

# Varsanılarla Giden Bir Yapay Bozukluk Olgusu

Dr. Mustafa YILDIZ<sup>1</sup>, Dr. Fuat TORUN<sup>2</sup>

## ÖZET

Yapay bozukluk uzun zamandır bilinmesine rağmen tanısı ve tedavisi sorun olamaya devam etmektedir. Yaygın olmayan ve gereksiz sağlık harcamalarına neden olan, morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Bu yazıda varsanılarla giden bir yapay bozukluk olgusu sunuyoruz. Otuz yedi yaşında bekar bir kadın olan hasta altı yıldır koku ve işitme varsanıları yaşamaktaydı. Öğretmenlik yapan ve ailesiyle yaşayan hasta bir kez kısa süreli hastane yatışı ile şizofreni tanısı almış ve yıllarca klasik antipsikotik ilaç kullanmıştı. Kocaeli Üniversitesi psikiyatri polikliniğinde başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk tanısıyla izlenen hastaya uygun doz ve sürede atipik antipsikotik ilaç tedavisi uygulandı. Tanıyı kesinleştirmek amacıyla iki kez serviste yatırılarak izlendi. Temporal lob epilepsisi ve psikotik bozukluk tanısından uzaklaşıldı. Hastada sınır ve histriyonik kişilik özellikleri saptandı. Üç yıl içerisinde yakınmaları geçmeyen hasta sonraları bunalıtlı belirtileri, konversiyon tipi bayılmalar ve özkiyım girişimleriyle acil servise gelmeye başladı. Süreç içerisinde farklı bir hastane yatışı daha olan hastanın yakınmalarının geçmemesi, yeni yakınmalarının eklenmesi, yakınmalarının ruhsal toplumsal baskılarla ilişkili görülmemesi, tedavi için hastaneye gelmeye gösterdiği özen, giderek hastaneye bağlanma eğiliminin artması ve belirgin ikincil kazancının olmaması nedeniyle yapay bozukluk tanısı düşünüldü. Olgu, tanı ve tedavide gereksiz girişimlerin önlenmesi için dikkatli bir izlenim ve hastaya özgü uygun tedavi yaklaşımının geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Yapay bozukluk, varsanı, psikolojik belirtiler

## SUMMARY: A Case Report of Factitious Disorder with Hallucinations

Although factitious disorder has been known for a long time, its diagnosis and treatment continue to be a problem. It is an uncommon condition associated with considerable morbidity and health care expenditure. We present a case of factitious disorder with hallucinations. A 37 year-old single woman has had auditory and olfactory hallucinations for six years. She had been diagnosed with schizophrenia, hospitalized for a short term, taking classical antipsychotic drugs for years. She has been performing her job as a teacher and living with her family. A suitable dose of atypical antipsychotic drugs was administered at a convenient time for her illness (Psychotic Disorder NOS) in psychiatric outpatient clinic of Kocaeli University. She was admitted to inpatient clinic twice in order to allow a clear diagnosis to be made. Psychotic disorder and temporal lobe epilepsy were ruled out. Borderline and histrionic personality traits were determined. Her complaints were unchanged over the course of treatment taking three years. She later started to come into the emergency department with anxiety symptoms, conversion like fits and suicide attempts; hospitalized for these complaints in another hospital. She was diagnosed with factitious disorder because of her unchanged complaints, her adding new complaints to the old ones, her complaints unrelated to psychosocial stressors, her ambitions to come to hospital, her increasing hospital dependence and having no prominent secondary gain. This case emphasizes the need for the careful observation of patients to prevent unnecessary investigations at the diagnosis and treatment stage and to establish a specific management strategy for the patients.

**Key Words:** Factitious disorder, hallucination, psychological symptoms

<sup>1</sup>Doç., <sup>2</sup>Uzm., Kocaeli Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Kocaeli.

