

ERGENLİK DÖNEMİNDE PSİKOLOJİK BELİRTİLERLE SEYREDEN YAPAY BOZUKLUK: BİR OLGU SUNUMU

Kayhan BAHALI*, Hamiyet İPEK**, Sema KURBAN**,
Caner MUTLU*, Ayten ERDOĞAN***

ÖZET

Yapay bozukluk hasta rolünü benimsemek amacıyla fizik ya da psikolojik belirtilerin istemli olarak oluşturulması ya da taklit edilmesi ile belirlidir. Yapay bozukluğun üç alt tipi vardır. Psikolojik belirtilerin ön planda olduğu, fiziksel belirtilerin ön planda olduğu ve her iki tip belirtinin bir arada olduğu biçimde görülebilir. Varsanılar, depresyon, intihar düşünceleri, dissosiyatif belirtiler ve bellek yitimi sıklıkla üretilen klinik belirtilerdir. Yapay bozukluklar önemli düzeyde mortalite ve morbiditeye neden olabilen bozukluklardır. Bu yazıda, psikolojik belirtilerle çocuk ve ergen psikiyatri servisine başvuran bir ergen yapay bozukluk olgusu sunulacak ve ayırıcı tanı süreci yazın ışığında tartışılacaktır.

Anahtar Sözcükler: Ergenlik, psikolojik belirtiler, yapay bozukluk.

SUMMARY: FACTITIOUS DISORDER WITH PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS IN ADOLESCENCE: A CASE REPORT

Factitious disorder is characterized by the intentional production or feigning of physical or psychological symptoms with the objective of adopting the patient role. There are three subtypes of factitious disorder. The subtypes could be seen as prominent with physical symptoms, psychological symptoms or both combined. Commonly presented clinical problems include hallucinations, depression, suicidal ideation, dissociative symptoms, and amnesia. Factitious disorders can cause serious morbidity and mortality. In this report, we present an adolescent case diagnosed with factitious disorder who was admitted to a child and adolescent psychiatry unit with psychological symptoms and the process of differential diagnosis is discussed in the light of relevant literature.

Key Words: Adolescence, psychological symptoms, factitious disorder.

GİRİŞ

İlk kez Asher tarafından Munchausen Sendromu adıyla tanımlanan yapay bozukluk (YB) geçen yüzyıldan bu yana yazında kendisine yer bulmaktadır (Asher 1951). YB, hasta rolünü benimsemek amacıyla psikolojik ya da fiziksel belirtilerin istemli olarak oluşturulması ya da taklit edilmesi ile belirlidir. Hastalar psikolojik, fiziksel ya da bileşik belirtiler sergileyebilir. Psikolojik belirtilerin ön planda olduğu tipinde, açık bir ruhsal durumun belirti ve bulgularının önde geldiği klinik görünüm tanımlanır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000). Klinik görünümüne her tür psikopatoloji egemen olabilir (Noyan 2000). Varsanılar, dissosiyatif belirtiler, nöbetler, depresyon, intihar düşünceleri ve bellek yitimi sıklıkla üretilen belirtilerdir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000).

YB'nin gerçek sıklık ve yaygınlık oranları belirli değildir (Noyan 2000). Sağlık personelinin aldatmaya yönelik çabaların olması nedeniyle tanılamada yaşanan güçlükler ve farklı hastane/doktorlara başvuruların olması nedeniyle hastalığın gerçek yaygınlığının belirlenmesi zordur (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000). Çocukluk çağında psikolojik belirtilerin ön planda olduğu YB ile ilgili alan yazınında az sayıdaki olgu sunumları dışında ayrıntılı bilgi bulunmamaktadır (Çolak ve Kerimoğlu 2011, Grover ve ark. 2005, Stayer ve ark. 2004). Günümüzde, özellikle çocuk ve ergenlerde, YB'nin nedenleri, klinik görünümü, tanısı ve tedavisi gibi pek çok yönü hakkındaki bilgilerimiz kısıtlıdır. Bu yazıda, psikolojik belirtilerin klinik görünümüne egemen olduğu bir ergen YB olgusu sunulacak, tanı ve ayırıcı tanı süreci yazın ışığında tartışılacaktır.

