

Çok sayıda ruhsal bozukluğu taklit eden bir yapay bozukluk olgusu*

Almıla EROL,¹ Suat BAYRAM,² Levent METE,³

ÖZET

Yapay bozukluk, böyle davranmayı gerektiren herhangi bir dış etken yokken, hasta rolünün benimsenmesiyle karakterize bir bozukluktur. Fizik ya da psikolojik belirti ve bulguların taklidi biçiminde ortaya çıkabilir. Psikolojik belirtilerle giden ve psikiyatrik bozuklukları taklit eden yapay bozukluk daha ender görülmekte, buna karşılık yol açtığı tanı, tedavi ve izleme sorunları açısından özellikle dikkati çekmektedir. Bu yazıda, yirmi dört yıldır yakınmaları olan, şizofreni ve temporal lob epilepsisi dahil olmak üzere çok sayıda tanı konmuş, değişik kurumlarda ayaktan ve uzun süreli yatışlarla izlendikten sonra, kliniğimize özkıyım düşünceleri nedeniyle yatırılan ve daha sonra uzun süreli ayaktan izleme sonucunda yapay bozukluk tanısı konan kırk sekiz yaşında bir kadın hasta sunulmakta, bu bağlamda yapay bozukluğun tanı ve tedavisinde dikkat edilmesi gereken noktalar tartışılmaktadır. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004; 5:249-253)

Anahtar sözcükler: Yapay bozukluk, psikolojik belirtiler, psödolojia fantastika

A case report of factitious disorder that mimics multiple mental disorders

ABSTRACT

Factitious disorder is characterized by intentionally production of illness signs and symptoms to assume sick role. It can present with both physical and psychological signs and symptoms. Factitious disorders with psychological symptoms that mimic psychiatric disorders are rare but take considerable interest because of the problems they cause in diagnosis, treatment and follow-up. In this paper we present a forty-eight years-old woman who had symptoms for twentyfour years and had been diagnosed with various illnesses including schizophrenia and tempore lobe epilepsy. After being followed-up in various outpatient and inpatient clinics with long hospital stays, she had been hospitalized in our clinic for suicidal ideations and had been diagnosed as factitious disorder after a long follow-up. In this paper, in the light of the patient's signs and symptoms, important points in diagnosis and treatment of factitious disorders are discussed. (Anatolian Journal of Psychiatry 2004; 5:249-253)

Key words: Factitious disorder, psychological symptoms, pseudologia fantastica

* Bu yazı 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

¹ Uzm.Dr., ² Asist.Dr., ³ Doç.Dr., Atatürk Eğt. ve Arş. Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İZMİR

Yazışma adresi: Dr. Almıla EROL, 1420 Sk. No.96/601 Özel Sağlık Hastanesi Karşısı Alsancak/İZMİR
E-posta: aerox@superonline.com

GİRİŞ

Yapay bozukluk fizik ya da psikolojik belirti ya da bulguların amaçlı olarak ortaya çıkarılması ya da bu tür belirti ya da bulgular varmış gibi davranılmasıyla belirli bir ruhsal bozukluktur. Ekonomik kazanç sağlamak ya da yasal sorumluluktan kaçınmak gibi böyle davranmayı gerektiren bir dış etken yoktur ve altta yatan motivasyon, hasta rolünün benimsenmesidir. Hastanın geçmişinde sıklıkla reddeden ya da kötüye kullanan anne-baba öyküsü ve benzeri travmatik yaşantılar söz konusudur.¹⁻³ Bu nedenle hasta bağımlılık gereksinimlerini karşılamak ve ilgi görmek için hasta rolünü benimser. DSM-IV'e göre "daha çok psikolojik belirti ve bulguları olan", "daha çok fizik belirti ve bulguları olan" ve "psikolojik ve fizik belirti ve bulgular birarada olan" biçiminde üç türü vardır.⁴ Hastada kalıcı hasarlara yol açabilen ve toplum için yüksek sağaltım giderlerine neden olan yapay bozukluk, sağlık çalışanları için en fazla sorun yaratan durumlardan birisi olarak önemini korumaktadır.^{5,6}

