

# ÜROLİTİAZİS TANISI İLE BAŞVURAN BİR OLGUDA MUNCHAUSEN SENDROMU

Mehmet TÜRKMEN \*, Burak BAYKARA\*\*, Yeliz ÇAĞAN \*\*\*,  
Alper SOYLU \*\*\*\*, Belde KASAP \*\*\*\*\* , Salih KAVUKÇU \*

## ÖZET

Munchausen Sendromu, gerçekte olmayan ve hasta tarafından tanımlanan belirtilerin, farklı sağlık kurumlarına yapılan sık başvurular ve hastanın verdiği tutarsız öykü ile gözlemlendiği bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda böbrek taş hastalığı, yineleyen idrar yolu enfeksiyonu ve Ailesel Akdeniz Ateşi tanılarını alan Munchausen sendromlu bir olgu bildirilmiştir. Yan ağrısı ve taş düşürme öyküsü ile başvuran 12 yaşındaki kızın birçok merkezde farklı hekimler tarafından değerlendirildiği, çeşitli ilaçlar kullanıldığı, fakat yakınmalarının devam ettiği öğrenildi. Hastanın düşürdüğü taşlar incelendiğinde, boyut ve şekillerinden dolayı şüphe edilerek yapılan taş analizi böbrek taşı ile uyumlu gelmedi. Bu bulgular ile hasta-da Munchausen Sendromu düşünüldü.

**Anahtar sözcükler:** Munchausen sendromu, üriner sistem taş hastalığı, çocuk psikiyatrisi

**SUMMARY: MUNCHAUSEN SYNDROME IN A PATIENT WHO WAS ADMITTED WITH DIAGNOSIS OF UROLITHIASIS**

Munchausen syndrome is a disease characterized by fictitious symptoms defined by the patient and recurrent applications to health institutions with inconsistent medical history. This is a case report of a patient with Munchausen syndrome who was followed up for urinary tract infection, nephrolithiasis and Familial Mediterranean Fever. A 12-year-old girl was admitted with a history of flunk pain and passing stones. The patient had been evaluated in many different medical centers by different doctors and had been undergone various treatments and examinations, but her complaints were still continuing. When her dropped calculi was examined and analyzed, they were not found consisted with urolithiasis. As a result of these findings; patient was evaluated with child psychiatry. Munchausen syndrome was considered.

**Key words:** Munchausen syndrome, urolithiasis, child psychiatry

## GİRİŞ

Yapay Bozukluk (YB) fiziksel ya da ruhsal yakınmaların amaçlı olarak ortaya çıkarıldığı ve herhangi bir zorlama olmaksızın hasta rolünün benimsendiği bir ruhsal bozukluktur. Hastalık tablosu istemli olarak oluşturulmuş olsa da; bu duruma neden olan gereksinim bilinç dışıdır (Wang ve ark. 2005). YB'si olan hastalar psikolojik, fiziksel ya da karmaşık belirtiler sergileyebilirler (American Psychiatric Association 2000).

Yapay Bozukluk'da fiziksel ve psikolojik yakınmaların amaçlı olarak ortaya çıkarılması gerekmektedir. Belirti ve bulguların ardında yatan amaç simülasyonda olduğu gibi ekonomik

kazanç sağlamak, yasal sorumluluktan kaçınmak ya da daha iyi koşullarda yaşamak değil; yalnızca hasta rolünü benimsemektir (American Psychiatric Association 2000). Bu yönleriyle de YB, istemli olarak kendine zarar verme davranışından farklı bir klinik durumdur (Kocalevent ve ark. 2005).

Yapay bozukluk önemli düzeyde mortalite, morbidite ve gereksiz masrafara neden olmaktadır ve hekimlerin ayırt etmekte zorlandığı bir klinik durumdur. Bu bozukluğun akla gelmesi ve erken tanınabilmesi, bu durumdan kaynaklanan morbiditeyi azaltabilecek ve hastaları koruyabilecektir. (Robertson ve Cervilla 1997, Pekcanlar ve ark. 2007).

