

Dokuz Yaşında Yapay Bozukluk: Bir Olgu Sunumu

Factitious Disorder at Nine Years Old: A Case Report

İrem Damla Çimen¹, Nursu Çakın Memik², Özlem Yıldız Gündoğdu²

¹Dr., ²Doç.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İzmit

ÖZET

Yapay bozukluk gerçekte olmayan bazı belirti ve bulguların hasta tarafından istemli bir şekilde ortaya çıkarılması veya bu belirti ve bulgular varmış gibi davranılması olarak tanımlanmaktadır. Bu ruhsal bozukluğun altta yatan motivasyonu bilinç dışı olarak hasta rolünün benimsenmesidir. Yapay bozukluk fiziksel ya da ruhsal belirti ve bulguların veya her ikisinin birden taklidi biçiminde olabilmektedir. Yapay bozukluk nadir görülmekle birlikte kişinin hayatında ciddi işlev kaybına, sağlık kaynaklarında önemli harcamalara yol açan bir bozukluktur. Yapay bozukluk kronikleşme eğiliminde olup kötü huylu bir hastalıktır, ayırıcı tanısı ise güçtür. Yapay bozukluğun bilinen kesin bir tedavisi yoktur, fakat hastaların erken dönemde tedaviden daha çok fayda gördükleri bildirilmektedir. Bu yüzden yapay bozukluğun erken tanınması önemlidir. Bu hastalar psikiyatri bölümü dışındaki kliniklere de sık başvurdukları için diğer klinik dallarında çalışan ekipleri de bu bozukluğun varlığı konusunda bilgilendirmek gerekmektedir. Bu olgu sunumunda dokuz yaşında bayılmalar sonrası karın ağrısı ve kan tükürme şikayetleriyle kliniğimize yönlendirilen kız hastanın yapay bozukluk açısından tanı ve tedavi sürecinin son literatür bilgileri ışığında tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Yapay bozukluk, munchausen sendromu, yapay kan tükürme, karın ağrısı.

(*Klinik Psikiyatri 2014;17:90-97*)

SUMMARY

Factitious disorder is described as reveal some symptom and signs voluntary or to act as if there were symptom and signs. This mental disorder's underlying motivation is adoption of the sick role unconsciously. Factitious disorder can be seen as artificial signs and symptoms of physical or mental disorder, or imitation of both. Factitious disorder is a rare disorder but can lead to severe disability in a person's life and significant expenditure of health care resources. Factitious disorders tend to be chronic, malignant disease and this disease's differential diagnosis is difficult. A lot of additional diagnosis may be accompany. There is no definitive treatment of this disease. But it's reported that patients see more benefit from early detection. Thus early recognition of this disorder is important. Also these patients consults non psychiatric clinics frequently. So health care workers who works in other clinical disciplines are required to inform about the presence of this disorder. There is limited data in the literature about factitious disorder in childhood and most of them presents case reports. So it's thought that studies about factitious disorder in childhood are important. In this case report it is aimed to discuss the process of diagnose and treatment of factitious disorder in light of the recent literature with nine years old girl patient referred to our clinic with abdominal pain and spitting blood after passing convulsion complaints.

Key Words: Factitious disorder, munchausen syndrome, factitious hemoptysis, abdominal pain.

GİRİŞ

Yapay bozukluk; hasta rolünü benimseme motivasyonu ile fiziksel veya ruhsal belirti ve bulguların amaçlı olarak ortaya çıkarılması veya bu bulgular varmış gibi davranılmasıyla belirli bir ruhsal bozukluktur (APA 1994). Yapay bozuklukta hastalar bilinçli olarak belirti üretmekte, hastaların ekonomik kazanç sağlama, yasal sorumluluklardan kaçma gibi elde edilebilir amaçları bulunmamaktadır (APA 1994). Altta yatan motivasyon bilinç dışı gereksinimlerden kaynaklanan hasta rolüne girerek tıbbi bakım görme ihtiyacıdır (Elbozan Cumurcu ve ark. 2005). Yapay bozukluk tanısı sınıflandırma sistemine ilk kez DSM-III'te girmiştir (APA 1980). DSM III-TR'de ise bozukluk fizik belirtili, ruhsal belirtili ve başka türlü adlandırılmayan (BTA) yapay bozukluk olarak 3 ayrı grupta ele alınmıştır (APA 1987). DSM-IV-TR'de BTA yapay bozukluğun içerisine "bakım verenin oluşturduğu yapay bozukluk" tanısı eklenmiştir (APA 1994). DSM 5'te yapay bozukluk 'somatik belirtili ve somatik belirtilerle ilişkili bozukluklar' başlığı altına alınmış, ölçütlerde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır (APA 2013).

