

Monosemptomatik Hipokondriazis: Bir Olgu Sunumu[#]

Şükrü UĞUZ*, Hüner AYDIN**, Ebru YURDAGÜL**

ÖZET

Sanrılı bozukluk sebebi bilinmeyen bozukluklar içinde sınıflandırılan ve temel özelliğinin sanrılar olduğu bir bozukluktur. Sanrılı bozukluğa sık rastlanmamakla birlikte önceden düşünüldüğü kadar da az değildir. Somatik tip sanrılı bozukluk monosemptomatik hipokondriyak psikoz olarak da adlandırılmaktadır. Hipokondriyak semptomlarla seyreden diğer bozukluklardan gerçeği değerlendirmedeki azalma ile ayrılır. Aşağıda kendisinde sinir spazmı olduğu şeklinde somatik sanrısı olan, bel ve diş ağrılarını buna bağlayarak bir kez bel fıtığı operasyonu geçiren ve on altı dişini çektiren bir olgu sunulmuştur. Olgu sanrı içeriği ve sonuçları ilginç bulunarak sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Sanrısız bozukluk, kronik ağrı, monosemptomatik hipokondriazis.

KLİNİK PSİKİYATRİ 2003;6:240-243

SUMMARY

Monosymptomatic Hypochondriasis: A Case Report

Delusional disorder is the current classification for a group of disorders of unknown cause, which is primary feature is the delusions. Delusional disorders are uncommon, but probably not as rare as previously thought. Somatic type delusional disorder with hypochondriac delusions has been called monosymptomatic hypochondriacal psychosis. The condition differs from others with hypochondriacal symptoms in degree of reality impairment. We reported here a case who had a surgery for disc hernia and

had sixteen of his teeth pulled out as a result of his somatic of having a nervous spasm. This case is presented because of extraordinary context and its consequences.

Key Words: Delusional disorder, chronic pain, monosymptomatic hypochondriasis.

GİRİŞ

Sanrılı bozukluk, sadece sanrı ya da onunla ilişkili varsanılarının eşlik ettiği genelde süreklilik gösteren bir bozukluktur (Kırpınar 1997, Öztürk 1994). Sanrılar içerikleri açısından oldukça çeşitlidir. Sıklıkla grandiyöz, erotomanik, kıskançlık, somatik veya karışık tipte sanrılara rastlanır (Koroğlu 1994, Öztürk ve Uluğ 1993). Karakteristik olarak başka bir psikopatoloji yoktur ancak zaman zaman depresif semptomlar ve bazı vakalarda sanrı içeriğiyle ilişkili koku ve taktil varsanılar bulunabilir (Oğuz 1997, Rudden ve ark. 1990). Genellikle orta yaşlarda başlar. Sanrı içeriğine uygun davranışlar dışında duygulanım, konuşma ve davranışlar normaldir. Bu bozuklukta sanrılar sistemattiktir. Tedavi edilmezse prognozu iyi değildir (Munro 1988, Kaplan ve Sadock 2000, Winokur 1985). Her iki cinste eşit görülmektedir (Kendler 1982, Opjordsmoen 1989). Ailede psikotik bozukluk öyküsü sık değildir. Genç hastalarda madde kullanımı ya da kafa travması öyküsü siktir (Ünsal 1997, Verimli ve Karadağ 1997).

Somatik tip sanrılı bozukluğun temel içeriği vücut görünümü ya da işlevi ile ilgilidir. Bu tip

* Yrd.Doç.Dr., **Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ADANA

"Monosemptomatik Hipokondriyak Psikoz" olarak adlandırılmaktadır. Sanrı sabit ve tartışmayla değiştirilemez. Hastalar sıklıkla dermatoloji, plastik cerrahi ve enfeksiyon hastalıklarına başvurmakta ve bu nedenle kolayca gözden kaçabilmektedir.

Tedavide kullanılan başlıca ilaçlar antipsikotiklerdir. Ayrıca antidepressanlar, lityum, karbamezepin ya da valproat gibi ilaçlar da kullanılabilirlerdir.

Aşağıda uzun süre bel ağrısı olan ve bu ağrıyı sinir spazmına bağlayan, bu nedenle bir kez bel fitiği operasyonu geçiren, sonraki dönemde diş ağrısı başlayan ve diş ağrısı nedeniyle yaklaşık on altı dişini çektiren bir olgu sunulmuştur.

