

Yapay bozukluklar

M. Ayşın Noyan¹

ÖZET

Yapay bozukluk, kişinin gösterilebilir neden olmaksızın, tasarlayarak bir fizik ve/veya ruhsal hastalık ortaya çıkarttığı durumdur. Hastalığın oluşturulması istemli ancak buna neden olan gereksinim bilinçdışıdır. Bozukluk önemli ölçüde sakatlanma, ölüm ve sağlık harcamalarına yol açar. Bu özelliklerden dolayı, “hasta olma gereksinimi” içindeki bu bireylerin tanınması gerçekten önemlidir. (Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1(3):162-173)

Anahtar kelimeler: Yapay bozukluk, Munchausen sendromu, bakım verenin yapay bozukluğu

Factitious disorders

SUMMARY

Factitious disorder is the condition in which the individual consciously induces or simulates physical and/or mental illness but it is unconscious of its underlying motivation. This condition associates with considerable morbidity, mortality and health care cost. Thus recognition of these individuals who are in need of being sick is great importance. (Anatolian Journal of Psychiatry 2000; 1(3):162-173)

Key words: Factitious disorder, Munchausen syndrome, Munchausen Syndrome by proxy

GİRİŞ

Yapay bozukluk (YB) ilk tanımlandığı zamandan itibaren, hekim için her zaman değişik, ilginç bir bozukluk olma özelliğini korumuştur. Bozukluk, “istemli bir şekilde fizik ve/veya psikolojik belirti/hastalık üretme; hasta rolü oynama ve bunlar aracılığıyla emosyonel doyum sağlama” olarak tanımlanabilir. Kişi, hasta olarak kabul edilme gereksinimi içerisinde (*bilinçdışı motivasyon*) bilerek, isteyerek fizik ve/veya psikolojik bir hastalık ortaya çıkarır (*istemli üretim*), hastalığını kontrol edilebilir ve kişinin bu davranışını açıklayacak

gösterilebilir hiçbir dış neden bulunamaz. Tıpta bu özellikleri özellikleri taşıyan başka bir hastalık yoktur.

Bozukluk ilk olarak 1951 yılında Munchausen Sendromu (MS) adıyla literatüre girmiştir. Asher yazısında, Rudolf Erich Raspe'nin yazdığı bir romanın başkahramanı olan, 18. yüzyılda yaşamış, abartılı yaşam öyküsü ve yalanları ile ün kazanmış Baron Karl Fredrich Von Munchausen'in yaşam tarzından esinlenerek, her çeşit fiziksel hastalığın klinik görünümünü sergileyen, bu nedenle çok sayıda hastane başvurusu ve yatışı olan bir grup hastayı

¹ Uzm.Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Birimi, İzmir.
Dr. M. Ayşın NOYAN, Ege Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD İzmir

Munchausen Sendromu adıyla tanımlamıştır.¹ Gerçek Baron Von Munchausen'le doğrudan ilişkili olmasa da, günümüzde fiziksel belirtilerin egemen olduğu, süregen YP'ların hala Munchausen Sendromu olarak adlandırılması devam etmektedir.²

Epidemiyoloji

Bozukluğun gerçek sıklık ve yaygınlık oranları belirli değildir. Hastalığın doğasında yer alan "bilinçli aldatmaca"dan dolayı, doğru rakamların saptanmasında geleneksel epidemiyolojik yöntemler yetersiz kalmaktadır. Örneğin, süregen olgularda, tek bir hasta, birden fazla hastanede, birden çok doktor tarafından ayrı ayrı rapor edilmiş olabilir. Adını gizleme, farklı isim kullanma, özellikle ağır formlarında farklı şehir ya da ülkelerde hastane başvurusu olduğu bildirilmektedir. Mevcut verilerin çoğu olgu bildirimlerinden sağlanmıştır. Seri olgu içeren araştırmalarda ise örneklem YB tanılı hastalardan oluştuğu ve bu nedenle belli bir oranın aktarılmadığı gözlenmektedir. Sutherland ve Rodin (1990) araştırmalarında psikiyatri konsültasyonlarında hastaların % 0.8'ine bu tanının konduğunu belirtmişlerdir. Bu araştırmada, üç yıllık bir süre içerisinde, bir eğitim hastanesi konsültasyon-liyezon birimine gönderilen hastaların tümü (1288 olgu) geriye dönük, kart tarama yöntemi ile araştırılmış ve toplam 10 olguya bu tanı konmuştur.³ Bir başka araştırmada allerji ve enfeksiyon hastalıkları kurumunda nedeni saptanamayan ateş olgularının % 9.3'nün YB olduğu belirtilmiştir.⁴ Psikiyatri kliniğine yatan hastaların % 5-6.4'ünde psikolojik belirtilerle giden YB olduğu bildirilmiştir.^{5,6} Başka bir makalede ise Wallach herhangi bir zamanda gerçekleşen hekim-hasta karşılaşmasının % 5'den fazlasında, hastanın YB olduğunu belirtmektedir.⁷

Sıklık ve yaygınlık oranlarının saptanmasını engelleyen birçok durum sözkonusudur. Literatürde *Munchausen Sendromu* ve *yapay bozukluk* terimlerinin sıklıkla birbirinin yerine, ancak farklı anlamlarda kullanıldığı, verilerin temel olarak fizik belirtilerle giden YB üzerine odaklandığı gözlenmektedir. Ayrıca bu tanının özellikle YB'la ilgilenen birimlerde, eğitim ve araştırma hastanelerinde daha sık konduğu, tanı sürecinin hekimin bu "bozukluğa duyar-

lılığı"ndan etkilendiği bildirilmektedir. Eğitim ve araştırma hastanelerinin bildirdikleri birkaç oranın dışında, bu hastaların büyük bir bölümünün genel hastane acil servislerine başvurduğunu belirtilmektedir.^{2,8,9}

