

BİR OLGU NEDENİYLE MUNCHAUSEN SENDROMU VE TEDAVİSİ

Abdülkadir Çevik*

Coşkun Şarman**

Ayşe Bingöl***

Ülgen Okyavuz****

Tanımlama :

Munchausen Sendromu, herhangi bir branştan pek çok deneyimli hekimi şaşkın ve çaresiz bir konuma sokabilen atipik bir psikiyatrik sendromdur. 1951'de Asher tarafından tanımlanmış ve 18. yüzyılda yaşamış bir Alman baronu olan Munchausen'in adı verilmiştir. Baron Munchausen, meyhane meyhane dolaşarak ilginç ama uydurma hikayeleri kendi başından geçmişçesine anlatan ve sonunda pek çok fantastik seyahat ve maceranın kahramanı haline gelmiş olan biridir. Literatürde «Hastane Bağımlılığı» ve «Kronik Yapay Hastalık»da bu sendromun eşdeğer isimleri olarak geçmektedir (1). DSM III'de ise «Yapay Bozuklukların Fizik Semptomlarla Giden Şekli» olarak sınıflanmıştır (2).

Munchausen Sendromlu hastalar, Baron Munchausen'in meyhane meyhane dolaşması gibi, hastane hastane dolaşırlar ve tehlikeli bir hastalıkları olduğunu düşündüren dramatik öyküler anlatarak hastaneye yatmayı başarırlar. Sıklıkla ciddi patolojilerin belirti ve bulgularını -örneğin kanama, kusma, ateş, epileptik nöbet, dermatolojik lezyonlar gibi- taklit etmeyi başarırlar ve genellikle birden çok kez ameliyat olurlar (1,3,4).

Bu hastaların çoğu, semptomlarını yaratabilmek için akıl almaz çabalar gösterirler (1,3,4). Örneğin renal kolikten şikayetçi olan ve hematüri saptanan bir hasta tam 53 kez hastaneye yatmış ve idrar tetkikleri dışında tüm tetkikleri normal olan hastanın sonunda parmağını iğneyle delerek idrarına kan karıştırdığı saptanmıştır. Mesleği hemşirelik olan bir başka hasta, kendisine İV yoldan heparin ve enfeksiyöz maddeler enjekte ederek, 42°C'a dek çıkan çok yüksek

* A. Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

** A. Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı

*** A. Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

**** A. Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi

ateş, anemi, kanama ve % 4 gr'a dek inen hemoglobini bulgularını 6 yıl boyunca yaratmış aylarca hastanelerde yatarak bir çok tehlikeli ve sekel bırakıcı operasyonlar geçirmiştir (1).

Bu sendromun diğer psikiyatrik ve genel tıp kapsamındaki hastalıklardan ayırıcı tanısında en önemli nokta, hastanın psikiyatri dışındaki hastalıklara ait ciddi belirti ve bulguları bilinçli olarak kendi çabasıyla yaratıyor olmasıdır. Tablonun simülasyondan farkı ise, bu davranışların bilinçaltınca belirlenmesi, simülasyondakine benzer bir sekonder kazanç olmaması ve altta yatan patolojinin derin bir kişilik bozukluğu oluşudur.