Yapay bozukluk tıpta tüm branşlarda görülebilen ve genellikle hastalığın başlamasından aylar veya yıllar sonra tanısı konabilen, sıklıkla gözden kaçabilen bir bozukluktur (Asma ve Erdoğan 2009). Yapay bozukluk önemli düzeyde mortalite, morbidite ve gereksiz sağlık harcamalarına neden olmakta ve hekimler bu bozukluğu ayırt etmekte zorlanmaktadır (Yenidünya ve ark. 2008). Bu bozukluğun akla gelmesi ve erken tanınabilmesi, morbiditeyi azaltmakta oldukça önemlidir (Türkmen ve ark. 2010, Pekcanlar ve ark. 2007). Erken tanı konmuş yapay bozukluk olgularının psikiyatrik tedaviden daha çok yarar gördüğü bildirilmektedir, ancak yapay bozukluğun seyri genelde kroniktir (Şahin ve Kaya 2009). Yapay bozukluğu olan hastalar belirti üretmek için yoğun dürtü hissederler ve durumun fark edilmesiyle karşı karşıya kaldıklarında genellikle sağlık hizmeti aldıkları yeri terk ederler (Bass ve Taylor 2013). Bu durum yapay bozukluğun tedavisini güçleştiren etkenlerdendir. Yapay bozukluğa dikkat çekmek amacıyla sunulan bu olguda yapay bozukluğun etyolojisi, tanısı ve takibi literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır. İki aydır kliniğimizde düzenli izlenen hasta ve ailesinden olgu bildirimini için yazılı onam alınmıştır.

OLGU

Bayılma şikayetiyle acil servise başvuran hasta organik bir patolojinin düşünülmemesi üzerine çocuk ruh sağlığı polikliniğine yönlendirilmiştir. Acil servis hekimi tarafından polikliniğimize yönlendirilmiş olan 9 yaşındaki kız hastanın ilk çocuk ruh sağlığı başvurusunun üç buçuk yıl önce olduğu öğrenilmiştir. O dönemde dikkat dağınıklığı, tutturma, çiş kaçırma, bildiği soruları yanlış yapma, unutkanlık, depresif duygu durumu, anne ile ilgili kaygılar, hareketlilik ve karşı gelme şikayetlerinin olduğu ancak tedavi için görüşmelere gelmedikleri saptanmıştır. İlk kez başvurduğunda 5 yaş 6 aylık olan hasta primer enürezis nokturna ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu tanıları ile izleme alınmıştır. Ancak hastanın takibe gelmediği, bir yıl sonra ise çok konuşma, annesi ile ilgili yoğun kaygıların olması şikayetleri ile ikinci kez polikliniğimize başvurdukları saptanmıştır. İkinci başvurularından sonra da tedaviyi sürdürmedikleri ve bir yıl sonra dikkat dağınıklığı, bildiği soruları yanlış yapma, çiş kaçırma şikayetleri ile tekrar çocuk ruh sağlığı polikliniğine başvurdukları gözlenmiştir. 7.5 yaşında iken üçüncü kez polikliniğimize başvurduklarında hastaya dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, primer enürezis nokturna, major depresif bozukluk ve basamaklı davranış bozukluğu tanıları ile imipramin 20 mg/kg/gün tedavisi başlanıp basamaklı olarak 50 mg/kg/gün'e yükseltilmiştir. Yaklaşık bir yıl boyunca ilacı düzensiz kullandığı, bir yılın sonunda ilacı birden kestikleri ve takibe gelmedikleri öğrenilmiştir. Hasta takibi sonlandırdıktan 7 ay sonra bayılma şikayeti nedeniyle bölümümüze yönlendirilmiştir. Hastanın 4. başvurusundan önceki son bir ay içinde öfke nöbetlerinin olduğu, etraftaki eşyaları dağıttığı, annesine saldırdığı, beraber oynadığı arkadaşlarının boğazını sıkıp boğmaya çalıştığı öğrenilmiştir. Yine aynı dönemde okulda konversiyon bozukluğunu düşündürecek nitelikte bayılmalarının olduğu, okulda bayılması nedeniyle annenin işten ayrıldığı, kızının her istediğini yapmaya ve sürekli başında dua okumaya başladığı bildirilmiştir. Bu şikayetlerle hastanın hemen her hafta en az bir kez acil servise başvurduğu ve son çocuk ruh sağlığı başvurusundan 1 ay önce bir eğitim araştırma hastanesinin pediatri servisinde bir hafta yatırıldığı, yatışı sırasında bayılmaları arttığı öğrenilmiştir. Yapılan incelemelerde herhangi

bir organik patolojiye rastlanmadığı, hastaya konversiyon bozukluğu tanısı konulup sertralin 25 mg/gün tedavisinin başlandığı saptanmıştır. Taburcu olduktan birkaç gün sonra aynı şikayetlerle acil servise başvuran hastanın polikliniğimize sevk edildiği, polikliniğimizde hastaya dış merkezde başlanan sertralin 25 mg/gün tedavisinin aynı dozda devam edilip risperidon 0.5 mg/gün tedavisinin eklendiği ve hastanın konversiyon bozukluğu tanısı ile takibe alındığı belirtilmiştir. Hastanın polikliniğimize başvurduktan 2 ay sonra bayılma şikayetinin bittiği bildirilmiştir. Konversif bayımları sona erdikten sonra 10-15 günde bir ağzından az miktarda tükürük ile karışık taze kan gelmeye başladığı anlatılmıştır. Sonra bu durumun sıklaştığı ve hemen her gün, bazen günde 3 kez ağzından kan geldiği söylenmiştir. Kan tükürdüğünde, öğretmeninin annesini aradığı, annesinin telaşlanarak hastaneye götürdüğü ifade edilmiştir. Bu şikayetler ile gittikleri gastroenteroloji doktorunun, midesinde ülser ve gastrit olduğunu fakat bu hastalıkların bu kadar şiddetli ağrı ve kanama yapmayacağını, muayene ve tetkikler sonucunda herhangi bir sorunun olmadığını söylediği belirtilmiştir. Kan tükürmesi düzelsin diye annesinin hastanın her istediğini yapmaya çalıştığı, bilgisayar, telefon gibi istediği şeyleri aldığı öğrenilmiştir. Hastanın öğürüp kan tükürmesinin okulda her derste olmaya başladığı ve öğürünce arkadaşlarının iğrenip yanından kaçtığı bildirilmiştir.

