

Fiziksel Tespitteyken Kendi Gözünü Çıkaran Bir Olgunun Sunulması

Filiz Dere-Yılmaz¹, Armağan Özdemir¹, Evrim Erten¹, Selime Çelik², Duran Çakmak³

¹Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul-Türkiye

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul-Türkiye

³İstanbul AREL Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Armağan Özdemir,
Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul-Türkiye

E-posta / E-mail: armioz@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 19 Ağustos 2014 / August 19, 2014

Kabul tarihi / Date of acceptance: 27 Ağustos 2014 / August 27, 2014

ÖZET:

Kendi gözünü çıkarma nadiren görülmesine rağmen ciddi akıl hastalıklarının en trajik sonuçlarından biridir. Kendi gözünü çıkarma en sık dini sanrılar, patolojik suçluluk, işitsel varsanılar ve gözle ilgili sanrılar ile ilişkilidir. Tek taraflı veya tamamlanmamış kendi gözünü çıkarma olgularında diğer göze yönelik zarar verme riski hala yüksektir. Gözünü çıkarma girişimlerinde körlüğü önlemenin tek yolu bire bir gözlem ve fiziksel kısıtlama (parmak ve göğüs/gövde dahil) olabilir. Bu yazıda, tedavi zorluklarını vurgulamak amacıyla fiziksel kısıtlama altındayken kendi gözünü çıkaran bir olgu sunulacaktır.

Anahtar sözcükler: kendi gözünü çıkarma, kendine zarar verme davranışı, şizofreni

New/Yeni Symposium Journal 2014;52(1):27-31

ABSTRACT:

Self-Enucleation under the physical restraint : A case report

Self-enucleation is a rare but tragic consequence of a severe mental disorder and it is strongly associated with the symptoms of religious delusions, pathological guilt, auditory hallucinations and delusions specifically relating to the eye. In the case of unilateral or incomplete self-enucleation the risk of further eye injury remains high. In the situation of attempted enucleation the only way to prevent blindness may be one-to-one nursing and physical restraint (including finger and chest/body). In this report, we describe a case of self-enucleation under physical restraint which highlights the difficulties of management.

Key words: self-enucleation, self-injury, schizophrenia

New/Yeni Symposium Journal 2014;52(1):27-31

GİRİŞ

Kendine zarar verme davranışı (self-mutilasyon) kişinin bilinçli intihar isteği olmadan, tekrarlayıcı, isteyerek ve amaçlı olarak yapılan, doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik fiziksel zarar verme girişimi olarak tanımlanmaktadır. Kendine zarar verme davranışı, hayati ciddiyetine göre yüzeysel/hafif derecede, stereotipik ve major (şiddetli) olarak sınıflandırılmıştır.¹

Yüzeysel kendine zarar verme davranışı çok daha sık görülmesine rağmen genellikle ciddi yaralanmalara neden olmamaktadır. Bunun aksine, önemli miktarda beden dokusunun harap olduğu şiddetli kendini yaralama davranışı nadiren görülmesine rağmen sıklıkla bir organın veya işlevinin kalıcı kaybına neden olabilmektedir. Şiddetli kendine zarar verme davranışı en sık kendi gözünü çıkarma (self-enüklasyon) (ödipizm), kendini

kastre etme (self-kastrasyon), kendi parmak ve ekstremitelerini kesme (self-amputasyon), kendi kendine cerrahi girişimde bulunma şeklinde görülmektedir.¹ Ödipizm, Yunan mitolojisinde babasını öldürdüğünü ve annesiyle cinsel ilişkiye girdiğini öğrendikten sonra gözlerini çıkaran Kral Ödipus'tan ismini almaktadır.