OLGU

Sizlere sunacağımız olgu ise 21 yaşında, ortaokul mezunu, evli, çocuksuz bir ev hanımı. Şikayeti 4 aydır zaman zaman ağzından ve burnundan kan gelmesi. Hastanın ifadesine göre ilk kez aile içindeki bir kavgadan sonra, önce burnundan birkaç damla, birkaç gün sonra da ağzından ve burnundan 1.5 litre kadar kan gelmiş. Acil olarak S.S.K. Hastanesi'ne gitmiş, oradan sevkle Sanatoryum Hastanesi'ne yatırılmış, birkaç gün sonra orada da 1 litre kadar kanaması olmuş. Tetkiklerde hiçbir şey bulunamamış. Taburcu olduktan birkaç gün sonra gene kan tükürmüş, tekrar yatırılarak 1.5 ay boyunca akciğer filmi, tomografi, bronkoskopi, bronkografi, kan tetkikleri ve KBB incelemeleri yapılmış, birşey bulunamamış. Taburcu olduktan birkaç gün sonra hasta tekrar hemoptizi şikayetiyle başvurmuş ve 3. kez yatırılarak 1 ay boyunca incelenmiş, gene birşey bulunamamış. Böylece 3 ay içinde 3 kez, toplam 85 gün, yatırılarak tetkik edilen ve birşey bulunamayan hastaya «İdiopatik Hemoptizi» tanısı konmuş ve şikayetin psikolojik kökenli olabileceği söylenerek A.Ü.T.F. Psikiyatri ABD'na gönderilmiş ve Psikosomatik Hastalıklar Servisi'ne tetkik ve tedavi amacıyla yatırılmıştır.

Hastanın eşiyle görüştüğümüzde, eşi kanama olayını doğruladı ama kanamanın bizzat kendisini değil sadece kanı gördüğünü söyledi.

Sanatoryum Hastanesi'ne Sosyal Hizmet Uzmanı gönderilerek hastayı orada izlemiş olan doktorlar ve hemşirelerle görüşüldü. Hasta acil olarak geldiği ilk yatışında 1.5 litre kadar kanaması olduğunu söylemiş, buna karşın Sanatoryum Hastanesi'ndeki tedavi ekibi hastanın elinde sadece içine kan tükürülmüş bir pamuk bulunduğunu, aktif bir kanama görmediklerini belirtmişlerdir. Hasta, yatışından

birkaç gün sonra tekrar 1 litre kadar kanaması olduğunu söylemiş, tedavi ekibi ise yattığı süre içinde hastanın sık sık benzeri şikayetler getirdiğini ama hiçbir zaman bunu kanıtlayacak ne kan, ne de başka birşey bulamadıklarını söylemişlerdir. İlk gelişindeki tükürülmüş kanı gördükleri için organik bir sorun aradıklarını, bu sırada herhangi bir hastanın kolay kolay kabul etmeyeceği zahmetli tetkikleri hastanın çok rahatlıkla kabul edişini de garipsemiş olduklarını, hastanın sürekli iddialarına karşın herhangi bir kanama gözleyemediklerini (hatta bir ara başında sürekli nöbet beklendiğini) anlatmışlardır. Tedavi ekibinin görüşüne göre «Hasta ya diş etleriyle, ya da dudaklarıyla oynayarak kanamaya sebep olmaktadır. Varlığı gözlenen biraz kan ancak bu şekilde açıklanabilir, bunun dışında bir olay söz konusu olamaz. Ne var ki hasta, hastalığına tamamen inanmıştır ve etrafındaki de inandırmaya çalışmaktadır ve bunu çoğu kez de başarmıştır; yapılan bunca yoğun tetkik de bunu kanıtlamaktadır. Hasta mevcut kanamayı aşırı abartarak anlatmakta ve böylece ilgi çekmeye çalışmaktadır. Ailevi sorunlarından sık sık söz eden hasta, hastaneden çıkmayı istememekte, kendini sürekli hastaymış gibi gösterip ev ortamına dönüşü önlemeye çalışmaktadır.»

PSİKOPATOLOJİ ve TARTIŞMA

Sunduğumuz olgunun öyküsü DSM III'te 'Fizik Semptomlarla Seyreden Yapay Bozukluklar' (Munchausen Sendromu) başlığı altında geçen tanı kriterlerine tamamen uymaktadır (2).

Sendromun 4 ana semptomu hastane hastane dolaşma, dramatik bir biçimde anlatılan fantastik bir hikaye, ısrarlı ve patolojik biçimde yalan söyleme ve hikayeyi desteklemek için ağırlı ve tehlikeli semptomları ve lezyonları yaratmaya ve kabullenmeye hevesle hazır olmasıdır (1).

