

Kronik Ağrı Yakınması Olan ve Osteomyelit Belirtileriyle Kendini Gösteren Bir Yapay Bozukluk Olgusu

Selda Şahin¹, Burhanettin Kaya²

¹Uz.Dr., ²Prof.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Yapay Bozukluk (YB) fizik ya da psikolojik belirti ya da bulguların amaçlı olarak ortaya çıkarılması, bu davranışın altında yatan motivasyonun hasta rolünün benimsenmesi ve böyle davranmayı gerektiren dış etken olmaması olarak tanımlanmaktadır. YB sahip olan hasta birçok hastaneye akut ve genellikle kurgusal hastalıkları taklit ederek başvurur. Tanı ve tedavi amaçlı birçok tehlikeli işlem uygulanır. YB'un gizli doğası geleneksel epidemiyolojik çalışmaları engellediğinden, bozukluğun sıklığı ve yaygınlığı bilinmemektedir. Bu nedenle vaka serileri çok değerlidir. Bu yazıda tıbbi açıklama getirilemeyen ve olağan tedavilere yanıt vermeyen ağrı yakınmaları ile kendini gösteren, osteomyelit şüphesiyle birçok tıbbi ve cerrahi girişime maruz kalan bir olgu var olan kaynaklar çerçevesinde tartışılmıştır. Olgumuzun tıbbi yardım almaya istekli olması, hastalık belirtilerini sürekli biçimde anlatma eğilimi, birçok istemli tıbbi ve cerrahi girişim öyküsünün bulunması, bu konudaki isteklerinin devam etmesi DSM-IV-TR ölçütlerine göre 'fiziksel belirtilerle giden YB' tanısını düşündürmüştür. Hekimin hedefi bu psikiyatrik durumu erken tanımak olmalıdır. Doğru tanı ve uygun bakım için YB'dan şüphelenilmesi önemlidir. Olgularda erken dönemde tanı koyup tedaviye başlama zarar görme riskini azaltmaktadır. Ancak YB'un gözden kaçması ya da geç tanı konması pahalı ve tehlikeli kronik bir hastalığa dönüşmesine neden olur. Kaynaklarda yapay bozukluğun tedavisi ile ilgili kesin bir yaklaşım olmadığı, klinik gidişinin kötü olduğu belirtilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Yapay bozukluk, ağrı, ödem, osteomyelit.

(*Klinik Psikiyatri 2009;12:147-152*)

SUMMARY

A Case Report of Factitious Disorder with Osteomyelitis Symptomatology and Chronic Pain

Factitious Disorder (FD) is characterized by physical or psychological symptoms that are intentionally produced or feigned in order to assume the sick role. External incentives for the behaviour are absent. The patients with this syndrome may visit several hospitals feigning acute, usually spectacular illnesses. They may undergo multiple dangerous operations for diagnostic and therapeutic reasons. Because FD's secretive nature thwarts traditional epidemiological research, the incidence and prevalence of FD with predominantly physical symptoms are unknown and case series are an invaluable data source for it. In the presenting case presence of the following factors raised the possibility that the patient has factitious disorder with physical symptoms according to DSM IV-TR criteria: no change or fluctuation of the course of the "illness" despite treatment, to be disposed to get medical help, prone to explain the symptoms, long medical record with multiple admissions at various hospitals, willing to undergo painful or risky tests and operations. The goal of the physician is early recognition of the psychiatric condition. A high index of suspicion is needed for correct diagnosis and care. Early detection and treatment of the cases is essential to prevent the risk of harm. However, when FD is missed or untreated, it can become a chronic syndrome that is expensive and potentially dangerous. In literature, no clearly effective treatments are present and it is emphasized that the prognosis is bad.

Key Words: Factitious disorder, pain, edema, osteomyelitis.

GİRİŞ

Yapay Bozukluk (YB) fizik ya da psikolojik belirti ya da bulguların amaçlı olarak ortaya çıkarılması, bu davranışın altında yatan itkinin (motivasyon) hasta rolünün benimsenmesi ve böyle davranmayı gerektiren dış etken olmaması olarak tanımlanmaktadır (Folks ve ark. 2000). Yapay bozukluğu olan hastalar bilinçli olarak hastalığı doğurmakta ya da oynamakta, taklit etmekle birlikte, altta yatan itkinin farkında değildirler. Bu davranışın temel amacının hasta rolüne girerek tıbbi bakım görmek olduğu belirtilmektedir (Rothchild 1994).

