

Daha Çok Psikolojik Semptom ve Bulguları Olan Yapay Bozukluk: Bir Vak'a Sunumu

Ömer Şenormancı*, Ramazan Konkan*, Oya Güçlü*, Güliz Şenormancı**

* Psikiyatri Uzmanı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

** Psikiyatri Uzmanlık Öğrencisi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bakırköy

Tel: +902125434067

E-Adres: senorman_7@hotmail.com

ÖZET

Yapay bozukluk, hasta rolünü benimseme motivasyonu ile fiziksel veya psikolojik belirti yahut bulguların amaçlı olarak ortaya çıkartılması veya bu tür belirti yahut bulgular varmış gibi davranılmasıdır. Fiziksel belirti ve bulguların veya psikolojik belirti ve bulguların yahut hem fiziksel hem psikolojik belirti ve bulguların taklidi biçiminde ortaya çıkabilir. Yapay bozukluk, elde edilebilir dışsal bir amaç (ekonomik kazanç, yasal sorumluluklardan uzaklaşma gibi) olmamasıyla temaruzdan ayrılır. Psikolojik belirti ve bulguları olan yapay bozukluğun kesin tanı ve tedavisi yoktur, prognozu kötüdür. Bu vak'ada 7 yıllık hastalık öyküsü, 4 hastane yatışı olan, birçok psikiyatrik tanı konulan, etkin doz ve sürede antidepresan, antiepileptik, antipsikotik tedavilerine ve elektrokonvülsif tedaviye cevapsız olan 28 yaşındaki kadın hasta literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: yapay bozukluk, psikolojik belirtiler, psödolojia fantastika, temaruz, yüzleştirme

ABSTRACT

Factitious disorder with predominantly psychological signs and symptoms:

A case report

Factitious disorder is defined as production of physical and/or psychological symptoms intentionally with the aim of assuming the patient role. It is presented as consciously simulation of physical signs and symptoms, or psychological signs and symptoms or both. Factitious disorder is differentiated from malingering as there is no purposeful pursuit of pragmatic gain (obtaining financial gain, evading criminal prosecution etc.). There are no specific diagnostic criteria or specific treatment modality for factitious disorder with predominantly psychiatric signs and symptoms and it has poor prognosis. In this case, we present a 28 year old female patient who has symptoms for 7 years, has been diagnosed with many psychiatric illnesses, has given no response to antidepressant, antiepileptic, antipsychotic drug treatment given in adequate time and dosage, had no response to electroconvulsive therapy, had been hospitalized for 4 times and we discussed the case in the light of the literature.

Keywords: factitious disorder, psychological signs, pseudologia fantastica, malingering, confrontation

GİRİŞ

Yapay bozukluk, ilk olarak Asher'in (1951) sahte abdominal yakınmalarla sık hastane başvurusu olan bir grup hastayı, Alman bir subay olan Baron Von Munchausen'in öyküsünden esinlenerek "Munchausen sendromu" olarak isimlendirmesiyle tanımlanmıştır. Munchausen sendromu, aynı zamanda daha çok bedensel semptom ve bulguları olan yapay bozukluk olarak da bilinir. Psikolojik belirtilerle seyreden yapay bozukluk ise Gelenberg tarafından birkaç yıl içinde değişik isimlerle otuzdan fazla hastaneye yatışı olan bir vak'a üzerinden 1977 yılında tanımlanmıştır (Wang ve ark. 2005).

Yapay bozukluk, DSM IV-TR'ye göre, hasta rolünü benimseme motivasyonu ile fiziksel veya psikolojik belirti yâhut bulguların amaçlı olarak ortaya çıkartılması veya bu tür belirti yâhut bulgular varmış gibi davranılmasıdır. DSM IV-TR'de daha çok psikolojik semptom ve bulguları olan, daha çok bedensel semptom ve bulguları olan, psikolojik ve bedensel semptom ve bulguları bir arada olan alt türleri ve başka türlü adlandırılmayan yapay bozukluk olarak sınıflanır. Yapay bozukluk, elde edilebilir dışsal bir amaç (ekonomik kazanç, yasal sorumluluklardan uzaklaşma gibi) olmamasıyla temaruzdan ayrılır (American Psychiatric Association 2000). Yapay bozukluk için DSM IV-TR ve ICD-10 ölçütleri benzer olsa da DSM IV-TR hasta rolünün benimsenmesine daha fazla vurgu yapar (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 1992, American Psychiatric Association 2000). Bu yazıda histriyonik kişilik özellikleri zeminindeki, daha çok psikolojik semptom ve bulguları olan yapay bozukluk alt türü olan vak'a, literatür gözden geçirmesiyle sunulmaktadır.