1990-2007 yılları arasında yayınlanmış şiddetli kendine zarar verme olgularıyla ilgili bir gözden geçirmede, yılda 4 milyonda bir görüldüğü, olguların %89'unun erkek ve yaş ortalamasınının 32.7 olduğu belirtilmektedir.² Şiddetli kendine zarar verme olgularının %39,6'sı göze yönelik zarar verme olgularıdır. Göz çıkarma olgularının çoğu psikotik bozukluk yelpazesindedir ve kalıcı görme kaybıyla sonuçlanan olguların yaklaşık yarısının ilk psikoz atağı sırasında gerçekleştiği saptanmıştır.^{3,4} Kendi gözüne yönelik zarar verme davranışı genellikle parmakla, nadiren makas, jilet, kalem, bıçak, keskin bir

tahta parçası gibi cisimlerle yapılmaktadır.⁵⁻⁷

Bu yazıda bir gözüne zarar verdiği için fiziksel tespitleyen dini ve suçluluk sanrıları nedeniyle diğer gözüne de zarar veren bir şizofreni olgusu sunulacaktır.

OLGU

Otuz yaşında, bekâr, üniversite eğitimini yarıda bırakan ve çalışmayan erkek hasta, yaşadığı şehirdeki devlet hastanesinin psikiyatri servisinden hastanemize yönlendirilmiş ve “paranoid şizofreni” ön tanısıyla yatırılmıştı. Kimseyle iletişime girmeme, uyuyamama, yemek yememe ve işaret parmağıyla gözüne zarar verme şikâyetleri nedeniyle başka bir hastaneye yatırılan hasta, yatışının 3. gününde el ve ayak tespitindeyken annesinin olmadığı birkaç dakikalık sürede bedeninin üst yarısını kaldırarak parmağıyla diğer gözünü perfore etmesi nedeniyle göz operasyonu yapılmış ve sonra klinik izleminde testislerini ve penisini keseceğini söylemesi üzerine elektrokonvülsif tedavi (EKT) endikasyonu nedeniyle hastanemize sevk edilmişti. Serviste yapılan ilk muayenesinde iletişim kurulamadı, derin uyku halindeydi, sözel uyarana cevap vermiyordu, ağırlı uyarana ise her iki ekstremitede flexor yanıtı mevcuttu. İlk gün negativist tutumu belirgindi, sorulara sadece ‘evet’ ya da ‘hayır’ şeklinde cevap veriyordu ve oral alımı reddediyordu. Yapılan görüşmelerde 2. günden itibaren ‘Allah yeryüzünü peygamberimiz için yarattı, onu çok sevdiğini biliyorum, beni de seviyor, iki sevgi birarada olmaz, ben hata yaptığım için gözlerime zarar verdim. Benim hatalarım söylemekle bitmez, benim insan olup olmadığım bile belli değil, bir de size yük olmayayım. Kalp rahatsızlığım nedeniyle oruç tutmamam gerekirken tuttum, çok hatalıyım’ diyordu. Annesinin ailesine çektiği için çelimsiz olduğunu, mide ülseri olduğunu, bu nedenle perhiz yaptığını söyleyerek yemek yemeyi reddediyordu. A isimli çocukluk arkadaşının başkalarının yanında ona küfür ettiği için arkadaşlığını kestiğini ancak A’nın kardeşiyle yakın arkadaşlık kurduğunu ve aynı evde yaşadığını, bunların babasının yokluğundan kaynaklandığını ifade ediyordu. İlk haftadan itibaren tüp kapağının kendiliğinden döndüğünü, o gün evliya olduğunu anladığını, gazetelerde ne haber okumak iste-

se o gün o haberin çıktığını, kendisine mehdilik verildiğini, 2,5-3 senedir Allah’la konuştuğunu, Allah onu öldürdüğünde kıyamet kopacağını, her şeyin onunla son bulacağını söylüyordu.

Psikiyatrik geçmişinde 17 yaşında babasının ölümünden sonra başlayan, fiziksel görünümünü beğenmeme, yaşlılarına göre çok zayıf olduğunu düşünme, üniversite sınavını kazanamayınca mutsuzluk, isteksizlik ve evden çıkmama gibi şikâyetlerinin olduğu öğrenildi.

