

Monosemptomatik hipokondriyak psikoz: Olgu sunumu

Gülfizar S. VARMA,¹ Figen Ç. ATEŞÇİ,² Nalan K. OĞUZHANOĞLU³

ÖZET

Somatik tip sanrısız bozukluk monosemptomatik hipokondriyak psikoz olarak bilinmekte olup, DSM-IV'e göre kişide fiziksel bir kusur ya da genel tıbbi bir durum olduğuna ilişkin bedensel sanrının bulunması ile karakterizedir. Kırk yedi yaşındaki erkek hasta, kendisinde pıhtılaşma bozukluğu olduğu iddiası ile bir torba dolusu kan ve et parçası ile acil servise başvurmuştur. Fizik muayenede bedenin birçok yerinde kendisi tarafından oluşturulmuş çok sayıda kesi ve yara izine rastlanmıştır. Kendisinde henüz tıp dünyasında bilinmeyen bir hastalık olduğunu iddia eden bu hastanın ayırıcı tanısına ve tedavisindeki güçlüklerle dikkat çekilmesi açısından tartışılması uygun bulunmuştur. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:70-73)

Anahtar sözcükler: Monosemptomatik hipokondriyak psikoz, self mutilasyon

A case of monosymptomatic hypochondriacal psychosis

ABSTRACT

Somatic type of delusional disorder is known monosymptomatic hypochondriacal psychosis. According to DSM-VI, delusional disorder somatic type is defined as a somatic delusion in which a person believes he or she has a physical defect or general medical condition. A 47-year old man who claim had a disorder of coagulation, apply to emergency service with blood in a packet and a piece of meat. The patient has got coetaneous lesions results from self-injury to the skin. He said to that he had a disorder to unknown by medicine. This patient has been presented for the purpose of differential diagnosis and difficulty in treatment. (Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:70-73)

Key words: monosymptomatic hypochondriacal psychosis, self-mutilation

GİRİŞ

Kalıcı ve ısrarlı bir veya birden çok sayıda garip olmayan sanrının klinik görünümüne egemen olduğu durumları tanımlayan sanrısız bozukluk, geçmişte 'paranoya' ya da 'paranoid bozukluk' olarak adlandırılmaktaydı. Tarihsel süreçte paranoya terimi, geç başlangıçlı ve sistematize sanrılardan oluşan, düzelme olmaksızın yıllarca süren fakat yıkımla sonuçlanmayan bir durum olarak nitelendirilmiştir. 1987'de yayımlanan DSM-III-R'de 'sanrısız bozukluk' terimi modern

tanımlama ve sınıflandırma sistemine girmiş; DSM-IV'te büyüklük, erotomanik, kıskançlık, düşmanlık görme, bedensel, karışık ve belirlenmemiş alt tipleri tanımlanmıştır. Sanrısız bozukluk bedensel alt tipi monosemptomatik hipokondriyak psikoz olarak adlandırılmaktadır. Bu durumda kişi bir hastalığı olduğu inancı taşımakta, sanrısız inancın bir parçası olarak, klinik görünümüne egemen olmayan varsanılar bulunabilmektedir.¹⁻³

Self mutilasyon, kendini yaralama anlamına

¹ Uzm.Dr., ² Doç.Dr., ³ Prof.Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı DENİZLİ
Yazışma adresi: Dr. Gülfizar S. VARMA, Pamukkale Ü.T.F. Psikiyatri ABD, Doktorlar Cad. DENİZLİ
E-posta: gulfiz@yahoo.com

gelen bir terim olup bilinçli bir biçimde ve ölümü amaçlamaksızın organlarına ciddi düzeyde zarar verici davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Kendine fiziksel olarak zarar verme davranışı gerçek bir intihar girişimi ya da kendini cezalandırma yerine sembolik olarak uygulanabilmektedir. Aslında amaç gerginliğin azaltılması ve kendini daha iyi hissetmenin sağlanmasıdır. Kendini yaralama psikotik bozukluklar, ağır zehirlenmeler ve cinsel kimlik bozuklukları gibi durumlarda cinsel organ yaralanmaları, göz gibi bir organın çıkarılması veya ekstremitte amputasyonu gibi bedende kalıcı hasar bırakılması biçiminde olabilmektedir. Bununla birlikte deride kesikler, yanıklar, iğne batırılması, kan çıkarma, saç yolma gibi daha yüzeysel ve orta şiddette durumlarla karşılaşmakta; bunlar daha çok borderline kişilik bozukluğu, zeka geriliği, organik nedenlere bağlı bozukluklar, antisosyal kişilik bozukluğu ve yapay bozuklukta (Münchhausen sendromu) görülmektedir.^{2,4-9}