Asher 1951 yılında; hastalık belirtilerini taklit ederek kendilerini çok çeşitli tıbbi ve cerrahi uygulamalara maruz bırakan hastaları tanımlamak için Munchausen Sendromu (MS) tanımını ortaya atmıştır (Asher 1951). Yapay Bozukluk'un uç ve dramatik bir formu olan Munchausen Sendromu, Baron Munchausen adlı hayali öyküler anlatan Alman Borununa atfen tanımlanmaktadır.

\*Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, İzmir.

\*\*Yard. Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

\*\*\*Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

\*\*\*\*Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, İzmir.

\*\*\*\*\*Uzm.Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, İzmir.

Hastalık taklidi yapma, patolojik olarak yalan söyleme, tekrarlayan sık sağlık kurumu başvuruları Munchausen Sendromu'nun önemli üç belirgin özelliğidir (Turner ve Reid 2002 ).

Munchausen Sendromu ile ilgili çalışmalar yazında genel olarak olgu sunumu şeklinde yer almaktadır. Toplumda yaygınlığı bilinmemektedir. Çocuk ve ergenlerde görülen YB özellikle %71 gibi bir oranda kızlarda daha sık görülmektedir (Libow 2000). Bu oran erişkin grupta görülen oranla hemen hemen aynıdır (Freyberger ve Schneider 1994). Ancak gerçek sıklığının görüldenden daha fazla olduğu düşünülmektedir (Wang ve ark. 2005).

Munchausen Sendromu ilk olarak erişkin yaş grubunda tanımlanmış olsa da, çocuk ve ergenler de pek çok hastalığı erişkinler kadar iyi taklit edebilmekte ve farklı klinik tablolar üretebilmektedirler (Rosenberg 1987, Wallach 1994). Munchausen Sendromu fiziksel belirtilerle, ruhsal belirtilerle ve her iki tip belirti kümesinin karma biçimde yer aldığı biçimde görülebilir (Wang ve ark. 2005). Ancak çocuk ve ergenlerde görülen MS ile ilgili çok fazla veri yoktur (Libow 2000).

Bu olgu sunumunda; renal taş hastalığı nedeniyle incelenirken, klinik ve laboratuvar bulgularının tutarsızlığı nedeni ile MS düşünülen ve psikiyatri konsültasyonu ile tanısı desteklenen bir olgu sunulurken, her hastalık grubu için, MS'nin olası bir tanı olabileceğine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

## OLGU

Yan ağrısı yakınması ve yakın zamanda düşürdüğü 5 adet, çapları 7 ile 11 mm arasında değişen böbrek taşları ile başvuran 12 yaşındaki kız hastanın ilk kez iki yıl önce böbrek taşı düşürme öyküsü olduğu, yan ağrılarının ayda bir-iki defa, aralıklı olarak tekrarladığı, hematüri ve dizürinin eşlik etmediği, öncesinde bu şikayetleri ile birçok sağlık kuruluşuna başvurduğu, tekrarlayan hastaneye yatış öyküleri olduğu, farklı hekimler tarafından farklı tedaviler başlatıldığı öğrenildi. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonuna yönelik sefuroksim aksetil supresyonu, Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) açısından heterozigot K695R gen mutasyonu nedeni ile kolşisin tedavisi ve depresyon nedeni ile antidepressan tedavi almakta olduğu öğrenildi. Anne ve baba arasın-

da dördüncü derece akrabalık olduğu, ailede böbrek taşı hastalığı öyküsü olmadığı, hastanın kuzeninin hemodiyaliz tedavisi aldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde gelişimi normal, vital bulguları stabil, sistem muayene bulguları olağan saptandı.

Laboratuvar incelemelerinde idrar analizi, tam kan sayımı normal, idrar kültüründe 2000 koloni karışık üreme saptandı. Böbrek taş hastalığına yönelik yapılan diğer laboratuvar analizleri normal sınırlarda idi. Daha önce yapılmış direk üriner sistem grafisi ya da abdominopelvik ultrasonografide (US) taşa rastlanmayan hastanın devam eden yan ağrıları nedeniyle tekrarlanan abdominopelvik US'de de taş saptanmadı.