DSM-IV TR Yapay Bozukluk Tanı Ölçütleri de fizik ya da psikolojik belirti ya da bulguların amaçlı olarak ortaya çıkarılması ya da bu tür belirti ya da bulgular varmış gibi davranılması, bu davranışın altında yatan itkinin hasta rolünü benimseme, bunun yanında böyle davranmayı gerektiren dış etken (temaruzda olduğu gibi ekonomik kazanç sağlama, yasal sorumluluktan kaçma ya da daha iyi koşullarda yaşama arzusu gibi) olmamasına vurgu yapmaktadır (APA 1994). Özellikle fiziksel belirtilerle giden yapay bozukluklarının sıklık ve yaygınlıkları bilinmemektedir. Çünkü doğası gereği geleneksel epidemiyolojik çalışmalar olanaklı olmamaktadır. Bu nedenle olgu serileri yapay bozukluğu anlamak için çok değerli bilgi kaynaklarıdır. Sutherland ve Rodinin 1288 psikiyatri konsültasyonunu değerlendirdikleri araştırmada yapay bozukluğun sıklığı %0.8 olarak bulunmuştur (Krahn ve ark. 2003). Bu yazıda üç yıldır süren ve yapılan tüm incelemelere karşın herhangi bir organik bir neden saptanamayan kol ağrısı ve kolda ödem nedeniyle tıbbi ve cerrahi girişimlere maruz kalan bir olgu tartışılacaktır.

OLGU

32 yaşında, ilkokul mezunu ve işsiz erkek hasta; üç yıldır süren sağ kolda ödem ve ağrı nedeniyle Gazi Üniversitesi Hastanesi'ne başvurmuş. Ortopedi ve algoloji bölümlerince yapılan incelemelerde herhangi organik bir neden bulunmaması ve tedaviden yanıt alınmaması üzerine psikiyatri bölümüne yönlendirilen hasta tanınasal değerlendirme amacıyla yatırıldı.

Hastanın şikayeti 2006 yılında başlamış. Sağ kolun-

da birden bire oluşan kanamalı bir lezyon sonrasında kolunda ödem ve ağrı oluşmuş. Dış merkezde dermatoloji, ortopedi, anestezi ve fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) bölümleri tarafından takip edilmiş ve çeşitli tedaviler uygulanmış. Hastanın ağrı ve ödem şikayetlerinin sürmesi üzerine Gazi Üniversitesi Algoloji Polikliniği'ne başvurmuş. Osteomyelit ön tanısıyla hasta ortopedi bölümüne yönlendirilmiş. Hastanın ağrılarının olması nedeniyle algoloji, enfeksiyon hastalıkları ve FTR bölümlerince takibi sürdürülmüş. 1 yıl arayla biyopsi amacıyla yapılan operasyonlar sonucu hastanın kültürlerinde üreme olmaması ve osteomyelit lehine patoloji bulunmaması ve uygulanan tedavilere rağmen şikayetlerinin sürmesi üzerine hasta kliniğimize yönlendirilmiş.

Köyde yaşamını sürdüren, düşük gelirli bir ailenin hayatta kalan ilk çocuğu olan hastamız 15 yaşında annesini böbrek rahatsızlığı nedeniyle kaybetmiş. Babası annesinin ölümünden üç ay sonra bir başkasıyla evlenmiş. Bu evlilik sonrasında babasının hastamızı kız kardeşiyle birlikte evlatlıktan reddettiğini belirtiyor. Anne ve babası sürekli tartışmış. Babasının annesine, hastamıza ve kız kardeşine sürekli olarak şiddet uyguladığını ifade ediyor. Bu nedenle babasının hep kötü bir insan olduğunu düşünürmüş. İlkokul mezunu olan Bay R, ailesi izin vermediği için öğrenimine ilkokuldan sonra devam edemediğini, buna çok üzülmediğini belirtiyor.