I. Hastamızın özgeçmişine bakıldığında, hastanelerle ilişkisinin hemoptizi şikayetinden 3 yıl önce başladığını görmekteyiz. 17 yaşındayken, hiç istemediği halde, okuldan alınarak evlendirilmiş ve halen 3 yıllık evli olan hasta evliliğinin ilk 2 yılında 3 kez hamile kalmış, üçünde de vaginal kanaması olmuş, sürekli ayaktan veya hastanede yatarak izlenmiş ve 3 hamileliği de ikinci trimesterde olan düşüklerle sonlanmıştır. Tetkiklerde Toxoplasmosis saptanması sonucu tedavi altına alınmış olan hasta kliniğimize yatırıldığında Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ile ilişkisi sürmekteydi. Hemoptizi şikayeti nedeniyle de S.S.K. ve Sanatoryum Hastaneleri ile ilişkisi olmuştu.

II. Yattığı hastanelerde ve kliniğimizde yaşam ve hastalık öyküsünü çok etkileyici ve dramatik bir biçimde, bol jest ve mimiklerle süsleyerek anlatan hastanın, zaman zaman bu öyküsünü daha da dramatikleştirecek ekler ve değişiklikler yaptığı gözlenmiştir. Konuşkanlığı ve etkileyiciliği sayesinde diğer hastalarla çok çabuk ilişki kura bilmiştir.

III. Ne var ki, bir süre sonra, olayları abarttığı, değiştirdiği veya yoktan var ettiği gerek tedavi ekipleri, gerekse hastalar tarafından her iki hastanede de farkedilmiştir. Kliniğimizde yattığı 2 ay süresince bir kez ailesiyle sıkıntılı bir telefon görüşmesi ardından burnunun birkaç damla kanadığını söylemiş ama nöbetçi ekip kan görmemiştir; ertesi gün hasta, doktoruna gece burnundan avuçla kan geldiğini anlatmıştır. Mimikleri ve ses tonu anlattıklarıyla tam bir uyum içinde olan, anlattıklarını adeta yaşayan hasta, bir kez de ailesiyle bir telefon görüşmesi ardından kardeşinin trafik kazası geçirip bacağını kırmış olduğunu çok üzgün bir biçimde anlatmış ama kardeşi ertesi gün herşeyden habersiz sapasağlam çıkagelmıştır. Bir gün de, bireysel görüşmede doktoruna birkaç yıl önce balkondan giren tanımadığı bir adamın tecavüzüne uğradığını anlatmıştır. Bu ısrarlı ve patolojik yalan söyleyişi diğer hastalar tarafından da farkedilmiş ve bir süre sonra rahatsızlık uyandırmaya başlamıştır. Bir gün önce kendisiyle dertleşmiş olan bir hastanın yaşamından kesitleri kendi yaşamından kesitlermişçesine anlattığı bir grup tedavisi sırasında, diğer hastaların sabrını taşırması ve hepsi de, çeşitli zamanlarda anlattığı birçok dramatik olayın aslında var olmadığını, sürekli yalan söylemekte olduğunu, çok iyi rol yaptığını ve başarılı bir aktris olabileceğini ifade etmişlerdir. Bu yüzleştirmelere hastanın tepkisi kızmak, küsmek ve kısa bir süre sonra hiçbir şey olmamışçasına eski tavrını sürdürmek olmuştur.

IV. Sendromun 4 ana özelliğinden sonuncusu, hastanın hikayesini desteklemek için ağırlı ve tehlikeli semptomlar ve lezyonları yaratmaya ve kabullenmeye hevesle hazır olmasıdır (1). Hastamız hemoptizi yaratabilmek için muhtemelen diş etlerini veya dudaklarını kanatmaktaydı. Hemoptizi etyolojisine yönelik en zahmetli araştırmaları (örneğin 2 kez bronkoskopi) bile kolayca kabullenmişti.