İdrar kültüründe üreme saptanmayan hastanın önceden yapılmış olan idrar kültürlerinde kanıtlanmış idrar yolu enfeksiyonu olmaması nedeni ile sefuroksim aksetil supresyon tedavisi kesildi. Dış merkezde heterozigot olarak saptanan K695R gen mutasyonu nedeni ile başlanmış olan kolşisin tedavisi, hastanın ateşli karın ağrısı atakları olmaması ve tekrarlanan AAA gen analizinde mutasyon saptanmaması nedeni ile kesildi.

Hastanın düşürdüğünü söylediği böbrek taşları incelendiğinde hematüri yaratmadan düşürülmeyecek boyut (7-11mm) ve şekillerde olduğu görüldü. Önceden düşürdüğü taşlar için yapılan analizde feldispar, calcite ve kil saptandığı öğrenildi. Taş analizi, hasta tarafından getirilen taşlarda tekrarlandı ve taşın kalsiyum fosfat, demir ve asitte çözülme kısmı içerdiği, normal bir böbrek taşı olmadığı raporlandı.

Bir yıl önce baş ağrısı, dizin altında hissizlik şikayetleriyle başvurdukları özel bir psikiyatrist tarafından takip edildiği ve antidepressan tedavi (Sertralin, SSRI- selektif serotonin gerilim inhibitörü- 50 mg/gün) başlatıldığı ve 1 yıldır kullandığı öğrenildi. İlaç kullanımı sonrası şikayetlerinde ılımlı düzeyde gerileme olduğu öğrenilen hasta, çocuk psikiyatrisi bölümüyle konsülte edildi.

Yapılan psikiyatrik görüşmelerde, olgunun davranışsal belirtileri gözleendiğinde; hastanede olmak, birçok inceleme yapılması ve birçok hastanede dolaştıktan sonra halen tanısının belirlenmemiş olmasıyla ilgili; beklenen anksiyete, gerginlik ve sıkıntı hissini olmadığı görüldü.

Bu beklenen tepkilerin tam karşısı olarak, hastanede olmaktan dolayı oldukça rahat ve konforlu olduğu düşünöldü. Olgunun psikososyal değerdendirilmesinde; akran ilişkilerinde sorunları olduğu, yakın arkadaş ilişkileri tarif edemediğı göröldü. Sözel becerilerinde kısıtlılıklar olduğu ve psikososyal zorlukları ile ilgili baş etme düzeyeklerinin yetersiz olduğu düşünöldü.

Anne-baba ve olgunun ilişkilerine bakıldığında, annenin 13 yaşında iken evlendiğı, 18 yaşında hastamızı doğurduğu öğrenildi. Hastamızla ilgili ayrıntılı bir gelişim öyküsü ve okul öncesi döneme ilişkin psikososyal gelişim öyküsü elde edilemedi. Ancak ilkokula başlaması ile birlikte ders başarısı ve akran ilişkilerinin çok başarılı olmadığı anlaşıldı. Hastayla ayrıntılı sözel ilişki kurulamamasına karşın, gelişimin çok erken dönemlerinden itibaren benlik saygısının zedelemiş olabileceğı düşünöldü.

Anne-baba ile ilişkisine bakıldığında; doyurucu bir ilişki biçimi olmadığı, babanın evden uzak ve iş odaklı olduğu, annenin ise hastanın olası ruhsal zorlukları ve güçlükleriyle ilgili çok farkındalığının olmadığı kızına karşı empatik tutumunun kısıtlı olduğu gözlemlendi. Hastamızın dört kardeş içinde en büyük kardeş olduğu ve ev işlerinden sorumlu ve annenin yardımcısı konumunda bir rol aldığı, zamanından önce olgunlaşmak zorunda kaldığı ve anne-kız ilişkisinden çok bir abla-kardeş ilişki biçiminin gelişmiş olduğu düşünöldü.

