

Sanrısıl Yanlış Tanıma Sendromları: Bir İntermetamorfoz Olgusu

Delusional Misidentification Syndromes: A Case of Intermetamorphosis

Ali Kandıęer¹, Rukiye Tekdemir¹, Yavuz Selvi¹

¹Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Psikiyatri A.D., Konya

ÖZET

Sanrısıl Yanlış Tanıma Sendromları (SYTS), psikiyatrik ve nörolojik tablolarda karşılaşılan nadir psikopatolojik fenomenler olarak kabul edilir. Kişinin çevresindeki kişilerin, yerlerin, nesnelerin ve olayların değiştiğine ya da aynılarının çoğaldığına inandığı sanrılar olarak tanımlanmaktadır. İntermetamorfoz sendromu, aşinalıkta artmanın göze çarptığı, tanıdık veya yabancı insanların fiziksel ve mental kimliklerinin değişerek hastaya tanıdık birine dönüşmesi sanrısıdır. İntermetamorfoz sendromu SYTS arasında en nadir görülenen olup 1932 yılında Courbon ve Tusques tarafından tanımlanmıştır. Bu yazıda şizofreni tanısı konan bir olguya eşlik eden intermetamorfoz sendromu sunulacaktır.

Anahtar Sözcükler:Paranoid Psikoz, Sanrılar, Şizofreni

(*Klinik Psikiyatri* 2017;20:150-154)

DOI: 10.5505/kpd.2017.22931

SUMMARY

Delusional Misidentification Syndromes (SYTS) are considered to be uncommon psychopathological phenomena countered in psychiatric and neurological cases. It is defined as the delusions in which the person believes that the persons, places, objects and events around the person have changed or proliferated.

Intermetamorphosis is a phenomenon in which there is a marked increase in familiarity and the physical and mental identities of familiar or unfamiliar people change and become a familiar person to the patient. Intermetamorphosis is the rarest syndromes among SYTS and was termed by Courbon and Tusques in 1932. In this article, a case of intermetamorphosis syndrome in a patient diagnosed with schizophrenia will be presented.

Key Words: Delusions, Paranoid Psychoses, Schizophrenia

GİRİŞ

Yanlış tanıma, bir uğta dejavu, diğer uğta ise sanrısıl yanış tanıma sendromlarının yer aldığı bir spektrum olarak bilinmektedir (1). Sanrısıl Yanlış Tanıma Sendromları (SYTS), psikiyatrik ve nörolojik tablolarla karşılaşılan nadir psikopatolojik fenomenler olarak kabul edilir. Kişinin çevresindeki kişilerin, yerlerin, nesnelerin ve olayların değiştiğine ya daaynılarının çoğaldığına inandığı sanrılar olarak tanımlanmaktadır (2).

SYTS en sık şizofreni olmak üzere psikotik bozukluklar ve bipolar bozukluk gibi psikiyatrik tablolarla ve demans, inme, serebrovasküler hastalık, epilepsi, travmatik beyin hasarı, beyin tümörleri ve diğer organik beyin hasarları gibi organik patolojilerle birlikte görülebilmektedir. Ayrıca başka hastalık ya da semptomun eşlik etmediği, izole SYTS olup, delüzyonel bozukluk tanısı da alabilmektedir (3). Sıklığı ile ilgili çok az sayıda ęalıřma olup genelde olgu örnekleri vardır (4, 5).

Devinsky SYTS'leri aşınalığın kaybıyla (hypo identification) giden Capgras, ayna işareti, yabancı reduplikatif paramnezi, yer dezoryantasyonu ve aşınalığın artmasıyla (hyperidentification) giden Fregoli, intermetamorfoz, reduplikatif paramnezi, öznel kopyalar olarak iki ana gruba ayırmıştır (6).

Capgras sendromu, yanış tanıma sendromlarının en yaygın olarak görülen tipidir. Esas özelliği hastanın eř, anne, baba gibi çevredeki insanların geręek olmadığı, tıpatıp benzerleri olan sahteleri ile yer değiştirdiği şeklinde geğici, tekrarlayıcı veya kalıcı sanrısıl inanca sahip olmasıdır (7). Buna karşılık, reduplikatif paramnezide ise kişi; çevresindeki bir yer, kişi veya olayınaynen kopyalanmış olduğuna inanır (8). İntermetamorfoz sendromu ise, aşınalığta artmanın göze ęarptıđı, tanıdık veya yabancı insanların fiziksel ve mental kimliklerinin değişerek hastaya tanıdık birinedönüşmesi sanrısıdır. SYTS arasında en nadir görüleni olup 1932 yılında Courbon ve Tusques tarafından tanımlanmıştır (9). Bu yazıda şizofreni tanısı konan bir olguya eşlik eden intermetamorfoz sendromu sunulacaktır.