Etiyoloji

YB'lu bireylerin öykülerinde birçok ortak özellik gözlenmiştir. Gelişimsel öyküde en sık rastlanan ögeler, ebeveyn tarafından ihmal, kötüye kullanım ve terk edilmedir. En az bir ebeveynin insanlarla yakın ilişki kurmayı bece-remeyen, reddedici bir davranış sergilediği belirtilmektedir. Bu gibi erken yaşantılar sonucu, yeterince doyurulmamış bağımlılık gereksinimi, doyurulmamış kendilik değeri ve onaylanma duygusunu ortadan kaldırmak için bu davranışın benimsendiği ileri sürülmektedir. Öykülerde dikkat çeken diğer bir nokta olguların çocukluk ya da erken erişkinlikte, gerçek bir hastalık ya da çevreyle iletişim kurmada yetersizlik içinde olmalarından dolayı hastaneye yatmış olmalarıdır. Öyküde verilen ve hastaneye yatışı gerektiren durum (gerçek bir tıbbi hastalık da olabilir) ayrıntılı ve özenli bir yaklaşımı gerektirmektedir. Bu kişilerin "ağrı ve korku"yu iyi bildikleri ve hastaneye her yatışları ile ağrı ve korkularının hafiflediğini öğrendikleri öne sürülmektedir. Hastane çevresi ve doktorlar bu hastalar tarafından bağımlılık ve onay gereksinimlerini gideren en güçlü sevgi kaynağı (anne) olarak algılanırlar. Bundan dolayı hastalık; "kişiye acı verici" olmaktan çok, kişinin "ilgi ve sevgi alma aracı" olarak görülmektedir.^{10,11}

Klasik psikoanalitik görüş, bu hastalarda hasta-hekim ilişkisinde gözlenen agresyonun, ödipal ilişkilerin bir tekrarı olduğunu kabul eder. Yapay bozukluklu hasta ve bakım veren arasındaki engellenmeler, çatışmalar, elem, umutsuzluk ve bunların giderilme çabaları bu görüşü destekleyen bir veridir. Bu açıdan YB'lu hastada gözlenen kendine zarar verici davranışın, ödipal çatışmanın alevlendirdiği kastrasyon anksiyetesini ve suçluluk duygularını gidermeye yönelik bir savunma niteliğinde olduğu belirtilmektedir. Ödipal rakip olarak kabul edilen babaya ilişkin öldürme fantazilerinin yer değiştirerek kişinin kendisine yöneltildiği ve bu nedenle hasta rolünün kabul

edildiği öne sürülmektedir.^{11,12}

Bir diğer görüş, bu davranışın altta yatan “yetersiz kimlik duygusu” oluşumundan kaynaklandığıdır. Buna göre, bu hastalarda bir birey olarak kendi kimliğini “yeterli” algılayamama, ya da “sanki o imiş gibi” algılama olduğu öne sürülmektedir. Bunun sonucunda YB’lu bir hastanın kimliği için “yanlış kimlik gelişimi” tanımı kullanılmaktadır.¹³

Kendilik (self) psikolojisi ve nesne ilişkileri kuramına göre, çekirdek kendilik duygusu yaşamın ikinci ve altıncı ayları arasında oluşmaya başlar. Çocuk, annesi ve kendisinin, ayrı duygusal yaşantı ve özelliklere sahip, fiziksel olarak ayrı canlılar olduğunu bu duygunun gelişimiyle ayırt etmeye başlar. Daha sonra iyi ve kötü kendilik ve nesne tasarımları benliğin gelişmesi ile birlikte bütünleştirilir. Bu döneme ilişkin travmatize edici erken çocukluk yaşantılarının varlığı, sağlıklı gelişimi bozarak, borderline hastalardakine benzer bir kişilik yapılanmasına neden olduğu, en yoğun anksiyetenin yaşamın bu döneminden köken aldığı, kendilik algısında bütünleşememe, dağılma, kaybolma korkusuyla ilişkili olarak yaşanabildiği belirtilmektedir. Bu hastalarda gözlenen tıbbi işlemler ve ameliyatlara istekliliğin, kendilik algısındaki bu bütünleşememe, eriyip kaybolma, dağılma anksiyetesini önleme gereksiniminden kaynaklandığı belirtilmektedir.¹³⁻¹⁵

Bozukluğun etiyojisi, bilinen her kuramla açıklanmaya çalışılmıştır. Ancak bu açıklamalar, YB hakkındaki bilgilerimiz, yalnız hastaların öznel yaşantılarından elde edilen verilerden oluşması nedeniyle oldukça kuramsal ve spekülatif kalmaktadır.

Son dönem bilgileri psikolojik açıklamalarının dışında konuya farklı bir bakış açısı kazandırmıştır. Olguların % 20-25’inde, beyin görüntüleme ve nöropsikolojik testlerde (özellikle kavrama ve yargılamada) beynin işlev bozukluğunu düşündüren bulgular saptanmış, bu sonuç psikodinamik faktörlerin bilgi işleme sürecini etkileyebildiği varsayımının doğmasına neden olmuştur.²

DSM Sınıflandırması

Asher’in tanımlamasından sonra geçen 30 yıl

Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1(3):162-173

boyunca özellikle fizik belirtili yapay bozukluk hakkında toplanan bilgilerin sonucu olarak bozukluk, bir hastalık olarak 1980 yılında DSM-III’e alınmıştır.¹⁶ DSM-III’te ilk kez, belirtilerin *istemli olarak üretilmesi* ve *hasta rolünün benimsenmesi* üzerinde durulmuş, psikolojik belirtilerle giden YB kategorisi sınıflamaya dahil edilmiştir. Ama bu grubun daha az görüldüğü ve üzerinde yeterince çalışılmadığı belirtilmiştir. Nadelson (1979), MS’nun YB’un ilk ve orjinal tipi (prototip) olarak kabul edilmesi ve diğer tipden (nonprototip) ayrılması gerektiğini belirtmiştir.¹⁷ Diğer YB tipinin düzenli olarak bir işte çalışan (genellikle sağlık alanında), psikososyal işlev düzeyi ve benlik gücü yüksek, daha az regresif ögeler gösteren, genellikle kadın hastalarda görüldüğünü belirtmiştir. Bu bilgi günümüzde hala geçerliliğini korumakta ve kabul görmektedir.^{2,11}

DSM-III-R’de (1987) belirti üreten davranışın istemli, ancak hastanın kontrolü dışında “*hasta olarak kabul edilme*” gereksiniminden kaynaklandığı (bilinçdışı), bu davranışın sonunda dıştan sağlanabilecek bir kazancın olmadığı ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. Bozukluk fizik belirtili, psikolojik belirtili YB ve başka türlü adlandırılmayan (BTA-hem fizik, hem de psikolojik belirtilerin birarada görülebildiği, ya da bu iki kategori içerisinde tanımlanmayan bir tablo) olarak 3 kategoride ele alınmıştır.¹⁸