Bu yazıda, anormal pıhtılaşmaya yol açan bir hastalığa sahip olduğu inancı taşıyan, kanını akıtarak rahatlayan ve bedeninde özellikle yüz bölgesi ve üst ekstremitede lezyonlar oluşturan bir olgunun ayırıcı tanı açısından tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU

A.K., 47 yaşında, yüksek okul mezunu, inşaat teknikeri olarak çalışan, evli, 3 çocuklu erkek hastadır. Sol kolundan çıktığını iddia ettiği bir torba dolusu kan ve yaklaşık avuç içi büyüklüğünde et parçası görünümündeki materyalle acil servise başvuran hasta, psikiyatri konsültasyonu istenmesi üzerine tarafımızca değerlendirilmiştir.

Acil serviste yapılan görüşmede, sol kolunda uyuşma hisseden hastanın sopayla koluna şiddetli biçimde vurduğu, kolundaki şişme ve morarmayı takiben bu bölgede biriktiğini düşündüğü kanı boşaltmak amacıyla bistüri ile bileğini 1.5-2 cm kestiği öğrenildi. Hastaya göre kesi yerinden yaklaşık 1-2 litre kan akmasını takiben, ipliksi oluşumlar ve pıhtılaşmış bir materyal çıkmış ve tüm bu işlemler ailesi ile birlikte ve zaman zaman eşinin yardımıyla gerçekleşmiştir. Hasta, kanında anormal pıhtılaşmaya yol açan, henüz keşfedilmemiş bir hastalık olduğunu ve bu hastalığın tanısı ile tıbbi ışık tutulabileceğini, yüksek sesle, öfkeli biçimde yineliyordu. İsrarla genel cerrahi doktoru ile görüşmek isteyen hasta, kolunda geri kalan pıhtının çıkarılmasını istiyordu. Psikiyatrik görüşmeyi ve

tedaviyi reddeden hastanın ailesine ulaşıldı. Eşi ve kızı ile yapılan görüşmede, Bay A'nın fiziksel bir hastalığı olduğu inancını paylaştıkları öğrenildi. Psikiyatrik tedaviyi kabul etmeyen hasta, zuclophenticsol acuphase kas içine uygulanarak, yakınlarının bilgisi ve onayı ile psikiyatri servisine yatırıldı.

Hasta ve yakınlarından alınan bilgiler ve yapılan dosya incelemesi sonucunda hastanın yaklaşık 15 yıldır çeşitli bedensel ve ruhsal belirtiler nedeniyle birçok farklı hekime ve hastaneye başvurduğu öğrenildi. Kulak akıntısı, saçlarda ve bıyıklarda dökülme, bedende yaygın kaşıntı, ellerde titreme, çabuk sinirlenme, sıcağa dayanamama, aşırı terleme, halsizlik gibi yakınmalarla kulak-burun-boğaz, dermatoloji, dahiliye polikliniklerine başvurduğu; ancak alopecia areata dışında herhangi bir hastalık saptanmadığı belirlendi. Rutin biyokimyasal incelemelerin yanı sıra diyabetes mellitus ve tiroid hormon bozukluklarını araştırmaya yönelik incelemeler de normal olarak değerlendirildi. Hastanın 2 yıl önce depresif belirtilerle polikliniğimize başvurduğu ve depresyon ön tanısıyla antidepresan ilaç başlandığı, ama hastanın ilacı almadığı ve kontrollere gelmediği anlaşıldı. Aynı dönemde ateş etiolojisinin araştırılması amacıyla enfeksiyon hastalıkları servisinde yatırılarak izlendiği, ancak yattığı süre içinde ateş yüksekliği ve ateşe yol açabilecek herhangi bir patoloji saptanmadığı öğrenildi. Bu arada hastanın il dışında da çok sayıda hekime başvurduğu öğrenildi.