1996 yılında askere gitmiş, maaş alabileceği için komando olmak istemiş. Bu dönemde iklim değişikliğine bağlı baş dönmesi, ateş yükselmesi olması nedeniyle bir ay revirde kalmış. Bir kez de bulantı-kusmaya bağlı iki gün süreyle hastane yatışı olmuş. Normal sürede askerliğini tamamlayan hasta memleketine döndüğünde amcasıyla yaşadığını ve zamanını daha çok tarlada çalışarak geçirdiğini, fakat bulantı ve kusma şikayetleri nedeniyle çalışmayı sürdüremediğini belirtiyor. Mide ülseri nedeniyle birçok batın operasyonu geçirdiğini belirten hasta önerilen bir ameliyatın riskli olduğu gerekçesiyle Ankara'daki bir devlet hastanesine sevk edilmiş. Dahiliye ve genel cerrahi bölümlerinde çeşitli tetkikler yapılmış. Tedaviler sırasında bulantı-kusma şikayetleri gerilemiş, ancak hastanın kolunda ödem ve ağrı şikayetleri gelişmiş.

Hastaya bu amaca yönelik tetkik ve tedaviler uygulanmış. Bu süre içinde valiliğe ait bir misafirhanede ve şefkat evlerinde kalmış. Bu evlerde kalabilmenin koşulu yatarak ya da ayaktan tedavi alma, şehir dışında yaşama ve yeşil kart sahibi birey olmakmış. Ayrıca hastaya ortopedi bölümü tarafından verilmiş %41'lik işgücü kaybı raporu mevcutmuş ve emekli sandığı tarafından kendisine aylık bağlanmış. Ek olarak şimdiki hastalığı nedeniyle valilik, bir özel kuruluş ve bazı şahıslardan da maddi yardım aldığını belirtti.

Hastanın ilk ruhsal durum muayenesinde bilinç açık, yönelim tamdı. Düşünce yapısı ikincil ve içeriğinde somatik uğraşlar mevcuttu. Algı bozukluğu saptanmadı. Duygu durumu ötimik ve duygulanımında güzel aldırılmazlık belirgindi. Hastaya Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI), Beier Cümle Tamamlama (BCT), Roschach, Bender-Gestalt testi, Benton testi ve WAIS-R uygulandı. MMPI bulguları birlikte değerlendirildiğinde, hastada pasif-bağımlı kişilik zemininde depresyon ve anksiyetenin de yer aldığı somatizasyon bozukluğu olabileceği; BCT, Roschach bulgularına göre, hastanın immatür, katı bir yapıda olabileceği, kişilerarası ilişkilerde sorunlarının olabileceği; Bender-Gestalt testi, Benton testi ve WAIS-R test bulguları birlikte değerlendirildiğinde hastanın tüm zeka bölüm puanı 63 olup, hafif mental retardasyonu olabileceği belirtildi. Ancak hastanın eğitim seviyesinin düşük olması ve dominant kolunu kullanamaması yapılan nöropsikolojik testlerin sonuçlarının olumsuz yönde etkilediği düşünülmüştür.

Hastanın yapılan ilk fizik muayenesinde yaşamsal bulguları normaldi. Batın muayenesi sırasında çoklu batın operasyonuna bağlı oluşan ikincil izgara karın görüntüsü dikkat çekiyordu. Sağ kolu askıda olan hastanın dirsek ve omuz hareketlerinin kısıtlı olduğu gözlemlendi. Rutin kan tetkiklerinde, EKG ve akciğer grafisinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Psikiyatriye başvurduğunda omeprazol, morfin sülfat, lüzumu halinde parasetamol, ampisilin-sulbaktam, tramadol ve tenoksikam kullanmakta olan hasta tanı ve tedavi amacıyla servisimize yatırıldı. Bu dönemde yapılan sağ kol MR incelemesi ve yapılan konsültasyonlar sonucunda bu durumu açıklayan herhangi bir patoloji bulunmadığı belirtildi. Ortopedi konsültasyonu