Yapılan psikiyatrik görüşmede; hastanın ve anne babanın, hastamızın olası ruhsal zorlukları ve ilişki sorunları ile ilgili konuşmakta zorlandıkları ve sözel olarak ifade becerilerinin kısıtlı olduğu gözlemlendi.

Ruhsal durum değerdendirmesinde fizik görünüm olarak yaşında gösteren, kısıtlı göz ilişkisi kuran, negativist tutumu belirgin ön ergen olarak gözlemlendiğı, soru ve cevap biçiminde kısıtlı olarak sözel ilişki kurduğu, duygudurum ve affektinin ılımlı düzeyde iritabl ve depresif olarak belirlendiğı, bilişsel yetilerinin klinik olarak normal, zeka kapasitesinin klinik olarak sınırda entelektüel işlevsellikle uyumlu olduğu bildirildi. Düşünce içeriğıyle ilgili, ayrıntılı bilgi edinilemedi. Çünkü olası zorlukları, düşünce ve duyguları ile ilgili konuşulmaya çalışıldığında negativist tutum ve mutizmi gözlemlendi. Ayrıca benlik saygısının düşük, hastalığı hakkında içgörüsü-

nün kısıtlı olduğu gözlemlendi. Psikiyatrik görüşmede ve öykü alırken özellikle fiziksel ve cinsel istismar açısından hastamız ve ailesi değerdendirildi, ancak istismar açısından herhangi bir bulguya rastlanmadı. Sinirlilik, ılımlı depresif yakınmalar ve somatizasyon belirtileri nedeniyle, başlanılmış olan sertralin tedavisine 50 mg/gün dozunda devam etmesi ve düzenli çocuk psikiyatrisi izlemi önerildi. Hastanede yatışı sırasında çocuk psikiyatrisi tarafından üç görüşme gerçekleştirildi.

Taşların böbrek taşı ile uyumlu olmadığı raporlanması ve mevcut psikiyatrik sorunları nedeni ile hastada öncelikli olarak Munchausen Sendromu (MS) düşünöldü.

Olgu pediatri servisinde taburcu edildikten sonra, ayaktan psikiyatri polikliniğinde izlem için randevusu düzenlendi. ılımlı depresif yakınmaları ve somatizasyon yakınmaları için kullanması önerilen sertralin 50 mg/gün düzenli olarak kullanılması önerildi. Planlanan psikiyatrik yardımda, hastanın daha olgun ve uygun baş etme becerilerinin geliştirilmesi ve aile bireylerinin iletişim becerilerinin kalkındırılması planlandı.

## TARTIŞMA

Olguda 2 yıl önce, olgu 10 yaşında iken başlayan somatik yakınmalar dikkat çekmektedir. Baş ağrısı, diz ağrısı, dizlerinden aşağıda uyuşma gibi konversiyon bozukluğunu ve ağrı bozukluğunu düşündüren yakınmalar belirtilmektedir. Guillain-Barré ve AAA gibi bozuklukları da düşündüren ancak kesin organik tanının bir türlü konamadığı klinik tablolar gözlenmiştir.

Zamanla günde birkaç kez, ya da ayda birkaç kez gibi düzensiz aralıklarla taş dökme yakınmalarının dile getirilmesi, bu yakınmalarının araştırılması sonucunda da bu taşların organik kökenli olmadığı ve klinik tablo ile uygunsuzluğu nedeniyle yapay bozukluk, Munchausen sendromu, bu olguda düşünölmüştür.

Simülasyon (temaruz) tanısının da ayırıcı tanılar içinde değerdendirilmesi gerekmektedir. Simülasyonda ekonomik kazanç sağlamak, yasal sorumluluktan kaçınmak ya da daha iyi koşullarda yaşamak gibi ikincil kazançlar söz konusudur. Hastamızdaki klinik durum bu tür kazançları içermeyen için simülasyon (temaruz)