Yapay bozukluk konusundaki bilgi, olgu sunumları ve daha az sayıdaki olgu serilerine dayanmaktadır. Hastalığın istemli olarak ortaya çıkarılması nedeni ile standart araç ve yöntemlerin kullanılmasına dayalı toplum araştırmaları yoktur. Çeşitli yayınlarda yapay bozukluğun hastanede yatan hastalarındaki yaygınlığı %0.5-2 arasında bildirilmiştir.⁷⁻⁹ Fizik belirti ve bulguları olan yapay bozukluk nöroloji, dermatoloji, hematoloji gibi hemen tüm organ sistemleri ile ilgili olarak görülebilmektedir.^{10,11} Psikolojik belirti ve bulguları olan yapay bozukluğun yaygınlığı ise daha azdır ve %0.1-0.5 olarak bildirilmektedir.⁹ Psikolojik belirti ve bulguların olduğu yapay bozukluğun yas, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, ağrı bozukluğu, psikoz, bipolar bozukluk, dissosiyatif kimlik bozukluğu, yeme bozukluğu, amnezi, madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, parafili, hipersomni, transseksüalizm görünümünden herhangi birisi ile ortaya çıkabildiği bilinmektedir.³ Varsanılarla giden ya da sınır kişilik organizasyonu temelinde görülen yapay bozukluk olguları da bildirilmiştir.^{12,13}

Biz de bu yazıda yalnız psikolojik belirtilerle giden ve birden çok sayıda ruhsal bozukluğu taklit eden bir yapay bozukluk olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU

48 yaşında, evli, 3 çocuklu, yüksek okul mezunu,

vekil öğretmen olarak çalışan, kadın hasta. 2003 Ocak ayında sıkıntı, mutsuzluk, ağlama nöbetleri, "cin" dediği küçük yaratıklar görme, banyoya girmekten korkma, "gel kendini öldür" diyen sesler duyma, belli belirsiz gölgeler görme, evde eşyaları kırıp dökme ve çocuğunu dövme yakınmalarıyla hastanemiz psikiyatri polikliniğine başvurdu. Ölüm düşünceleri de olan hasta özkiyım riski nedeni ile psikiyatri sevisine yatırılarak izlenmeye başlandı.

Psikiyatrik Öykü

Yakınmaları 1979 yılında, 23 yaşındayken başlamış. Eşiyle tartışmaları sırasında bayılan hasta bir üniversite hastanesine götürülmüş. Orada yapılan değerlendirmede "psikotik bozukluk" tanısı konmuş ve yatırılarak tedavi edilmiş. Hastaneden çıkışından sonra ilaç kullanmamasına karşın üç yıl boyunca herhangi bir yakınması olmamış. Üç yıl sonra sıkıntı, bayılma, ölüm düşünceleri, "gel" diyen sesler duyma yakınmaları ile başvurduğu başka bir üniversite hastanesinde "şizofreni" tanısı ile altı ay yatırılarak tedavi görmüş. Hastaneden çıktıktan sonra yine ilaç kullanmamış ve iki buçuk yıl boyunca yakınması olmamış. 1985 yılında sıkıntı ve bayılma yakınmaları ile polikliniğimize başvurmuş. Konversiyon bozukluğu tanısıyla tedaviye alındıktan iki ay sonra, camları kırma isteği, unutkanlık, başkasının duymadığı kokular duyma yakınmaları ortaya çıkınca kliniğimize yatırılmış ve "temporal lob epilepsisi" düşünülerek nöroloji konsültasyonu istenmiş; ancak yapılan değerlendirmede herhangi bir nörolojik bozukluğu olmadığı belirtilmiştir.

1988-1999 yılları arasında çeşitli yakınmalarla polikliniğimize başvurmuş ve borderline kişilik bozukluğu, histrionik kişilik bozukluğu, konversiyon bozukluğu, atipik psikoz, dissosiyatif bozukluk, depresif bozukluk tanıları ile tedavi görmüş. Yirmi üç yıl boyunca hasta hemen her gruptan antidepresan ve antipsikotik ilaçlar ve tüm duygudurumu düzenleyici ilaçları kullanmış.