DSM-IV-R’da (1994) bozukluğun tanımı ve özellikleri DSM-III-R ile hemen hemen aynı kalmış, ancak YB birinci eksen tanıları içine alınmış, ek olarak BTA yapay bozukluğun içerisine “bakım verenin oluşturduğu YB” getirilmiştir.¹⁹

Tanı kategorisi olarak eleştiriler

DSM-III-R’de tanımlanmasından bu yana özellikle *psikolojik belirtili YB*, bir ruhsal bozukluk tanısının güvenilirliği ve geçerliliği için gerekli olan temel ilkelere ters düşen, tartışmalı bir ruhsal bozukluk olarak günümüze kadar gelmiştir. Bu bozuklukta belirti ve/veya bozukluğun istemli, tasarlayarak üretilmiş olması ana eleştiri kaynağıdır. Ayrıca literatürde, bozukluğun en sık sağlık çalışanlarında görüldüğü, kendi bu alanda çalışmayan kadın hastaların baba, eş ya da erkek arkadaşlarının

doktor olduğunu belirtilmektedir.¹⁰ On olgunun üçünün sağlık alanındaki işlerde çalıştığı verisi, “bireyler hastalıkları nedeniyle bu işleri seçiyor olabilirler mi?” ya da “işlerinden dolayı böyle bir bozukluğa mı yakalanıyorlar?” sorularını beraberinde getirmiş ve YB’un bir ruhsal bozukluk sayılıp sayılamayacağı tartışmalarının da çıkış noktasını oluşturmuştur.^{3,20} Ancak bozukluğa sahip bireylerin istemli olarak hastalık üretmelerine karşın, bunun farkında olmadıkları ve bu davranışın bilinçdışı bir dürtüden kaynaklanan bir tür kompulsiyon olduğu öne sürülmektedir.²¹

Psikolojik belirtili YB tanısının güvenilirlik ve geçerliliğini eleştiren diğer görüşler ise, bozukluğun kesin işleme, dışlama ve sonuç kriterlerine sahip olmaması,^{8,22} olguların kendilerinde ve ailelerinde saptanan ruhsal bozukluk öyküsünün sıklığıdır. Gerçekten de olguların ve/veya yakınlarının çoğunda borderline, antisosyal ve histriyonik kişilik bozukluğu saptanmıştır.^{2,11,13,15}

Tanı

Yapay bozukluk bir dışlama tanısıdır. Altta yatan ya da aynı zamanda varolabilen birçok tıbbi durum da mevcut olabilir. Kullanılabilecek çok az sistematik tetkik vardır. Tetkikler özgün belirtiler (örneğin, ateş, hipoglisemi, anemi gibi), tıbbi problemler ve klinik tablo ile uyumsuz laboratuvar sonuçları üzerine odaklanmaktadır.^{3,7}

Hastaların tıbbi terim ve sendromları iyi bilmelerinden dolayı, yakınmaları ve fizik belirtileri ele alınıp kuşku edilen hastalıklar dışlandıktan, hastalık ve yakınmaların içeriği şekil değiştirir, yeni yeni yakınmalar ortaya çıkar. Bunlar klinik olarak bir şüphe oluşturur. Tanı süreci bu bozukluktan kuşkuyla başlar, sonraki aşama ise ulaşılabilecek bilgi kaynaklarının tümünden elde edilen verilerle tanının doğrulanmaya çalışılmasıdır. Zaman almasına ve usandırıcılığına rağmen geçmiş hastane yatışları, tıbbi öykü ve tıbbi bakımla ilgili hasta tarafından öne sürülen ve gösterilen her şeyin doğruluğunu kanıtlama temeldir.^{3,7,11}

Psikolojik testlerde, hastaların normal ya da ortalama zeka katsayısının üzerinde bir zeka, yetersiz kimlik duygusu (seksüel kimlik de dahil) yetersiz seksüel uyum, yetersiz engellenme toleransı, güçlü bağımlılık gereksinimi ve narsizm gösterirler.

Kişilik testlerinde sık olarak borderline kişilik bozukluğu organizasyonu görülür. Diğer tanımlar, histriyonik ve antisosyal kişilik bozukluğudur. Birinci eksen tanısı olarak depresyon, somatizasyon bozukluğu tanımlarının konması nadir değildir.^{11,23}

Yapay bozukluk tanısının diğer hastalıklar dışlandıktan sonra düşünülmesi gerektiği ve belirli koşullarda kesin tanı konması gerektiği belirtilmektedir. Güncel görüş, aşağıdaki 4 durumun varlığında kesin tanı konulmasını önermektedir.²

1. Hastanın bozukluk oluşturan eylemi sırasında tesadüfen görülmesi (örneğin, kendine enjeksiyon yaparken),
2. Hastaya ait özel eşyalar içerisinde “suç aletleri”nin saptanması (örneğin, kumadin tablet, insülin gibi),
3. Yapay bir nedeni düşündüren laboratuvar bulguları (örneğin, hipoglisemik atakta endojen insülin alımının göstergesi olarak C peptit düzeylerinin düşük seyretmesi),
4. Bulguları açıklayabilecek bilinen hiçbir hastalığın olmaması ve diğer hastalıkların dışlanması.

Klinik görünüm

Hastalığın ortaya çıkışını açıklayacak çeşitli oluşum modelleri tanımlanmıştır. Bunlardan en çok kabul gören ikisi, kişinin belli yöntemler kullanarak vücudunda doğrudan hastalık/belirti oluşturmaları (*doğrudan model*), ya da vücuduna bir zarar vermeksizin yanlış bilgi sağlama yoluyla bakım verenleri hasta olduğuna inandırmasıdır (*dolaylı model*).¹⁵

Bilinen her hastalık üretilebilir. Klinik görünüm, hastalıkların tümünü (ruhsal, bedensel, karma) içerecek kadar zengindir. Bu hastalarda gözlenen ortak özellikler Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Yapay bozukluklu hastalarda gözlenen ortak özellikler

Çok sayıda hastaneye yatış öyküsü
Nedeni saptanamayan yakınmalar/belirtiler
Uygun sağaltıma rağmen geçmeyen yakınmalar/belirtiler

Hastane yatışı sırasında

“Ziyaretçi eksikliği”
Başka hastalarla yakın ilişki geliştirmeme
Sürekli değişebilen yakınmalar/belirtiler
Oldukça iyi düzeyde tıbbi bilgi
Sürekli değişen, abartılı ya da sahte öyküler
Tıbbi sonuçlarda tutarsızlıklar
Her tür tanısal işleme gönüllülük