## GİRİŞ

Yapay bozukluk (YB), 50 yıldır bilinmesine ve üzerinde çalışılmasına rağmen tanısı ve tedavisi halen psikiyatristler ve diğer hekimler için sorun olmaya devam eden bir hastalıktır (Parker 1993). Hastalığın kişiye, aileye ve sağlık sistemine maliyeti çok yüksektir (Sutherland ve Rodin 1990). Yapay bozukluğu olan hastalar bilinçli olarak hastalığı doğurmakta ya da oynamakta, taklit etmektedirler, fakat altta yatan motivasyonun bilincinde değildirler (Feldman ve Ford 2000). Bu hastalar psikolojik, fiziksel ya da karmaşık belirtiler sergileyebilirler (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994).

YB hastalarının sıkça yalan söyledikleri (pseudologia fantastica), tıbbi sistemin bir parçası olmak için çaba gösterdikleri, özellikle fiziksel belirtiler doğuran grubunun psikiyatrik tedaviye isteksiz oldukları, hastaneler ve doktorlar arasında dolaşma eğiliminde oldukları bilinmektedir (Parker 1993, Sutherland ve Rodin 1990, Bauer ve Boegner 1996, Spivak ve ark. 1994, Feldman ve ark. 1997).

YB ile ilgili çalışmalar yazında genelde olgu bildirimini şeklinde yer almaktadır. Yalnızca fiziksel belirtilerle giden olgular (Sutherland ve Rodin 1990, Hedges ve ark. 1994, Warren ve ark. 1994, Bauer ve Boegner 1996, Feldman ve ark. 1997, Akdemir ve ark. 2000) ve yalnızca psikolojik belirtilerle giden olgular (Parker 1993, Özçürümez ve ark. 2002) yanı sıra, fiziksel ve psikolojik belirtilerle giden olgular da (Spivak ve ark. 1994, Songer 1995, Türksoy ve ark. 2000) bildirilmiştir. Karma belirtiler sergileyen olgularda belirtilerin ortaya çıkışı ve seyri zamanla değişmektedir. Bu yazıda altı yıldır yalnızca iştme ve koku var-sanılarını sergilerken daha sonra başka psikolojik belirtileri de sergilemeye başlayan bir olgu sunulacak ve ilgili yazın ışığında tartışılacaktır.

## OLGU

Otuz yedi yaşında olan bayan hasta; bekar, üniversite mezunu ve halen öğretmenlik yapıyor. Üç kardeşin birincisi; anne, baba ve erkek kardeşiyle birlikte yaşıyor. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne 1999 Ağustos ayında, 'beyinden gelen sesler' ve 'burnuna gelen birtakım pis kokular' biçiminde yakınmalarla başvurdu. Beyninden gelen seslerin kendisine 'örtün, kapan, aileden birini yanımıza alacağız'

dediğini, bu seslerle konuşmaya çalıştığını ancak başarılı olamadığını belirtti. Burnuna gelen kokuların değişik zamanlarda parfüm, losyon, dışkı, sarımsak ve ter kokusu olabildiğini anlattı. Ses ve koku duyma dışında başka bir yakınması yoktu.

## Psikiyatrik Özgeçmiş

Bu yakınmaların 1993 yılından beri var olduğunu, şiddetinin değişiklikler gösterdiğini ve hiç geçmediğini belirtti. Hastalığını başından geçen olumsuz bir olaya bağlıyordu. 1993 yılında çalıştığı okulun müdürünün kendisine yönelik cinsel tacizde bulunduğunu, bu olayı kimse ile paylaşmadığını, kendi kendisine ceza verdiğini ve işi dışında odasına kapandığını, bir süre sonra da yakınmalarının başladığını söyledi. Yakınmaları başladıktan dokuz ay sonra şizofreni tanısıyla kısa bir süre hastanede yatmış ve tedavi sürecinde çeşitli ilaçlar (haloperidol, tiyoridazin, biperiden, karbamazepin, lityum, klorpromazin, amitriptilin, diazepam, pimozid, bornaprin, paroksetin) kullanılmıştı. Şimdiye kadar ilaç tedavisinden herhangi bir yarar görmediğini söyleyen hastanın ailesinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü tanımlanmadı.