Olgu sunumu

22 yaşında, bekar, üniversite öğrencisi kadın hasta; geğmişinin araştırıldığı düşünçesi, kötülük görme düşünçeleri, üniversitedeki arkadaş ve hocalarına düşmancıl tutumlar nedeniyle üniversite hocalarının telkini ile polikliniğimize getirildi. Öncesinde herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan hastanın, son bir yıldır giderek içine kapandığı, yakın arkadaşlarıyla ilişkilerinin bozulduğu, yalnız zaman geğirmeye başladığı öğrenildi. 5 aydır üniversitedeki arkadaşlarının ve hocalarının yakınlarıyla işbirliği yaparak geğmişini araştırdıkları, geğmişindeki olayların ortaya ęıkarılması ile kendisine kötülük yapılacağı, yakınlarının ve akrabalarının çevresindeki tanıdığı ya da tanımadığı kişilerin yerine geğerek kendisine mesajlar verdiğini düşünmeye başlamış. Hastanın ilk olarak hocalarını akrabalarına benzetme şeklinde başlayan ve son dönemde giderek artan benzetmeleri oluyormuş. Hasta tanımadığı birini tanıdığı birine benzetip bir süre o kişi olduğuna inanıyor. Benzetmeleri kişilerin gözleri, yüzü, fiziksel özellikleri ya da karakter ve davranışlarına dayanıyormuş. Son günlerde ders anlatan hocasının sesini akrabalarından birinin sesine benzetmiş. Kendisine bu yolla mesaj verildiğini düşünerek dersten ęıkmıř. Dekanın odasına giderek 'neden hepimiz bir olup benim geğmişimi araştırıyorsunuz?' demiş. Bunlara ilaveten hastanın son zamanlarda sanrı düzeyinde olmayan nesnelere ve yerler arasında da benzerlikler kurması artmış. Bazen karşısında duran bir ağacı semazene, bazen de gördüğu bir kayayı insana benzetip bir süre izlediği oluyormuş. Bir kere de bulunduğu ortamı, daha önce erkek arkadaşıyla gittiği bir yere çok benzetmiş. Son bir aydır derslerini takip edemeyen, ders başarısı düşen, sanrılarıyla uyumlu suçlayıcı davranışlar sergileyen ve işlevselliği bozulan hasta psikotik bozukluk ön tanısıyla inceleme, ayırıcı tanı ve tedavi amağlı psikiyatri servisine yatırıldı.

Psikiyatri servisindeki takibinde; odasına giren bir hastayı sevmediği bir yakınına benzetip bağırarak odasından kovma, servisteki bir intörn doktorun eski sevgilisi olduğuna inanma, Servisteki kadın bir doktoru sevmediği birine benzetip, o doktordan nefret etme ve onunla karşılaşmamaya ęalıřma, başka bir hastayı da esmer ve ęirkin olduğu için şeytana benzetme ve onu görünce ęıđlık atıp kağma

gibi düşünce ve davranışları oldu.

Geliş muayenesinde bilinci açık, kooperasyonu iyi olan hastanın yer-zaman-kişi oryantasyonu tamdı. Görüşmeciyile işbirliği içerisindeydi. Öz bakımı sosyokültürel seviyesine göre azalmıştı. Düşünce akışı ve çağrışımları normal değerlendirildi. Düşünce içeriğinde takip edildiği ve kendisine zarar verileceği şeklinde perseküsyon hezeyanları, akrabalarının çevresinde tanıdığı ve tanımadığı kişilerin kılığına girerek kendisine mesaj verdikleri şeklinde referans hezeyanları ve aşinalığın artması şeklinde delüzyonel misidentifikasyon düşünceleri mevcuttu. Duygulanımı gergindi (irritabil). Muayene sırasında algısal patoloji saptanmadı. Gerçeği değerlendirme ve yargılaması bozuk; hastalığına karşı kısmi içgörüsü vardı. Dışa vuran davranışlarında psikomotor ajitasyonu mevcuttu. Yapılan fiziksel ve nörolojik muayenesinde patoloji saptanmadı.