ÖZGEÇMİŞ VE AİLE ÖYKÜSÜ

Annenin birinci, babanın ikinci evliliğinden ortak tek çocuk olan hastanın, annesinin yaşının ileri olmasından dolayı sezeryan ile zamanında, 3300 gr olarak doğduğu öğrenilmiştir. Gelişim basamaklarını zamanında tamamladığı belirtilmiştir. 2 yıl anne sütü alan hastanın, annenin memesine acı biber sürmesi ile anne sütünü bıraktığı, emzik ve biberon kullanmadığı anlatılmıştır. Anne tuvalet eğitimi verirken zorlanıldığını, zaman zaman şiddet uyguladığını belirtmiştir. Hala süren çiş kaçırmalarına annesi kızarak tepki verdiğini aktarmıştır.

Anne 51 yaşında, lise mezunu, ev hanımı. Annenin çocukluğundan bu yana tarlada çalışarak, zaman zaman temizlikçilik ve bulaşıkçılık yaparak evin geçimine yardımcı olduğu öğrenilmiştir. Annenin

annesinin çok sinirli, her şeye kızan, otoriter, inatçı ve mutsuz birisi olduğu, annenin babasının ise sinirli biri olduğu ve evde çok sık kavga ettikleri aktarılmıştır. Anne iki yaşından on yedi yaşına kadar halasının evinde kaldığını, kendi anne ve babasıyla 15 günde veya ayda bir gün görüştüğünü, bu yüzden anne ve babasına kızgın olduğunu bildirmiştir. Onlardan ilgi ve sevgi görmediği, kendisini seilmeyen ve yalnız biri olarak hissettiği belirtilmiştir. Halası ile birlikte yaşadığı dönemde halası tarafından sıkça aşağılandığını ve eleştirildiğini, eniştesinden de birkaç kez şiddet gördüğünü aktarmıştır. Anne on yedi yaşındayken halasının isteği üzerine kendi ailesinin yanına geri verildiğini ve aynı dönemde başka bir akrabanın çocuğunun hala tarafından evlat edinildiğini söylemiştir. Anne bu duruma üzüldüğünü ve intihar girişiminde bulunmayı düşündüğünü, fakat yapamadığını ifade etmiştir. Anne erkek kardeşinin evde daha çok ilgi gördüğünü, aralarında ayrımcılık yapıldığını, bu yüzden kendisi ile erkek kardeşinin sık tartıştığını ifade etmiştir. Yapılan görüşmelerde annenin çocukluğundan beri depresif belirtilerinin ve histriyonik kişilik bozukluğunun olduğu, pek çok farklı psikiyatri polikliniğine düzensiz şekilde gittiği, bir dönem sertralin kullandığı, ilaçtan kısmen fayda gördüğü öğrenilmiştir. 58 yaşında, ilkökul mezunu olan babanın belediyeden temizlik görevlisi olarak emekli olduğu, halen tır şoförlüğü yaptığı öğrenilmiştir. İlk evliliğinden babanın 33 ve 32 yaşında iki oğlunun olduğu ve babanın ilk eşinin vefat ettiği belirtilmiştir. Anne ile görücü usulü ile evlendikleri ancak evliliklerinin başından beri ilişki sorunları yaşadıkları aktarılmıştır. Anne ve babanın 3 yıl evli kaldıktan sonra hasta 2 yaşındayken ayrı yaşamaya başladıkları, ayrı yaşamaya başladıktan 3 yıl sonra ise boşandıkları öğrenilmiştir. Anne boşandıktan 7 yıl sonra 2. kez evlendiğini belirtmiştir. Evlendikten 1 sene sonra 2. eşinden de ayrıldığından ve 2. eşi ile boşanma davalarının halen sürdüğünden söz etmiştir. Annenin 2. eşiyle boşanmaya karar verdikten sonra kızıyla başka bir eve taşındığı ve çeşitli işlerde kısa süreli çalışmaya başladığı öğrenilmiştir.

GÜNDÜZ KLİNİĞİ TEDAVİ İZLEMİ

Hastanın üç buçuk yıldır düzensiz poliklinik takiplerinin olması, kaotik aile yapısının bulunması, annenin aşırı koruyucu kollayıcı tutumundan

çocuğun uzaklaştırılması amacıyla hastanın gündüz kliniğinde takibe alınmasına karar verilmiştir. Hasta yapay bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, major depresif bozukluk, konversiyon bozukluğu, basmakalıp davranış bozukluğu (tırnak yeme), primer enürezis nokturna, borderline kişilik özelliği tanıları ile takibe alınmıştır.