sonucunda ise hastamızın herhangi kol askısı kullanmasının gerekmediği ifade edildi Ancak hastamız ısrarla kol askısını kullanması gerektiğini ve bunu kullanmak istediğini belirtiyordu. Enfeksiyon hastalıkları, Algoloji ve Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon bölümlerine danışılan hastanın ilgili birimler tarafından antibiyotik tedavisinin sonlandırılması ve analjeziklerinin aşamalı olarak kesilmesi önerildi. Hastaya uygulanan kol egzersizleri ve farady uygulaması sırasında istemli direncinin olduğu gözlemlendi. Yakınmalarında değişiklik olmayan hastanın izinli olduğu dönemde ağrı nedeniyle başvurduğu bir özel sağlık kurumunda lokal anestezi uygulandığı öğrenildi. Yeterli tedavi işbirliği yapmaması nedeniyle poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Hasta taburculuğundan bir yıl sonra ziyaret amacıyla polikliniğe geldi. Dış merkezde kordotomi uygulandığı ve sonrasında kolundaki ağrının ve ödemin düzeldiğini belirtti. Yapılan fizik muayenesinde herhangi bir bozukluk saptanmadı. Sırtta C5-C7 seviyesinde ameliyata bağlı skar mevcuttu. Hastanın bu dönemde doktoru tarafından bulunan bir işte çalıştığı ve ekonomik sorun yaşamadığı öğrenildi. Üç ay sonra yeniden polikliniğe başvuran ve maaş ödenmediği için zor durumda olduğu belirten hastanın yakınmalarının yinelediği öğrenildi. Bu tarihten yaklaşık iki ay sonra kontrol görüşmesine gelen hastanın bir başka hastanede epilepsi nedeniyle takip edildiği öğrenildi. Hastamız uygulanan tedaviye rağmen ilacın istenilen kan düzeyine ulaşamamasından yakınmaktaydı. Nöroloji polikliniğine yönlendirildi ve hekime yapay bozukluk nedeniyle psikiyatri tarafından takip edildiği bilgisi iletildi. Polikliniğimize yaptığı son ziyaretinde ise sağ bacağına da ödem olduğu gözlemlendi. Düzenli olarak psikoterapiye gelmesi önerilen hastamız kendisine yapılan tetkikler nedeniyle bu tedavileri gelemeyeceğini belirtti.

TARTIŞMA

Üst ekstremitte yapay bozuklukları çeşitli biçimlerde olabileceği ve birçok sınıflandırma sisteminin mevcut olduğu belirtilmektedir (Al-qattan 2001). Bu olguda kolda oluşan lezyon, ve buna ikincil olarak ortaya çıkan yakınmalar ile tanı, inceleme, yatarak ve ayaktan tedavi süreci ve poliklinik takip-

lerinde gelişen ek yakınmalar özetlenmiştir. Hastanın öyküsünde tıbbi açıklamalarla uyuşmayan, olağan tedavi yaklaşımlarına ve kullanılan ilaçlara yanıt vermeyen belirtiler olması, yeni ve beklenmedik yakınmaların ortaya çıkması, hastanın ayrıntılı incelemeler yaptırma, muayene edilme ya da yakınmalarını anlatmaya hevesli olması, sürekli bir tıbbi yardım alma talebi içinde bulunması, başka bilgi kaynaklarında bilgi toplanmasına direnç göstermesi, bunun yanında birçok cerrahi girişim öyküsünün olması DSM-IV kriterlerine göre 'fiziksel belirtilerle giden Yapay Bozukluk (YB) tanısını düşündürmüştür.