Psikotik belirtilerin şiddetini belirlemek ve klinik izlemde değişiklikleri saptayabilmek için yatışının ilk günü uygulanan pozitif ve negatif belirtileri saptama ölçeği (PANSS) puanı 89 olarak hesaplandı (pozitif belirtiler:36, negatif belirtiler:53). Hâlihazırdaki durumu ve öyküden alınan hastalık öncesi dönemleri değerlendirildiğinde hasta kişilik bozuklukları açısından da herhangi bir grubu karşılamıyordu. Serum elektrolit değerleri, böbrek, karaciğer ve tiroid fonksiyon testleri, hemogram, vitamin B12 ve folik asit düzeyleri normal sınırlardaydı. Elektrokardiyografi (EKG) normal olarak değerlendirildi. Hastanın organik beyin bozukluklarını dışlamak için çekilen Beyin MR görüntülemesinde patoloji saptanmadı. Elektroensefalografi (EEG)'de yaygın hızlı zemin aktivitesi saptandı ancak fizyolojik sınırlarda olduğu kanaatine varıldı. Alınan öykü, uygulanan psikometrik testler ve psikiyatrik değerlendirme sonucu DSM 5 tanı ölçütlerine göre hastaya şizofreni tanısı kondu. Ajitasyonu olan hastaya yatışının ilk üç günü sabah ve akşam 1 ampul haloperidol, 1 ampul biperiden enjeksiyonu uygulandı ve tedavisi olanzapın 10 mg/gün olarak düzenlendi.

Yaklaşık 20 günlük tedavi sonrası PANSS ölçek puanı:67 (pozitif belirtiler:26, negatif belirtiler:41)

olarak hesaplanan ve şikayetlerinde kısmi iyileşme gözlenen hasta, olanzapın 10 mg/gün tedavisi ile ayaktan takibi planlanarak taburcu edildi. Yaklaşık 6 aydır düzenli kontrollere gelen hastanın, kullanmakta olduğu olanzapın tedavisi takiplerinde metabolik yan etkilerden dolayı kesildi. Paliperidon 6 mg/gün başlandı. Taburculuk sonrası 3. ayda ara verdiği okuluna tekrar geri dönen, işlevselliği artan hastanın PANSS ölçek puanı:29 (pozitif belirtiler:9, negatif belirtiler:20) olarak hesaplandı.

TARTIŞMA

SYTS % 75 oranında kadınlarda gözlenmektedir. Başlangıç yaşı 12 ile 78 arasında değişmektedir, ortalama görülme yaşı erken 40'lı yaşlardır. Hastaların 4/5'ten fazlasında, başlangıç yaşı 30'dur (10). 22 yaşında kadın olgumuz, sosyodemografik veriler açısından literatür ile uyumluydu. Çevresindeki kişilerin yakınlarına dönüşmesi şeklinde sanrıları olması ve buna davranışsal reaksiyonlar göstermesi nedeniyle intermetamorfoz sendromu olduğunu düşündüğümüz hastamızda ilaveten nesnelere ve yerlerle ilgili de artmış aşinalığın olduğunu gözlemledik.

SYTS'de patolojinin genelde bifrontal ya da sağ hemisfer lezyonlarına bağlı geliştiği düşünülmektedir. Olgumuzda yapıldığı gibi SYTS olabileceği düşünülen hastalarda organik etiyoloji araştırılmalıdır. Kontrolsüz sol hemisfer; normalde frontal ve sağ hemisfer alanları tarafından izlenen davranışlarının, hafızanın ve gerçekliğin kontrolünü serbest bırakır, böylece aşırı ve yanlış açıklamalar yapılmaya başlanır. Sol hemisferin ikili kategori halinde olan bilişsel yapısı, çelişkili bilgileri çözmek üzere çoğunlukla bir kopya veya benzerlik oluşturulmasını sağlar (6). Bu bulgularla birlikte, Lykouras ve arkadaşları tarafından yapılan, SYTS olan ve olmayan paranoid şizofreni tanılı hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada bilateral frontal ve sağ hemisferi değerlendiren nöropsikolojik test sonuçları anlamlı bir fark göstermemiştir (11). Buna ilaveten tüm SYTS'nin %60-75'inin psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülüp altta yatan bir organisitenin saptanmadığı da bilinmektedir (6). Organisite saptanmasa da bu bozukluğun sağ frontal lobdaki inanış değerlendirme sisteminin işlevinin bozulmasına bağlı olduğu görüşü de

vardır. Bu görüşe göre paranoid şizofreni ve SYTS'de sanrısız inanışın sürdürülmesine yol açan benzer nöropsikolojik süreçler vardır (12). Olgumuzda antipsikotik tedaviden sonra perseküsyon sanrılarıyla birlikte SYTS semptomlarında da kısmi azalma görülmesi, bu görüşü desteklemektedir.

SYTS'lerin oluşumunu açıklamak amacıyla psiko-dinamik formülasyonlar, yüz tanıma ve bellek ile ilgili kuramlar, beyin dikotomi kuramları ve regresyon kuramları da dahil olmak üzere çeşitli kuramlar öne sürülmüştür (13). Bu kuramlar SYTS'lerin anlaşılmasına bir miktar katkı sağlamakla beraber, bu kuramların doğrulanabilmesi ve SYTS'lerin oluş ve gelişme şekillerinin tam olarak açıklığa kavuşabilmesi için daha fazla klinik araştırmaya ihtiyaç vardır.