Gündüz kliniğinde tedaviye alındığında hastanın fizik gelişiminin yaşından küçük gösterdiği, öz bakımının kötü olduğu, giyiminin sosyoekonomik düzeyine uygun olduğu ancak yaşından küçük kıyafetler giydiği ve aksesuarlar kullandığı, belirgin teatral davranışlarının olduğu gözlenmiştir. İlk görüşmede sürekli oturduğu yerde öne arkaya sallandığı dikkat çeken hastanın göz teması kurarak konuştuğu, kendiliğinden konuşma başlattığı, iletişime istekli olduğu, algı ve bellek kusurunun olmadığı ancak dikkatinin dağınık olduğu, kısık bir ses tonu ile konuştuğu ve konuşmasının immatür olduğu saptanmıştır. Düşünce içeriğinde "arkadaşının olmadığı, kimsenin kendisini sevmediği, ölmek istediği" ile ilgili temaların hakim olduğu, duygu durumunun depresif, duygulanımının depresif ve hafif düzeyde kaygılı olduğu fark edilmiştir. Uygulanan WISC-R testinde sözel zeka puanı 106, performans zeka puanı 114, toplam zeka puanı 111 olarak değerlendirilmiştir. Çocuklar için depresyon ölçeği, durumluk ve süreklilik kaygı ölçeği puanları yüksek saptanmış olup Coopersmith benlik saygısı ölçeği puanı düşük bulunmuştur. Cümle tamamlama testinde anne ve babasının ayrı olmasına üzüldüğüne dair cümleleri dikkat çekmiştir.

Yapılan beyin MR'ında sol lateral ventrikülde 9 mm çaplı kistik lezyon gözlenmiş ve koroid pleksus kistinden şüphelenilmiş, ancak yakınmalarının nörolojik muayene ile uyumlu olmadığı eklenmiştir. Hastanın kranial BT'sinde herhangi bir patoloji saptanmamıştır. Yapılan laboratuvar incelemelerinde kan, idrar ve gayta tahlilleri normal bulunmuştur. Hasta çocuk gastroenteroloji tarafından değerlendirilmiş ve mide-barsak sistemi kanaması düşünülmemiştir. Kulak burun boğaz bölümü değerlendirmesi sonucu nazofarenks posteriorunda sekresyon gözlenmiş, yapılan endoskopi sonucunda ise kanama odağı gözlenmemiştir.

Gündüz kliniğinde ilk günlerde sürekli eliyle veya

peçete ile ağzını kapattığı, "benim gene ağızımdan kan geliyor" dediği ve bu davranışı özellikle diğer hastaların yanında daha sık yaptığı, dudaklarının derisini yolup kanattığı, sonra da çevreye bakıp peçetenin kanlı tarafını herkese gösterdiği, diğer hastalarla iletişim kurarken sürekli hastalığı ile ilgili sohbet açtığı gözlenmiştir. Gündüz kliniğindeki etkinlikler esnasında bir anda öğürmeye başladığı, ağızdan gelen kan ve tükürük karışımını avuç içine alıp çenesine, yanaklarına, masaya ve kıyafetlerine sürdüğü, çok sık tuvalete gittiği, tuvalette parmağını boğazına sokarak kendisini kusturmaya çalıştığı, tırnağının kenarındaki derileri ısırarak kanattığı ve bu davranışın nedeni sorulduğunda "canım sıkıldığı zaman kendime zarar vermek istiyorum, sürekli bir yerlerim kanasın istiyorum" şeklinde cevap verdiği görülmüştür. Sık sık mide bulantısı ve baş ağrısı gibi bedensel yakınmalarda bulunup doktorundan gizli grup arkadaşlarından ya da öğretmenlerinden ilaç istediği saptanmıştır. Sık sık yalan söylediği, birisine kızınca sıvı sabunu yere boşaltmak gibi davranışlar sergilediği gözlenmiştir. Tedavi sürecinde dış merkezden başlanan sertralin 25 mg/gün, 50 mg/gün'e çıkılmış ve aripiprazol 1 mg/gün başlanıp 2 mg/gün'e yükseltilmiştir. Gündüz kliniğinde şikayetleri ile ilgili yalnızca hekimiyle konuşması, grup arkadaşları ile konuşmaması istenmiştir. Ek olarak hastaya elini ağzının önünde tutmama, tuvalete kısıtlı sayıda gitme ve gittiğinde kısa süre tuvalette kalma kuralları konulmuştur. Kan tükürme davranışı olduğunda 'istersen çöp kovasını alıp sınıfın dışarısında kusabilirsin, kusman bitince sınıfa geri gel' gibi komutlar verilmiştir. Masaya veya yerlere tükürdüğünde temizleme görevi kendisine verilmiştir. Kan tükürmeye veya kanı etraftaki eşyalara sürmeye devam ettiği sürece yapılan etkinliklere ve oynanan oyunlara katılamayacağı belirtilmiştir. Parmaklarında tırnak etrafı derisini kopardığı için mantar enfestasyonu olduğundan dermatolojiye yönlendirilmiş ve verilen ilaçları düzenli kullanması istenmiştir. Tırnak kenarı derisini yemeye devam ettiği sürece mutfak etkinliğine katılamayacağı belirtilmiştir. Konulan kuralara uyduğu sürece ödülleri verilmiş ve destekleyici görüşmeler yapılmıştır. Hastanın sık sık midesinde ülser olduğu ve bu yüzden midesinin kanadığını ifade etmesi üzerine ülserin böyle bir kanamaya yol açmayacağı, ayrıca kanamanın midesinden gelmediği, öğürmekten boğazının tahriş olduğu ve

