliniklerine "skrotal kesi+hematom" ön tanısıyla yatırıldığı; öyküsünde evde, lokal anestezi yaparak, önce skrotumun ventral yüzeyinden, penis kökünü 2 cm içine alacak şekilde, perineye kadar parçalı olarak kestiği, daha sonra her iki testisi kord'dan ayırarak orşiektomi yaptığı, kanamayı durduramadığı için polis karakoluna başvurduğu, polis tarafından acil servise getirildiği anlaşılmıştır. Hastanın opere edilerek, hematoma boşaltıldığı, her iki tarafta testiküler damarlar ve deferensin bulunarak bağlandığı, skrotumun debride edilerek kapatıldığı, operasyon sırasında her iki testisin olmadığı gözlemlendiği, operasyon sonrası istenen psikiyatri konsültasyonu sonucu diazepam 10 mg/gün, bornaprine 8mg/gün, züklopendiksol acuphase 50 mg tedavisi uygulandığı belirtilmiştir.

Operasyon sonrası 4. gün hastanemize sevk edilmiştir.

Hastanemiz Acil Psikiyatrik Tedavi Ünitesi'nde yapılan psikiyatrik değerlendirme sonrasında Şizofreni ön tanısıyla hastaneye yatırılmıştır.

Hastaneye yattığı süre içinde D.S. ile yapılan görüşmelerde; bir haftadır testislerini kesmeyi planladığını, bu konuda şimdiye kadar çok araştırma yaptığını, okul ve ilçe kütüphanelerine giderek ansiklopedilerini incelediğini, erkeklik hormonunun saç dökülmesi, aşırı kılınma, boy kısalığı, zeka geriliği gibi etkilerin olduğunu öğrendiği, 4 yıldır Budizm ilgilendiğini ve testislerini kesmekle "Nirvana"ya ulaşacağını, budistler arasında hadım olan marifetli ve zeki insanların bulunduğunu, hastaneye gelmeden 10 gün önce İncil okuduğu sırada hadım kelimesine rastladığını, hadımlığı öven ayetler ve çeşitli mezhepler olduğunu, hadım edilerek insanların çeşitli günahlardan kurtulduklarını öğrendiğini, kendisinin ortaokul 2. sınıfta her gün masturbasyon yaptığını ve bundan pişmanlık duyduğunu, cinsel dürtülerinin fazla olduğunu, okul psikoloğuna masturbasyonu sorduğunda zararlı olmadığını öğrendiğini ancak ikna olmadığını, çünkü bütün dinlerde cinselliğin yasaklandığını, cinselliğin çocuk olması için serbest olduğunu, masturbasyon yapmanın zararlı olduğunu, gece boşalmalarından vücudundan bir şey eksildiğini ve zekasının azaldığını hissettiğini, bu nedenlerle kendisini hadım etmeyi düşünmeye başladığını, hadım olanların toplumda iyi yerlere geldiklerini düşündüğünü, lokal anestezi hakkında kitaplardan bilgi sahibi olduğunu ve eczaneye giderek Jetokain aldığını, yumurtalıklarını jiletle kestğini ve poşete koyup çöpe attığını, evden dışarı çıkınca bir polis gördüğünü ve kasığından bıçaklandığını söylediğini, polis zorlayınca kendisinin kestğini söylediğini ve acile götürüldüğünü söylüyor.

İlk psikiyatrik problemlerinin ortaokul 3. sınıfta başladığını, o yıl evden daha az çıktığını, odasında vakit geçirdiğini, evdekilerle ve okuldakilerle konuşmaya, evdekilerle beraber yemek yemeye başladığını, moral bozukluğu, karamsarlık, içe kapanma şikayetlerinin olduğunu, iştah ve uykuya ilgili problemlerin başladığını, evdekilerin bu problemlere duyarız kaldığını, hastalıklarına inanmadıklarını, annesinin hastaneye götürmesi için babasına baskı yaptığını ancak babasının döneminde kendisinin "Herkül" gibi olacağını (O zamanlar TV'de Herkül'ü seyrediyormuş), ölümsüz olacağını dünyanın en büyük insanının kendisi olacağını düşünmeye başladığını, Lise 1. sınıfta kravatla boğazını sıkıya çalıştığını, birkaç kez denediğini ancak morarınca bıraktığını, aynı yıl vücudunda kıllar çıkmaya başladığında,