SYTS'nin farmakolojik tedavisi ile ilgili kontrollü bir çalışma bulunmamaktadır. Zanker yazdığı bir makalede, SYTS semptomlarının çeşitli nöroleptik tedavilere rağmen tedaviye karşı çok dirençli olduğunu belirtmiş. Ancak literatürde olanzapin¹⁶, risperidon¹⁷, ketiapin,¹⁸ sülpirid, trifluoperazin ve pimozid gibi tipik ve atipik antipsikotik tedavilere cevap verdikleri bildirilmiştir (13-19). Hastanın tedavisiz kalması halinde tanı düzeyine ulaşmayan nesnelere ve yerlere karşı olan aşırı aşinalığın sanrı düzeyine ulaşması da öngörülebilir. Aşinalık spektrumu açısından bakıldığında aşinalığın kaybında ve artmasında farklı patolojik süreçlerin işleyebileceği akılda tutulmalıdır.

Yazışma adresi: Dr. Ali Kandeğer, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri A.D., Konya, dralikandeger@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Sno HN. A continuum of misidentification symptoms. *Psychopathology*. 1994;27(3-5):144-7.
2. Cipriani G, Vedovello M, Ulivi M, Lucetti C, Di Fiorino A, Nuti A. Delusional misidentification syndromes and dementia: a border zone between neurology and psychiatry. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*. 2013;28(7):671-8.
3. Connors MH, Langdon R, Coltheart M. Misidentification delusions. Troublesome disguises: Managing challenging disorders in psychiatry. 2015:169-85.
4. Arısoy O, Tufan AE, Bilici R, Taskiran S, Topal Z, Demir N, Cansız MA. The comorbidity of reduplicative paramnesia, intermetamorphosis, reverse-intermetamorphosis, misidentification of reflection, and capgras syndrome in an adolescent patient. *Case Reports in Psychiatry*. 2014.
5. Bilici R, Tufan AE, Uğurlu GK, Sağlam S, Namlı M. Paranoid tip şizofreni tanısı olan bir hastada reduplikatif paramnezi, intermetamorföz ve Capgras Sendromu birlikteliği: Bir Olgu Sunumu. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2011;24:149-51.
6. Devinsky O. Delusional misidentifications and duplications Right brain lesions, left brain delusions. *Neurology*. 2009;72(1):80-7.
7. Edelstyn NM, Oyebode F, Barrett K. The delusions of Capgras and intermetamorphosis in a patient with right hemisphere white-matter pathology. *Psychopathology*. 2002;34(6):299-304.
8. Bez Y, Nurmedov S. Reduplicative paramnesia in a case with corpus callosum lesion. *Yeni Sempozyum Dergisi*. 2007;45:174-6.
9. Courbon P, Tusques J, editors. *Identification délirante et fausse reconnaissance*. *Annales médico-psychologiques*; 1932.
10. Christodoulou GN. The delusional misidentification syndromes: S Karger Pub; 1986.
11. Lykouras L, Typaldou M, Mourtzouchou P, Oulis P, Koutsaftis C, Dokianaki F, Michalopoulou PG, Havaki-Kontaxaki M, Christodoulou C. Neuropsychological relationships in paranoid schizophrenia with and without delusional misidentification syndromes. A comparative study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2008;32(6):1445-8.
12. Papageorgiou C, Ventouras E, Lykouras L, Uzunoglu N, Christodoulou GN. Psychophysiological evidence for altered information processing in delusional misidentification syndromes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2003;27(3):365-72.
13. Christodoulou GN, Margariti M, Kontaxakis VP, Christodoulou NG. The delusional misidentification syndromes: strange, fascinating, and instructive. *Current psychiatry reports*. 2009;11(3):185-9.
14. Bourget D, Whitehurst L. Capgras syndrome: a review of the neurophysiological correlates and presenting clinical features in cases involving physical violence. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2004;49(11):719-25.
15. De Pauw KW, Szulecka TK. Dangerous delusions. Violence and the misidentification syndromes. *The British Journal of Psychiatry*. 1988;152(1):91-6.
16. Passer KM, Warnock JK. Pimozide in the treatment of Capgras' syndrome: a case report. *Psychosomatics*. 1991;32(4):446-8.
17. Tueth MJ, Cheong JA. Successful treatment with pimozide of Capgras syndrome in an elderly male. *Topics in geriatrics*. 1992;5(4):217-9.
18. Yalin S, Tas FV, Guvenir T. The coexistence of Capgras, Fregoli and Cotard's syndromes in an adolescent case/Capgras, Fregoli ve Cotard's sendromu birlikteliği olan bir ergen olgu. *Archives of Neuropsychiatry*. 2008;45(4):149-52.
19. Zänker S. Chronic and therapy refractory Fregoli syndrome. *Psychiatrische Praxis*. 2000;27(1):40.