## Fizik, Nörolojik Muayene ve Laboratuvar İncelemesi

Yapılan fizik ve nörolojik muayenesinde herhangi bir anormallik saptanmadı. Rutin biyokimya, tam kan, tiroid fonksiyon testleri, serolojik testler, EKG, beyin BT ve MRG incelemeleri normal sınırlarda bulundu. İlk EEG incelemesi normal sınırlarda iken, başvurusundan yaklaşık bir buçuk yıl sonra çekilen EEG'sinde her iki temporal hemisferde yaygın zemin ritmi yavaşlaması ve paroksizmalite saptandı. Bu EEG'den 6 ay sonra çekilen EEG'de ise herhangi bir anormallik saptanmadı.

## Ruhsal Durum Muayenesi

Yaşında gösteren hasta, fazla kilolu (beden kitle indeksi 28), makyajlı, kendisine bakımı iyi, işbirliğine istekli ve ilişki kurma derecesi iyiydi. Dikkat ve bellek bozukluğu yoktu. Algı muayenesinde ve öyküsünde 'örtünmesini' isteyen, 'ailesinden birisinin öleceğini' söyleyen sesler ve zaman zaman ortaya çıkan 'pis kokular' tanımlanıyordu. Yargılaması, soyut düşünme, gerçeği değerlendirme yetisi ve zekası normal olarak değerlendirildi. Düşünce akışı ve konuşması normal, ses tonu biraz artmıştı. Duygulanımı bazen

bunaltılı, huzursuz, bazen çökkün, genellikle yüzeydi. Duyguları kolay değişebiliyordu. Düşünce içeriğinde sanrı ve takıntı yoktu. Dışavuran davranışlarda özkıym girişimi, konversiyon tipi bayılmalar ve yakınmalarını aşırı ifade etme isteği vardı. İşlevselliğinde belirgin bir bozulma yoktu, sosyal uyumu kabaca sorunsuzdu. Hasta olduğunu söylüyor, hastalıkla ilgili kitaplar okuyor, belirti üretiyor, doktoruyla ilişkisini kesmiyordu. Hastalığına içgörüsü yoktu.

### Klinik İzlem

Hastaya ilk başvurusunda poliklinik muayenesi sonucunda DSM-IV'e (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) göre Başka Türli Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk tanısı kondu ve daha önce klasik nöroleptiklerin yeterince kullanıldığı düşünülerek yeni kuşak antipsikotiklerden risperidon (2mg/gün) başlandı. İlacın dozu üç ay içinde giderek arttırılmasına (8mg/gün) rağmen belirtiler devam etti. Bunun üzerine olanzapine geçildi. 2.5 ay içinde günlük doz 25 mg'a çıkılmasına rağmen hastanın belirtileri bu ilaçla da azalmadı. Daha sonra hastaya klozapin (25mg/gün) başlandı ve dozu giderek arttırıldı (1200 mg/gün), tedaviye bu dozda üç ay süreyle devam edildi. Bu ilaçla da belirtileri yatışmayan hastaya bu kez 200 mg/gün ketiyapin başlandı ve 800 mg/gün dozuna çıkıldı. Geçen 1.5 yıllık sürede hastanın yakınmalarında önemli bir değişiklik gözlenmedi. Dönem dönem depresif yakınmalar tanımlayan hastaya antipsikotik ilaca ek olarak antidepresan ilaçlar verildi. Tedavi sürecinde hastanın toplumsal ve mesleki işlevselliğinde belirgin bir kayıp gözlenmedi, klinik olarak herhangi bir mental yıkım saptanmadı. Koku varsanıları nedeniyle ayırıcı tanı açısından temporal lob epilepsisi (TLE) yönünden tekrar incelendi. Ocak 2001 yılında çekilen ikinci EEG'de, her iki temporal hemisferde yaygın zemin ritmi yavaşlaması ve paroksizmalite saptandı. Hastanın TLE yönünden değerlendirilmesi için nöroloji bölümünden konsültasyon istendi. Konsültasyon sonucunda epilepsi ön tanısıyla karbamazepin 400 mg/gün başlandı. Ancak nöroloji polikliniğinde yapılan ileri incelemeler sonucunda (beyin MRG, tekrarlayan dijital EEG tetkikleri) TLE tanısından uzaklaşarak hastanın tekrar psikiyatrik yönden değerlendirilmesi önerildi. Bunun üzerine kullandığı tüm ilaçlar kesilerek hasta iki haftalık görüşmelerle izlemeye alındı. Yakınmaların aynı şekilde devam etmesi üzerine iki ay süren ilaçsız dönemden sonra hasta gözlem amacı ile psikiyatri servisine