VAK'A

SA 28 yaşında kadın hasta, bekâr, çalışmıyor, lise mezunu. Sosyoekonomik durumları kötü olan âilenin 7 çocuğunun 2.'si. Küçük kız kardeşi epilepsi hastası. 12 sene önce Diyarbakır'dan İstanbul'a göç etmişler. Annesi, babası, 7 kardeşiyle birlikte yaşıyor. Babası İstanbul'da bir hastanede hizmetli olarak çalışıyor. Hastanemize ilk olarak 2005 yılında konversif olduğu düşünülen bayılma, sebepsiz yere âniden bağırma, siyah giyimli adamların kendisini boğmaya geldiğini görme, 15 sene önce bir kez görüp âşık olduğu uzaktan akrabası olan bir kişiyi sürekli görme, beyinin içine o kişinin düşüncesinin yerleştirildiğini ve 1 saniye bile düşünmediği zamanın olmadığını söyleme, moral bozukluğu, isteksizlik, uykusuzluk ve ev temizliği yapmada artış şikâyetleriyle başvurmuş.

Hastanın duyulanımı hafif yükselmiş, görüşmeye

istekli, çağrışimleri doğal ve psikomotor aktivitesi artmış olarak gözlenmiş. Hastamız 2 sene boyunca aylık düzenli poliklinik takiplerine gelmiş, çeşitli görüşmelerdeki muayenelerine göre obsesif kompulsif bozukluk, başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk, hipomanik epizodlar, konversiyon bozukluğu tanıları düşünülmüş ve tanılara göre etkin doz ve sürelerde birçok antidepresan, antiepileptik, antipsikotik ilaçlar reçete edilmiş. Hastanın 2005 yılındaki nöroloji konsültasyonunda patoloji tesbit edilmemiş, ayrıntılı kan tetkikleri, bilgisayarlı kraniyal tomografi, kraniyal MR ve EEG'sinde herhangi bir patoloji bulunmamış. Psikolojik incelemesinde Rorschach kişilik testini "hiçbir şeye benzetemiyorum" diyerek reddetmiş, MMPI profili ise geçersiz olarak değerlendirilmiş.

Hastanın şikâyetlerinde gerileme olmaması nedeniyle 2007 yılında 40 gün süren hastane yatışı yapılmış. Yatışında, ilaç tedavisiyle semptomlarının gerilememesi üzerine 9 adet EKT yapılmış ve başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk tanısı konulmuş. Hastaneden çıktıktan sonra benzer şikâyetleri devam etmiş. Kendine zarar verme, âilesine zarar verme ve öldürme dürtülerinin olduğunu, anne babasını öldürmek istediğini ve onları öldürmekten korktuğunu söylüyor ve bazen âilesine saldırıyor. "Seni delirteceğim" diyen sesler duyduğunu söylüyormuş. Poliklinik takiplerinde sürekli olarak "ben iyi olacak mıyım? Deli miyim?" sorularını soruyor ve hastaneye yatmayı talep ediyormuş. Görüşmelere tek başına geliyor, yakınlarını getirmek istemiyormuş. Görüşmelerde teatral davranıyor, bazı görüşmelerde ağlamaları oluyormuş. Hastanedeki yatışlarında âilesinden alınan bilgiler de hastanın anlatıklarıyla uyumluymuş. Âilesi hastalık öncesi dönemde, küçüklüğünden beri süren ani sinirlenmeleri olduğunu, sinirlenince küfür edip, kafasını duvara vurduğunu, saçlarını yolduğunu söylemişler.