2002’de hastanemizdeki ilk yatışına ait kayıtlar incelendiğinde mutsuzluk ve ağlama, çocukluğundan beri midesinde yara olduğunu, başkalarının çok zayıf olduğu için erkek olmadığına dair kendisine imalarda bulduklarını, yediklerinin kana karışmayıp gaz şeklinde çıktığını belirtmişti. Psikotik özellikli depresyon tanısıyla amisülpirid 400 mg/gün/p.o., diazepam 10 mg/gün/p.o., venlafaksin 75 mg/gün/p.o., biperiden 2 mg/gün/p.o. tedavisi ile hastaneden çıkartılmıştı. Sonraki yıllarda hastada içe kapanma, uyku ve iştahta azalma olduğu, ‘Affet Allahım’ diyerek sık sık salavat getirdiği, 2006 yılından itibaren yakın arkadaşı olan A’nın kendisine topluluk içinde küfür etmesi nedeniyle A ile görüşmediği, sürekli bu olaydan bahsettiği, kendi kendine konuşmalarının olduğu, başkalarının kendisine eşcinsel olduğuna dair imalarda bulunup güldüklerini düşündüğü belirtilmişti. Haksızlığa uğradığını düşünerek A’yı birkaç kez jandarmaya şikâyet ettiği, 2009 yılından itibaren eve kimseyi sokmadığı, annesinin başkaları ile konuşmasını kısıtladığı, anlamsız öfkelenmelerinin olduğu öğrenildi.

Hastanın, hastanemizde 6 defa 1 ila 2 ay arasında değişen sürelerde yatarak tedavi gördüğü, psikotik özellikli depresyon ve başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk ön tanılarıyla imipramin, klomipramin, venlafaksin, mirtazapin gibi antidepresanlar; amisülpirid ve klozapin gibi antipsikotikler ve kısa süreli benzodiazepinden oluşan ilaçlar kullandığı saptandı. Aileden alınan bilgiye göre 8 sene boyunca düzensiz ilaç kullanımı olduğu, yatışları dışında düzensiz poliklinik kontrolüne geldiği, hiçbir zaman tam düzelmeye ulaşmadığı, işlevselliğinin giderek bozulduğu öğrenildi.

Özgeçmişine bakıldığında hastanın bir kardeşi

ölmüştü. Hasta ortaokul ve lise eğitimini imam hatip lisesinde tamamlamıştı, öğrencilik döneminde başarılı ve dışa dönük bir öğrenciymiş, üniversite sınavında halkla ilişkiler bölümünü kazanmış ancak okula devam edememiş, faal bir çalışma hayatı olmamış. Soygeçmişinde, annede hipotiroidi ve eşinin ölümünün ardından patolojik yas reaksiyonu nedeniyle klomipramin kullanımı vardı.

Oftalmoloji konsültasyonunda her iki göz ödemli, sol göz içi hiperemik pürüle, sağ gözde operasyona bağlı sutur mevcuttu, solda ışık refleksi alınamadı. Nöroloji konsültasyonunda hastanın iletişime girmediği, ağrılı uyarana kısmi üst ekstremitte yanıtının olduğu, taban cildi refleksinin bilateral flexör olduğu ve taraf seçen bulgusunun olmadığı yönünde değerlendirildi. Kranial BT ve MR'da özellik saptanmadı. Sonraki nörolojik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Yapılan tam kan sayımı, sedimentasyon, biyokimya, mikrobiyoloji testlerinde özellik saptanmadı.