Yapay bozukluk bir dışlama tanısıdır. Şüphe duyma yapay bozukluk tanısı yolunda ilk ve en önemli basamağı oluşturur (Sadock 2007). Tanı için hangi kanıtların yeterli olduğunu belirtmek oldukça güçtür. Ayırıcı tanı konarken bu hastalarda gerçek fizik ve/veya psikolojik hastalıkların olabileceği de akılda tutulmalıdır. Bazı olgularda, gerçek organik hastalığa eklenmiş yapay davranış ile doğrudan yapay davranıştan ileri gelen organik hastalığı ayırt etmek olanaksızdır. YB olan bireylerde ileri dönemlerde, özellikle tıbbi bilgileri arttıkça, tıbbi girişim ve uygulamalara karşı istekli olmalarından da kaynaklanan gerçek fiziksel hastalıklar ve sakatlıkların ortaya çıktığı belirtilmektedir. Simülasyon (temaruz) YB ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken diğer bir psikiyatrik hastalıktır. Birlikte görülme oranının % 3 olduğu belirtilmiştir. Simülasyonda açık bir amaç daima vardır ve simülatör istediği zaman (örneğin, beklenenden daha iyi bir kazanç sağlanmışsa, kişinin vücudu veya yaşamı tehlikeye girecekse, çevre davranışın amacını anlamışsa) hastalığını durdurabilir. Fizik belirtili YB, simulasyondan özellikle kendine zarar verici davranışlar sergileme eğilimi ile ayrılmaktadır (Noyan 2000). Krahn ve arkadaşları (2003) kaleme aldıkları bir yazıda yapay bozukluk davranışını "uydurma hikaye", "simülasyon", "abartma", "alevlendirme (agreve etme)" ve, "kendisinin oluşturduğu hastalık" olarak sınıflanan beş kategoriye ayırmıştır. Bu düzeylerin birbiriyle örtüştüğü ve hastanın hekime başvurduğu tablonun zamanla değiştiği öne sürülmüştür. Sunulan olguda hastanın şikayetleri nedeniyle maddi kazancı belirgindir, ancak bunun hastalık sürecinde oluşması maddi kazancın birincil amaç olmasından çok

hastalık sürecinde öğrenilen bir durum olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca hastanın kordotomi gibi mortal girişimlere istekli olması YB lehinedir.

El ödemi olan 22 hastanın incelendiği bir çalışmada kadın hastaların yakınmalarının ortalama başlama yaşınının 16, erkek hastaların ise 32 olduğu belirtilmiştir. Genellikle baskın elde ödemin geliştiği, ödemin genellikle turnike, deri irritasyonu ve el sırtındaki şişmelerden geliştiği görülmüştür. Genellikle ödemlerin ağrısız ve halka şeklinde gözlemlenen renk değişikliğinin üst kısmında (proksimalinde) oluştuğu ve lenfografik bulguların genellikle normal ya da kısmen genişlemiş (dilate) olduğu belirtilmiştir. Her ne kadar 10 hasta tazminat yardımı olsa da ikincil kazanç amacıyla temaruzun birincil hedef olmadığı tespit edilmiştir. (Smith 1975) Sunulan olgunun şikayetleri ortalama üç yıldır mevcuttur ve hastanın şikayetleri baskın olan elindedir. Kolundaki şişlik proksimaldedir ancak yapılan fiziksel incelemede elde kısmi siyanoz dışında bir bulgu bulunamamıştır. Maddi kazancı olsa da bunun birincil amacı olmadığı düşünülmektedir.

YB olan bireylerin hastalık öykülerinde iki temel ortak özellik dikkati çekmektedir: Bunlar sağlık sistemine yakınlık ve zayıf ve uygun olmayan başa çıkma yöntemleridir (Al-qattan 2001). Hastanın öyküsünde babasıyla sınırlı ilişkilerinin olduğu, baba tarafından şiddet uygulandığı, annesinin vefatı sonrasında babasının hastayı evlatlıktan reddettiği ve belirtilerinin bu dönemden sonra ortaya çıktığı gözlemlenmektedir. Davranışçı açıklamalar yapay bozukluğun sosyal öğrenme, pozitif ve negatif pekiştirmenin sonucu olduğunu öne sürmektedir. Yapay bozukluk olgularının çocukluk dönemlerinde kritik bir hastalık yaşamış olabilecekleri ya da ciddi bir hastalığı olan bir yakınları olabileceği ifade edilmektedir. Hastalık rolü deneyimi ya da bu rolü üstlenmiş bir modele sahip olma, dikkat, sempati, destek ve şefkate tanık olan çocuğa pozitif bir pekiştirme deneyimi sağlamaktadır. Ayrıca görev ve sorumluluklarından uzaklaşmanın hastalık rolü üzerinde negatif pekiştirici olarak işlev göreceği de vurgulanmaktadır (Barsky ve ark.1992). Hastamız annesinin böbrek rahatsızlığına bağlı yaşamını yitirdiğini ifade etmiştir. Bu dönemle ilgili bilgilerimiz sınırlı olsa da hastanın annesinin hastalığı süreci ve sonrasında deneyim-

lediği yaşantılar hastamızda pozitif ve negatif pekiştirici bir işlev görmüş olabileceğini düşünmekteyiz.