İlk yatışı sonrasındaki takiplerde "anneni, babanı öldür" diyen emir veren sesler duyduğunu söylemiş. Hastanın 2008 yılında 22 gün süren 2. yatışı olmuş ve konversiyon bozukluğu tanısı konulmuş. Düzenli poliklinik takiplerine gelen hastanın 2009 yılında 20 gün süren 3. yatışı yapılmış, obsesif kompulsif bozukluk ve konversiyon bozukluğu tanıları konulmuş. Bu yatışında hastanın servisteki gözlemi ve klinik görünümü değerlendirilerek gözlem notlarına yapay bozukluk olabileceğine dâir uyarılar eklenmiş. Hastanın 4. yatışı ise yine tek başına başvurarak, kendi isteğiyle 2010 yılında olmuş. Beş gün süren son yatışında atipik psikoz tanısı konulmuş. Son yatışında daha önceki hastalık öyküsünün aksine 2 kez intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiş. Hastanın tedavisi bo-

yunca çoklu ilaç kullanımına bağlı ekstrapiramidal sistem yan etkileri, 2 yıl içinde 40 kilo alımı, hiperprolaktinemi, galaktore, 3 senedir süren amenore gibi dramatik ilaç yan etkileri ortaya çıkmış. Hastamızın takiplerinde izlenen antiepileptik kan seviyeleri genellikle etkili doz aralığındaydı.

Son muayene bulgularında bilinç açık, koopere, oriyanteydi. Yaşında gösteriyordu ve özbakımı iyiydi. Görüşmeye istekli, teatral davranıyordu ve psikomotor aktivitesi artmıştı. Dikkat ve konsantrasyonu normaldi. Duygulanım ötimik, duygudurum hafif anksiyeteliydi. Çağrışımları düzgündü ve amaca yöneliyordu. Düşünce yapısı ve süreci normaldi. Hastalık öyküsü ile beraber değerlendirildiğinde düşünce içeriğinde sanrı saptanmadı. Yine hastalık öyküsü ile birlikte değerlendirildiğinde varsanı tesbit edilmedi, hesaplama, soyutlama, test muhakemesi, güncel bilgiler ve bellek muayenesi yeterliydi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Yapay bozukluğu olan hastalar, çeşitli şekillerde bedenlerinde hastalık oluşturabilir veya bedenlerine zarar vermeden yanlış bilgilerle bakım verenleri hasta olduğuna inandırabilir (Freyberger ve ark. 1994). Temaruz ve yapay bozukluk bazen örtüşür ve doktorlar hangi tanıyı uygulayacakları konusunda zorlanabilirler. Elde edilebilir dışsal bir amaç bulunması temaruzu düşündürse de bunlar oldukça belirsiz sınırlardır. Psikolojik bozukluklarla giden yapay bozukluk vak'alarının ağırlıkta olduğu çoğu vak'a her iki tanının ortasında yer alır (Feldman 2004).

Yapay bozukluk, belirli kültürlerle veya tarih boyunca herhangi bir zaman dilimiyle sınırlı değildir (Feldman 2004). Yapay bozukluk hakkında kapsamlı epidemiyolojik veri bulunmamaktadır. Daha çok psikolojik semptom ve bulguları olan yapay bozukluk için epidemiyolojik veriler sınırlı sayıda çalışmaya dayanmaktadır. Tam olarak yaygınlığı bilinmese de son bulgular yapay psikotik semptomların sanılandan çok daha fazla olduğunu göstermektedir (Sadock ve Sadock 2007).

Ardışık olarak 219 psikotik vak'ayla yapılan bir çalışmada, yapay psikotik semptomlar 9 hastada (%4.1) saptanmıştır. Yapay bozukluk tesbit edilen hastaların hepsinde şiddetli kişilik bozukluğu olduğu saptanmıştır. Bu hastaların 7 yıla varan izlemlerinde birçok kez hastane yatışı, belirgin işlevsellik kaybı olduğu saptanmıştır ve prognozun bipolar bozukluk veya şizofreni hastaları kadar kötü olduğu bildirilmiştir (Pope ve ark. 1982). Psikiyatri hastanesinde yapılan bir başka çalışmada ise, yapay psikolojik semptomlar 775 hastanın sadece 4'ünde (%0.5) bulunmuştur (Bhugra 1988). Bir