tanısı dışlanmıştır. Simülasyonda belirtilerin ortaya çıkışı ile bir dış uyarının ilişkisi vardır (American Psychiatric Association 2000). Ancak YB'de böyle bir ilişki çoğu zaman gösterilemez. Bu olguda da belirtilerin ortaya çıkışı ile dış uyarılar arasında belirgin bir ilişki bulunmamıştır. Yapay bozukluk ve Munchausen Sendromu patogeneğinde psikososyal etmenlerin önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Olgunun ruhsal özelliklerine bakıldığında, akran ilişkilerinde sorunlar gözlenmektedir. Yakın arkadaş ilişkileri tarif edilmemektedir. Yaşadığı güçlükleri uygun ifade edemediği ve ruhsal zorluklarıyla ilişkili uygun baş etme düzeneklerinin yetersiz olduğu bu nedenle sorunları daha çok somatik yoldan, yapay bozukluk düzenekleri üzerinden işlemeye çalıştığı söylenebilir. Yapay bozukluk belirtilerinin bu birincil kazançları yanında; ikincil kazançları da söz konusudur. Hastanede olmak ve tetkiklerin yapılması ile ilişkili bakım ve ilgi alma gereksinimleri büyük oranda doyurulmaktadır.

Yapılan psikiyatrik görüşmelerde, olgunun davranışsal belirtileri gözlemlendiğinde; hastanede olmak, birçok inceleme yapılması ve birçok hastanede dolaştıktan sonra halen tanısının belirlenmemiş olmasıyla ilgili; beklenen anksiyete, gerginlik, sözel ve davranışsal olarak ifade edilmesi beklenen sıkıntı hissini olmadığı görülmüştür. Bu beklenen tepkilerin tam karşıtı olarak, oldukça rahat ve konforlu görüldüğü ifade edilebilir. Bu özellikler yazında tanımlanan YB hastalarıyla uyumlu özellikler olarak dikkat çekicidir (Libow 2000).

Çocuk ve ergenlerde görülen yapay bozukluğun özellikleri ile ilgili yazın incelendiğinde, bu olgu ile ilgili ortak noktalar görülebilir. Yapay bozuklukta hastane başvurusu adeta bir yaşam biçimidir. Davranışlarının sorgulanması ya da hastalıklarının şüpheyle karşılanmasıyla taburculuğu talep etmeleri tipik davranışsal özellikleridir (Pekcanlar ve ark. 2007). Bu hastaların yakın ilişki kurmakta oldukça zorlandıkları belirtilmiştir (Libow 2002).

Bizim olgumuzda da tutarsızlıklar içeren medikal öykü, üretilmiş belirtiler, farklı hastanelere çeşitli klinik başvuruları MS tanısını düşündürmektedir. Çocuk ve ergenlerde görülen YB'de; bedenine zarar vermeden üretilmiş olan belirtiler, bedene zarar verilerek üretilen belirtilerden daha siktir (Ehrlich ve ark. 2008). Bizim olgu-

muzda da taş düşürme yakınması kendi bedenine zarar vermeden üretilmiş olan bir MS belirtisine örnektir.

Anne-baba ile ilişkisine bakıldığında; doyurucu bir ilişki biçimi görülmemektedir. Babanın evden uzak ve iş odaklı olduğu görülmektedir. Annenin ise hastanın olası ruhsal zorlukları ve güçlükleriyle ilgili çok farkındalığının olmadığı kızına karşı empatik tutumunun kısıtlı olduğu gözlenmiştir. Yapılan psikiyatrik görüşmede; hastada ve anne babanın, hastamızın olası ruhsal zorlukları ve ilişki sorunları ile ilgili konuşmakta zorlandıkları ve sözel olarak ifade becerilerinin kısıtlı olduğu gözlenmiştir.

Aile özellikleri açısından yazın incelendiğinde YB'si olan çocuk ve ergen hastalar için bağımlılık gereksinimlerinin doyurulmamış olduğu gözlenir. YB'si olan hastalarda hekim adeta kendilik nesnesi yerine geçmektedir. Bu hastalarda kabul görememe, önem ve değer verilmediği düşüncesi, sevgi açlığı dramatik biçimde yaşanır. Dolayısıyla taklit edilen hastalık yoluyla arzulanan olumlu ebeveyn-çocuk ilişkisinin yeniden oluşturulması amaçlanır (Libow 2002, Wang ve ark. 2005).