kullanmanın hayvanlık olduğunu, kıl ne kadar azsa o kadar insan olduğunu düşündüğünü, sakalların bir daha çıkmaması için eli ile koparmaya, bıyıklarına ağda yapmaya başladığını, saçı doküldüğü için ve yüzünde kıllar olduğu için yüzünü çirkin bulduğunu belirtiyordu.

Lise 2. sınıfta bir kıza aşık olduğunu, ancak kızla hiç konuşmadığını, bir ay boyunca annesine kara çarşaf alması için baskı yaptığını, çarşaf giyerek, dikkat çekmeden, aşık olduğu kıızı takip edip evini öğrenmeyi planladığını, ancak çarşafı giyip dışarı çıktığında etrafındakilerin çarşaf içinde bir erkek olduğunu fark ettiklerini, kendisini sopayla dövdüklerini ve polis çağırdıklarını, karakola götürüldüğünü ve nezarette kaldığını ifade ediyor. Aynı yıl okuldaki İngilizce öğretmenin D.S.'nin psikolojik rahatsızlığı olabileceğini düşünerek aileye haber verdiğini, bunun üzerine ilk kez babası tarafından Kartal Devlet Hastanesine götürüldüğünü, depresyon tanısı konduğunu, adını bilmediği bir ilaç başladığını, bir ay ilacı kullandığını, kısmen yararlandığını, derslerde başarısızlık nedeniyle sınıfta kaldığını, bu dönemde Budizm ile ilgilenmeye başladığını, Budizm'de bütün sıkıntıların biteceğine inanıldığını, budistlerin dünya hayatından inzivaya çekildiklerini ve "Nirvana"ya ulaştıklarında tüm sıkıntılarının bittiğini, kendisinin de Ordu ilindeki ormanlık bir alanda inzivaya çekilebileceğini, özel olmaya çalıştığını söylüyor. Aslında kendisinin dini inancı olmadığını, Hz. İsa'nın da Allah inancı olmadığını ve bütün dini liderlerin aslında "Nirvana"ya ulaştıklarını düşünüyor.

YAŞAM ÖYKÜSÜ: 1981 yılında bir ilçede, evde sorunsuz doğmuş. Maddi nedenlerle, kendi yedi yaşında iken ailesi ile birlikte büyükşehir taşınmışlar. Burada ilk okul yaşlarından bir yıl erken başlamış. Anne baba arasındaki sorunlar nedeniyle ilkökul ikinci sınıf bitince annesi diğer kardeşlerini de alarak başka bir şehirdeki dedesinin evine yerleşmiş. O yıl babası İstanbul'da bir mağazada çalışıyormuş ve iki haftada bir Bursa'ya ailesini görmeye gidiyor ve maddi açıdan onları destekliyormuş. Annesi de Bursa'da temizlik işlerinde çalışmaya başlamış. Annesinin kendisini sevmediğini, diğer çocukları kendisinden daha üstün gördüğünü, çocuklar arasında ayırım yaptığını, kendisini huysuz ve huzursuz olarak değerlendirip sürekli azarladığını ve devamlı olarak böyle davranan bir amcasına benzettiğini ifade edi-

yor. Babasının sorumsuz ve ilgisiz bir baba olduğunu, annesini zorladığı halde kendisini psikolojik yardım için doktora götürmediğini söylüyor. O sıralarda kardeşleri ile aralarının iyi olmadığını, hiç kimse ile ilişkisinin iyi olmadığını söylüyor. Yedi yıl Bursa'da kalmışlar ve ortaokulu Bursa'da bitirmiş. Lise birinci sınıfta tekrar İstanbul'a taşınmışlar.