OLGU

C.Ö, 40 yaşında, yüksek okul çıkışlı, bekar, erkek hasta. 1988 yılında ağır bir yük kaldırdıktan sonra şiddetli bel ağrısı ve sol bacağına güçsüzlük başlamış. Sürekli doktorlara gidiyor, onların söyledikleriyle ikna olmuyor, belinde sinir spazmı olduğunu düşünüyormuş. Defalarca Manyetik Rezonans Görüntüleme ve Bilgisayarlı Tomografi incelemeleri yaptırmış. İncelemeleri sonucunda ağrılarını açıklayacak organik bir neden bulunamamış. Belindeki ağrının sinir spazmına bağlı olduğunu düşünüyormuş. Kendi ısrarı ile özel bir klinikte belinden ameliyat olmuş. Ameliyattan sonra belinde herhangi bir sorun olmadığı söylenmiş. Ancak ağrıları daha da artmış. Ağrılara dayanamadığı için işini bırakmış. Yürürken koltuk değneği kullanmaya başlamış. Ailesinin isteği üzerine psikiyatriste başvurmuş. Haloperidol ve amitriptilin kullanmış. Aldığı ilaçların sinirlerindeki spazmı ortadan kaldırdığını bu nedenle kendisine iyi geldiğini düşünüyormuş. Birkaç ay sonra bel ağrısının geçmesinin ardından çene ve diş ağrısı başlayınca sinirlerindeki spazmın devam ettiğini düşünmeye başlamış. Dişleri ağrıyor, yemek yemede ve konuşmada zorluk çekiyormuş. Diş hekimlerinin yaptığı incelemelerde bir patoloji saptanamamasına rağmen şiddetli ağrıları nedeniyle dişlerini çektirmeye başlamış. Bir dişini çektirdikten bazen bir hafta, bazen bir kaç ay sonra başka bir dişinde ağrı başlıyor ve o dişini çektiriyormuş. Toplam on altı dişini çektirmiş.

Bu süre içinde sürekli olarak ilaçlarını kullanıyormuş. Zaman zaman ilaç dozunu azaltma bazen de tamamen bırakma girişiminde bulunmuş. Ancak dozu azalttıktan sonra ağrıları tekrar başlıyormuş. İlaçları kullanırken aşırı halsizlik ve bitkinlik olduğunu söyleyip öğle saatlerine kadar uyuyor, öğleden sonra

arkadaşlarını ziyaret ediyor, varsa günlük işlerini yapıp hemen dönüyormuş.

Bir kaç ay önce gözlerinde ağrı ve çift görme başlamış. Ancak göz ağrısını açıklayacak bir şey bulunamamış. Göz sinirlerinin de spazmdan etkilenmeye başladığını düşünüyormuş. Bu yakınmalarla Ç.Ü.T.F algoloji polikliniğine başvuran hasta konsültasyonda görülerek iki ay süreyle kliniğimizde gündüz hastası olarak takibe alındı.

Özgeçmiş: 17 yaşında hepatit geçirmiş.

Soygeçmiş: Babasında bel fitiği, prostat hipertrofisi varmış. 1999 yılında anaflaktik reaksiyon nedeniyle ölmüş.

Laboratuvar: Rutin biokimya, tam kan sayımı, tam idrar tahlili, Akciğer grafisi, tiroid fonksiyon testleri ve EEG'si normal sınırlarda idi. Ortopantomografisinde, ağız boşluğu ile sinüsler arasındaki kemik kalınlığında incelleme vardı. Toplam 16 dişi eksikti.

Ruhsal muayene: İlgi ve bakımı yerindeydi, kendinden emin bir tavırdı, göz teması kurmakta güçlük çekmiyor, görüşmelere başlamadan önce ve ayrılırken selamlaşmaya özen gösteriyordu.

Çağrışimleri düzenliydi. Düşünce içeriğinde sanrısı dışında belirgin bir patolojisi yoktu. Belinden başlayan, çene ve sonra da göz sinirlerine yayılan bir spazm olduğunu bunun ağrılara neden olduğunu, kullandığı antipsikotik ilacın bu ağrıları biraz dindirdiğini söylüyordu. Tedavi olup çalışmak istediğini söylüyordu. Son birkaç aydır ümitsizlik duygularına kapıldığını söylüyordu. Duygulanımı anlattıklarıyla uyumluydu. Algı, bellek ve yönelim kusuru yoktu. Dışa vuran davranışlarında belirgin bir patoloji saptanamadı.

TARTIŞMA

Sanrılı bozukluğun tipik başlangıç zamanı orta ve geç yetişkinlik çağlarıdır. Hastalığın başlangıcında tanımlanabilir psikososyal stres etkenleri olabilmektedir. Örneğin yakın zamanda göç, aile içi çatışmalar, sosyal izolasyon gibi. Bu kişilerin premorbid kişiliklerinin dışa dönük, baskın ve duyarlı olduğunu belirtmektedir (Kaplan ve Sadock 2000, Winokur 1985). Olgumuzun hastalık başlangıç yaşı yirmi altıydı. Hastalık ani olarak başlamıştı ancak belirgin bir stres etkeni tanımlanmıyordu. Premorbid kişiliği canlı, kolay arkadaşlık kurabilen, çevresinde sevilen birisi olarak tanımlanıyordu. Askerliğini herhangi bir sorunu olmadan tamamlamıştı. Bir çokuluslu firmada

pazarlama elemanı olarak çalışırken hastalık başladıktan sonra işini kaybetmişti.