Öz ve Soygeçmişi

Dört kardeşin üçüncüsüdür. Olağan bir gebeliğin ardından dünyaya gelmiş. Anne ve babasının boşanması nedeniyle dört yaşından sonra babasını hiç görmemiş. Üç yaşında febril konvülsyon, 27 yaşında sarılık geçirmiş. Otuz dokuz yaşında erken menopoza girmiş. Otuz iki yaşında arabası ile kaza yapmış. Hastanın anlattığına göre önce "öldü" denerek üzeri gazeteyle örtülmüş, ama sonra

hastaneye kaldırılmış ve kurtarılmış. Şu anda ikinci eşi ve kızı ile yaşıyor. İlk eşi ve ondan olan iki çocuğunu ayrıldıktan sonra geçen onbeş yılda hiç görmemiş.

Ruhsal Durum Muayenesi

Yatış sırasında yapılan görüşmede, cin gördüğü biçiminde görsel varsanılar, cinin kendisini öldürmesini emreden sesini duyma biçiminde işitsel varsanılar tanımlıyordu. Cinin içine girdiğini ve içinde yaşadığını belirtiyordu. Bunun yanı sıra iç sıkıntısı, moral bozukluğu, ilgisizlik, kimse ile görüşmek istememe, uykusuzluk, özkiyım düşünceleri, bazı geçmiş olayları anımsayamama, önceden tanıdığı insanları geçici sürelerle anımsayamama ve tanımama yakınmaları getiriyordu. Anksiyöz duygulanım gözlenmemekle birlikte hasta yoğun anksiyete tanımlıyordu.

Fizik Muayene ve Laboratuvar İncelemeleri

Hastanın fizik muayenesi olağan olarak değerlendirildi. Rutin laboratuvar bakıları olağan sınırlar içerisindeydi. EEG, kranial tomografi ve kranial MRG bakıları olağan sınırlar içerisindeydi. Psikometrik incelemeleri hastanın çeşitli nedenler ileri sürerek geciktirmesi ve sık sık yarıda bırakması nedeni ile 3 haftada tamamlanamadı. Hasta, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterini yanıtlamayı tümüyle reddetti. Rorschach, Cümle Tamamlama ve Resim Çizme Testlerinde yapmacık davranma eğilimi saptandı. Bunun yanı sıra çevreden ilgi ve sevgi beklentilerinin fazla olduğu, bağımlı kişilik özellikleri taşıdığı biçiminde değerlendirme yapıldı.

İzleme

Hastaya yatışında depresif bozukluk ve psikotik bozukluk tanıları kondu ve daha önce kullanmadığı paroksetin 20 mg/gün, risperidon 6 mg/gün ve ayrıca anksiyetesi için diazepam 10 mg/gün başlandı. Hastanın serviste yattığı üç ay boyunca paroksetin 60 mg/güne, risperidon 12 mg/güne dek yükseltildi. Hastanın cin görme ve cinin sesini işitme biçimindeki yakınmaları sağaltıma karşın giderek şiddetlendi. Sürekli tedavi ekibinin fark etmediğini ama kendisinin çok sıkıntıda olduğunu belirtiyordu. Bu arada, özellikle tedavi ekibinin toplu olarak bulunduğu toplantılarda depresif belirtilerin arttığı gözleniyordu. Bu nedenle, tedaviye bir duygudurum düzenleyici eklenmesine karar verildi ve daha önce kullanmadığı karbamazepin 200 mg/gün başlanıp, kan düzeyi takibi ile

400 mg/güne çıkıldı. Ancak depresif belirtiler aynı şiddette sürdü.

Bu arada zaman zaman tedavi ekibinden kişileri ya da hekimini anımsamadığını söylüyor, ya da anımsamadığını belirlen davranışlarda bulunuyordu. Kendisini izleyen hekime hemen her gün özgeçmişini ile ilgili değişik ve çok renkli, dramatik öyküler anlatıyordu. Bu öykülerden birisi yirmili yaşlarda iken babasına ait olan araba ile yola çıkarak sıkıntısını yenmek için 5-6 arabaya birden kasıtlı olarak çarpmasıydı. Daha sonra aslında canı sıkıldıkça 2-3 yılda bir trafiğe çıkarak çok sayıda arabaya isteyerek çarptığını ve bu biçimde çok sayıda araba parçaladığını ekledi. Bir başka öyküde ise, araba kullanırken bir kamyonun önüne çıktığını ve arabasıyla birlikte kamyonun altında kaldığını anlattı. Olay yerinde "öldü" sanılarak üzerine gazete örtüldüğünü ve bu biçimde saatlerce yolda yattığını, morga götürülürken son anda yaşadığının fark edildiğini belirtti. Bunun dışında ilk eşi ile ilgili olarak eşinin kendisini eve hapsedip yıllarca ev dışına çıkarmadığından ve beyin kanaması geçirecek kadar dövdüğünden söz ediyordu. Aynı öykü daha sonra tekrar konuşulduğunda ayrıntıların değiştiği fark ediliyordu. Hiçbir öykü için tanık bulunamayışı dikkat çekiciydi. Yatışının üçüncü haftasında klinik penceresinden gördüğü tüm bacaları sayma, tüm evleri sayma gibi kendi deyimi ile "takıntıları" olduğunu belirtti. Ancak buna tedavi ekibinden kimse tanık olmadı.