yatırıldı. Servis ekibinin gözlemleri sonucunda psikotik bozukluk tanısından uzaklaşıldı ve yatışından kısa bir süre (1 hafta) sonra taburcu edildi. Nöroloji kliniğince TLE düşünülmemesine karşın, tarafımızca hastaya tekrar karbamazepin (400 mg/gün) ve diazepam (10 mg/gün) başlandı. Karbamazepin dozu gittikçe artırılarak 1000 mg/güne çıkıldı (kan düzeyi 9.8 mg/mL). Bu tedavi ile sıkıntıları devam etmesine karşın hasta dönem dönem rahatladığını belirtti. Ancak duyduğu kokular ve sesler hiç kaybolmadı. Birinci yatışından 6 ay sonra hasta benzer yakınmalarla ikinci kez tanı amacıyla psikiyatri servisine yatırıldı. DSM-IV II. Eksen bozuklukları görüşmesinin sonucunda hastada sınır ve histriyonik kişilik özellikleri (terk edilmeden kaçınma çabaları, duygusal denge-sizlik, kendini boşlukta hissetme, öfke denetiminde sorun yaşama, ilgi ve dikkat çekme isteği, değişken ve yüzeysel duygular, telkine yatkınlık, abartma eğilimi) saptandı. Bir ay süren bu yatışında hastaya 'yaygın anksiyete bozukluğu' ve 'konversiyon bozukluğu' tanıları ile alprazolam 1mg/gün, reboksetin 8mg/gün başlandı ve ayak-tan kontrol muayeneleri önerilerek taburcu edildi.

Yakınmalar başladıktan sonra evde yaşayan diğer bireyler hastanın bir dediğini iki etmemişlerdi. Kendisi öğretmen olmasına, okuluna ve alışverişe yalnız gidebilmesine ve mesleki anlamda bir işlev kaybı olmamasına karşın hastaneye yalnız gelemediğini, birşey olur korkusuyla yanında babasıyla geldiğini söyledi. Kendi başına da gelebilmesinin mümkün olduğunu söylediği halde bu davranış devam etti.

Hasta görüşmeye çoğunlukla yoğun bir sıkıntı hali ile geliyor, görüşme başladıktan hemen sonra rahatlıyordu. Hastanın tarafımızdan izlenmeye başlandığı ilk dönemlerde görüşme esnasında işitsel varsanıları kolayca ortadan kaybolurken, bir buçuk-iki yıl sonraki görüşmelerde işitsel ve koku varsanıları artmaya başladı. Fakat bunlar da görüşme sırasında telkinle geçebiliyordu.

Poliklinik görüşmelerinde hastaya psikotik belirtilerle başetme konusunda bilgi verildi. Destekleyici yaklaşımda bulunuldu ve olumlu yanları ön plana çıkarılarak kendisine olan güveni arttırılmaya çalışıldı. Hastalık ya da hasta olma dışında birey olarak ayakta kalabilmesi ve hayatın içinde daha etkin rol alması konusunda telkinlerde bulunuldu. Getirdiğı yakınmaların işlevselliğini bozmadığı ve geçici olabildikleri ile ilgili yüzleştirmeler yapılmaya başladıktan sonra yakınmaların

da belirgin bir artış görüldü. Bu aşamadan sonra haftada birkaç gün acil servise gelerek seslerin kendisini çok rahatsız ettiğini, sıkıntısının çok yoğun olduğunu, dayanamayacağını söyleyerek yatış talebinde bulundu. Yatmayı gerektirecek düzeyde sorunu olmadığı, yaşadıklarının bir süre sonra etkisini yitireceği söylenince rahatladı. Sonraki görüşmelerde sürekli olarak kendisini boşlukta hissettiğini, zaman zaman ortaya çıkan ve anlam veremediği öfke hali ve sinirliliğin kendisini zorladığını söylemeye başladı. Bu arada psikiyatri ile ilgili kitaplar okuyordu. Yakınmalarının şizofreniye ve anksiyete bozukluğuna uyduğunu belirtti. Başlangıçtan beri iki haftada bir olan görüşme randevularının arası açılmaya başlandıktan sonra tabloya yeni yakınmalar eklendi. Sürekli telefon ederek daha erken randevu talep etmeye başladı. Bayılmalarla sık sık acil servise getirildi. Her defasında yatış talebinde bulunuyordu. Bir keresinde özkıyım girişiminde bulunma (yanında insanlar varken kendisini balkondan atmaya kalkışma şeklinde) nedeni ile acil servise getirildi ve yatış taleplerini tekrarlamaya devam etti.