Olguda, 14 yıldır devam eden bel, diş, damak gibi çeşitli vücut bölgelerinde yoğun ağrıları vardı. Bu ağrıları "sinir spazmı"na bağlıyordu. Bu nedenle yapılan incelemeler, ameliyatlar ve doktorların açıklamaları ağrıların organik bir kökeni olmadığına ikna edemiyordu. Ağrısının bedensel kökenli olduğunu düşünmesine karşın psikiyatrik ilaç kullanmasını ise ilaçların bilinmeyen bir spazm çözücü etkisinin olmasıyla açıklıyordu. Ön dişler dışındaki tüm dişlerini çekirtmişti. Belirtiler bacak, diş, göz gibi farklı yerlerde ortaya çıkmasına karşın hasta için hepsi sinir spazmını ifade ediyordu.

Gün içinde ağrıları olduğu için sadece gerekli olduğu durumlarda (gazete dergi almak, faturaları yatırmak gibi) evden dışarı çıkıyor, belinin ağrıdığını söyleyerek hemen geri dönüyormuş. Bu kısa süreli çıkışlarda arkadaşlarını ziyarete gidiyor ve onlarla ilişkilerini canlı tutmaya çalışıyormuş.

Son zamanlarda ortaya çıkan ümitsizlik karamsarlık kullandığı ilaçlardan sonra gelişmişti ve ilaç dozları azaltıldığı dönemlerde ya hafifliyor ya da tamamen ortadan kalkıyordu.

Olgunun sanrısı sinir spazmı olarak tanımlandığı ağrılarıydı. Bu ağrılar hastanın yaşamını kısıtlıyordu. Ağrıları nedeniyle evden çıkmakta zorlansa da telefonla arkadaşları ile ilişkisini devam ettiriyordu. Hiçbir zaman kendine olan ilgi ve bakımını kaybetmemişti.

Sanrısız bozukluk klinik olarak şizofrenik bozuklukla sıklıkla karışabilmektedir (Munro 1992, Oğuz 1997, Çetin ve ark. 1999). Olguda sanrılar dışında şizofrenide gördüğümüz diğer belirtiler yoktu. Sosyal geri çekilmesi ağrılarına bağlıydı. Ağrıları olmadığı zaman arkadaşlarını ziyarete gidiyor, evde olduğu sürede telefonla görüşmelerine devam ediyordu. Sanrısı şizofrenide gördüğümüz bizar sanrılardan değildi. Paranoid şizofrenideki gibi sık sık içeriği değişen paranoid tipte bir sanrısı yoktu. Soyutlama yetisinde herhangi bir sorun yoktu. Klinikte sağlık personeli ve diğer hastalarla oldukça iyi ilişkiler kurabiliyordu. Kliniğe gelemediği günler telefonla arayıp durumdan haberdar ediyordu.

Sanrılar birçok tıbbi ve nörolojik duruma eşlik ede-

bilmektedir. En çok bazal gangliyon ve limbik sistem lezyonlarında (kalsifikasyonlar, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, tümörler, serebrovasküler hastalıklar, epilepsi) görülmektedir (Jibiki ve ark. 1994). Yapılan organik incelemelerinde ve nörolojik muayenesinde patoloji yoktu. EEG'si normal olarak değerlendirildi. Hastanın sosyal güvencesi olmadığı için beyin görüntüleme tetkikleri uygulanamadı. Yapılan nörolojik muayene ve incelemelerle organik etioloji dışlandı.

Somatoform bozukluklarda, hastanın hastalığına ilişkin inancı sanrısız nitelikte değildir (Remington ve Jeffries 1994, Fallon ve ark. 1996). Oysa ki olguda hastalığına karşı hiç iç görü yoktu ve sinir spazmı düşüncesi sanrısız boyuttaydı.

Deliryum, demans ve madde kullanım bozukluklarında (alkol, amfetamin, kokain) da sanrılar ortaya çıkabilir; ancak bu durumlardan bilişsel yetiler, bilinç, yönelim, dikkat ve algılamadaki değişikliklerle bulunmaktadır (Weintraub ve Robinson 2000). Olgumuzda öyküden bu tabloyu açıklayabilecek madde ve ilaç kullanımı yoktu. Bilinç, yönelim, dikkat gibi bilişsel alanlarda herhangi bozukluk yoktu.

Uzun süreli klasik antipsikotik kullanımına bağlı depresif semptomları bulunmaktaydı. Ancak bu tablo ilaçlarına bağlı ve doz azaltılmasıyla ortadan kalkıyordu.