Menniger, 1934 yılında "çoklu ameliyat bağımlılığı" kavramını geliştirmiştir. Bu yapay davranışın kişinin kendine ve sadistik ana babayı temsil eden doktora yönelik olan öfkeden kaynaklandığını varsaymıştır. Spiro ise 1968'de yoksunluk, travma, zayıf özsaygı ve üst benlik eksikliklerinin temel etiyolojik etken olduğunu öne sürmüştür. Psikodinamik kuram yapay bozukluğu intrapsişik bir savunmanın ürünü olarak ele almaktadır. Bu savunma cinsel, saldırgan veya oral nitelikteki dürtülerin çıkışı ya da egonun suçluluk ve düşük özgüvene karşı koruma uğraşısı olarak ifade edilen iki yoldan biriyle harekete geçer. İlkinde deneyimlerin başkalarına yönelik öfke ve düşmanlık geliştirmesine neden olması durumunda bedensel belirti üretmenin yardım ve ilgi sağlamak amacıyla kullanıldığı öne sürülmektedir. Bu seçenekte birey yardımı yetersiz olarak yansıtarak öfkesini boşaltabilmekte ve intra psişik çatışmalarını azaltabilmektedir (Barsky ve Klerman 1983). İkinci seçenekte ise bir kişinin hasta olduğuna inanıldığında sorumluluklarından muaf tutulduğu, ardından sempati, ilgi ve destek kazandığı ifade edilmektedir. Üretilen hastalık yaşanan başarısızlıklar için bir mazeret niteliği kazanmakta, egoyu suçluluk ve düşük öz saygıya karşı korumaktadır. Bozukluğun etiyolojisi bu kuramla açıklanmaya çalışılmışsa da, YB hakkındaki bilgilerimiz, yalnızca hastaların öznel yaşantılarından elde edilen verilerden oluştuğundan kuramsal ve kurgusal kalmaktadır.

Eisendrath, Rand ve Feldman temaruzda ikincil kazançların (maddi kazanç ya da zor durumlardan kurtulma) ikincil zararlardan (gelir kaybı, prestij ve fiziksel yeterlilik) fazla olduğunu belirtmektedir. Ancak yapay bozuklukta ikincil zararların ikincil kazançlardan -eğer varsa- daha fazla olduğunu; birincil kazancın ise ikincil zarardan daha fazla görüldüğünü ifade etmektedir. Yapay bozukluğu olan bir bireyi dışarıdan gözleyenler için birincil kazanç her zaman belirgin değildir. Her ne kadar belirti üretme seçeneği kasıtlı olsa da yapay bozukluğu olgusunun motivasyonu bilinç dışıdır. Tam tersi, temaruzda bireyin psikolojisinden öte var olan durumda anlaşılır olan belirgin teşvik ve

koşullar söz konusudur. Tartışılan olgu, ikincil kazanç ve ikincil zarar açısından değerlendirildiğinde, fiziksel işlevselliğinin azalması, gelir kaybı gibi sonuçlar göz önüne alındığında ikincil kazançtan çok ikincil zararının ön planda olduğu düşünülmüştür (Bosch 2003)

Tedavide, başlangıçta olgulara sert yüzleştirme tekniği uygulanmıştır ancak bu yaklaşım nadiren kişinin davranışını değiştirmesini sağladığı belirtilmektedir. (Lipsitt 1996). Buna dayanılarak sıklıkla bu yaklaşım yargılayıcı olmayan bir yüzleştirme yaklaşımına dönüştürülmüştür (Kellner ve Eth 1983; van Moffaert 1991). Silver (1996), bu hastalara konversiyon olgularına benzer biçimde yaklaşılmasını önermiştir. Solyom ve Solyom (1990) tarafından yayımlanan bir olgu sunumunda yapay olduğu belirlenen iki paraplejik hastaya faradik masajın, sirkülasyonu arttıracak ve sinirleri uyaracağı söylenmiş, uzun süreli izlemlerinde olguların iyilik hallerinin sürdürdüğü gözlenmiştir. Tüm bu açıklamalara karşın yapay bozukluğun tedavisi ile ilgili kesin bir yaklaşım yoktur ve sıklıkla bu olguların klinik gidişlerinin kötü olduğu kabul edilmektedir (Stephen 2000). Hastamızın yaklaşık 10 yıllık öyküsü olan kronik bir olgu olması, yatış döneminde ikincil kazançlarının ön planda olduğu bir durumda bulunması terapötik işbirliğinin kurulmasında en büyük engeli oluşturmuştur.