Davranış özellikleri

Sürekli isteme (tetkikten ilgiye), araştırma, öğrenme
Özel hasta olma gereksinimi
İstekler karşılanmadığında öfke, kızgınlık, hekim değiştirme, ekibi duygusal olarak bölme

Sosyodemografik veriler iki genel kalıp olduğunu göstermiştir. Bunlardan ilki MS'dur. Bu hastaların genellikle erkek, orta yaşta, bekar ve ailesinden ayrı/uzakta yaşayan kişiler olduğu, klinik görünümün fizik belirti/hastalıktan oluştuğu belirtilmektedir. Diğer kalıbın ise, sadece YB olarak adlandırıldığı, genellikle 20-40 yaşlarında, çoğunluğu kadın, sağlıkla ilgili eğitim almış olgulardan oluştuğu bildirilmektedir.^{2,11,15}

Yapay bozukluğun alt tipleri (DSM-IV'e göre)

1. Daha çok fizik belirti ve bulguları olan YB: Munchausen Sendromu, fizik belirti ve bulguları olan YB'un süregen formudur. Sendrom bir triat olarak tanımlanmıştır. Bunlar:

1. Çok sayıda hastaneye yatma öyküsü,
2. Bu hastaların, “hastane göçmenleri” (hospital hobos) olarak adlandırılmalarına yol açan, hastane hastane gezme eğilimleri,
3. Patolojik yalancılık (pseudologia fantastica)'dır.^{13,23}

Hekimler tarafından bilinen, hatta pek bilinmeyen hastalıklar bile üretilebilir. Olgu raporları, düzmece ateş, hipoglisemi, nörolojik hastalıklar, romatolojik hastalıklar, ağrı, dermatolojik lezyonlar, derin ven trombozu, porfiriya, kanamalar, sepsis, jinekolojik ve obstetrik tablolar, kanser ve AIDS'e^{9,24} kadar uzanmaktadır. Hastaların vücutlarında laparotomi, venöz cut-down, kardioversiyon izleri gibi görülebilen kanıtlar, çok sayıda cerrahi girişim sonucu oluşan "abdomen ızgarası" görünümü bulunabilir. Klinik tablolar kişinin yabancı bir cisim kullanarak vücudunda yaralar açması, kendini yaralaması, vücuduna enfekte materyal enjekte etmesi, kan vererek ya da flebotomi ile anemi tablosu oluşturmaya ya da varolan gerçek fizik hastalığına ait ilaçları kullanmaması, sağaltıma uymaması ile oluşturulabilir.^{2,10,11,25}

Genel tıpta kardiyoloji, göğüs hastalıkları, hematoloji, endokrinoloji, gastroenteroloji, nöroloji ve kadın doğum dallarınca izlenen YB olgularında en sık gözlenen tıbbi durumlar ve neden olan madde ve yöntemler tablolarda kısaca tanımlanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Fiziksel belirtili YB olgularında tıbbi dallarda sık görülen belirtiler/sendromlar ve nedenleri

Kardiyoloji

Angina pectoris
 Aritmiler, A-V bloklar (digitoksin, propranolol, verapamil)
 Kardiyojenik şok (verapamil)
 Sol ventrikül yetmezliği (propranolol)
 Kardiak arrest
 Hipotansiyon, (Furasemid, propranolol, verapamil)
 Senkop/kollaps (propranolol)
 Dispne

Göğüs Hastalıkları

Hemoptizi (solunum yollarını travmatize etme, balgama kan karıştırma)
 Solunum yoluna kan ya da yabancı cisim sokulması
 Astma krizleri (doğrudan allerjik madde ya da aspirin, penisilin, kodeine kullanımı)
 Enfeksiyonlar (doğrudan bakteriyel materyal enjeksiyonu)
 Diğer hastalıklar (Gerçek fizik hastalık için verilmiş sağaltıma uymama-örneğin, antitüberkülostatik ilaçları, kortikosteroidleri, astım ilaçlarını kullanmama/aşırı kullanma vb)

Gastroenteroloji

Diare (aşırı laksatif kullanımı)
 Kanama (Na-warfarin ve diğer kanama yapıcı ilaçlar, indüksiyon)
 Kusma (ipeka alkaloidleri)
 Karın ağrısı, pankreatit (idrara tükürük ekleme)
 Karaciğer hastalığı (A hipervitaminozu)

Hematoloji

Kanama diatezi (heparin ve warfarin kullanımı)
 Purpura (Kinidin kullanımı)
 Anemi (damar açma, kan verme, GIS'den kanama yaptırma)
 Pansitopeni (kemoterapötikler, alkilleyiciler)

Metabolik ve endokrin

Tirotoksikoz (tiroksin, liyotironin Na kullanımı)
 Hipoglisemi (insulin, tolbutamid, sülfanilüre alımı)
 Feokromasitoma(adrenalin, metaraminol kullanımı) (idrara adrenalin karıştırma)
 Cushing Sendromu (kortizon kullanımı)
 Bartter Sendromu (diüretik kullanımı)
 Hiperkalsemi
 Hipokalemi(laksatif ve diüretik kullanımı, provoke kusma)
 Hipokalemik alkaloz (NaHCO₃ kullanımı)
 Ateş

Nöroloji

Kronik ağrı sendromları(baş, yüz, boyun ve diğer)
 Nöbetler
 Stupor (propranolol)
 İntraserebral kanama
 SSS'nin enfeksiyon ve dejeneratif hastalıkları

Kadın doğum ve jinekoloji

Doğum öncesi kanama (en sık olarak plasenta previa)
 Hiperemesis gravidarum
 Erken membran rüptürü, erken doğum
 Trofoblastik hastalık

2. Daha çok psikolojik belirti ve bulguları olan YB: Bu tipin eskiye yıllara göre daha yaygın olduğu, ancak yalnız psikolojik belirtilerle seyreden YB olgu sayısının nadir olduğu bildirilmektedir. Olguların çoğunda fizik belirtilerin egemen olduğu, psikolojik belirtilerin de

bunlara eşlik ettiği bildirilmektedir.^{2,26,27} Klinik görünümüne her tür psikopatoloji (sanrı, varsanı, bizar yaşantı, affektif tablolar gibi) egemen olabilir. En sık görülen psikiyatrik tablolar Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 3. Psikolojik belirtili yapay bozuklukta en sık üretilen belirtiler ve/veya hastalıklar

Depresyon
Psikoz
Somatizasyon bozukluğu
İntihar düşünceleri ve/veya girişi
Yas reaksiyonları
Madde bağımlılığı
<i>Daha az olarak (olgu bildirimleri)</i>
Çoğul kişilik
Ganser Sendromu
Sıklık hipersomnia atakları

Bu hastaların da MS'nu oluşturan triattakine benzer şekilde hastane hastane gezdikleri, sürekli ve yakın ilişkiler kuramadıkları, kendilerine ilişkin bilgileri çok sık değiştirdikleri bildirilmektedir.