Sanrılı bozukluğun somatik alt tipinde yoğun somatik yakınmalar bulunması nedeniyle hastaların çoğu psikiyatri dışı hekimlere başvurmaktadır. Sıklıkla gereksiz incelemeler, yanlış tanı ve tedavi almaktadırlar (Jibiki ve ark. 1994). Olguda da başlangıçta psikiyatri dışı hekimlere başvurmuş ve ilaç tedavisinin yanı sıra cerrahi girişimlere (bir kez bel fitiği ameliyatı ve 16 sağlam diş çekimi) maruz kalmıştır.

Sonuç olarak sanrılı bozukluk somatik alt tip düşünülmeyen zaman çok kolay atlanabilen bir tanıdır. Tanınmadığı durumlarda gereksiz girişimlere, hastaların zarar görmesine, hastalığın kronikleşmesine ve bunlara bağlı olarak yaşam kalitesinin belirgin şekilde bozulmasına yol açmaktadır. Özellikle ilk başvuruların psikiyatri dışı hekimlere olduğu göz önüne alındığında konsültasyon ve liyezonun önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

Cetin M, Ebrinc S, Agargun MY ve ark. (1999) Risperidone for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. J Clin Psychiatry, 60:554.

Fallon BA, Schneier FR, Marshall R ve ark. (1996) The pharmacotherapy of hypochondriasis. Psycharmacol Bull, 32:607-611.

Jibiki I, Kagara Y, Kishizawa S ve ark. (1994) Case study of monosymptomatic of unpleasant body odor with structural frontal abnormality. *Neuropsychobiology*, 30:7-10.

Kaplan H, Sadock BJ (2000) *Comprehensive Textbook of psychiatry*, 7. Baskı, Philadelphia, Lippincott, Williams and Wilkins.

Kendler K S (1982) Demography of paranoid psychosis a review and comparison with schizophrenia and affective illness. *Arch Gen Psychiatry*, 39:890-902.

Kırpınar İ (1997) Sanrısız (paranoid) bozukluk. *Temel Psikiyatri Kitabı*, C Güleç, E Köroğlu (Ed), 1. Baskı, Cilt 1. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.355-359.

Köroğlu E (1994) *Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatrik Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Dördüncü Basım (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, Çeviri.

Munro A (1988) Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Br J Psychiatry*, 153:37-40.

Munro A (1992) Psychiatric disorders characterized by delusions: treatment in relation to specific types. *Psychiatry Ann*, 22:232.

Oğuz A (1997) Paylaşılmış psikotik bozukluk. *Psikiyatri Temel Kitabı*, Güleç C, Köroğlu E (Ed), 1. Baskı, 1. Cilt, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.385-388.

Opjordsmoen S (1989) Delusional disorders. Comparative long-term outcome. *Acta Psychiatr Scand*, 80:603-612.

Öztürk O, Uluğ B (1993) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması: Klinik Tanımlamalar ve Tanı Klavuzları, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre, 1992, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı ve Derneği, 1993.

Öztürk O (2001) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 8. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri Yayınları, s.281-290.

Remington GJ, Jeffries JJ (1994) Erotomanic delusions and electroconvulsive therapy: a case series. *J Clin Psychiatry*, 55:306-308.

Rudden M, Sweeney J, Frances A (1990) Diagnosis and clinical course of erotomanic and other delusional patients. *Am J Psychiatry*, 147:625-628.

Ünsal S (1997) Kısa psikotik bozukluk. *Psikiyatri Temel Kitabı*, C Güleç, E Köroğlu (Ed), 1. Baskı, Cilt 1, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.381-384.

Verimli A, Karadağ F (1997) Şizoaffektif bozukluk. *Psikiyatri Temel Kitabı*, C Güleç, E Köroğlu (Ed), 1. Baskı, Cilt 1, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.361-365.

Weintraub E, Robinson CA (2000) Case of monosymptomatic hypochondriacal psychosis treated with olanzapine. *Ann Psychiatry*, 12:247-249.

Winokur G (1985) Familial psychopathology in delusional disorder. *Compr Psychiatry*, 26:241-248.

40. Ulusal Psikiyatri Kongresi

28 Eylül - 3 Ekim 2004
Hotel Sürmeli Efes - Kuşadası

Kongre Sekreterliği:

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı, Bornova - İZMİR
Tel: 0232 388 10 28 Faks: 0232 388 10 28
e-mail: kongre2004@med.ege.edu.tr

Organizasyon:

Flap Tour
Cinnah Cad. No:42 06690 Çankaya - ANKARA
Tel: 0312 442 07 00 Faks: 0312 440 77 99
e-mail: flaptour@flaptour.com.tr- www.flaptour.com.tr

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