kanın boğazından geldiği anlatılmıştır. Sosyal bir etkinliğe gitmesi planlanmış ve basketbol kursuna başlamıştır. Hasta gündüz kliniğinde bulunduğu süre içinde iki kez bıçakla kollarına, bacaklarına yüzeysel çizikler atıp boğazına parmağını sokup kendisini kusturup, çıkan kanı bu kesiklerin üstüne sürdüğünü bildirmiştir. Bu nedenle hasta ile öfke ve can sıkıntısıyla başa çıkma yöntemleri üzerinde çalışılmıştır.

Anne ruhsal belirtileri nedeniyle psikiyatrye yönlendirilmiştir. Babası, hastayı hafta sonları daha sık yanına almaya başlamıştır. Görüşmelerde annenin psikiyatrik tedavi alma konusunda direnç gösterdiği gözlenmiştir. Anne ile hastanın ruhsal bozukluğunun kendisinin ruhsal durumu ile bağlantılı olabileceği, depresif belirtileri nedeniyle hasta ile ilgilenememiş olabileceği konusunda yüzleştirme yapılmıştır. Aynı zamanda anne ile hastanın evde oynadıkları gibi oyun oynamaları istenmiş ve oyun ailenin onayı ile kamera kaydına alınmıştır. Oyun sırasında annenin hasta ile empatik bir tutumda olmadığı ve hasta ile etkin bir iletişim kuramadığı gözlenmiş olup bu konuda da anne ile yüzleştirme yapılmış ve iç görü kazandırılmaya çalışılmıştır. Anne ile görüşmelerde çocukluğu, annesi ile ilişkisi ve bağlanma biçimi ele alınmıştır. Annenin kendi annesi ile oluşan güvensiz bağlanmanın etkilerini kızına karşı davranışlarına yansıttığı gözlenmiştir.

Görüşmelerde hastanın anne ve babasına karşı öfkesini kendisine yönelttiği gözlenmiş olup hasta ile boğazına parmağını sokup boğazından kan gelmesine kendisinin neden olduğu konusunda adım adım yüzleştirme yapılmıştır. Hastanın izolasyon savunma mekanizmasını kullandığı, duygularını uygun şekilde ifade edemediği gözlenmiştir. Bu nedenle duygular konusunda konuşup kendi duygularını rahatça ifade etmesi üzerinde çalışılmıştır.

Bu görüşmeler ile birlikte altmış günlük tedavi boyunca hastanın ve annenin tedavi ekibiyle işbirliği içinde olduğu ve zamanla şikayet ve bulgularında belirgin azalma olduğu gözlenmiştir. Hastanın öğürmesinin, mide ağrısının, kan tükürmesinin kalmaması, tırnak yememesi, kurallara uyum sağlamaya ve daha sakin olmaya başlaması, yaşına uygun giyinmeye başlaması hastadaki düzelmelerin başladığını göstermiştir. Hasta tedavi sürecinde göz teması kurmaya, grup içinde kendiliğinden iletişim

başlatmaya, dik ve düzgün oturmaya, sorulara daha uygun yanıtlar vermeye, aldığı uyarılara itiraz etmemeye başlamıştır. Öz bakımı düzelmiş, hareketliliği belirgin düzeyde azalıp dikkati artmıştır.

Tedavi sürecinde hastanın özellikle annesi ile ilişkileri düzelmiş, annenin ruhsal yapısında düzelmeler görülmüş ve annelik ile ilgili becerilerinde artış gözlemlenmiştir. Ayrıca iki aylık yoğun tedavi sonucunda hastanın kuralları, sınırları ve otorite figürleriyle iletişimi öğrenmesi, arkadaş ilişkilerinin düzelmesi, doğru baş etme yöntemlerini uygulamaya başlaması ve iletişim becerilerinin artması nedeniyle hastada belirgin düzelmelerin görüldüğü düşünülmüştür. Gözlenen düzelmeler sonucunda hasta gündüz kliniğinden taburcu edilmiş ve poliklinik takiplerine devam etmesi sağlanmıştır. Gündüz kliniğinden taburcu olduktan sonra da iyilik halinin sürdüğü öğrenilmiştir.