Halen İstanbul'da kendilerine ait bir evde anne, baba ve bekar dört kardeşi ile oturuyorlar. Annesi üç yıldır bir şirkette temizlik görevlisi olarak çalışıyor. Babası iki yıl öncesine dek dükkan işletiyormuş, ancak iki yıldır çalışmıyor. Kendisinden iki yaş büyük ağabeyi kuaföryanında çalışıyor ve aileye katkıda bulunuyor.

SOYGECMİŞ: Teyzelerinde ve dayısında ayaktan tedavi ile düzelen psikiyatrik rahatsızlıklar tanımlanıyor.

ALİŞKANLIKLARI: Herhangi bir psikoaktif madde kullanım öyküsü tanımlanıyor.

PREMORBİD KİŞİLİK: Çekingen, durgun, yaşama karşı karamsar, kolay dost edinemeyen ve içe kapanık.

FİZİK MUAYENE VE LABORATUAR BULGULARI: Fizik muayene Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi epikriz formunda belirtilen skrotal lezyon bulguları mevcut. Laboratar tetkikleri normal sınırlarda.

PSİKYATRİK MUAYENE: Yaşında gösteren, öz-bakımı orta, saçları kazınmış erkek hasta. Psikomotor aktivitesi hafif azalmış, düşük ses tonuyla konuşuyor. Duygulanımı kısıtlı. Çağrışımları gevşeme eğiliminde, düşünce içeriğinde cinsel somatik hezeyanlar, (testislerinden salgılanan testosteronun boy kısalığı, saç dökülmesi vücudunda kıllanma, zeka gerilemesi yapma şeklinde), mistik hezeyanlar (testislerini keserek "Nirvana"ya ulaşacağı ve toplumda saygın bir iyiliği olacağı şeklinde saptanmıştır). Vücudunda değişiklikler yapması nedeniyle testislerin kesilmesi nedeniyle gross davranım bozukluğu göstermiştir. Muhakeme bozukluğu mevcut. İçgörüsü yok.

Hastada cinsel somatik, mistik hezeyanların ve testislerini kesme şeklinde (gross) davranım bozuk-

luğunun olması nedeniyle ayırıcı tanı psikotik bozukluklar arasında yapılmıştır. Hasta Paronaid Şizofreni tanısı ile tedavi edilmiş, halen ayaktan tedavi takibi sürmektedir.

Tedavisine klasik antipsotiklerle başlanmış, ekstrapiramidal sistem bulguları gelişmesi sebebiyle tedaviye atipik antipsotiklerle devam edilmiştir.

TARTIŞMA

Majör self-mutilasyon konusunda yazılar Yeni Ahit'e kadar uzanır. Yeni Ahit'te cinlerin hükmünde bir adamın gece gündüz bağırdığından ve kendisini taşla kestiğinden söz edilmiştir. (Favazza ve Rosenthal 1993) Yunan ve Norveç mitolojisinde de self mutilasyon örnekleri vardır. Benzer şekilde Van Gogh psikotik atak içindeyken kulağını kesmiştir.

Mennige, birçok psikotik olgunun cinsellikten kendilerini uzaklaştırmak için cinsel organlarına zarar verebildiklerini, kendini kastre eden hastaların bedenlerini "suçlu, günahkar" kısımlarını somut olarak uzaklaştırdıklarını belirtmiştir (Feldman 1988).

