

Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Tedavi Sürecinde Gelişen Erotomani: Bir Olgu Sunumu*

Dr. Osman Sabuncuoğlu¹, Dr. Yankı Yazgan², Dr. Meral Berkem²

ÖZET:

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUĞUN TEDAVİ SÜRECİNDE GELİŞEN EROTOMANİ: BİR OLGU SUNUMU

Obsesif-kompulsif bozukluğun (OKB) klinik özellikleri arasında psikoz belirtilerinin görülmesi araştırmacıların ilgisini çeken bir konu olmaya devam etmektedir. Sözü edilen iki klinik tablodan çocukluk çağı OKB'sine ait bilgilerimiz günden güne artmaktadır, ancak sanrısız düşünce bozukluğunun gelişimi hakkında bilgilerimiz hâlâ sınırlıdır. Bu yazıda, klinikte obsesif-kompulsif bozukluk tanısıyla izlenmekte iken erotomani gelişen 14 yaşında bir ergen kız, çocuk ve ergen gelişiminde psikopatoloji bağlamında incelenmiştir. Bu sunumla, olgunun, OKB ve Sanrısız Bozukluğun anlaşılmasına katkıda bulunması amaçlanmaktadır.

Anahtar sözcükler: erotomani, obsesif-kompulsif bozukluk, ergen, çocukluk çağı

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2000; 10: 47-50.

SUMMARY:

DEVELOPED EROTOMANIA IN THE TREATMENT OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: A CASE REPORT

The observations on the psychotic features of clinical presentation of obsessive-compulsive disorder (OCD) has been an interesting topic for most researchers. Despite the fact that our knowledge of childhood onset OCD is growing day to day, our understanding of development of delusional thought is still limited. In the present paper, a 14 year-old female adolescent who developed erotomania during the course of obsessive-compulsive disorder is discussed in the context of psychopathology and development. It is aimed to broaden our understanding of OCD and delusional disorder phenomena.

Key words: erotomania, obsessive-compulsive disorder, adolescent, childhood

Bull Clin Psychopharmacol 2000; 10: 47-50.

GİRİŞ

Obsesif-kompulsif bozukluğu olan erişkinlerin %80'inde bu bozukluk 18 yaşından önce başlamaktadır. Ergenlerin OKB prevalansı ise %1-2'dir. Bu yüzden artık, OKB çocukluk çağına başlayan bir hastalık olarak kabul edilmektedir (1). Bir tür sanrısız bozukluk olan erotomani ise nâdir görülmektedir. Erotomani, genellikle bir kadının, kendisinden daha büyük ve sosyal olarak üst konumda olan bir erkeğin kendisine aşık olduğunu düşünmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu kişiden gelen her uyarın olumsuz bile olsa aşkının göstergesi olarak kabul edilir; gerçekte ise aşık olunan kişinin hasta ile teması en fazla tesadüfi ve önemsiz düzeydedir, hatta bazı durumlarda hiç olmamıştır. Hipokrat zamanından beri bilinmesine karşın erotomani, çağdaş psikiyatri dağarcığı içine bu yüzyıl başında "paranoya erotika" terimiyle girmiştir. Kraepelin'e göre de erotomani, büyüklük san-

rılarının bir tipidir ve paranoya kavramı altında sınıflandırılmıştır (2). De Clerambault tarafından getirilen tanıma uyan saf erotomani vakaları bildirildiği gibi diğer psikiyatrik ve nöropsikiyatrik sorunlarla birlikte ikincil erotomani görülebilmektedir (3). Sanrısız bozukluğun nasıl başladığına ilişkin bilgiler sınırlıdır.

OLGU

Kliniğe ilk başvurulduğunda 14 yaşında olan E. A. evliliğin 26. yılında doğan tek çocuktur ve Temel Eğitimin 7. sınıfındadır. Prenatal ya da perinatal herhangi bir sorun olmadığı ifade edilmiş, gelişim basamakları sorgulandığında dil-bilişsel ve motor gelişiminde bir gecikme saptanmamıştır. Tuvalet eğitimini 1 yaşında kazanmıştır. Sakin, bakımı kolay bir çocuk olarak tarif edilen E. A.'nın bakımını bakımını annesi yapmıştır.

Anne ve baba teyze çocuklarıdır. Anne 56 yaşın-

*8. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

1 Çocuk Psikiyatrisi Uzmanı, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

2 Çocuk Psikiyatrisi Doçenti, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Uzm. Dr. Osman Sabuncuoğlu Çocuk Psikiyatrisi Uzmanı, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul
Tel: +90 (542) 4253397
E-posta: sabuncuoğlu@hotmail.com

da, ilkökul mezunu bir ev hanımıdır. 2 yıl önce yaşlı annesine bakmak zorunda kalması neden olarak gösterilen bir depresyon geçirdiği öğrenilmiştir. Baba 60 yaşında, emekli öğretmendir. Migren ve kronik astımı vardır; ayrıca 2 yıl önce Hepatit B geçirmiştir.