eğitim hastanesinin konsültasyon liyezon servisine sevk edilen yaşları 19 ilâ 64 arasında değişen (ort. 26) ardışık 1288 hastanın 10'unda (%0.8) yapay bozukluk tesbit edilmiştir. Bu çalışmada 10 hastanın 7'si kadın ve bütün hastaların ortalama hastalık başlangıç yaşı 21'di. Yapay bozukluk, madde kullanımı, psikojen ağrı bozukluğu, temaruz, distimi ve borderline kişilik bozukluğunu içeren psikiyatrik bozukluklarla ilişkili bulunmuştu. On hastadan sadece 2'si devam eden psikoterapiyi kabul etmişti. Hastalardan biri yapay bozukluk davranışı nedeniyle izlemde ölmüş. Bir kadın hasta mutsuzluk, ağlama isteği, iştahsızlık ve diğer depresif belirtilerle depresyon taklidi yapmış ve elektrokonvülsif terapi görmüş. Bu hastanın hastalığıyla yüzleştirilmesinin ardından hasta rolü yaptığını kabul ettiği bildirilmiş (Sutherland ve Rodin 1990).

Daha çok psikolojik semptom ve bulguları olan yapay bozuklukta şizofreni, çoğul kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, madde kullanımıyla ilişkili bozukluklar, amnezi, demans, yas reaksiyonu, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, itkisel (impulsive) kendine zarar verme, ağrı bozukluğu, bipolar I duygudurum bozukluğu, dissosiyatif kimlik bozukluğu, yeme bozukluğu, parafililer, hipersomnia, transeksüelizm ve konversiyon gibi bozuklukların veya bunların semptomlarının taklidi görülebilir (Feldman 2004, Eisendrath 1996). Taklit edilen semptomlar olağan tedavi girişimleri sonucu iyileşmezse yüksek dozda psikoaktif ilaç verilebilir ve elektrokonvülsif terapi uygulanabilir (Sadock ve Sadock 2007).

Literatürde kraniyal MR tetkiklerinde anormallikler olan bazı yapay bozukluk vak'aları vardır. Örneğin daha çok bedensel semptom ve bulguları olan bir yapay bozukluk vak'asında, kraniyal MR görüntülemeye her iki hemisferin beyaz maddesinde multipl skleroz, enfeksiyonlar, toksik ve vasküler nedenlerle uyumlu olabilen değişiklikler gözlenmiştir (Fenelon 1991). Başka bir yapay bozukluk hastasının SPECT görüntülemesinde ise sağ hemitalamusta belirgin hiperperfüzyon saptanmıştır (Mountz ve ark. 1996).

Bâzı yazarlara göre psikolojik semptomların bilinçli olup olmadığını belirlemek zor olduğu için "daha çok psikolojik semptom ve bulguları olan yapay bozukluk" tanısının kullanılmaması gerektiği öne sürülmüştür. Bu yazarlar, "yapay psikoz" tanısı konulan hastaların aile öyküsünde psikiyatrik hastalıklar olabildiğini ve zaman içinde gerçekliği inkar edilemez şizofreni gibi psikozlar çıkardığını öne sürmüşlerdir. Psikolojik belirtilerle giden yapay bozukluk, ileride ortaya çıkacak gerçek bir psikotik bozukluğun ilk uyarıcısı olabilir (Rogers 1997).

Daha çok psikolojik semptom ve bulguları olan

yapay bozukluğun özellikleri genel olarak sık hastane değiştirme, yasalara aykırılık, kasıtlı olarak kendine zarar verme, ilişki kurma ve sürdürme güçlüğü, cinsel yakınlık kurma güçlükleri, düşmanlık gösterme, izlem boyunca semptomlarda kötüleşme ve psödojia fantastika'dır (Feldman 2004).

Hastamızın önde gelen semptomları değerlendirildiğinde, semptomlarının ortaya çıkmasında elde edilebilir dışsal bir amaç olmaması (ekonomik kazanç, yasal sorumluluklardan uzaklaşma gibi) nedeniyle temaruz dışlandı. Yapay bozukluk semptomlarının ortaya çıkışı istemli ve bilinçliyen konversiyon bozukluğundaki davranışlar ve motivasyon bilinçsizce ortaya çıkar. Bu yüzden konversiyon bozukluğu dışlandı. Hastamızın atipik klinik görünümü, uygun tedavi ve ilaçlara yanıt vermemesi, yeni ve beklenmedik semptomların ortaya çıkması, psikiyatrik görüşmeye, hastane yatışına, tetkik yaptırmaya hevesli olması, görüşmeye yalnız gelmesi nedenlerinden dolayı histriyonik kişilik özellikleri zemininde yapay bozukluk- daha çok psikolojik semptom ve bulguları olan alt türü tanısını düşündürdü (American Psychiatric Association 2000; Wang ve ark. 2005).