OLGU

R, 16 yaşında kız ergendi. Polikliniğimize sesler duyma, hayaller görme, şüphecilik, korkular ve sinirlilik yakınmalarıyla başvurdu. Tıbbi öyküsünde; yakınmalarının yedi yaşında başladığı, 8

*Uzm.Dr., Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Şefliği, İSTANBUL.

**Asis.Dr, Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Şefliği, İSTANBUL.

***Doç.Dr. Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Şefliği, İSTANBUL.

yaşında epilepsi tanısı konulduğu ancak düzenli takip ve tedavi edilmediği, nöbetler geçirdiği öğrenildi. Nöbetleri ağlama ile başlıyor, nöbet sırasında elleriyle boynunu sıkıyor, tırnaklarıyla kendisine zarar veriyormuş. Nöbet sonrasında şaşkınca çevresine bakıyor, yaklaşık 1-2 dakika sonra düzeliyormuş. Yineleyen özkıyım düşünceleri olan R, yedi ay önce yaklaşık 10 tablet (4-5 adedi risperdal tablet) ilacı içerek özkıyım girişiminde bulunmuş, ailesine haber vermemiş, genel durumunun kötüleşmesi üzerine aile tarafından acilen hastaneye götürülmüştü. Yakınmaları başladıktan sonra biri eğitim araştırma hastanesi, ikisi üniversite hastanesi olmak üzere farklı hastane ve doktorlara çok sayıda başvurusu olmuştu. Hastanemizde de 2011-2012 yılları arasında en az sekiz farklı doktor tarafından muayene edilmiş ve üç kez servis yatışı yapılmıştı. İlk iki yatışı, kendine zarar verme riski nedeniyle, acil servisten olmuştu. Konversiyon bozukluğu, dissosiyatif bozukluk, atipik psikoz ve epilepsi ön tanıları ile izlenmişti. Daha önce hiç depresyon tanısı almamıştı. Fiziksel ve cinsel travma öyküsü yoktu. Tıbbi başvuruları daha çok kendisi talep etmiş, poliklinik takiplerine düzenli gelmişti. Tedavisinde ketiyapin, aripiprazol, risperidon, valproat, fluoksetin, sertralin, biperiden gibi çeşitli ilaçları genel olarak düzenli kullanmış fakat belirgin bir yarar görmemiş, yakınmaları dalgalı bir seyir izlemişti.

Aile öyküsünde; kuzeninde şizofreni, teyzesinde panik bozukluk öyküsü olduğu öğrenildi. Hasta olan kuzeni özkıyım ile ölmüştü. Aile içi ilişkilerde; annenin dini konularda R'ye baskı uyguladığı ve eleştirel yaklaştığı, R ile ablası arasında ise sürekli bir rekabet olduğu öğrenildi. Baba ise R'nin her istediğini yapıyordu. Hasta küçüklüğünden itibaren anne-babanın evlilik çatışmalarına şahit olmuştu. İlkokul başarısı iyi olan R ailenin isteği üzerine okulu bırakmak zorunda kalmıştı.

İzleminde sonuç alınamayan ve yatış isteği olan R'nin psikotik bozukluk ön tanısı ile yatırılarak izlenmesine ve tedavisine tekrar karar verildi.

Anneye göre R'nin yatmasını gerektirir bir sorunu yoktu. Bu yüzden yatışı önce reddetti ancak R annesini, yatışının yapılmaması durumunda, "evden kaçırım" şeklinde tehdit edince kabul etti. R'nin servise yatışındaki beklentisi "tamamen iyileşmekti".

Ruhsal muayenesinde; kendine bakımı iyiydi. Konuşma hızı ve miktarı doğaldı. Göz teması kurmaksızın gözlerini bir noktaya sabitleyerek konuşuyordu. Düşünce içeriğini rahatlıkla açıyor, mantıklı konuşuyor ve amaca yöneliyordu. Düşünce içeriğinde çevresinden zarar göreceğine dair kötülük görme ve özkıyım düşünceleri vardı. Görüşme boyunca hastanın duygulanımı kısıtlıydı. Algı muayenesinde kendisini öldürmesi şeklinde emir veren sesler duyduğunu, ellerinde hançer tutan simsiyah uzun boylu bir adam ve kambur bir kadın gördüğünü belirtti. Bellek ve yönelim kusuru saptanmadı.