Bu olgu yapay bozukluğun erken tanı ve tedavisinin, hem gereksiz testlerin yapılması ve tetkiklerden hastanın zarar görme riskini engellemek açısından ne denli önemli olduğunu göstermekte; hem de erken evrede tanı konmuş YB olgularının psikiyatrik tedaviden daha çok yararlanacağı düşüncesini desteklemektedir. Diğer yandan tanı koyma eşliğini de belirlemek günümüzde henüz yanıtı verilememiş bir sorudur. Bir yandan YB tanısının hızlı konulması atipik seyreden bazı hastalıkların atlanmasına neden olabilirken, diğer yandan YB tanısını koyma sürecinde çekinceli davranarak geç kalınması da bu bireylerin gereksiz tıbbi inceleme ve girişimlere maruz kalarak zarar görme riskini arttıracaktır. Olgu örnekleri klinik araştırmalara kapalı olan hastalığı daha iyi anlamamıza yardımcı olmakla birlikte bu yeterli değildir. Diğer tıp disiplinlerine yönelik konsültasy-

on-liyezon çalışmaları ile birlikte bu olguların daha erken dönemde tanınmaları ve psikiyatrik tedaviye ulaşmalarının sağlanması gerektiği düşünülmektedir.

Yazışma adresi: Dr. Selda Şahin, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, sahin_selda@hotmail.com

KAYNAKLAR

- Al-qattan M. M.. Factitious Disorders Of the Upper Limb, Journal of Hand Surgery (British and European Volume, 2001) 26B: 5: 414±421
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM IV-TR), Washington DC, 2000'den çeviren Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
- Barsky AJ, Klerman GL: Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. Am J Psychiatry 140:273-283, 1983
- Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL: Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. Arch Gen Psychiatry 49:101-108, 1992
- Bosch A.F.A Patient with the Diagnosis of a "Factitious Disorder": A Phenomenological Investigation, Magister Artium in Clinical Psychology, Department of Psychology Faculty of Humanities, University of Pretoria 2003
- Folks DG, Feldman MD, Ford CV: Somatoform disorders, factitious disorders, and malingering, in Psychiatric Care of the Medical Patient, 2nd Edition. Edited by Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB. New York, Oxford University Press, 2000, pp 458-475
- Kellner CH, Eth S: Code blue-factitious cyanosis. J Nerv Ment Dis 170:371-372, 1982
- Krahn L, Li H, O'Connor M.K., Patients Who Strive to Be Ill: Factitious Disorder With Physical Symptoms, Am J Psychiatry 2003; 160:1163-1168
- Lipsitt DR: Introduction, in The Spectrum of Factitious Disorders. Edited by Feldman MD, Eisendrath SJ. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996, 19-28
- Noyan A.M. :Yapay Bozukluklar. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1(3):162-173
- Rothchild E. Fictitious twins, factitious illness. Psychiatry 1994; 57: 326-332
- Sadock BJ, Sadock VA (Editors):Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume:II; Eighth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Çeviri editörü: Hamdullah Aydın . Syf: 1829-1843,Güneş Kitabevi. İstanbul, 2007
- Silver F: Management of conversion disorder. Am J Phys Med Rehabil 75:134-140, 1996
- Smith R.J: Factitious Lymphedema of the Hand, The Journal Of Bone And Joint Surgery vol. 57-A, No. I. Pp 89-94, January, 1975
- Solyom C, Solyom L: A treatment program for functional paraplegia/ Munchausen syndrome. J Behav Ther Exp Psychiatry 21:225-230,1990
- Stephen W. Bretz, MD, John R. Richards, MD : Munchausen Syndrome Presenting Acutely In The Emergency Department. The Journal of Emergency Medicine, Vol. 18, No. 4, pp. 417-420, 2000
- Van Moffaert MM: Integration of medical and psychiatric management in self-mutilation. Gen Hosp Psychiatry 13:59-67, 1991