Hasta bir yıl önce sinirlilik, yoğun sıkıntı duygusu ve intihar düşüncelerinin olduğu bir dönemde, sıkıntısının kaynağının kafasında birikmiş kan olabileceğini düşünerek alın bölgesinden arkaya doğru bir kesi oluşturmuş. Kanını akıtarak büyük bir rahatlama hisseden hasta, sıkıntılı olduğunda özellikle bedeninin üst yarısında cildini kaşıyıp bazen de kesip kanatarak rahatlama başlamış. Ayrıca hasta, pıhtılaşmış olduğunu düşündüğü kanın örümcek gibi bedeninde yürüdüğünü duyumsadığını da belirtmiştir.

Özgeçmiş ve soygeçmiş: Belirgin bir özellik ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmadı. Hastalık öncesinde titiz, düzenli, bazı sosyal uğraşları olan, çevresinde sevilen biri olarak tanımlandı.

Ruhsal durum muayenesi: Hastanın yüz/böyün bölgesinde ve ellerinde çok sayıda kesi izi, hiperemik yaralar dikkati çekmekteydi. Sol kolu tamamen ekimotikti, bilek bölgesinde 1-2 cm boyutlarında kesi izi vardı. Görüşmedeki tutumu düşmansı ve savunmacıydı; yüksek ses tonu ile

konuşuyordu ve miktarı artmıştı. Duygulanımı anksiyeteli, huzursuz ve öfkeliydi. Bilinci açık; yere, kişiye ve zamana yönelimi tamdı; dikkati bedensel duyularına odaklanmış, algılama da taktik duyular (pıhtılaşmış kanın bedeninde dolaştığını hissetme şeklinde) vardı, zekası normal izlenimi veriyordu. Düşünce süreci olağan, içeriğinde bedensel sanrı (kendisinde bir hastalık olduğu inancı), büyüklük (hastalığın keşfiyle tıp dünyasına ışık tutacağı düşünceleri) ve hastalığına önem verilmediği düşüncesi ile hekimlere yoğun öfke ve güvensizlik göze çarpıyordu. Yargılama ve gerçeği değerlendirme yetileri sanrısız içerikle ilgili konularda bozulmuş olan hastanın soyut düşünme yetisi normaldi. Kendi bedenine zarar verici davranışlar (özellikle bedenin üst yarısında kesiler, yaralar oluşturma gibi) vardı. Fizyolojik bulguları normaldi.

Psikolojik testlerden MMPI profilinde histriyonik, borderline, narsistik kişilik yapılanması dikkati çekmekteydi.

Klinik gidiş: Hastaya sanrısız bozukluk bedensel tip ön tanısıyla risperidon 2 mg/gün başlandı; süreç içinde 6 mg/güne yükseltildi. Kendini yaralama davranışlarını kontrol etmesi konusunda anlaşma yapıldı. Hastanın rutin biyokimyasal incelemelerinde anemi dışında patoloji saptanmadı. Tiroid işlev testleri, B₁₂, folik asit düzeyleri ve kranial MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme) normal olarak değerlendirildi. Hipokrom mikrositer anemisi nedeniyle dahiliye konsültasyonu istendi. Anemi kronik kan kaybına bağlandı ve buna yönelik tedavi başlandı. Dermatoloji konsültasyonu sonucu dermatitis artefacta tanısı konuldu, enfekte yaralara yönelik semptomatik tedavi uygulandı.

Eşi ve kızı ile ayrı ayrı görüşüldü. Hastanın içinde aktif olduğu ve iyi bir biçimde görevini sürdürdüğü, sosyal ilişkilerinde sorun yaşamadığı ve herkes tarafından sevilen, saygı duyulan bir kişi olduğu öğrenildi. Hasta, hastaneye yattıktan 10 gün sonra anal bölgesinden, kolundan çıkan parçaya benzer kanla karışık peltemsi bir parçanın düştüğünü belirtti. Aynı gün gastroenteroloji konsültasyonu istendi, yapılan rektal muayenede taze kanama; takiben yapılan rektosigmoidoskopide anal kanaldan itibaren 4-5 cm'lik bir alanda yeni ve eski travmatik eroziv alanlar saptandı. Bu durum hastayla görüşüldüğünde, lezyonları hastalık taşıyan kanı akıtmak amacıyla kendisinin yaptığını belirtti. Yatış sırasında kendine zarar vermemesi konusunda yapılan anlaşma anımsatıldığında, kanındaki hastalıkla ve bunun tedavisiyle ilgilenilmediğini ve taburcu olmak istediğini dile getirdi. Sonraki

görüşmelerde hastanede kalması konusunda ikna edilemeyen hasta, ailesinin de onayıyla ayaktan kontrol muayenesine çağrılarak taburcu edildi. Yaklaşık 15 gün hastanede yatan Bay A'da hastaneye yattığı ilk günden itibaren gerginlik ve sıkıntısında azalma fark edildi, ancak düşünce içeriğinde bir değişiklik saptanmadı. Bir kez kontrole gelen hastanın ilacını kullanmadığı öğrenildi. Depo antipsikotik başlanması düşünülen hasta bir daha kontrole gelmedi.