R'nin servisteki izleminde yakınmalarında tutarsızlıklar saptandı. Sürekli tedavi ekibinin yanına geliyor, hastalığı ve tedavisi ile ilgili yineleyen sorular soruyordu. Sürekli ilgi bekliyordu. Görüşmelerde ablasının yakınmalarına inanmadığını ısrarla vurguluyordu. Algı muayenesinde saptadığımız bulguları "halüsinasyonlarım" olarak adlandırmaktaydı. R'ye halüsinasyonları hakkında ayrıntılı sorular sorulduğunda hatırlamadığını ya da anlatınca üzülmediğini söylüyor, ayrıntıya girmek istemediğini belirtiyordu. Yakınmalarının başlama zamanı ile ilgili sorulara tutarsız yanıtlar vermekteydi. Görüşme süresi uzadığında tutarsızlıklar artıyor, yakınmalarını detaylandıramıyordu. Sorulan basit sorulara hemen yanıt vermiyor, üstünde bir müddet düşündükten sonra yanıtlıyordu. Belirtilerini abartıyor, "sizi anlamıyorum, bunalıyorum" şeklinde karşılıklar veriyordu. Halüsinasyonları sıklıkla evdeyken ve aile içi olumsuz bir olay sonrası başlıyordu. Servisteki diğer hastaların yanında sosyal ilişkilerini daha iyi bir şekilde yürüten hasta, tedavi ekibiyle görüşmeleri sırasında gözlerini bir noktaya dikerek 'halüsinasyon oluyor' izlenimi veriyordu. Neden bu şekilde

davrandığı sorulduğunda normal bir şekilde göz teması kurmaya başlıyordu. Serviste yattığı süre içerisinde nöbet geçirmedi. R'nin geçmişteki nöbet öyküsünde; günde 3-4 kez olduğu, 5-10 dakika sürdüğü öğrenildi. Nöbet sırasında kalbi sıkışıyor, dilini ısırıyor ve boğazını sıkma gibi kendine zarar verici davranışlarda bulunuyormuş. R nöbet anını hatırlamadığını belirtti. R'ye göre, halüsinasyonlarındaki karakterler nöbetini yönlendirmekteydi. Görüşme sırasında epilepsi, sinir krizi ve nöbet kelimelerini birbirinin yerine kullanmaktaydı. Nöbetler sırasında hiç idrar-gaita inkontinansı olmamıştı. Postiktal konfüzyon tariflememi. Nöbet sıklığının, üzgün olduğu zamanlarda, özellikle de ablasıyla yaptığı tartışmalardan sonra artmakta olduğu öğrenildi.

Yapılan fizik ve nörolojik muayenesi doğaldı. Rutin biyokimya, tam kan sayımı, idrar madde metaboliti, elektroensefalogram, beyin manyetik rezonans görüntüleme incelemeleri normal sınırlarda bulundu. Serviste yapılan görüşmeler, gözlemler ve ayrıntılı incelemeler sonucunda psikotik bozukluk tanısından uzaklaşıldı. Nöbetler psikojenik olarak değerlendirildi. R'ye taburculuğu ile ilgili bilgi verildi, yakınmalarında tam bir düzelme olmadığı için servisten çıkışını kabul etmedi. Hasta izinli gönderildi sonrasında YB tanısı ile poliklinik izlemine alındı. R kısa bir süre sonra poliklinik takibimizden çıktı.

TARTIŞMA

Bu yazıda, psikolojik belirtiler ile çeşitli hastanelere başvurusu olan, ileri tıbbi incelemelerle etiyolojisi saptanamayan, olası tıbbi tanılara yönelik tedaviler ile belirtileri gerilemeyen, ancak ergen psikiyatri kliniğine yatırılarak yakın gözlem ile tanısı desteklenen psikolojik belirtilerle seyreden bir ergen YB olgusu sunulmuş ve oldukça kısıtlı olan ilgili alan yazınına katkı sağlanmıştır.