Bu olgu sunumunun kısıtlılıklarından biri de, bebeklik ve erken çocukluk dönemine ilişkin gelişimsel özelliklerin bilinmemesidir. Olgunun özgeçmişleriyle ilgili sağlıklı bilgilere ulaşmakta zorluk yaşanmıştır. Olgunun kendisinin de kendi özgeçmişleriyle ilgili hayati bilgileri anımsamakta ve güvenilir bir anamnez verebilmekte zorlanmıştır. Bu nedenle bu olgu sunumunun kısıtlılıkları arasında gelişim öyküsüne yönelik tatmin edici bilgilerin yeterince yer alamamış olması sayılabilir. Bu bilgilerin eksik olması nedeniyle yakınmaların zaman içindeki seyri, özellikle de okul öncesi dönemlere ait gelişimsel özelliklere erişebilmek mümkün olamamıştır. Okul öncesi döneme ait gelişimsel özelliklerin bilinmesi, MS kliniği gözlenen çocuk ve gençlerde, bu hastalığa yatkınlık sağlayan bireysel ve ailesel etmenlerin saptanabilmesini kolaylaştırır.

Anne babanın ve olgunun kendisinin özgeçmiş özelliklerinin anımsanamamış olması; olgunun bebeklik ve erken çocukluk döneminden beri ihmalinin dolaylı bir göstergesi olabilir. Anne tarafından ihmale ve yoksunluğa maruz kalan çocuklar için yapay bozukluk ve somatizasyon

kendini ifade etme biçimine ve talep etme biçimine dönüşmüş olabilir.

Özgeçmiş özelliklerinin anımsanamaması anne, baba ve gencin bilişsel kısıtlılıklarının dolaylı da olsa bir göstergesi olabilir. Kısıtlı bilişsel yapı, yetersiz baş etme becerileriyle birlikte, olgumuzda MS'ye yatkınlık sağlamış olabilir.

Bu olguda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer tanılar Munchausen by Proxy (MBP) (vekaleten hastalık) ve diğer istismar formlarıdır. MBP özel bir çocuk istismarı formudur. Aileler ya da çocuğa bakmakla yükümlü olan kişiler çocukta hastalık yaratmakta ya da uydurmaktadır. İlk olarak Meadow tarafından tanımlanmıştır (Meadow 1977). "Hasta" çocuk doktora götürülmekte ve doktorlar bu senaryoya istemeden katılmaktadırlar. Bu davranışın nedenleri arasında bakımverenin dolaylı da olsa hasta rolünü üstlenmesi, diğer bir nedeni de hastanede yatan birinin olması dolayısıyla bakım vermenin mutluluğunu yaşamaktır (Meadow 2002). MBP'de YB'nin esas sorumlusu bakım verendir. MBP daha çok küçük çocuklar ve bebeklerde gözlenir. Ortalama tanı yaşı 3.5 yaştır (Marcus ve ark. 1995). Bizim olgumuzda tanı yaşının MBP için beklenenin üzerinde olması ve klinik belirtilerden esas sorumlu kişinin belli bir oranda en azından hastamızın kendisinin olması tanıyı MBP'den uzaklaştırmaktadır. Ancak göz önünde bulundurulması gereken bir durum da; çocukluk çağında MS özellikleri gösteren hastaların en azından bir kısmının, erken çocukluk döneminde MBP mağduru olabileceğidir (Libow 2000). Olgumuzda böyle bir durum düşünülmemiş olsa da, bu olasılık MS düşünülen hastalar için mutlaka düşünülmelidir.