TARTIŞMA

Yapay bozukluk bir dışlama tanısı olup, hekimin bozukluktan şüphe duyma hastalığın tanısını koymak için ilk ve en önemli basamağı oluşturmaktadır (Sadock ve Sadock 2007). Ancak tanı konulurken dikkat edilmesi gereken nokta belirtilerin gerçek bir fiziksel hastalık ya da diğer ruhsal hastalıklardan kaynaklanabilecek olmasıdır (Noyan 2000). Hastanın KBB, göğüs hastalıkları, çocuk ve çocuk nörolojisindeki muayenelerinin normal olması hastalığın ruhsal olduğunu düşündürmüştür.

Hastada ayırıcı tanıları içinde ilk olarak simülasyon tanısı değerlendirilmiştir. Ancak simülasyon bozukluğunda hastanın ekonomik kazanç sağlamak, yasal sorumluluktan kaçınmak ya da daha iyi koşullarda yaşamak gibi belirgin birincil kazançları olmaktadır ve bu kazançların elde edilmesi ile hastanın şikayetleri sona ermektedir. Bahsedilen olgunun ise belirgin birincil kazancının olmaması nedeniyle simülasyon dışlanmıştır (Noyan 2000, Şahin ve Kaya 2009).

Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer bir tanı olan Munchausen by Proxy'de belirtiler aile veya çocuğa bakmakla yükümlü kişiler tarafından oluşturulmakta veya bu belirtiler varmış gibi davranılmaktadır. Bu davranışın nedeninin bakım verenin dolaylı da olsa hasta rolünü üstlenmesi veya hastanede yatan birine bakım vermenin mutluluğunu

yaşamaları olduğu düşünülmektedir (Meadow 2002). Ayrıca Munchausen by Proxy' nin daha çok küçük çocuklar ve bebeklerde gözlemlendiği ve ortalama görülme yaşının 3.5 yaş olduğu bildirilmiştir (Türkmen ve ark. 2010). Olguda belirtilerin hasta tarafından üretildiğinin gözlenmesi ve bakım verenenden ayrı kalmasına rağmen belirtilerin devam etmesi, ayrıca hastanın 9 yaşında olması Munchausen by Proxy' i dışlamaya yol açmıştır.

İzlem sürecinde hastanın belirtilerini kendisinin oluşturması, hasta rolü oynaması, hasta olmak ve hastanede olmanın ona iyi gelmesi, yapılan inceleme ve tetkiklerden memnuniyet duyması ise somatoform bozuklukları dışlamaya neden olmuştur (Wang ve ark. 2005).

Yapay bozukluğun ayırıcı tanısında zorluk çekilen tanılardan birisi de borderline kişilik bozukluğudur. Borderline kişilik bozukluğundaki ilişkilerde tutarsızlık, insan ilişkilerini sürdürmekte güçlük, sık yalan söyleme gibi belirtiler yapay bozuklukta da gözlenebilmektedir. Ancak sık hastane başvurusunda bulunma ve çoklu invaziv girişimlere izin vermenin borderline kişilik bozukluğunda ön planda olmadığı bilinmektedir (Pino ve ark. 2004). Literatürde borderline kişilik özelliği bulunan bireylerin, erken dönemde bakım verenlerle ilişkilerinin bozuk olduğu, bunun sonucunda, kişiler arası ilişkilerde aşırı ve gerçek dışı beklentilerin olduğu belirtilmiştir (Türkçapar ve Işık 2000). Hastada hem borderline kişilik özellikleri hem de yapay bozukluk etyolojisinde rol oynayan erken dönemde bakım veren ile ilişki bozukluğu bulunmaktadır. Ruhsal hastalığı bulunan bireyler içinde kendini yaralama davranışı en sık borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda görülmektedir (Feldman 1988). Borderline kişilik bozukluğunda karakteristik olarak; terk edilmekten kaçınmak için sürekli bir çaba gösterme, tutarsız kişiler arası ilişkiler, benlik algısında tutarsızlık, intihar ile ilgili yineleyen davranışlar, belirgin dürtüsellik, duygulanımda dalgalanma, sürekli bir boşluk hissi, yoğun öfke, paranoid düşünce içeriği, bazen de ağır disosiyatif belirtiler ortaya çıkabilir (Siever ve Davis 1991, Skodol ve ark. 2002). İzlem sürecinde hastada uygunsuz ve kontrolsüz bir öfke gözlenmiştir. Gündüz kliniğindeki tedavi ekibine karşı bazen çok yakın ve olumlu yorumları olurken bazen olumsuz tavırlar takınabildiği, tedavi ekibi ve arkadaşlarıyla

ilişkilerinde tutarsızlığın olduğu, hastanın annesi ve üvey babasından eleştiri ve kötü davranışlara maruz kaldığı dönemlerde disosiyatif belirtilerinin çıktığı gözlemlendi. Bu belirtiler nedeniyle hastada borderline kişilik özellikleri olduğu düşünülmüştür.