Tanıyı koymak son derece güç, karmaşık ve zahmetlidir. Giderek artan şüphe, araştırma ve gözlem tanı sürecini başlatır. Çok sayıda hastane başvurusunun varlığı, rahatsızlığın bilinen rahatsızlıklarla uyuşmaması, sürekli olarak ortaya çıkan yeni belirtiler süreci başlatır. Başka hastalarca ortaya konmuş belirtilerin bir süre sonra bu hastalarda da ortaya çıkması nadir değildir. Sağaltıma yanıt yoktur. Bu yüzden hastalar yüksek dozda psikotrop ilaç alabilirler ve/veya elektro-konvulsif sağaltıma maruz kalabilirler. Her türlü psikiyatrik tablonun görüldüğü bu tipte öyküde gariplikler, tutarsızlıklar ve abartı bulunabilir. YB akla getirmesi gereken öykü; çocukluk ve erken erişkinlikte nesne kayıpları ve bir insanın başına gelebilecek en kötü olayları, şiddet sahnelerini içerir.^{10,26,27}

3. Psikolojik ve fizik belirti ve bulguları bira-

Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1(3):162-173

rada olan YB: Klinik görünümde hem, psikolojik hem de fizik belirti ve bulguların birarada olduğu ve bunlardan birinin daha belirgin olmadığı durumları belirten kategoridir.

4. BTA yapay bozukluk: Bu kategori, diğer YB tipleri tanı ölçütlerini karşılamayan yapay belirti ve bulguları olan hastaları tanımlamak amacıyla kullanılır. DSM-IV, bakım verenin yapay bozukluğunu bu başlık altına almıştır. Burada kurban genellikle çocuk (erişkinde olabilir), hastalık davranışını oluşturan genellikle annedir.^{28,29} Bu annelerin davranış özellikleri; hastalık davranışı gösteren çocuğuna aşırı düşkün, çok ilgili, sağaltım ekibini her önerisine duyarlı ve ekibe yardımcıdır. Tıbbi bilgilerinin oldukça iyi olduğu gözlenir. Hastalık davranışı, sözel olarak çocukta bir hastalık olduğunu iddia etme (en sık olarak epileptik nöbet, apne nöbetleri), çocuğu beslememe, boğma, zehirlenme yöntemleri ile hastalık belirtileri oluşturma, çocuğun gerçek fizik hastalığının sağaltımına uymayarak hastalığı sürdürmeye kadar değişik şekillerde oluşturulabilir.^{30,31} Bu tanının düşünülmesi gerektiği durumlar, belirtilerin yalnız anne çocuğun

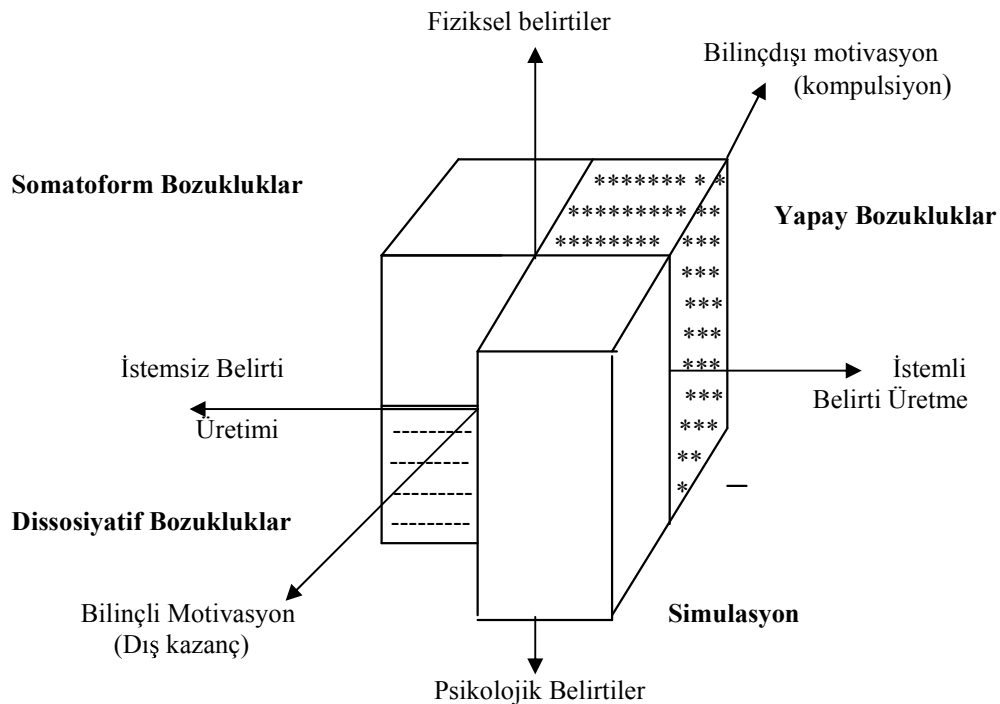
yanındayken ortaya çıkması, ailede başka bir çocukta da açıklanamayan bir hastalığın olması, çocuğun hastalığının uygun sağaltıma rağmen geçmemesidir. Tanının tesadüfen konduğu bildirilmektedir. Çocukların % 9'unun anneden uzaklaştırılmadığı takdirde öldüğü belirtilmektedir.^{2,29,31}

Ayırıcı tanı

Öncelikle unutulmaması gereken nokta, bu hastalarda gerçek fizik ve/veya psikolojik hastalıkların da olabileceğidir. Sutherland ve Rodin (1990) yayınladıkları on olgudan beşinin özgeçmişlerinde tıbbi hastalık bulmuşlar ve MS'lu birçok hastanın geçmişinde gerçek bir organik rahatsızlık olduğunu belirtmişlerdir.³ Bazı olgularda, gerçek organik hastalığa eklenmiş düzmece davranış ile direkt düzmece davranıştan ileri gelen organik hastalığı ayırt etmek imkansızdır. Genel izlenim, YB'ların ileri döneminde, özellikle hastanın tıbbi bilgisi arttıkça, tıbbi işlemlere karşı istekliliğinden de kaynaklanan gerçek fizik bozukluklar ve sakatlıkların ortaya çıktığı şeklindedir. Grunberg ve arkadaşları, yapay hipoglisemi olarak tanı konan on hastadan beşinin insuline bağımlı diabetes mellitus öyküsüne sahip olduklarını

göstermişlerdir.³² Yapay dermatolojik bozuklukların gerçek dermatolojik bozukluklardan sonra olduğu ve termometre manipülasyonu ile oluşturulan yüksek ateş kliniğinin gerçek bir ateşli hastalık sonrası başlayabildiği tanınlanmıştır.