Psikiyatrik muayenesinde, yaşından büyük gösteren, özbakımı azalmış, astenik yapıda erkek hastaydı. Bilinci açık, yer-zaman-kişi oryantasyonu tam, kooperasyon zorlukla kuruluyordu ve negativist tutumu belirgindi. Psikomotor aktivitesinin azaldığı, mırıldanarak konuştuğu, duygudurumunun depresif, duygulanımının kısıtlı olduğu belirlendi. Başlangıçta düşünce içeriğini açmadığı, sonraki görüşmelerde perseküsyon, grandiyöz, somatik ve mistik sanrı ve işitsel varsanılarının olduğu, muhakemesinin bozuk olduğu, suisid ve homisid düşüncelerinin buna eşlik ettiği, içgörüsünün olmadığı tespit edildi. Güncel olayları kısmen izleyebiliyordu.

Klinik izlemde, iletişim kurulamaması ve kendine zarar verme düşüncelerinin yoğun olması nedeniyle hastane personelinin birebir gözleminde el ve göğüs tespitine alındı, acil EKT endikasyonu ile dahiliye, göz hastalıkları, nöroloji tarafından değerlendirilerek EKT başlandı. Oral alımının olmaması nedeniyle hastaya sıvı ve elektrolit takviyesi yapıldı. Paranoid şizofreni tanısıyla haloperidol 20 mg/gün/i.m., biperiden 10 mg/gün/i.m., göz enfeksiyonunu önlemeye yönelik sefazol 2 g/gün/i.v., siprofloksasin pomad tedavisi sürdürüldü. Hastada ekstrapiramidal sistem EPS bulgularının ortaya çıkması

nedeniyle 3. haftada amisülpirid 1200 mg/gün/p.o. tedavisine geçildi, ve ketiapin 200 mg/gün/p.o. eklendi.

10 seans EKT süresince göz hastalıklarına konsülte edildi ve her iki gözünde de total retina dekolmanı saptandığından operasyon önerilmedi. İzlemde grandiyöz, somatik ve perseküsyon sanrılarının sürmesi nedeniyle II. kür EKT başlandı. Amisülpirid 1000 mg/gün/p.o., biperiden 4 mg/gün/p.o. tedavisine devam edildi. Başlangıçta suçluluk sanrıları ve depresif duygudurumu belirginken sonraki görüşmelerde bu belirtiler geriledi, grandiyöz sanrıları devam ediyordu ve "mehdi olduğu için Allah'ın tekrar gözlerini geri vereceğini" söylüyordu. Servis içinde diğer hastaların kör olduğu yönündeki sözleri üzerine içe kapanma, mutsuzluk şikâyetleri nedeniyle essitalopram 10 mg/gün/p.o. eklendi. Servis içindeki hastaların gözlerinin durumundan faydalanmak istedikleri şeklindeki eşcinsel içerikli perseküsyon sanrılarının ve dış etlerinin eridiğine dair somatik sanrılarının tabloya eklenmesi üzerine II. kür EKT 10 seans sürdürüldü, ancak kısmi yanıt olması nedeniyle EKT ardından klozapin tedavisi başlandı, haftalık hemogram takibi ile doz 250 mg/gün/p.o.'a kadar yükseltildi. İzlemde klozapinin artırılması, diğer antipsikotik tedavilerin azaltılarak kesilmesi planlandı. Kendisine zarar vermesini söyleyen işitsel varsanılarının, suçluluk ve perseküsyon sanrılarının kaybolması üzerine yatışının 90. gününde hastaneden kısmi düzelme halinde taburcu edildi. Taburculuk sonrası poliklinik kontrollerine gittiği, tedavisinin klozapin 350 mg/gün/p.o., amisülpirid 600 mg/gün/p.o., biperiden 4 mg/gün/p.o. olarak sürdürüldüğü, evden dışarıya çıktığı, kahveye gidip insanlarla sohbet ettiği öğrenildi.

TARTIŞMA

Literatürde göz çıkarma olgularının genellikle iki taraflı ve yineleyici olma riskinden bahsedilmektedir.^{2,3,8} Bizim olgumuzun önemi yineleyici olmasının yanı sıra diğer gözüne yönelik zarar verme davranışının fiziksel tespitleyken, refakatçisinin olmadığı birkaç dakikalık bir sürede gerçekleşmiş olmasıdır.