Bu hastalar hastaneye yatmayı başardıktan sonra genellikle sorun yaratan, düşmanca tavrılı hastalar haline gelirler, personeli tehdit eder veya saldırganlaşırlar. Bu tür hastalar bir psikiyatrist tarafından görüldüklerinde kadınlar genellikle histerik, erkeklerse psikopat tanı-

sı alırlar; nadiren bu sendroma şizofreniklerde de rastlanır (1). Sana-toryum Hastanesi'nde iken hastamız ilaçlarını almakta sorun çıkar-mış, servisi canı istediği zaman terkedip istediği vakit dönmüş, aile-sinden olmayan erkek ziyaretçiler ve erkek hastabakıcılarla oldukça samimi tavırlar içine girmiş ve sık sık yalan söylemiştir. Hemoptizi için organik bir neden bulamayan tedavi ekibi, bu uyumsuzluğu ve garip gelen tavırları nedeniyle hastanın bir Psikiyatri kliniğince in-celenmesini gerekli görmüştür.

Bu hastalar bilinçli olarak hastalık simülasyonu yapmamalarına karşın patolojinin sıradan, bir simülasyondan daha derin olduğu da kesindir. Tablonun patogenezinde histerik mekanizmalar mutlaka rol oynamaktadır ama bilindiği gibi, histerik semptomlar bilinçli olarak yaratılmaz. Tıpkı alkolikler, ilaç bağımlıları ve sosyopatlar gibi bu hastalar da, semptomlarını ortaya çıkarmak için amaçlı davranışlar-da bulunurlar ama bu davranışlar bilinçaltınca belirlenir ve oldukça fazla oranda mazohistik gereksinimleri içerirler (4). Çocuklukta sev-gi yoksunluğu ve ilgisiz veya sadistik ebeveynle bozuk ilişkiler, trav-matik bir hastalık nedeniyle bir hastane ortamında bakım ve ilgi gör-meye karşı ısrarlı gereksinime temel hazırlayabilir (1). Hastaya klini-ğimizde BCT, Rorschach, MMPI, TAT, Bender-Gestalt Görsel Algı Tes-ti, Minnesota Perceptio Diagnostic Test uygulanmıştır. Testlerin ge-nel değerlendirme sonucu histerik elemanların ağırlıklı olduğu bir kişilik patolojisi şeklindedir. Tüm testlerde anneye yönelik yoğun bir öfke ve bunun güçlü bir biçimde bastırılması mevcuttur. Ailenin 8 çocuğunun en büyüğü olan ve sonuncusu dışında tüm kardeşleri kız olan hasta, çocukluğunda kardeşlerini büyütme zorunda kaldığından, annesinin hep çok meşgul ve yorgun olduğu için kendisiyle hiç ilgi-lenemediğinden, babasının ise erkek çocuk istediği ve kendisini okul-dan alıp istemediği halde evlendirdiğinden anamnezde de, testlerde de yakınmıştır. Duygusal yaşamdaki temel güven eksikliği, erken ço-cuklukta anne-çocuk ilişkisindeki sevgi gereksinimi ve açlığı testlerde çarpıcı biçimde öne çıkmaktadır.

TEDAVİ ve PROGNOZ

Munchausen Sendromu tanısı oldukça seyrek konulmasına rağ-men hasta sayısı aslında çok daha fazladır çünkü bu hastalar dene-yimli klinisyenleri bile şaşkınlığa düşürecek inanılmaz bir kapasiteye sahiptirler. Gerçek tanı konuncaya kadar yıllar geçebilir; hastalar psikiyatrik olmayan hastalıklar düşünülerek uzun süre hastanelerde