Hasta, üç aylık izlemenin sonunda belirtilerinde düzelme olmadan taburcu edildi. Kesin tanı için hastanın uzun süreli izlenmesine karar verildi. Ön tanılar arasına psikotik bozukluk, depresif bozukluk ve yapay bozukluk alındı. Hastane çıkışı sonrası haftada bir yapılan düzenli görüşmelerle altı ay izlendi. Her görüşmeye yoğun bir sıkıntı ile geliyor ve yatış isteğini dile getiriyordu. Yatışının uygun olmadığı söylendiğinde ise, özkiyım düşünceleri olduğunu, denememek için kendisini zor tuttuğunu ve birkaç kez tam özkiyım girişiminde bulunacakken eşi tarafından engellendiğini belirtiyordu. Cinin sesini eskisinden de fazla duyduğunu, davranışlarının cinin denetimine girdiği zamanlarda cinin isteği ile özkiyım yapabileceğini ve bunu ancak hastane yatışı ile önleyebileceğini söylüyordu. Bu arada halıdaki desenleri ve evdeki bardakları tekrar tekrar saydığını ve bunu saçma bulsa da engel olamadığını belirtiyordu. Ancak eşi hastanın bu tür davranışlarını hiç görmediğini belirtti.

Üç ay yatarak ve altı ay ayaktan izlemenin sonunda hastaya yapay bozukluk tanısı kondu ve tüm ilaçlarının azaltılarak kesilmesine karar verildi. İlaçların dozlarının azaltılmasının ardından belirtilerde herhangi bir değişiklik olmadı. Yapay bozukluk tanısı konduktan sonraki ilk görüşmelerde yalnız destekleyici yaklaşımda bulunuldu ve hastanın yüzleştirilmesinden kaçınıldı. İlerleyen görüşmelerde hastanın sosyal ve mesleki işlevselliğinin geliştirilmesi ve korunması için önerilerde bulunuldu. Yatış isteklerini yinedikçe yatış gerektiren bir hastalığının olmadığı ve getirdiği yakınmalar ile başa çıkabilmesi için kendisine yardımcı olunacağı ancak bunun hastane yatışı ya da ilaç tedavisi ile olmayacağı anlatıldı. Hasta bu görüşmenin ardından kontrollere gelmeyi bıraktı ve bir daha hastanemize başvurusu olmadı. Kendisi ile tekrar iletişim kurulamadı.

TARTIŞMA

Yapay psikiyatrik bozukluklar ender görülen ve tanı konulması zor olan bir hastalık grubudur. Tanısal yönelimin ana öğeleri hasta tarafından bildirilen belirtilerin tuhaflığı, tedaviye yanıtsızlığı, hastalığın beklenmeyen ve şaşırtıcı seyri, hastalık öyküsünün çok çeşitliliği ve geçmişte çok sayıda kesin olmayan tanı almış olmasıdır.^{3,14}

Hastamızda izleme süresince ortaya çıkan belirtiler çok sayıda psikiyatrik tanıyı düşündürmekteydi. Yoğun olarak yakındığı mutsuzluk, sıkıntı, uykusuzluk, isteksizlik yakınmaları ve özkiyım düşünceleri depresif bozukluğu; cinin sesini duyma biçimindeki işitsel varsanılar ve cin tarafından davranışlarının yönetildiği biçiminde etkilenme sanrısı olarak yorumlanabilecek düşünceleri psikotik bozukluğu; baca sayma, bardak sayma biçiminde tanımladığı kompulsyonları obsessif-kompulsif bozukluğu akla getirmekteydi. Ayrıca konversiyon doğasında bayımlara benzer baygınlıkları gözleniyordu. Bunlara ek olarak hastanın geçmişteki hastane kayıtları incelendiğinde psikotik bozukluk, şizofreni, konversiyon bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, histrionik kişilik bozukluğu, atipik psikoz, dissosiyatif bozukluk ve depresif bozukluğun da dahil olduğu pek çok tanı ile izlenmiş olduğu saptandı. Hastaya daha önce konulmuş olan bu tanımlar ve bizim izleme sırasında düşünmüş olduğumuz ön tanımlar psikolojik belirti ve bulguları olan yapay bozuklukta en çok rastlanan tablolarıdır.^{3,14} Çok sayıda psikiyatrik tanının düşünülmüş