Munchausen Sendromunda multidisipliner yaklaşım, özellikle psikiyatrik değerlendirme önemli rol oynamaktadır. Erken tanı, gereksiz tekrarlanan sağlık masraflarını ve kişinin kendine zarar verme riskini azaltmaktadır. Hematüri ve üriner sistem enfeksiyon kliniği, MS'li hastalarda en sık karşılaşılan renal patoloji düşündürülen bulgulardır. Hastamızda olduğu gibi idrara taş ekleme şeklinde olabildiği gibi üretraya taş yerleştiren vakalar da bildirilmiştir (Meadow 1995). Yapay bozuklukların hemen hemen hepsi önce yalancı belirti ve yakınma bildirme ile başlarken, ilerleyen aşamalarda kişi kendisine zarar verebilecek davranışlara girişebilir. YB'nin ilerleyen aşamalara, özellikle de MS gibi tablolara ilerle-

memesi için klinisyenlerin dikkati çok önemlidir (Libow 2000). Erişkin YB'de yapılan bir çalışmada, olguların tamamında YB ile ilişkili kendine zarar verme davranışının ergenlik döneminde başladığı bildirilmektedir (Reich ve Gottfried 1983).

Munchausen Sendromunda tanısında en önemli ve ilk basamak hastalıktan şüphe duymaktır. Klinik ve laboratuvar bulgularında patoloji saptanmayan, şikayeti ile öykü ve muayene bulguları arasında uyumsuzluk olan, sık hastane başvurusuna rağmen tanı konulamamış hastalarda MS tanısı akla gelmeli ve psikiyatrik destek istenmelidir (Huffman ve Stern 2003).

## KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of the Mental Disorders, 4th ed. Text Revision (DSM-IV-TR)* Washington DC: APA.

Asher R (1951) Munchausen's syndrome. *Lancet*. 1: 339-41.

Ehrlich S, Pfeiffer E, Salbach H ve ark. (2008) Factitious disorder in children and adolescents: A retrospective study. *Psychosomatics* 49(5): 392-398.

Eminson M, Postletwaite RJ (2000) Munchausen Syndrome by Proxy abuse: A practical Approach. Boston, Mass: Butterworth-Heinmann .

Freyberger HJ, Schneider W (1994) Diagnosis and classification of factitious disorder with operational diagnostic systems. *Psychother Psychosom* 62: 27-29.

Huffman J, Stern T (2003) The diagnosis and treatment of Munchausen's syndrome. *General Hospital Psychiatry* 25: 358-363.

Kocalevent RD, Fliege H, Rose M ve ark. (2005) Autodestructive syndromes. *Psychother Psychosom* 74: 202-211.

Libow JA (2000) Child and adolescent illness falsification. *Pediatrics* 105(2): 336-342.

Libow JA (2002) Beyond collusion: active illness falsification. *Child Abuse Negl* 26: 525-536.

Marcus A, Ammermann C, Klein M ve ark. (1995) Munchausen syndrome by Proxy and factitious illness: symptomatology, parent-child interaction and psychopathology of the parents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 4 :229-236.

## TÜRKMEN VE ARK.

Meadow R (1977) *Munchausen syndrome by proxy. Hinterland of child abuse. Lancet* 2:343-345.

Meadow R (1995) *Renal manifestations. Munchausen syndrome by Proxy içinde, AV Levin , MS Sheridan (ed) Lexington Press, New York, s: 213-218.*

Meadow R (2002) *Different interpretations of Munchausen syndrome by Proxy. Child Abuse Negl* 26: 501-508.

Pekcanlar A, Soykan Aysev A, Işık Taner Y (2007) *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları.Yapay Bozukluk s: 639-644.*

Reich P, Gottfried LA (1983) *Factitious disorders in a teaching hospital. Ann Intern Med* 99: 240-247.

Robertson MM, Cervilla JA (1997) *Munchausen's syndrome. Br J Hosp Med* 58: 308-312.

Rosenberg D (1987) *Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by Proxy. Child Abuse Negl* 11: 547-563.

Turner J, Reid S (2002) *Munchausen's syndrome. Lancet* 359: 346-49

Wallach J (1994) *Laboratory diagnosis of factitious disorders. Arch Intern Med* 154: 1690-1696.

Wang D, Nadiga DN, Jenson JJ (2005) *Factitious disorders. In: Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 8. baskı içinde, BJ Sadock , VA Sadock (ed) Lippincott Williams and Wilkins, s: 1830-1844.*