Yapay bozukluk tedavisinde etkili olan özgül bir psikiyatrik tedavi yoktur (Sadock ve Sadock 2007). Yapay bozukluğun tedavisiyle ilgili yayınlar nadirdir ve nitelikleri düşüktür. Başlıca, yüzleştirici olmayan yaklaşımlara karşı yüzleştirici yaklaşımlara odaklanan çeşitli psikososyal, tıbbi, cerrahi ve koruyucu tedavi metotları bildirilmiştir. Otuz iki vak'a raporu ve 13 vak'a serisinin Klinik Global İzleme Ölçeği ile değerlendirildiği sistematik bir gözden geçirmede, yüzleştirici ve yüzleştirici olmayan yaklaşımlar arasında, psikoterapi yapılan ve psikoterapi yapılmayan tedaviler arasında ve psikiyatrik ilaç tedavisi reçete edilen ve edilmeyenler arasında anlamlı farklılık tesbit edilmiştir. Ardışık vak'a serilerinin analizi, yapay bozukluk hastalarının tedaviye katılımlarının olmadığı ve tedaviyi bıraktıklarını göstermiştir (Eastwood ve Bisson 2008). Yapay bozukluğun erken ve doğru tanısı pahalı, potansiyel olarak zararlı tanıs ve terapötik işlemleri önleyebilir ve hastalar için koruyucu olur (Robertson ve Cervilla 1997).

Sonuç olarak, yapay bozukluğun özellikle psikolojik belirtilerle giden alt türü; net olmayan sınırlarının olması, tanınmasındaki güçlükler, henüz kesin bir tedavisinin olmaması ve gereksiz tanı ve tedavi uygulamaları nedeniyle bütün dallardaki hekimler için ayırıcı tanı da düşünülmelidir. Hastalığın tanınmasına kadar geçen süre ve hastaların kayıpları göz önünde alındığında hastanın yakınlarıyla görüşmeleri de içeren ayrıntılı anamnez, gerekirse hastaneye yatış düşünülebilir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bhugra D (1988) Psychiatric Munchausen's syndrome: literature review with case reports. *Acta Psychiatr Scand*; 77: 497-503.
- Eastwood S, Bisson JI (2008) Management of factitious disorders: a systematic review. *Psychother Psychosom*; 77: 209-218.
- Eisendrath SJ (1996) Current overview of Factitious Physical Disorders. Feldman MD, Eisendrath SJ, editors. *The Spectrum of Factitious Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press Inc, 21-36.
- Eisendrath SJ (1995) Factitious disorders. Goldman HH, editor. *Review of General Psychiatry*, 4th Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 368-376.
- Feldman MD (2004) Playing Sick? Untangling the Web of Munchausen Syndrome, Munchausen by Proxy, Malingering & Factitious Disorder. New York: Brunner-Routledge.
- Fenelon G, Mahieux F, Rouillet E, Guillard A (1991) Munchausen's syndrome and abnormalities on magnetic resonance imaging of the brain. *BMJ*; 302: 996-997.
- Freyberger H, Nordmeyer JP, Freyberger HJ, Nordmeyer J (1994) Patients suffering from factitious disorders in the clinico-psychosomatic consultation-liaison service: psychodynamic processes, psychotherapeutic initial care and clinico interdisciplinary cooperation. *Psychother Psychosom*; 62: 108-122.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (1992). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Mountz JM, Parker PE, Liu HG, Bentley TW, Lill DW, Deutsch G (1996) Tc-99m HMPAO Brain SPECT Scanning in Munchausen Syndrome. *J Psychiatry Neurosci*; 21: 49-52.
- Pope HG Jr, Jonas JM, Jones B (1982) Factitious psychosis: phenomenology, family history, and long-term outcome of nine patients. *Am J Psychiatry*; 139: 1480-1483.
- Robertson MM, Cervilla JA (1997) Munchausen's syndrome. *Br J Hosp Med*; 58: 308-312.
- Rogers R (1997). *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. 2. Edition. New York: Guilford Press.
- Sadock BJ, Sadock VA (2007) *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, 10th Edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sutherland AJ, Rodin GM (1990) Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics*; 31: 392-399.
- Wang D, Nagida DN, Jenson JJ (2005) Factitious Disorders. Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th Edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1829-1844.