#### **Hastaneden çıkarıldıktan sonraki izlem**

Hasta sık sık bayılma, bunaltı, intihar girişimi gibi belirtilerle acil servise gelmeye başladı. Kendisini öldürmek istediğini, çok sıkıntılı olduğunu, bu seslerden kurtulamadığını söyleyerek yeniden yatış istedi. O anki servis koşullarının uygun olmaması nedeniyle hasta kendi isteği üzerine yakın bir ilde bulunan bir üniversite hastanesinin psikiyatri servisine sevk edildi. Orada yatışı yapılan hastaya çeşitli tetkikler yapılmış ve sonuçlar normal bulunmuştu. Epikriz notlarından anlaşıldığına göre bu hastaneye başvuru yakınmaları kendi kendine konuşma, uykusuzluk, bayılmalar ve özkıyım düşünceleri idi. Verdiği öyküde okul müdürü tarafından tecavüze uğradığını, ağlama krizlerine girdiğini, odasına kapandığını, bazı sesler duyduğunu, televizyondan mesajlar aldığını, spikerle konuştuğunu ifade etmiş. Son bir yıldır şiddetli bir unutkanlığının olduğunu, bir yere gidip oraya nasıl geldiğini hatırlayamadığını söylemişti. Epikrizinde görüşmeler sırasında kulağına gelen sesleri bastırmak için zaman zaman yüksek sesle konuştuğu kaydedilmişti. Konuşurken bir kez kendisini kontrollü bir şekilde yere attığı belirtiliyordu. Hastada başkaları tarafından takip edildiği, kendisine zarar vermek istendiği, hareketlerinin kamerayla izlen-

diği ve hakkında konuşulduğu şeklinde sanrılar olduğu, ruhsal muayenede soyut düşüncenin korunduğu, dikkat ve yoğunlaşmanın azaldığı, dürtü denetimi ve engellenme eşiğinin azaldığı, yargılama ve içgörüsünün kısmen korunduğu ve görüşmeye istekli olduğu belirtiliyordu. 'Dissosiyatif kimlik bozukluğu' açısından da değerlendirilen hastanın belirtilerinin 'psikotik özellikli major depresyon'a bağlı olduğu düşünülmüş, hastaya EKT uygulanmış ve trazodon 100 mg/gün başlanmıştı. Daha sonra tedavisine paroksetinle devam edilen hastanın ilerleyen günlerde düzeldiği belirtiliyordu. Ancak bir hafta sonu izin dönüşünde tüm vücudunda ürtiker tarzında döküntü ve dudaklarda şişme olması nedeniyle dermatoloji konsültasyonu istenmiş, konsültasyon sonucunda akut ürtiker ve anjiyoödem düşünülerek gerekli ilaç tedavisi başlanmıştı. Servisteki tutumunun çok yakınmacı ve beklenti düzeyinin yüksek olmasının nevrotik kişilik yapısından kaynaklanabileceği düşünülen hasta ileri incelemelerin ayaktan yapılmasına karar verilerek hastaneden taburcu edilmişti. Çıkışındaki ilaç tedavi düzeni: paroksetin 40 mg/gün, trazodon 100 mg/gün, prednizolon amp 20 mg/gün, hidroksizin 25mg/gün şeklinde idi.