olması, izleme boyunca hastanın belirtilerinin inandırıcı olmayan ve alışlagelmiş belirtilere tam uymayan garip doğası, belirtilerin ilaç tedavisine yanıt vermemesi ya da uygun olmayan yanıtların görülmesi (antidepresan ilaç ile psikotik belirtilerin düzeldiğinin bildirilmesi ya da antipsikotik ilaç eklenmesi ile psikotik belirtilerin şiddetlenmesi gibi) hastada yapay bozukluk tanısının düşünülmesine neden oldu.

Yapay bozuklukta altta yatan motivasyon hasta rolünün benimsenmesidir.⁴ Hastanın öyküsünde çeşitli hastanelerde psikiyatri kliniklerinde yatış ve sağaltım için çok sayıda farklı sağlık kurumuna başvuru vardır. Ayaktan izlendiği süre içerisinde sürekli olarak iyileşmediğini belirterek yatış isteminde bulunmuştur. Hasta olarak izlenmekten, hasta rolünden oldukça memnun görünmekte ve yatarak izlenmeyi yeğlemektedir. İzlem süresince hastalıktan dolayı ikincil bir çıkarı olmamış, yalnız kendisini izleyen tedavi ekibinden yoğun ilgi beklentileri sergilemiştir. Önceleri konversiyon doğasında bayılma olarak değerlendirilen kendini yere bırakma biçimindeki yakınmaları hemen her zaman hekiminin başka bir hasta ile ilgilendiği zamanlarda olmuştur. Yapay bozukluk olgularında hastaların özgeçmişinde kötüye kullanan, yoksun bırakan, gereksinimleri karşılamayan anne ve babaların olduğu ya da bazen çocukluk döneminde anne ve/veya babanın hiç olmadığı sıkça saptanmaktadır.³ Bu ve benzeri travmatik yaşantılar nedeniyle başka türlü karşılanamayan ilgi ve sevgi gibi beklentiler hasta rolü üzerinden tedavi ekibinden elde edilmeye çalışılmaktadır. Olgumuzda da dört yaşında baba aileden tamamen ayrılmış ve bir daha iletişim olmamıştır.

Yapay bozuklukta hasta tarafından çok çeşitli, acıklı ve şaşırtıcı nitelikte geçmiş yaşantılardan söz edilmesi, ama bunları doğrulayacak tanık olmaması sık görülen bir durumdur.³ Bu yolla yineleyici yalan söylemenin bir aldatma düzeni biçimini almasına "psödolojia fantastika", "patolojik yalan söyleme" ya da "mitomani" gibi çeşitli isimler verilmiştir.¹⁵ Psödolojia fantastikada anlatılan öykü genellikle olabilir nitelikte ve gerçeklerle bir biçimde bağlantılıdır. Öykülerin temaları değişken olabilir ama olayın kahraman ya da kurbanı hemen her zaman kişinin kendisidir.¹⁶ Bizim olgumuz da çeşitli kazalar geçirme, öldü sanılarak morga götürülme girişimi gibi dramatik olaylar anlatmaktaydı. Bu olaylar hastanın geçmişi ile bağlantılı gibi

görünse de hiçbirinin hastanın anlattığı biçimde gerçekleştiği kanıtlanamadı, hatta çoğu öykü için tanıklık edecek kimse yoktu. Ayrıca her anlatışında olayların ayrıntılarını farklı aktarıyordu.