TARTIŞMA

Olgumuz az görüldüğü düşünülen sanrısız bozukluk-self mutilatif davranış birlikteliğine örnek oluşturduğu ve tedavisindeki güçlükler nedeniyle olgu sunumu olarak tartışılmaya değer görülmüştür.

Hastanın, kanında pıhtılaşma bozukluğu olduğuna ilişkin bedensel sanrısı vardır. Sanrı içeriği ile uyumlu taktik duyular dışında algı bozukluğu saptanmamıştır. Hastanın işlevselliği sadece sanrısının yaşamına etkisi ile sınırlıdır ve mesleki, sosyal işlevselliğini iyi düzeyde sürdürmektedir. Sanrısının bir uzantısı olarak bedeninde yaralar ve kesiler oluşturan hastaya sanrısız bozukluk-bedensel tip tanısı konulmuştur. Hastanın fiziksel bir hastalığının olduğu düşüncesi, yapılan inceleme ve muayeneler normal olarak değerlendirildiği halde, bu düşüncesinin sürmesi ve verilen tıbbi güvencelerle ikna olmaması, ayırıcı tanıda içgörüsü az olan hipokondriyazisi düşündürmektedir.³ Ancak Bay A'nın hasta olduğu inancının sanrısız boyutta olması, henüz tıp dünyasında bilinmeyen bir hastalığı olduğunu düşünmesi, hastalığını kanıtlamak için garip sayılabilecek yöntemlere başvurusu (rektumunda lezyon oluşturma gibi) bizi ayırıcı tanıda hipokondriyazisten uzaklaştırmıştır.

Bay A birçok fiziksel yakınma ile çok sayıda hekime ve hastaneye başvurmuştur. Hekimler tarafından hasta olarak kabulüne belirgin önem vermesi dikkat çekicidir. Tüm bunlar göz önüne alındığında, bu hastada sanrısız bozukluğun yanı sıra yapay bozukluk tanısı göz ardı edilmemelidir. Yapay bozuklukta hasta olma isteği temeldir. Böyle davranmayı gerektiren bir dış etken yoktur ve amaç psikiyatrik ya da tıbbi tedavi görmek değil, hasta rolünü üzerine almaktır. Bu nedenle yineleyici bir biçimde ruhsal ve fizik hastalığın belirtileri ortaya çıkarılmaktadır. Semptomatolojinin kullanılması ciddi bir fiziksel hastalığın neredeyse kopyası gibidir ve bu kişilere hastanenin farklı servislerinde

farklı tanıları konmaktadır. En önemli amaç hastaneye yatmaktır. Ancak yeni belirtiler üretmek tanı konulmasına engel olunur. Hileli ateş, hemoptizi, abse, distoni, yara açma, hematüri, akciğerle ilgili belirtilerle sık karşılaşılır. Bu kişiler hastanede kısa sürede kalır ve genellikle takma isim kullanırlar.^{10,11} Bay A için hasta olma isteği ve hasta rolünden öte, kanında henüz tıbbin bilmediği bir hastalık olduğu inancı ön plandadır. Bu hastalığın keşfi için çaba göstermekte, tıbbı ışık tutacağını düşünmektedir. Kendini yaralama davranışı içsel ruhsal gereksinmelerin doyurulması ve gerginliğin azaltılmasına hizmet etmekte,⁷ özellikle intihar eğiliminin arttığı dönemlerde⁸ görülmektedir. Hastamızın kendini yaralama davranışı, yoğun sıkıntı ve intihar düşüncelerinin olduğu zamanda başlamıştır. Bu davranış sıkıntısından, hastalıklı kandan kurtulmak ve aynı zamanda kanındaki hastalığı kanıtlamak amacıyla yapılmaktadır. Tüm bunlar hastamızın kanında tıbbin bilmediği bir hastalık olduğu inancıyla/sanrısıyla ilişkilidir. Bu nedenle yapay bozukluk tanısından uzaklaşmıştır.