#### **TARTIŞMA**

Hasta DSM-IV'e göre yapay bozukluk ölçütlerini karşılamaktadır. Yıllardır koku ve işitme varsanıları yaşamakta olan hasta bu nedenle ilaçlar kullanmaktadır. Doktora gitmek ve ilaç kullanmak onun için zor gelmemekte, tam tersine kontrol muayenelerine düzenli gelmeye ve tedaviye tam uyuma özen göstermektedir. Zamanla belirtilerin şiddeti artmış, fakat tüm uygun ilaç denemelerine yanıt alınamamıştır. Hep belirtilerin sıklığı ve şiddetiyle uyuşmayan bir duyulanım sergilemiş, üç yıllık izleminin ilk iki yılında varsanılar görüşme esnasında ısrarla dile getirilmez ya da kolayca geçebilirken son bir yılda görüşmeler esnasında bu yakınmalar önemle dile getirilmeye başlanmış ve geçmesi için uzun süren telkinler gerekmeye başlamıştır. Görüşmelerde dile getirilen yakınmalar, eğer günlük yaşamın diğer anlarında da böyle devam ediyorsa, çok sıkıntı vereceği ve hastanın işlevselliğini fazlaca bozacağı beklenebilirdi. Hastamız hasta rolünden çok memnun görünüyordu ve tek motivasyonu da hasta olmak gibiydi.

Hastanın bilinçli bir motivasyonla çevresinden ve hastaneden bakım elde etmek için semp-tomlarını sergilemesi temaruz tanısını düşündür-bilirdi. Ancak hasta için belirgin bir ikincil ka-zanç söz konusu değildi. Hastalanmakla birlikte evdeki diğer bireylerin gösterdiği ilgi artışı ikin-cil kazanç gibi görünmekle beraber belirtilerin şiddetiyle orantısızdı. Hasta okuluna gidip çalış-mak istiyor, ne parasal ne de yasal bir zorlanma yaşamıyordu. Bu nedenle temaruz tanısından uzaklaşıldı. Belirtilerin ortaya çıkması ile stres doğuran yaşam olayları arasında doğrudan bir ilişki yoktu ve hasta belirtilerinin kendi kontrolü dışında olmadığı izlenimi vermediği için konver-siyon bozukluğu tanısı da düşünülmeydi.

Hastanın hastane yatışlarında gözlenen belirti-ler de YB tanısını güçlendirmektedir. Servisimiz-deki yatışında poliklinik muayenelerinde gözle-nen psikotik belirti ve yakınmaları yerine başka belirtiler sergilemiş ve 'yaygın anksiyete bozuk-luğu' ve 'konversiyon bozukluğu' tanılarının konmasına neden olmuştur. Daha sonraki hastane yatışında 'psikotik özellikli major depresif bo-zukluk' tanısı koyduracak belirtiler sergilemiş ve taburcu olacağından bahsedildiğinde hafta sonu izin dönüşlerinde yakınmalarında artma ortaya çıktığı anlaşılmıştır. Hasta olasılıkla bizim servi-simizdeki yatışında diğer hastalardan öğrendiği bazı belirtileri ikinci hastanede kendisinin uzun zamandır yaşadığı belirtiler olarak anlatmıştır. Taburculuk haberinden sonra ortaya çıkan ürti-kerler psikosomatik bir tepki olarak değerlendirilebileceği gibi, kanıt olmamakla birlikte hastanın fiziksel belirti doğurma çabasını yansıtmış olabi-leceği olasılığı da akla gelebilmektedir.

Yıllarca işitme ve koku varsanlarıyla giden bu olgu zamanla başka psikiyatrik belirtiler de sergileyerek tabloyu zenginleştirmiştir. Varsanı-ların uygun dozda uygun süreli antipsikotik ilaç kullanımına yanıt vermemesi, kontrol muayene-lerine düzenli gelişler, belirtilerin sergilenmesin-deki yapaylık, hastane yatışı için istekli olunması ve yeni belirtilerin eklenmesi yapay bozukluk ta-nısını güçlendiren etkenlerdir (Pope ve ark. 1985). Psikotik yapay bozukluğun prognozuyla ilgili olarak çok iyimser beklentiler bulunma-maktadır. Gerçek psikotik belirtilerle giden bipo-lar bozukluk ya da şizoaffektif bozukluktan daha kötü bir prognoz beklenmektedir (Pope ve ark. 1982). Bizim hastamızın prognozu ile ilgili ola-rak da iyimser bir ipucu görünmemektedir.