yatmış ve medikal ve cerrahi tedaviler görmüş olurlar. Bu şekilde oluşturulan iatrojenik hasarlar, hastaların prognozunu temelde var olan ciddi kişilik patolojisinden çok daha olumsuz yönde etkilerler. Tanı konduktan sonra bile doktorlar ve hemşireler, emosyonel immatüritesi nedeniyle bencil ve sözüne güvenilmez bir tablo çizen bu hastalara karşı olumsuz duygular taşıyabilirler. Genelde bu hastalar psikiyatrik tedaviyi kabul etme ve yürütmeye pek hevesli değildirler. Bu hastaları kontrol altında tutmak için, hastanelere kara listeler göndermekten karınlarına tanıyı tatuaj ile yazmaya dek varan çeşitli yollar önerilmiştir. Bu yöntemler, hastaneler ve doktorlar için uyarıcı ve hastanın patolojik davranışının desteklenmesini de bir miktar önleyici yollardır ama bunlar aynı zamanda hastanın primer patolojisinin tedavisine de engel olabilmektedir (1,3).

Sendromun tedavisi için en iyi seçeneğin, tekrar tekrar başa dönmekten cesareti kırılmayacak bir terapistle uzun süreli psikoterapi olduğu belirtilmektedir (1,3,4). Ancak kanımızca terapinin uzun süreli olması kadar terapötik ilişki yoğunluğunun da önemi vardır; uygun bir terapötik ortamda, çok yoğun terapötik ilişkiler içinde de kişilikte temel değişikliklere gitmeden (psikanalizde olduğu gibi) hastanın gerek kendisi ve gerekse çevresiyle belirli bir uyum içinde olduğu bir barışıklık durumu sağlanabilir. Nitekim hastamıza da yattığı 2 ay boyunca haftada iki kez otuzar dakika dinamik oryantasyonlu bireysel psikoterapi ve gene haftada iki kez ellişer dakika etkileşim düzeyinde grup psikoterapisi yanısıra uğraş tedavisi de yapılmıştır; ayrıca, her sabah 'Günaydın toplantısı' ve haftada birer kez 'Çay saati' ve hastane dışı gezinti etkinliklerine de katılmış ve kat içinde çeşitli görev kollarında faaliyet göstermiştir. Her ne kadar temeldeki kişilik patolojisine yönelik bir psikanaliz tedavisi yapılmamışsa da, hastanın kendisini tanımasına ve isteklerini daha önce başvurduğu patolojik yollarla değil sözel olarak uygun biçimde ifade etmeyi öğrenmesine fırsat verilmiş ve davranışlarının çevresi üzerinde uyandırdığı etkiler yüzleştirme ve hastalık içgörüsü kazandırma yöntemiyle kendisine gösterilerek yardım edilmiştir. Bizim tedavimizde amaçlanan hastanın patolojik davranışlarından vazgeçmesi ve sosyal uyumunun sağlanmasıdır.

2 ay boyunca bu yoğun terapötik ortamda yaşayan ve çeşitli biçimlerde toplam 76 seans psikoterapi görmüş olan hastamız taburculuğuna yakın artık fiziksel şikayetler getirmemiş, yalan söylememe-

ye başlamıştı. Son günlerdeki bir grup oturumunda hastanın dile getirdiği şu sözler terapötik ortamın ve psikoterapinin etkinliğini göstermektedir : «Başlangıçta beni eleştirdiğinizde çok sinirlenmiştim. Benim bu davranışlarım hastaneye yatmadan önce de vardı; ancak kimse benimle böyle açıkça konuşmadı. Siz beni derin bir uykudan uyanırdınız. Artık kendimi çok iyi tanıyorum. Ben burada kendimi buldum.» Bir yıl boyunca düzenli olarak kontrollere gelen hastanın iyilik hali devam etmiş ve son kontrolde 5 aylık hamile olduğu öğrenilmişti. Bu durum hastanın hastanelerle ilişkisinin halen sürmekte olduğunu göstermekteydi. Ne var ki, daha önceki hamilelikleri hep problemli geçen ve objektif veya subjektif şikayetlerle haftada birkaç kez kontrole gitmeyi alışkanlık edinmiş olan hastanın, hamileliğinin bu kez normal sürdüğünü, sadece aylık rutin kontrollere gittiğini belirtmesi tedavimiz açısından başarı olarak yorumlanmıştı. Bir yıl sonunda yapılan rutin kontrol muayenesinde eşi ve yeni doğan bebeğiyle beraber kontrole gelmiş ve artık hastane hastane dolaşmadığı ve hiçbir şikayeti kalmadığı kendisi ve eşi tarafından belirtilmiştir.