Kraus ve arkadaşlarının⁸ 33 vakayı incelediği yazısında vakaların yaklaşık yarısının genç kadınlardan

oluştugu bildirilmiştir. 2009'da yayınlanan bir gözden geçirme yazısında ise kendi gözüne zarar verme davranışının sıklıkla genç erkek şizofreni hastalarında görüldüğü bildirilmektedir.² Gözüne zarar veren psikotik hastaların %92'sinde sanrılarının, %28'inde emir veren işitsel varsanıların mevcut olduğu saptanmıştır. En sık dini ve ampute edilen organla ilgili sanrılarının olması dikkat çekicidir. Psikoz hastalarında katastrofik nitelikteki göz çıkarmanın genellikle ancak bu şekilde önlenilecek bir tehlike içeren sanrı içeriğiyle ilgili olduğu ileri sürülmüştür.^{2,3} Literatüre uygun olarak olgumuz şizofreni tanısı konulmuş bir genç erkek hasta idi; hastanın dini ve suçluluk sanrılarının yanı sıra perseküsyon, somatik ve grandiyöz sanrıları bulunmaktaydı. Hasta, olay sonrasında mistik ve grandiyöz sanrıları sonucu evliya olması nedeniyle Allah'ın gözlerini tekrar açacağına dair sanrıları ileri sürmekteydi. Hastamızın işitsel varsanılarının da uzun süredir devam ettiği saptandı. Bazı yayınlarda Hıristiyanlıkta Matthew İncil'indeki "Eğer sağ gözün seni günaha sokarsa, onu çıkar, at. Çünkü vücudunun bir üyesinin yok olması, tüm vücudunun cehenneme atılmasından iyidir" temasına sık rastlandığı vurgulanmasına rağmen bizim olgumuzda olduğu gibi diğer dini inançlara sahip bireylerde de benzer vakalar bildirilmiştir.^{4,6,9,10}

Literatürdeki olgu bildirimlerini inceleyen bir yazıda vakaların yaklaşık yarısının ilk psikoz atağı sırasında şiddetli kendine zarar verme davranışı olduğu gösterilmiştir.³ Olgumuzda, yaklaşık 13 yıldır psikotik ve depresif belirtilerin olduğu, bu süre içinde psikotik özellikli depresyon ve şizofreni tanıları nedeniyle antidepresan ve antipsikotik ilaçlar kullandığı ve ailesinden alınan bilgiler ve tıbbi kayıtlarına göre daha önce kendine yönelik zarar verme düşüncesi veya davranışının olmadığı görülmüştür.

1899'da Axenfeld adlı bir göz doktorunun deneysel olarak gösterdiği gibi 1 dakika gibi kısa bir sürede parmakla çift taraflı göz çıkarmanın yapılabilmesi dikkat çekicidir.¹¹ Kraus ve arkadaşları literatürdeki olgu bildi-

rimlerini inceleyen yazısında göz çıkarmanın tekrarlama riskinin yüksek olduğunu bildirmiştir.⁸ Göz çıkarma, herhangi bir alete ihtiyaç duyulmadan kişinin kendi parmaklarıyla kısa bir sürede yapabildiği nedeniyle tercih edilen bir yöntemdir ve özellikle sakin hastaların kendine zarar verme bakımından en riskli hastalar olduğu bildirilmiştir.¹² Geçmişte kendine zarar verme öyküsü olan kişilerde, özellikle şizofrenlerin yeniden kendilerine zarar verme riski çok yüksektir.¹³ Bizim olgumuz da önce tek gözüne, annesinin olmadığı birkaç dakikalık bir sürede diğer gözüne zarar vermiş ve hastanın klinik izleminde penisini kesmeyi planladığı anlaşılmıştır.