Bizim vakamızda ortaokul çağında başlayan cinsel suçluluk duyguları mevcuttur. O yaşlarda cinselliğin günah olduğunu düşündüğü, ortaokul 2. sınıfta her gün masturbasyon yaptığı, bundan pişmanlık ve suçluluk duyduğu, masturbasyonunun zararlı olmadığını öğrendiği ancak ikna olmadığı, bütün dinlerde cinselliğin yasaklandığı, bu nedenlerle kendisini hadım etmeye düşünmeye başladığı bu konuda yoğun zihinsel uğraş içinde olduğu anlaşılmaktadır. Sonraki yıllarda bu düşünceler mistik hezeyanlar boyutuna varmıştır. Bazı mezheplerde cinsellikten arınmanın, hatta kendini hadım etmenin saygınlığı arttırdığı yönündeki araştırmasıyla toplumda kendisinin yükselmesini engellediği düşündüğü cinsel dürtülerini ortadan kaldırmaya yönelik testislerini çıkarmıştır.

Bu vakanın önemi izlem tedavisinin zorluğudur. Majör self-mutilasyonun tekrar etme riski mevcuttur. Hastamızın içgörüsünün olmaması, testislerinde salgılanan testosteronun boy kısalığı saç dökülmesi, vücudunda kıllanma, zeka gerilemesi yapması, cinsellikten kurtularak "Nirvana"ya ulaşacağı ve toplumda saygın bir kişi olacağı şeklinde düşünce bozukluklarının azalmasına rağmen halen devam edi-

yor olması, testislerini çıkarma davranışından pişmanlık duymaması, testislerini çıkarırken penisini de kesmeye çalışması ancak girişiminin "eksik" kalması ve şu anda penisinde kontrolü dışında ereksiyon olmasından büyük sıkıntı duyuyor olması, zaman zaman depresif bulguların eklenmesi nedeniyle self-mutilatif davranışın tekrarı ya da suid riski açısından dikkatli olmak gerekmektedir.

Psikotik hastalarda self-mutilasyonun genellikle emredici işitsel hallisünasyonları ve özellikle dinsel içerikli hezeyanları izlediği belirtilmiştir (Waugh 1986; Tobias ve ark, 1988). Winchel ve Stanley, 1991; Favazza ve Rosenthal, 1993). Bu vakayı yazmaktaki amaçlarımızdan bir tanesi de bu tür self-mutilasyon yapabilecek risk grubu hastalar konusunda uyanık olmaya dikkat çekmektedir. Bu nedenle cinsel içerikli somatik ve mistik hezeyanları ve bu konuda yoğun zihinsel uğraşları olan hastalarda self-mutilasyon riski akla gelmelidir.

KAYNAKLAR

1. Favazza AR: Rosenthal RJ: Diagnostic Issues in Self-Mutilation. *Hosp Community Psychiatry*, 44:134-140, 1993.
2. Feldman MD: The Challenge of Self-Mutilation: A Review. *Compr Psychiatry*, 29:252-269, 1988.
3. Herpetz S: Self Injurious Behaviour Psychopathological and Nosological Characteristics in Subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr. Scand*, 91:57-68, 1995.
4. Martin T, Gattaz WF: Psychiatric Aspects of male Genital Self-Mutilation. *Psychopathol*, 24:170-178, 1991.
5. Öztürk MO: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 6. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s:324, 1995.
6. Simeon D, Stanley B, Frances A, et al: Self-Mutilation in Personality Disorders: Psychological and Biological Correlates. *Am J Psychiatry*, 149:221-226, 1992.
7. Tobias CR: Turns DM, Lippmann S. et al: Evaluation and Management of Self-Mutilation. *South Med J*, 20:373-382, 1990.
8. Van Moffaert M.M: Self-Mutilation: Diagnosis and Practical Treatment. *Int J Psychiatry in Medicine*, 20: 373-382, 1990.
9. Waugh AC: Autocastration and Biblical Delusions in Schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 149:656-659, 1986.
10. Winchel RM, Stanley M: Self-Injurious Behaviour: A Review of the Behaviour and Biology of Self-Mutilation. *Am J Psychiatry*, 148: 306-317, 1991.
11. Wise TN, Dietrich AM, Segall E: Female Genital Self-Mutilation: Case Reports and Literature Review. *J Sex Marital Ther*, 15:269-274, 1989.