Bay A'nın eşinin ve çocuklarının hastayla benzer düşünceleri taşıması, hatta onun bu düşüncelere uygun davranışlara eşlik etmesi paylaşılmış psikozu düşündürmüştür.¹² Ancak aile üyeleri ile görüşüldüğünde ve hastanın durumu hakkında bilgilendirildiklerinde bu düşüncelerinin değiştiği, bu bireylerin psikotik bir süreç

içinde olmadıkları görülmüştür.

Sanrısız bozukluğun geç-orta yaşlarda ortaya çıktığı ve özellikle limbik sistem ve bazal ganglionları etkileyen tıbbi durumların sanrılara yol açabildiği bilinmektedir.² Hastamız organik etioloji yönünden araştırılmış ancak patolojik bir bulguya rastlanmamıştır.

Sanrısız bozukluğun tedavisi zor olup, hatsaların kendiliğinden psikiyatrik tedavi arayışında olmadıkları ve tedaviyi sürdürmedikleri bilinmektedir.¹ Tedavide pimozid kullanılmakla birlikte, son zamanlarda özellikle kardiyak ve ekstrapiramidal yan etkileri nedeniyle daha az önerilmekte; risperidon, olanzapin gibi yeni kuşak antipsikotikler yeğlenmektedir.^{13,14} Hastamız risperidondan fayda görmemiştir. Bu durum ilacın düzenli ve etkin dozda kullanılmamasından kaynaklanmış olabilir. Hastanın tedaviye uyum göstermemesi, ruhsal değil fiziksel bir hastalığının olduğuna inanması ve yeterli aile desteğinin olmaması ile ilişkilendirilebilir.

Sonuç olarak, bazı fiziksel belirtilerle çok sayıda hekime ve hastaneye başvuran hastaların ayırtıcı tanısında, sanrısız bozukluk bedensel alt tipin önemli olduğu kanısındayız. Özellikle acil servise ve diğer bölümlere başvuran bu hastaların tanınması, gereksiz incelemeler ve girişimleri azaltarak hastanın kendine zarar verme davranışını önleyebilir.

KAYNAKLAR

1. Kırkpınar İ. Sanrısız (paranoid) bozukluk. C Güleç, E Köroğlu (eds), *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1998, s.367-379.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. *Klinik Psikiyatri. E Abay* (çev. ed.), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004, s.150-156.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* (1994). Dördüncü baskı (DSM-IV). E Köroğlu (çev.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1998.
4. Martin T, Gattaz WF. *Psychiatric aspects of male genital self-mutilation. Psychopathology* 1991; 24:170-178.
5. Gamulescu MA, Serguhn S, Aigner JM, Lohmann CP, Roider J. *Enucleation as a form of self-aggression-2 case reports and review of the literature. Klin Monatsbl Augenheilkd* 2001; 218:451-454.
6. Eren İ, İnanlı Çivi İ, Çalışkan AM. *Kendini yaralama davranışında risk faktörleri: Olgu sunumu. Türkiye'de Psikiyatri* 2005; 7:129-133.
7. Canat S. *Kendini yaralama davranışı (Self-mutilation)*. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 1999; 1:46-48.
8. Demirel S, Canat S. *Ankara'daki beş eğitim kurumunda kendini yaralama davranışı üzerine bir çalışma. Kriz Dergisi* 2003; 12:1-9.
9. Aksoy A, Ögel K. *Kendine zarar verme davranışı. Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4:226-236.
10. Bhugra D. *Psychiatric Munchausen's Syndrome. Acta Psychiatr Scand* 1988; 77:497-503.
11. Silva JA, Leong GB, Weinstock R. *A case of skin and ear self-mutilation. Psychosomatics* 1989; 30:228-230.
12. Wehmeier PM, Barth N, Remschmidt H. *Induced delusional disorder, a review of the concept and an unusual case of folie a family. Psychopathology* 2003; 36:37-45.
13. Emler KB, George RM, Peterson K. *Therapeutic update: use of risperidone for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. J Am Acad Dermatol* 2000; 43:683-686.
14. Nakaya M. *Olanzapine treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. Letters to the Editor. Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26:164-169.