Kişinin kendi gözünü çıkarması görme kaybının yanı sıra orbital selülit, menenjit, subaraknoid kanama ve hipofiz yetmezliği gibi komplikasyonlarla sonuçlanabilmektedir. Hastaların acil olarak göz doktoru tarafından değerlendirilmesi, gerekli durumlarda profilaktik antibiyotik ve kortikosteroid başlanması önerilmektedir.⁵ Zarar verme girişiminin tekrarlama riski yüksek olduğundan tek taraflı veya tamamlanmamış göz çıkarma girişimlerinde yakın gözlem altına alınması ve gerekirse fiziksel kısıtlama yapılması düşünülmelidir. Bu tedbirler uygulanmasına rağmen, bizim olgumuzda görüldüğü gibi bazı hastalar için el ve ayak tespiti bile yeterli olmamakta, ancak parmak ve göğüs tespiti uygulanması ile bu durumun tekrarlama riski azaltılmaktadır.^{3,14} Literatürde bazı vakalarda EKT uygulandığı ve yanıt alındığı bildirilmektedir.¹⁴ Bizim hastamızda da EKT uygulanmıştır ancak yanıt kısmi olmuştur.

SONUÇ

Suçluluk ve dini sanrıları olan hastalarda suisid kadar şiddetli nitelikte kendine zarar verme riskinin değerlendirilmesi, sanrı ve varsanı içeriklerinin öğrenilmesi çok önemlidir. Kendi gözünü çıkarma riski olan hastalarda yakın takip, el-ayak tespitinin yanı sıra göğüs ve parmakları içine alan eldiven şeklindeki tespit zorunlu olabilir.

KAYNAKLAR

1. Favazza A, Rosenthal R. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospand Community Psychiatry* 1993; 44: 134-40.
2. Large M, Babidge N, Andrews D, Storey P, Nielssen O. Major self-mutilation in the first episode of psychosis. *Schizophr Bull* 2009; 35(5): 1012-21.
3. 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: 183-91.
4. Öncü F, Türkcan A, Şüküroğlu S, Yeşilyurt S, Ceylan ME. Kendi gözüne yönelik zarar verme sonucu gelişen körlük: Üç Şizofreni Olgusu. *Noropsikiyatr Ars* 2012; 49: 152-56.
5. Patton N. Self-inflicted eye injuries: a review. *Eye* 2004; 18: 867-72.
6. Thippeswamy H, Chawan N, Rajkumar RP, Chaturvedi SK. Bilateral self-enucleation in acute transient psychotic disorder: the influence of sociocultural factors on psychopathology. *Compr Psychiatry* 2012; 53: 576-78.
7. Pompili M, Lester D, Tatarelli R, Girardi P. Incomplete oedipism and chronic suicidality in psychotic depression with paranoid delusions related to eyes. *Ann Gen Psychiatry* 2006; 21(5): 18.
8. Krauss HR, Yee RD, Foos RY. Autoenucleation. *Surv Ophthalmol* 1984; 29: 179-87.
9. Takaya K, Suzuki Y, Yoshioka Y, Nakazawa M. Vitreous surgery for scleral rupture and retinal detachment with oral tear following self-inflicted injury by a schizophrenic. *Rinsho ganka* 2005; 59: 1877-80.
10. Yucel B, Ozkan S. A rare case of self-mutilation: selfenucleation of both eyes. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17: 310-11.
11. Axenfeld T. Über Luxation: Zerstorung und Herausreissung des Augapfels als Selbstversmmmelung bei Geisteskranken. *Z Augenheilkd* 1899; 1: 122-51.
12. Shore D, Anderson DJ, Cutler NR. Prediction of selfmutilation in hospitalized schizophrenics. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 1406-07.
13. Dilly JS, Imes RK. Autoenucleation of a blind eye. *J Neuroophthalmol* 2001; 21: 30-31.
14. Kelly VC, Chan YC. Oedipism thwarted with electroconvulsive therapy. *J ECT* 2004; 20: 273-74.