Bu konudaki yayınların çoğunda, YB ve diğer psikiyatrik durumlar arası ilişki gözden kaçmıştır. Aduan ve arkadaşları,⁴ düzmece ateşli 32 hastanın % 16'sının özgeçmişinde psikiyatrik bozukluk olduğunu belirtmişlerdir. Somatoform bozukluk ve YB'un birlikte görülme oranları, düzmece ateşi bulunan 32 olguda konversiyon bozukluğu için % 9, hipokondriazis için % 3 oranında saptanmıştır. Simulasyon için bu oran % 3 olarak belirtilmiştir. Bu "eşzamanlılık" oranlarındaki yükseklik, hastalık davranışının sürekliliği kavramının ortaya atılmasına, YB'lar ve ilişkili hastalıkların ayırıcı tanısında "üç boyutlu yaklaşım" modelinin kabul görmesine yol açmıştır^{11,22} (Şekil 1). Bu görüşlerin sonucu olarak günümüzde YB olgularına birden fazla tanı konabilmektedir. Ayırıcı tanıda en sık güçlük yaratan psikiyatrik bozukluklar somatoform bozukluklar ve disosiyatif bozukluklardır.^{11,22,23,33}



Şekil 1. Üç boyutlu yaklaşım modeli (Taylor ve Hyler 1993'ten alınmıştır)

Ayırıcı tanıda güçlük yaratan diğer bir durum da kişilik bozukluklarıdır (özellikle borderline ve antisosyal kişilik bozuklukları). Bazı yapay bozukluk olgularına çok sık yalana başvurmaları, başkalarıyla yakın ilişki kurmadaki yetersizlikleri, çevreyi yönlendirici davranışları, madde kullanma öyküleri ve suç işleme eğilimlerinden dolayı sıklıkla antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konabilir. Ancak antisosyal kişiler arasında bile invaziv yöntemler hoş karşılanmaz ve hastanede uzun süreli kalma şeklindeki yaşam tarzı kabul edemez. Bazı bireyler, meraklılık, araştırıcılık, dikkatlilik ve özel drama yetenekleri nedeniyle histrionik kişilik bozukluğu tanısı alabilirler. Karmaşık bir yaşam tarzı, kişilerarası ilişkilerde bozukluk, kimlik karmaşası, kendine zarar verici davranışlar, engellenmeye tahammül edememe gibi özellikleri nedeniyle borderline kişilik bozukluğu tanısı da konabilir. Böyle durumlarda hastaların II. eksen özelliklerinin tanımlanması önerilmektedir. Ek olarak YB olguları madde kötüye kullanımını düşündüren bir öykü verseler bile, sadece madde bağımlısı olarak dikkate alınmamalıdır. Kişilik bozuklukları dışında depresif sendrom, yas reaksiyonları, intihar girişimleri, şizofrenik bozukluk ve diğer psikotik tablolar da görülebilir. Şizofreni tanısı hastaların inanarak yaşadığı bizar yaşam stiline dayanarak konur. YB'lu bireyler şizofreninin genellikle sabit olan delirlerinden başka hiçbir özgün kriteri karşılamazlar (örneğin, çeşitli alanlardaki yıkım gibi).^{11,22,23,33}

Ayırıcı tanıda diğer önemli bir durum da simülasyondur. Jonas ve Pope, düzmece davranışın simülasyon ve somatoform bozukluklar arasında yerleşmiş bir durum olarak görülmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir.²¹ YB'da istemli kontrol altında olan belirtilerin "hasta rolünün çevre tarafından kabullenilmesi" dışında bir işlevi ve bu davranışı haklı kılacak bir dış nedeni yoktur (Polisten kaçma, madde temin etme, boş yatak bulma gibi gibi). Simülasyonda ise, davranışta 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.^{22,23,33,34} Fizik belirtili YB, simulasyondan özellikle kendine zarar verici

davranışlara eğilimi ile ayrılır.³⁵

Klinik gidiş, sağaltım ve prognoz

Bozukluğun genellikle erken erişkinlikte gerçek bir hastalık, nesne kaybı, reddedilme ya da terkedilme sonrası başladığı belirtilmektedir. Hastalık ilerledikçe hastaların hastaneler ve tıp hakkında giderek daha çok bilgi sahibi oldukları, ancak geçmeyen hastalıkları yüzünden çok sayıda tıbbi ve cerrahi girişime maruz kaldıkları bildirilmektedir. Bu nedenle YB mortalitesi yüksek, süregen gidiş gösteren, kötü huylu bir hastalıktır.³² Sürekli olarak hastaneye yatış, insanlararası ilişkilerde bozulma ve iş gücü kaybına yol açar. Olguların az bir kısmı da küçük suçlardan dolayı zamanlarını hapis-hanede geçirirler. Munchausen Sendromu üzerine odaklanmış eski literatür bilgileri de hastalığın kötü bir gidişe sahip olduğunu göstermektedir. Pope ve arkadaşları, YB'un bipolar bozukluk ve şizofreniden daha kötü bir gidişe sahip olduğunu belirtmişlerdir.⁵ Hastalar kendi davranışlarının sonucunda gerçek hastalıklar geliştirebilirler, gereksiz tıbbi girişimler ve/veya kendine zarar verici davranışlarının sonucunda sakat kalabilir veya ölebilirler.