YB, hekimler tarafından yeterince tanınmayan ancak önemli düzeyde mortalite ve morbiditeye neden olan bir klinik durumdur (Pekcanlar Akay

ve Diler 2008). Klinik görünüm, öznel yakınmaların üretilmesi, objektif bulguların yanıtılması, kendi yarattığı durumlar, önceden var olan genel tıbbi durumların abartılması/alevlenmesi ya da bunların herhangi bir bileşiminden oluşmaktadır. Belirli bir belirtinin istemli olarak oluşturulduğu yargısına doğrudan kanıtlar ve belirtinin diğer nedenlerini dışlayarak varılır. Ayrıca yapay belirtilerin varlığı gerçekten fiziksel ya da psikolojik belirtilerin eşzamanlı bulunmasını da engellemez (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000). Çok sayıda hastaneye yatış öyküsü, nedeni saptanamayan yakınmalar/belirtiler, uygun sağaltıma karşın geçmeyen yakınmalar/belirtiler, başka hastalarla yakın ilişkiler geliştirmeme, sürekli değişebilen yakınmalar/belirtiler, oldukça iyi düzeyde tıbbi bilgi, sürekli değişen, abartılı ya da sahte öyküler, tıbbi sonuçlarda tutarsızlıklar, her tür tanısal işleme gönüllülük, sürekli isteme (tetkikten ilgiye), araştırma, öğrenme, özel hasta olma gereksinimi ve istekler karşılanmadığında öfke ve hekim değiştirme YB'li hastalarda gözlenen ortak özelliklerdir (Noyan 2000). Kronik ya da ciddi tıbbi bir hastalığa sahip olma, 1. ya da 2. derece akrabalarında psikiyatrik hastalık varlığı, diğer aile bireylerindeki ciddi tıbbi hastalıklara tanık olma, çocuk istismarı (şüpheli) ve koruyucu ailede yaşama ise YB için risk faktörleridir (Ehrlich ve ark. 2008).

Olgumuzda, yapılan ruhsal muayene, servis gözlemi ve tetkikler sonucunda psikotik belirtilere neden olabilecek diğer nedenlerin dışlanması; nöbetlerin psikojenik nöbet olarak değerlendirilmesi; belirtilerin daha çok muayene sırasında alevlenmesi; tekrarlayan hastane başvuru ve yatışlarına karşın kesin bir tanının olmaması; çok sayıda ilaç kullanılmasına karşın klinik belirtilerin gerilememesi hatta belirti sayı ve çeşitliliğinde artış olması; servise yatış konusunda istekli olması; yakınmalar aktarılırken tıbbi terim kullanımının fazla olması; belirtilerin hasta rolünü benimseyerek dikkat çekmek amacıyla hasta tarafından istemli bir şekilde ortaya çıkarıldığının gözlenmesi; aile öyküsündeki psikiyatrik hastalıkların varlığı YB tanımını destek-

leyen bulgularımızdı.

YB, gerçek bir tıbbi durumdan, temaruzdan, konversiyon bozukluğu (KB) gibi gerçek bir ruhsal bozukluktan ve Münchausen by Proxy (MBP) (bakım verenlerin neden olduğu YB)'den ayırt edilmelidir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000). Olgumuzdaki amaçlı ve bilinçli olarak belirti oluşturma davranışı temaruzu düşündürülebilir. Temaruzu olan bireyler, ekonomik kazanç sağlamak, polisten kaçmak ya da 'sadece geceyi geçirmek için yatak bulmak' çabalarıyla belirti oluşturarak hastaneye yatmak isteyebilir. Hedef çoğu kez açıktır, belirtiler onlar için artık gerekli olmayınca belirtileri durdurabilir. YB'de ise kişi genellikle yapay davranışının arkasındaki motivasyonunun farkında değildir ve dışsal kazancı yoktur (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000). Ancak çocuklarda ve ergenlerde YB olgularında da az veya çok bir dış etken ve bir kazanç bulunduğu ve bu nedenle özellikle çocuklarda YB ile temaruzun ayırıcı tanısının yapılmasının erişkinlere kıyasla daha zor olduğu, dış etkenin ve kazancın belirginliğine ve ne kadar ön planda olduğuna göre tanılama yapılabileceği belirtilmektedir (Cöngöloğlu ve Türkbay 2010). Olgumuzda temaruzdaki gibi belirgin bir dışsal kazanç sözü konusu değildi. Hastalık nedeniyle ailenin diğer bireylerinin gösterdiği ilgi artışı dışsal kazanç gibi görünmekle birlikte belirtilerin şiddetiyle orantısızdı.