Hastanın hastalığının tanısıyla yüzleştirilmesi ve sorumluluklarının fark ettirilmesi önce belirti-lerin şiddetlenmesine, sonra da hastanın ayaktan tedaviden koparak yataklı tedavi arayışına giriş-mesine neden olmuştur. Böylesi bir yüzleştirme-nin yapılmaması, yapılacaksa da ancak kişinin kendisine fiziksel olarak zarar verme riski oldu-ğunda yapılması gerektiği bildirilmektedir (Parker 1993). Belki de hastamız için doğrudan yüzleştirme yerine duygusal durumlarını daha fazla ifade etmesine olanak sağlamak, hastalık belirtisi üretmenin dinamiklerini araştırarak ken-dilik doyumunu arttırmaya yönelik düzenlemeler yapmak ve sıkıntılarıyla başa çıkma tekniklerini geliştirmek daha uygun olabilir.

YB tanısı almış olan hastalarda kişilik bozuk-luğu tanısına çok sık rastlandığı (Ehlers ve Plasmann 1994, Bauer ve Boegner 1996) ve bun-ların daha çok B kümesi kişilik bozuklukları ol-duğu bildirilmektedir (Pope ve ark. 1982). Yapay hastalığın, kendiliğin düzenlenmesi (self-regulati-on) için gösterilen bir çaba olduğu ileri sürülmek-tedir (Ehlers ve Plasmann 1994, Spivak ve ark. 1994). Hastamızda bulunan boşlukta olma hissi, terk edilmeden kaçınma çabaları, yineleyen özkı-yım düşünce ve davranışları, duygudurumdaki dengesizlikler ve öfke denetiminde sorun yaşama altta yatan sınır kişilik patolojisiyle ilişkili olarak değerlendirilmiştir. İlgi ve dikkat çekme isteği, değişken ve yüzeysel duygular, telkine yatkınlık, abartma eğilimi gibi histriyonik kişilik özellikleri de tabloyu zenginleştirmiştir. Özçürümez ve ar-kadaşlarının (2000) sunduğu psikolojik belirtiler-le giden YB olgusu ile Türksoy ve arkadaşlarının (2000) sunduğu psikolojik ve fiziksel belirtilerle giden YB olgularının da ikinci eksenle sınır kişi-lilik bozukluğu tanısı almış olmaları YB hastala-rında kişilik bozukluğu boyutunun iyi düşünül-mesini ve tedavide ele alınmasını gerekli kılmak-tadır.

Burada sunulan olgu yapay bozukluğun tek bir psikotik belirti ile ortaya çıkabileceğini, fakat yeni psikolojik belirtilerin eklenmesi ile farklı görünümlere bürünmesinin mümkün olabilece-ğini göstermektedir. Özellikle eşlik eden kişilik bo-zukluklarının ve birinci eksen tanılarının iyi de-ğerlendirilmesi gerekmektedir. İyi bir izlem ve gözlemlerle bu hastaların gereksiz tanısız araştırma-lardan uzak tutulmaları ve uygunsuz tedaviler al-maları önlenabilir.

## KAYNAKLAR

Akdemir A, Karadağ H, Özbay H (2000) Yapay bozukluk: bir olgu sunumu. 3P Dergisi, 8:55-58.

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association.

Bauer M, Boegner F (1996) Neurological syndromes in factitious disorder. J Nerv Ment Dis. 184:281-288.

Ehlers W, Plasmann R (1994) Diagnosis of narcissistic self-esteem regulation in patients with factitious illness (Munchausen syndrome). Psychother Psychosom, 62:69-77.

Feldman MD, Ford CV (2000) Factitious disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock BJ, Sadock WA, (Eds), 7. baskı, 1. Cilt, Baltimore. Williams and Wilkins, s. 1533-1543.

Feldman MD, Rosenquist PB, Bond JP (1997) Concurrent factitious disorder and factitious disorder by proxy: double jeopardy. Gen Hosp Psychiatry, 19:24-28.