Sağaltımı üstlenen psikiyatrist için bozukluk, tam bir meydan okumadır. Etkin olabilecek yöntemlerin mevcut olduğu, ancak bunun klinisyenin esnekliğini ve yaratıcılığını gerektirdiği belirtilmektedir. Bozukluğun tek sağaltım yönteminin psikoterapi olduğu, ancak buna yönelik direncin ve nüks oranının yüksek olduğu ileri sürülmektedir. Olguların birçoğu ile birkaç psikiyatrik görüşmeden fazlasının yapılamadığı, sağaltımın sonlanma tehlikesinin en çok başlangıçta görüldüğü belirtilmektedir.^{7,22,36} Özellikle Munchausen Sendromu olarak da adlandırılan ve YB'lu hastaların büyük kısmını oluşturan fiziksel belirtili YB olgularının sağaltımlarının son derece güç, neredeyse olanaksız olduğu bildirilmektedir.³⁶

Psikoterapötik yöntemler kısaca üç ana başlıkta toplanmaktadır: Yüzleştirme, terapötik işbirliği kurma ve karşı aktarım sorunları. Yüzleştirmenin yapılmasının gerekliliği halen tartışmalı bir konudur. Yüzleştirme yapıldığında inkarın, içsel ve zorunlu bir savunma mekanizması olarak kullanması kaçınılmazdır. Yüz-

leştirme yapılacaksa, genel olarak kabul edilen ilke, doğrudan yapılmaması; sert, kırıncı bir dil kullanılmaması gerektiği şeklindedir. Yüzleştirmeyi birincil hekimin (dahiliye, göğüs hastalıkları hekimi gibi) sakın, yalın bir dil kullanarak kabullenici bir tarzda yapması, gerekirse psikiyatristin eşlik etmesi önerilmektedir.³⁶ Hastaların % 5'inin yüzleştirmenin tüm şekillerine dirençli olduğu belirtilmektedir. Gerçekte yüzleştirme, "hastanın kişiliğinin, inkar eden, olumsuz, regresif ve bütünlüşmemiş parçaları ile ilişkiye girmek için yapılan bir davet" amacına hizmet etmelidir. Yüzleştirme sonunda belirli davranış kalıplarının ortaya çıkabildiği belirtilmektedir:

1. Hasta herşeyi reddederek gidebilir,
2. Hastayı motive ederek terapötik işbirliğinin kurulmasını kolaylaştırabilir,
3. Hastada geçici olarak kendine zarar verici eylemler açığa çıkabilir,
4. Hasta ve sağaltım ekibi arasında bir konuşma konusuna yol açarak bir iletişim şekli oluşturabilir.^{14, 15}

Gerginlik ve saldırganlığın yüzleştirmenin bir sonucu olduğu ve uzun bir tartışma ile yatıştırılması gerektiği belirtilmektedir. Hastaya bu durumun psikiyatrik bir bozukluk olduğu, kendine zarar verici davranışın kendisindeki patolojik ve yardım arayan özelliğın bir dışavurumu olduğu açıklanmasının işbirliği kurulmasına yardımcı olabileceği unutulmamalıdır. Terapötik işbirliği için en sık kullanılan yöntem hastaneye yatırılır (birkaç haftadan 2 yıla kadar). Yataklı bir birimde kurulan işbirliği hasta kadar terapist için de avantajlara sahiptir. Terapist, özellikle sağaltımın başlangıcında ortaya çıkan eyleme vuruk davranışlarla daha kolay başeder, ilişki yatıştan dolayı stabil ve hasta için kaçınılmaz bir hal alır.¹⁴

Şimdiye kadar hastalarda genellikle analitik yönelimli olmak üzere çeşitli psikoterapi türleri (destekleyici psikoterapi, davranışçı terapi

gibi) uygulanmıştır. Sonuçlar tartışmalıdır. Günümüzde nesne ilişkileri kuramından yola çıkılarak başa çıkılamamış erken çocukluk yaşantılarının bir terapi süreci ile tekrar canlandığı, bu döneme ilişkin "anne ile bir olma isteği" ve "kendi benliğini kaybetme tehlikesi" ikileminin tekrar ortaya çıktığı ve terapist ile aktarım ve karşı aktarım sürecinin başlattığı bir iyileşmeden söz edilmektedir.³⁶

YB'da bildirilen kesin bir sağaltımın olmasından dolayı en iyi yaklaşımın hastalığı "erken tanıma" olduğu söylenebilir. Ancak bu yolla tıbbi olanakların yalnız kullanımı ve tıbbi istenilmeyen yan etkileri en aza indirmek olasıdır.

Günümüzde özellikle konsultasyon-liyezon psikiyatrisinde çalışan hekimlere önemli görevler düşmektedir. Öncelikle psikiyatri dışı diğer klinik dallarda çalışan ekipleri bu bozukluğun varlığı konusunda bilgilendirmek, aynı hastada gözlenen değişik veya sık değişen klinik tablo ve tanılarda, çok sayıda hastane başvurusunda, uygun sağaltıma rağmen geçmeyen hastalıklarda "yapay bozukluk" tanısını ayırıcı tanı içerisinde düşünmelerini ve psikiyatri ekibinden yardım almalarını sağlamak gereklidir. Psikiyatrik yardım almak istemeyen hasta grubunda ise:

1. Hastanın her tür girişimsel yöntemden (ameliyatlar, laparotomiler gibi) korunması,
2. Sağaltım ekiplerinin hastanın dinamikleri ve beklentileri konusunda eğitilmesi,
3. Bu hastaların sağaltılamadığı öngörüsünden yola çıkılarak dışlanmaması ve hastalarla çalışarak bozukluğa ilişkin bilgi birikiminin artırılması,
4. Hastalarda saptanan her bilginin psikiyatri literatürüne bildirilmesi gerektiği önerilmektedir.²²