Yapay bozukluklu hastaların gelişimsel öykülerinde ebeveyn tarafından ihmal, kötüye kullanım ve terk edilme öyküsü siktir. En az bir ebeveynin insanlarla yakın ilişki kurmayı beceremeyen ve reddedici bir davranış sergilediği, bazen çocukluk döneminde ebeveynlerden birinin veya her ikisinin birden duygusal ya da fiziksel olarak eksik olduğu belirtilmektedir. Bu gibi travmatik erken yaşantılar sonucu hastaların yeterince doyurulmamış bağımlılık gereksinimi, kendilik değeri ve onaylanma duygusu için hasta rolünü benimsedikleri ileri sürülmüştür (Noyan 2000, Erol ve ark. 2004). Hastanın annesinin çocukluk öyküsünde kendi anne-babasının yanında büyümemesi, anne ve babasından sevgi ve ilgi görmemesi, yanında büyüdüğü ve fiziksel bakımını yapan hala tarafından da duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması nedeniyle annenin sağlıklı-güvenli bir bağlanma gerçekleştiremediği söylenebilir.

Anne ile hastanın ilişkisine bakıldığında ise annenin emzirmeyi acı biber sürerek bıraktırması, tuvalet eğitiminde yoğun inatlaşma ve şiddetin yer alması, annenin kendi çocukluğundan beri depresif belirtilerinin olması anne çocuk arasındaki güvenli bağlanma ilişkisini olumsuz etkilemiştir. Annenin kendi annesiyle olan güvensiz bağlanması gibi hastayla annesi arasında da güvensiz bir bağlanma olduğu düşünülmüştür.

Hasta üç yaşındayken anne ve babasının ayrılması, babasıyla beş yaşına kadar hiç görüşmemesi, beş yaşından itibaren de 4-5 ayda bir gün görüşmeye başlamaları, görüştükleri zaman birlikte nitelikli vakit geçirmemeleri, babasının ilgilenmemesi ve sevgi göstermemesi, hastanın babasının ölmesini istediğini söylemesi hastanın babası ile ilgili reddedilmişlik hissettiğini düşündürmüştür. Ayrıca hasta 3 yaşındayken anne ve babasının ayrılması sonucu annenin depresif bir dönem tariflemesi, hastanın baba ile hiç görüşmemesi bu dönemde beklenen uygun özdeşimlerin kurulamamış olabileceğini düşündürmüştür.

Yapay bozukluğu olan hastalarda gözlenen anne, baba ilişkisinin doyurucu olmaması, bağımlık

gereksinimlerinin karşılanmamış olması da hastada açıkça görülmektedir (Noyan 2000).

Anne ve babasıyla ortak paylaşımları kısıtlı olan hastanın konversif yakınmalarının başlamasıyla annenin eskisi kadar hastaya kızmadığı, daha çok ilgilenmeye başladığı, okula annenin götürüp getirdiği, derslere hastayla birlikte girdiği, annenin hastaya yemeğini yedirip, tuvalet temizliği ve banyosunu yapmaya başladığı öğrenilmiştir. Bu davranışlarla bebekliğinde ve çocukluğunda yaşayamadığı tutarlı ve sürekliliği olan anneyi sağlamaya çalıştığı, bu durumdan hem birincil hem de ikincil kazançlarının olduğu düşünülmüştür. Ancak konversif belirtilerin bitmesiyle annenin bu davranışlarının bittiği ve ilişkilerinin eski haline döndüğü öğrenilmiştir. Konversif belirtilerin ikincil kazançların oluşumunda yetersiz kalmasının, yapay bozukluk belirtilerinin ortaya çıkmasını kolaylaştırmış olabileceğini düşündürmüştür.

Davranışçı açıklamalar ise yapay bozukluğun sosyal öğrenme, pozitif ve negatif pekiştirmenin sonucu oluştuğunu öne sürmektedir. Hastalık rolü hastaya dikkat, sempati, destek ve şefkat sağlamakta, bu kazançlar da pozitif pekiştireç olmaktadır. Görev ve sorumluluklardan kurtulmak ise hastalık rolü üzerinde negatif pekiştireç olarak işlev görmektedir (Şahin ve Kaya 2010). Sunulan olgunun kan tükürmelerinin başlamasıyla öğretmenin hastayı okula getirmemelerini söylemesi üzerine hastanın okula gitmediği, annesiyle daha fazla vakit geçirdiği, hastaya hiçbir sorumluluk verilmemeye başladığı, babası ile daha sık görüşmeye başladığı öğrenilmiştir. Hayatında meydana gelen bu değişikliklerin yapay bozukluk belirtileri üzerinde pozitif ve negatif pekiştireç görevi gördüğü düşünülmüştür.

Yapay bozukluk etyolojisinde psikososyal etmenlerin önemli bir rol oynadığı ve hastaların sıklıkla akran ilişkilerinde sorunlarının olduğu gözlenmek-

tedir (Türkmen ve ark. 2010). Hastanın arkadaşlık kurmak ve sürdürmekte zorlandığı ve yakın arkadaş ilişkilerinin bulunmadığı öğrenilmiştir. Yaşadığı zorlukları uygun şekilde ifade edemediği, uygun baş etme yöntemlerinin olmadığı saptanmıştır. Ek olarak hastanın somatik belirtiler göstermesi ve bu belirtilerle gereksinimlerini doyurması yapay bozukluk tanısını desteklemiştir. Hastanın sürekli diğer bölümlere muayeneye gitmek istemesi, sık sık bunu hatırlatması, sık acil ve farklı hastane başvurularının olması hasta rolünü benimseme motivasyonunun yüksek olduğunu düşündürmüştür.