Terapötik ortamda yoğun ve çok yönlü geribildirimlerin verildiği servis içi tedavi yaklaşımımızdan hastamızın yararlanmış olması bu hastaların tedavisinin kısa sürede ve kolaylıkla yapılabileceği yargısına yol açmamalıdır. Ancak 2 aylık hastaneye yatışın uyku saatleri dışındaki her anının aktif bir tedavi etkinliği içinde geçtiği ve bu ortamdaki sürekli ve yoğun geribildirimlerin tedavi edici rolleri de gözden uzak tutulmamalıdır. Bununla beraber bu yaklaşımımızın gerçek başarısından söz etmek ancak benzer durumdaki birçok hasta üzerinde uygulanmasından sonra mümkün olabilecektir.

Sonuç :

Temelde yatan psikiyatrik patolojiden dolayı hastane hastane dolaşan ve kendilerine medikal ve cerrahi tedaviler yapılmasını sağlayan bu tür hastalara karşı tüm hekimler ve psikiyatristler dikkatli olmalıdır. Bu hastalar hipokondriyak değildir ve temaruz da yapmaktadırlar. Hastanın kontrolü altında olabilecek semptomları olan, en ince tetkiklerde bile pek birşey saptanamayan ve daha önce çeşitli yerlerde yatmış olan hastalarda bu tanı akla gelmelidir. Tüm güçlüklerle rağmen bu hastalar terapötik ortamda yoğun bir psikoterapiden yarar görebilirler.

ÖZET

Munchausen Sendromu tanındaki güçlükler ve hastalığın özellikleri nedeniyle gerek psikiyatride ve gerekse genel tıpta çok nadir bildirilmektedir. Bu sendrom psikiyatride genellikle psikopatik, histerik, hipokondriyak bozukluklar veya simülasyon gibi yanlış tanımlar konarak tedavi altına alınır. Genel tıpta ise bir çok farklı fiziksel hastalıklar düşünülerek tedavi edilmeye çalışılır ve hekimlerin zamanlarını boşa harcamalarına neden olur. Oysa bu sendrom çocukluk dönemindeki anne - çocuk ilişkilerinde sevgi ve ilgi yoksunluğuna dayanan derin bir kişilik patolojisidir ve tedavisinde psikoterapi yararlıdır.

Bu yazıda Munchausen Sendromu bir olgu aracılığıyla değerlendirilerek tartışılmıştır.

SUMMARY

A Case of Munchausen Syndrome and It's Treatment

Munchausen Syndrome has been very rarely reported either in psychiatry or in general medicine because of the diagnostic difficulties. Thus, this syndrome usually is misdiagnosed and treated as simulation or psychopatic, hysterical and hypochondriac disorders in psychiatry. On the other hand, in general medicine it has been evaluated and treated as many different physical illnesses and has been causing the physicians to waste their times as well. In fact, this syndrome is based on deprived child-mother relationship in development and is a deep personality pathology.

In this article Munchausen Syndrome has been evaluated and discussed via a case presentation.

KAYNAKLAR

1. Comprehensive Textbook of Psychiatry/II (2nd Ed.), Eds : Freedman, AM Kaplan HI Sadock, BJ; TheWilliams and Wilkins Co., Baltimore, pp : 729-730, 1976.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd Ed., DSM - III). The American Psychiatric Association, pp : 288-290, 1980.
3. Harrington TM Folks DG Ford CV : Holiday Factitious Disorder : Management of Factitious Gastrointestinal Bleeding. Psychosomatics, 4 : 438-442, 1988.
4. Ford CV : The Munchausen Syndrome : A Report of Four New Cases and a Review of Psychodynamic Considerations. Psychiatry in Medicine, 4 : 31-45, 1973.