Yapay bozuklukta demografik özellikler incelendiğinde hastaların önemli bir bölümünü kadınların oluşturduğu, hastaların eğitim düzeyinin sıklıkla yüksek olduğu (lise ya da üzeri), çoğu olgunun bir meslek sahibi olduğu ve bir işte çalıştığı, sosyo-ekonomik düzeylerinin ortalama ya da üzerinde olduğu bildirilmiştir.¹⁷ Başlangıç yaşı ise erken erişkinlik dönemine rastlamaktadır.¹⁷ Olgumuzun demografik özellikleri de bu bilgilerle uyumludur. Bunlara ek olarak olguda gerek sosyal, gerekse mesleki işlevselliğin yıllardır psikiyatrik sağaltım gören ve şizofreni de dahil çeşitli psikiyatrik tanıları almış bir hasta için beklenenden çok iyi olması da yapay bozukluk lehine yorumlanabilecek bir bulgudur.

Sonuç olarak yapay bozukluğun tanısı davranış,

motivasyon ve tıbbi öykünün dikkatle incelenmesine dayanmalıdır. Hastalık çok geniş bir yelpazedeki fiziksel ve ruhsal hastalıkları taklit edebileceği için tanı koyarken tüm olasılıklar gözönünde bulundurulmalıdır. Görece ender görülen bir bozukluk olması nedeniyle yapay bozukluk için etkin yaklaşım ve sağaltım yöntemlerini gösteren bilgiler hala yetersizdir. Yüzleştirmenin, hastanın belirtileri yapay olarak ortaya çıkardığını kabul etmesini sağlamadığı gibi; sağaltımın bırakılmasına neden olabildiği saptanmıştır.³ Bu nedenle yüzleştirmenin mümkün olduğunca geciktirilmesi, hastaların destekleyici yaklaşımla izlenmesi, eşduyumsal bir hasta-hekim ilişkisi kurulması ve hastanın hastalık ortaya çıkarmaya yönelik davranışlarının zaman içerisinde değiştirilmeye çalışılması en uygun yaklaşım olacaktır. Bizim olgumuz için hastalığının hastane yatışı ve ilaç tedavisi gerektirmediğinin söylenmesi bile bir yüzleştirme yerine geçmiş ve hastanın tedaviden uzaklaşmasına neden olmuştur.

KAYNAKLAR

1. Eisendrath SJ, McNiel DE. Factitious disorders in civil litigation: twenty cases illustrating the spectrum of abnormal illness-affirming behavior. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002; 30:391-399.
2. Goldstein AB. Identification and classification of factitious disorders: an analysis of cases reported during a ten year period. *Int J Psychiatry Med* 1998; 28:221-241.
3. Feldman MD, Ford CV. Factitious disorders. *BJ Sadock, VA Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry'de, yedinci baskı, cilt 1, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2000, s.1533-1543.*
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition)*, Washington DC, APA, 1994.
5. Carney MW, Brown JP. Clinical features and motives among 42 artifactual illness patients. *Br J Med Psychol* 1983; 56:57-66.
6. Feldman MD. The costs of factitious disorders. *Psychosomatics* 1983; 35:506-507.
7. Eckardt-Henn A. Factitious disorders and Munchausen's syndrome. The state of research. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1999; 49:75-89.
8. Reich P, Gottfried LA. Factitious disorders in a teaching hospital. *Ann Intern Med* 1983; 99:240.
9. Sutherland AJ, Rodin GM. Factitious disorder in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics* 1990; 31:392-399.
10. Pokroy R, Markovich A. Self inflicted (factitious) conjunctivitis. *Ophthalmology* 2003; 110:790-795.
11. Siegel AJ, Chu JA. Factitious anemia due to self administered bloodletting in psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190:788-789.
12. Yıldız M, Torun F. Varsanılarla giden bir yapay bozukluk olgusu. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14:239-244.
13. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Sınır kişilik organizasyonu temelinde narsistik kişilik bozukluğu ve yapay bozukluk: Psikanalitik psikoterapi süreci. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13:152-160.
14. Limosin F, Loze JY, Roillon F. Clinical features and psychopathology of factitious disorders. *Ann Med Interne* 2002; 153:499-502.
15. King BH, Ford CV. *Pseudologia fantastica*. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77:1-6.
16. Newmark N, Kay J. *Pseudologia fantastica and factitious disorder: review of the literature and case report*. *Comp Psychiatry* 1999; 40:89-95.
17. Krahn LE, Li H, O'Connor MK. Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical symptoms. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1163-1168.