Bu olgu sunumunda poliklinikte 3 yıldır izlenen, çok sayıda tetkik ve medikal girişim uygulanan, çoklu hastane başvuruları olan 9 yaşında bir yapay bozukluk hastası sunulmuştur. Gündüz kliniğinde uygulanan yoğun tedaviden gördüğü yararın annesinin annelik ve babalık davranışının ele alınması, anne ve babanın ruhsal yardım almaları, bunun yanında hastanın kendisi ile çalışılması, güçlü yanlarının pekiştirilmesi, zayıf yönlerinin güçlendirilmesi, psikotropik müdahalelerin uygulanması gibi çok yönlü tedaviden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Yapay bozukluğun ayırıcı tanısı zor olmakla birlikte hastalığın kesin bir tedavisi bulunmamaktadır. Hastanın gereksiz işlemlere maruz kalmasının önlenmesi, erken yaşta tedavinin başlamasının daha olumlu sonuçlar vermesi, bu konuda çocuk ve ergenlerde az sayıda çalışma olması nedeniyle olgunun sunulması önemli görülmüştür. Bu nedenle takip ve tedavi süreci ayrıntılı bir biçimde ele alınıp tartışılmıştır.

Yazışma adresi: Dr.İrem Damla Çimen, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Kocaeli, damlamanga@gmail.com

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1987) Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı (DSM III-TR), Washington DC, çeviren Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM IV-TR), Washington DC, çeviren Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Beşinci Baskı, Washington DC.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM IV), Washington DC, Çeviren Koroğlu E, Hekim Yayın Birliği, Ankara.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1980) Psikiyatride Hastalıkların

- Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Üçüncü Baskı (DSM III), Washington DC, çeviren Koroğlu E, Hekim Yayın Birliği, Ankara.
- Asma S, Erdoğan AF (2009) Kanama ile başvuran Münchausen Sendromu olgusu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8: 365-367.
- Bass C, Taylor M (2013) Complex case recovery from chronic factitious disorder (Munchausen's syndrome): a personal account. Personality and Mental Health, 7: 80-83.
- Elbozan Cumurcu B, Karlıdağ R, Özcan A (2005) Yapay bozukluk: Bir olgu sunumu. Erciyes Tıp Dergisi, 27: 84-87.
- Erol A, Bayram S, Mete L (2004) Çok sayıda ruhsal bozukluğu taklit eden bir yapay bozukluk olgusu. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 5: 249-253.
- Feldman MD (1988) The challenge of self-mutation: A review. Compr Psychiatry, 29:252-69.
- Libow JA (2000) Child and adolescent illness falsification. Pediatrics, 105: 336-342.
- Meadow R (2002) Different interpretations of Münchausen syndrome by Proxy. Child Abuse Negl, 26:501-508.
- Noyan A (2000) Yapay Bozukluklar. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1: 162-173.
- Peebles R, Sabella C, Franco K ve ark. (2005) Factitious Disorder and Malingering in Adolescent Girls: Case Series and Literature Review, Clinical Pediatrics, 44: 237-243.
- Pino A, Benavent P, Sierra P ve ark. (2004), Early onset Münchausen's syndrome, Actas Esp Psiquiatr, 32:181-183.
- Rogers M, Fairley M, Santhanam R (2001) Artefactual skin disease in children and adolescents. Aust J Dermatol, 42:264-270.
- Sadock BJ, Sadock VA (Editors) (2007) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume: II; Eighth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Çeviri editörü: Hamdullah Aydın . 1829-1843, Güneş Kitabevi. İstanbul.
- Saez-de-Ocariz M, Orozco-Covarrubias L, Mora-Magana I ve ark. (2004) Dermatitis artefacta in pediatric patients: Experience at the national institute of pediatrics. Pediatric Dermatology, 21: 205-211.
- Siever LJ, Davis KL (1991) A psychobiological perspective on the personality disorders. Am J Psychiatry, 148:1647-1658.
- Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ ve ark. (2002) The borderline diagnosis II: biology, genetics and clinical course, Biol Psychiatry, 51:951-963.
- Şahin S, Kaya B (2009) Kronik ağrı yakınması olan ve osteomyelit belirtileriyle kendini gösteren bir yapay bozukluk olgusu. Klinik Psikiyatri, 12: 147-152.
- Türkçapar H, Işık B (2000) Borderline Kişilik Bozukluğu. Psikiyatri Dünyası, 4:44-49.
- Türkmen M, Baykara B, Çağan Y ve ark. (2010) Ürolitiazis tanısı ile başvuran bir olguda Münchausen Sendromu. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 17: 33-38.
- Wang D, Nadiga DN, Jenson JJ (2005) Factitious Disorders. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, s.1830-1844.
- Yaluğ İ, Özten E, Tufan E (2007) Konversiyon bozukluğu ile ilgili literatürün bir olgu nedeni ile gözden geçirilmesi. Türkiye Klinikleri Dergisi, 27: 458-462.
- Yenidünya M, Yenidünya S, Bayrak R ve ark. (2008) Münchausen sendromu tanısında patolojik değerlendirmenin önemi. Yeni Tıp Dergisi, 25: 93-96.