Varsanı, katılma ve konvulziyon gibi nörolojik belirti ve bulgularla seyreden KB de YB ile karışabilir. YB'de belirtiler amaçlı olarak ortaya çıkarılır ya da belirtiler varmış gibi davranılır. YB hastasının temel amacı hasta rolünü benimseyerek tıbbi değerlendirme ve tedavisinin yapılmasını sağlamaktır. Bu amaçlar konversiyon belirtilerindeki ikincil kazançlara benzeyebilir ancak konversiyon belirtilerinin ayırt ettirici özelliği belirti çıkarmada bilinçli bir niyetin bulunmamasıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000). Olgumuzda bazı belirtilerin başlaması ya da alev-

lenmesi öncesinde aile içi çatışmalar gibi stres etkenlerinin bulunması KB'yi düşündürse de belirtilerin bilinçli bir şekilde oluşturulduğuna ait direkt gözlemlerimizin olması KB'den ayırt etmemizi sağlamıştır. Olgumuz, tedavi ekibi ile görüşmesi sırasında, görsel varsanı ve benzeri psikolojik belirtilerini bilinçli olarak üretmiş, tedavi ekibi tarafından uyarıldığında da bu belirtileri üretmekten vazgeçmiştir. Bununla birlikte yapay belirtilerin varlığı gerçekten fiziksel ya da psikolojik belirtilerin eşzamanlı bulunmasını da engellemeyeceğinden olgumuzun bazı geçmiş nöbetlerinde KB'nin dışlanması da zor gibi görünmektedir.

Olgumuzda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir diğer hastalık ise MBP'dir. MBP'de aileler veya çocuğa bakmakla yükümlü kişiler çocukta hastalık oluşturmaktadır. MBP'de YB'nin gerçek sorumlusu bakım veren kişidir. MBP daha çok küçük çocuklarda ve bebeklerde izlenir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000). Olgumuzda tanı yasının beklenenden yüksek olması, ailenin servis yatışlarını istememesine karşın hastanın yatış için ısrarcı olması ve serviste refakatsiz olarak yatmasına karşın belirtilerin devam etmesi bizleri MBP tanısından uzaklaştırmıştır.

Sonuç olarak YB, ergenlerde psikotik bozukluk ve epilepsi ayırıcı tanısında mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle yakınmaları ile muayene bulguları arasında tutarsızlıklar olan, abartılı klinik bulgulara karşın incelemelerinde patoloji saptanmayan, ciddi bir hastalık tablosu karşısında kaygı düzeyi beklenenden az olan, tekrarlayan hastane başvuruları ve/veya yatışları olmasına karşın tanı konulamayan, çok sayıda ilaç sağaltımına karşın sağaltımı sağlanamayan hastalarda YB tanısı akla gelmelidir. Tanıda en önemli nokta YB'den şüphelenmektir. YB'nin erken ve doğru tanınması hastaların zararlı olabilecek tanı/tedavi işlemlerine maruz kalmasını önleyecek; uygun bir tedavi sürecine girmesini hızlandıracak ve yaşam kalitesini arttıracaktır.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin*. Washington DC, Amerikan Psikiyatri Birliği.
- Asher R (1951) *Munchausen's Syndrome*. *Lancet* 1: 339-341.
- Cöngöloğlu A, Türkbay T (2010) *Çocuklar ve ergenlerde simülasyon*. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 30 (suppl 2): 15-20.
- Çolak M, Kerimoğlu E (2011) *Cinsel istismara uğrama iddiası ile başvuran bir olgu: Yapay bozukluk ve diğer ayırıcı tanılar*. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 18: 59-66.
- Ehrlich S, Pfeiffer E, Salbach H ve ark. (2008) *Factitious disorder in children and adolescents: A retrospective study*. *Psychosomatics* 49: 392-398.
- Grover S, Kumar S, Mattoo SK ve ark. (2005) *Factitious schizophrenia*. *Indian J Psychiatry* 47: 169-172.
- Noyan MA (2000) *Yapay bozukluklar*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 1: 162-173.
- Pekcanlar Akay A, Diler RS (2008) *Yapay bozukluk*. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde*. Çuhadaroğlu Çetin F, Uslu R, Miral S, Coşkun A, Pehlivan Türk B, İşeri E, Türkbay T, Motavallı N, Ünal F (Editörler). HYB Basım Yayın, Ankara, s: 455-461.
- Stayer C, Sporn A, Gogtay N ve ark. (2004) *Looking for childhood schizophrenia: Case series of false positives*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43: 1026-1029.