KAYNAKLAR

1. Asher R: Munchausen's Syndrome. *Lancet* 1951; 1:339-341.
2. Ford CV, Feldman MD: Factitious disorders and malingering. JR Rundell, MG Wise (Eds): *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry'de*, Washington DC, American Psychiatric Press Inc, 1996, s.532-544.
3. Sutherland AJ, Rodin GM: Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics* 1990; 31(4):392-399.
4. Aduan RP, Fauci AS, Dale DC ve ark.: Factitious fever and self-induced infection: a report of 32 cases and review of the literature. *Ann Intern Med* 1979; 90:230-242.
5. Pope HG Jr, Jonas JM, Jones B: Factitious psychosis: phenomenology, family history and long term outcome of nine patients. *Am J Psychiatry* 1982; 139:1480-1483.
6. Bhugra D: Psychiatric Munchausen's Syndrome: literature review with case reports. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77:497-503.
7. Wallach J: Laboratory diagnosis of factitious disorders. *Arch Intern Med* 1994; 154(8):1690-1696.
8. Hofmann BF: Legitimacy of factitious disorder diagnosis. *Am J Psychiatry (letter)* 1990; 147(5):680-681.
9. Gockel KA, Vogelmann B, Handy W ve ark: Factitious AIDS: A case presentation and review of the literature. *Wisconsin Med Journal* 1990;633-634.
10. Susmann N: Factitious disorders. HI Kaplan, BJ Sadock (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V'de*, cilt:1, 1989, s.1136-1140.
11. Eisendrath SJ: Current overview of factitious physical disorders. MD Feldman, SJ Eisendrath (eds): *The Spectrum of Factitious Disorders'da*, American Psychiatric Press Inc., Washington D.C., 1996, s.21-36.
12. Cramer B, Gershberg M, Stern M: The Munchausen Syndrome or the problem of hospital hobos. *Arch Gen Psychiatry* 1971; 24:573-578.
13. Spivak H, Rodin G, Sutherland A: The psychology of factitious disorders. *Psychosomatics* 1994; 35(1):25-34.
14. Plassmann R: Inpatient and outpatient long-term psychotherapy of patients suffering from factitious disorders. *Psychother Psychosom* 1994; 62:96-107.
15. Freyberger H, Nordmeyer JP, Freyberg HJ ve ark.: Patients suffering from factitious disorders in the clinico-psychosomatic consultation-liaison service: psychodynamic processes, psychotherapeutic initial care and clinico interdisciplinary cooperation. *Psychother Psychosom* 1994; 62:108-122.
16. Sorias S: Mental Bozuklukların Sınıflandırılması. E.Ü.T.F Yayın Bürosu, İzmir, 1985; s.360-367.
17. Nadelson T: The Munchausen spectrume: borderline character features. *Gen Hosp Psychiatry* 1979; 10:11-17.
18. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3. baskı, revised, APA Press, Washington D.C., 1987; s.318-320.
19. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. baskı, APA Press, Washington D.C., 1994; s.471-475.
20. Rogers R, Bagby RM, Rector N: Diagnostic legitimacy of factitious disorder with psychological symptoms. *Am J Psychiatry* 1989; 146(10):1312-1314.
21. Jonas JM, Pope HG Jr: The dissimulating disorders: a single diagnostic entity? *Compr Psychiatry* 1985; 26:58-62.
22. Taylor S, Hyler SE: Update on factitious disorders. *Int J Psychiatry Med* 1993; 23(1):81-94.
23. Nadelson T: Historical perspectives on the spectrum of sickness: from "crock" to "crook". MD Feldman, SJ Eisendrath (eds): *The Spectrum of Factitious Disorders'da*, American Psychiatric Press Inc., Washington D.C., 1996, s.1-20.
24. Di Caprio JJ, Remafedi GJ: Adolescents with factitious HIV disease. *J Adolesc Health* 1997; 21(2):102-106.
25. Nordmeyer JP: An internist's view of patients with factitious disorders and factitious clinical symptomatology. *Psychother Psychosom* 1994; 62:30-40.
26. Eckhardt A: Factitious disorders in the field of neurology and psychiatry. *Psychother Psychosom* 1994; 62:56-62.
27. Parker PE: Factitious psychological disorders. MD Feldman, SJ Eisendrath (eds): *The Spectrum of Factitious Disorders'da*, American Psychiatric Press Inc., Washington D.C., 1996, s.37-49.
28. Mehl AL, Coble L, Johnson S: Munchausen Syndrome by proxy: a family affair. *Child Abuse & Neglect* 1990; 14:577-585.

29. Schreier HA: Factitious disorder by proxy in which the presenting problem is behavioral or psychiatric. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(5):668-670.
30. Bools C: Factitious illness by proxy, Munchausen Syndrome by proxy. *Br J Psychiatry* 1996; 169:268-275.
31. Ostfeld BM, Feldman MD: Factitious disorder by proxy: clinical features, detection, and management. MD Feldman, SJ Eisendrath (eds): *The Spectrum of Factitious Disorders'da*, American Psychiatric Press Inc., Washington D.C., 1996, s.83-103.
32. Grunberg G, Weiner JL, Silverman R ve ark.: Factitious hypoglisemia due to surreptitious administration of insuline. *Ann Inter Med* 1988; 108:252-257.
33. LoPiccolo CJ, Goodkin K, Baldewicz TT: Current issues in the diagnosis and management of malingering. *Ann Med* 1999; 31(3): 166-174.
34. Wise MG, Ford CV: Factitious disorders. *Prim Care* 1999; 26(2):315-326.
35. Van Moffaert MM: Self-mutilation: diagnosis and practical treatment. *Int J Psychiatry Med* 1990; 20(4):373-382.
36. Eisendrath SJ, Feder A: Management of factitious disorder. MD Feldman, SJ Eisendrath (eds): *The Spectrum of Factitious Disorders'da*, American Psychiatric Press Inc., Washington D.C., 1996, s.195-213.

8. ULUSAL SOSYAL PSİKİYATRİ KONGRESİ

7-10 Mayıs 2001

Lefkoşa - Girne

DÜZENLEYENLER

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Yakın Doğu Üniversitesi

Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği

Ana Konular

Kültür ve psikiyatri

Stigmatizasyon

Sosyal psikiyatri ve birinci basamak sağlık hizmetleriyle bütünleştirilmesi

Toplumsal değişme ve psikiyatri

Bilimsel Yazışma Adresleri

Yrd.Doç.Dr. Gamze AKYÜZ

C.Ü. Hastanesi Psikiyatri ABD SPK 2001 58140 SİVAS

Tel: 0346 2191010/2113, Faks: 0346 2191284

e-posta: odogan@cumhuriyet.edu.tr

Yrd.Doç.Dr. Ebru ÇAKICI

Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü SPK 2001 Lefkoşa/KIBRIS

Tel: 0392 2277738, Faks: 0392 2236461

e-posta: meh_cakici@yahoo.com

Kayıt ve Konaklama

Yıldız GÜRGÜN

DALYA TURİZM Ltd. Şti. 1435 Sk. 3/A Alsancak/İZMİR

Tel: 0232 4648830, Faks: 0232 4648831

e-posta: dalyatur@superonline.com

Yapı Kredi Bankası Yenikent Şubesi (Şube No. 339)

TL - 2291, USD - 1774-9, DM - 1758-2