Hedges BE, Dimsdale JE, Hoyt DB (1994) Munchausen syndrome presenting as recurrent multiple trauma. Psychosomatics, 36:60-63.

Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L (2002) Sınır kişilik

organizasyonu temelinde narsistik kişilik bozukluğu ve yapay bozukluk: Psikanalitik psikoterapi süreci. Türk Psikiyatri Dergisi, 13:152-160.

Parker PE (1993) A case report of Munchausen Syndrome with mixed psychological features. Psychosomatics, 34:360-364.

Pope Jr HG, Jonas JM, Jones B (1982) Factitious psychosis: phenomenology, family history, and long-term outcome of nine patients. Am J Psychiatry, 139:1480-1483.

Pope Jr HG, Jonas JM, Hudson JI ve ark. (1985) An empirical study of psychosis in borderline personality disorder. Am J Psychiatry, 142:1285-1290.

Songer DA (1995) Factitious AIDS: A case report and literature review. Psychosomatics, 36:406-411.

Spivak H, Rodin G, Sutherland A (1994) The psychology of factitious disorders: A reconsideration. Psychosomatics, 35:25-34.

Sutherland AJ, Rodin GM (1990) Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. Psychosomatics, 31:392-399.

Türksoy N, Can S, Gökalp PG ve ark. (2000) Yapay bozukluk: bir olgu sunumu. Nöropsikiyatri Arşivi, 37:41-46.

Warren A, Sutherland AJ, Lenz R (1994) Factitious hermaphroditism. Psychosomatics, 35:578-581.

## RASİM ADASAL RUH SAĞLIĞI BİLİM ÖDÜLÜ

1. **Rasim Adasal Ruh Sağlığı Bilim Ödülü** kurucusu olduğu *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı* ve *Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği* işbirliğiyle düzenlenmiştir. 1999 yılından beri verilmektedir.
2. Ödül, modern psikiyatriyi Türkiye’de yerleştiren ve kamuoyunda yaptığı çalışmalarla toplumla psikiyatriyi bütünleştiren **Prof. Dr. Rasim ADASAL**’ın adına konulmuştur. Onun hizmetlerinin gelecek kuşaklara aktarılması ve tanıtılması amacını taşımaktadır. Böylelikle ruh hekimi ve topluma mal olmuş bir kişilik olarak onun anısını canlı tutmak amaçlanmıştır.
3. Ödül, verildiği yıl esas olmak üzere, son beş yıl içinde ruh sağlığı ve hastalıkları alanında ülkemizde yapılmış ve yurt dışında yayınlanmış klinik çalışmalara verilmektedir.
4. Ödül jürisi her yıl Ankara Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından belirlenecek yedi kişiden oluşmaktadır. Ödül jürisi seçim sonucunu o yıl yapılan Ulusal Psikiyatri Kongresi’nde ilan edecektir.
5. Ödül için başvuru her yıl 01 Ocak-31 Temmuz tarihleri arasındadır.
6. Ödüle başvuran çalışmalar için daha önce ödül almamış olma koşulu vardır.
7. Ödül başvurusunda bulunan araştırmacının

çalışmadaki ilk iki isimden biri olması ve özgeçmişi ile yayın listesini başvurusuna eklemesi gerekmektedir.

8. Başvuruların değerlendirilmesinden gözönüne alınacak temel ölçütler şunlardır:
  - i. Özgünlük
  - ii. Yöntemsel yetkinlik
  - iii. Ülkemiz bilim aktivitesini temsil niteliği
  - iv. Yayımlandığı dergi
9. Ödül jürisinde görev alanlar her çalışma için gerekçeli kişisel rapor hazırlayacak ve yapacakları sıralama değerlendirmede esas alınacaktır.
10. Ödül tutan her yıl için ayrıca belirlenecek olup Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği tarafından karşılanacaktır.
11. **Ödül jürisi:** 39. Ulusal Psikiyatri Kongresinde 2003 yılı görevli jüri üyeleri  
*Jüri Başkanı:* – Işık Sayıl

*Jüri Üyeleri:*

- Saynur Canat
- Yıldırım B. Doğan
- Ali Kemal Göğüş
- Emin Önder
- Zeliha Tunca
- Süheyla Ünal