E. A., ilk görüşmede kısa boylu, az konuşan, zaman zaman gülümseyen, kaygı düzeyi yüksek, içedönük bir genç kız olarak gözlemlenmiştir. Babasının görüşmeye gelmesine şiddetli tepki gösterdiği saptanmıştır.

Çocuk Psikiyatrisi kliniğine ilk kez 1990 yılında yalan söyleme ve tırnak yeme yakınmasıyla getirilmiştir. Özellikle öğretmeni "olmamış şeyleri olmuş gibi anlatması" nedeniyle aileyi bir ruh sağlığı merkezine başvurmaya yönlendirmiştir. O zaman klinikte, "ruhsal olarak immatür, anneye aşırı bağımlı" olarak değerlendirilmiştir. Baba, kızının ilkökul sırasında bir çocuğun kendisine aşık olduğunu ve öpmek istediğini söylediğini, bunun üzerine kendisinin de gidip o çocuğu azarladığını anımsamaktadır.

Anne ve baba arasında çocuğun yetiştirilmesinde belirgin tutum farklılıkları olduğu, babanın kural koymaya çalışırken annenin aşırı koruyucu ve kollayıcı tavrı ile bunların kalıcı olmasını engellediği anlaşılmıştır. Küçüklüğünden beri şu ya da bu şekilde isteklerini annesine yaptrabilmektedir.

Güncel yakınmalarla ilgili sürecin başvurusu ise 1997 yılı başında yapılmıştır. Belirtilen yakınmalar aşırı ve sık el yıkama, kendisine hastalık bulaşacağı düşüncesi, okulda tuvalete girememe ve anne-babası ölürse kendisine kimin bakacağı kaygısıdır. Özellikle pis olduğunu düşündüğü herhangi bir nesneye dokunduğu her seferde ortalama olarak 15 dakika el yıkamaktadır. Hastalığına yönelik içgörüsünün olmadığı, durumunu yadsıdığı ve kaygı düzeyinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Obsesif-kompulsif bozukluk tanısı ile başlangıç tedavisi olarak Klomipramin 25mg/gün, davranışçı tedavi teknikleri ve ailenin eğitilmesi düzenlenmiştir. Olgunun sonraki 3 aylık izlenmesi sırasında davranışçı tedavi, kendisinin ve ailesinin yeterli işbirliğine girmemesi nedeniyle uygulanamamıştır. Klomipramin aşamalı olarak 100 mg/gün dozuna çıkılmış ve başvuru yakınmalarının tümüyle ortadan kaybolduğu görülmüştür. Ayrıca, özellikle babayla yaşanan çatışmalar yatışmıştır. Bu süreç içinde yapılan psikometrik değerlendirmede hastanın "sınırdaki entelektüel işlevsellik" gösterdiği ve performansının oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Öğretmeni tarafından heyecanlı, ürkek, çekingen, mutsuz, içe kapanık ve dikkatini toplayıp sürdüremeyen bir öğrenci olarak nitelendirilmiştir.

Yakanın nörolojik incelemesinde organiste yönünde herhangi bir bulgu elde edilmemiştir.

Erotomaninin Ortaya Çıkışı

E. A.'ya, hastanede çalışan ve kendisini konsültasyon sırasında bir kez görmüş olan bir asistanın "aşık olduğuna" ilişkin ilk savlar obsesif-kompulsif belirtilerin kaybolduğu dönemde elde edilmiş ve klinik izlemede göz önünde bulundurulacak önemli bir alan olarak belirlenmiştir. Sonraki aylar yaz aylarıdır ve görüşmeler aksamıştır. Bu süreçte anneannenin ölümü, sınıfta kalma olasılığı ve yazlığa gitmek istememe nedeniyle babayla çatışma gibi önemli stresleri yaşamıştır.

Daha sonra yapılan ilk görüşmede, annenin belirttiğine göre E. A., sözü edilen asistanın kendisine aşık olduğunu ve evlenmek istediğini sık sık dile getirmektedir. Ayrıca yine hastanede çalışırken tanıştığını söylediği, sonradan İstanbul'da başka bir hastaneye atanmış bir başka doktor da aynı duygular içinde imiş. O doktora ilginç bir isim yakıştırılmakta ancak gerçekte kim olduğu ile ilgili tutarlı bilgi alınamamaktadır. O doktor sözde defalarca telefonla aramış, birkaç kez okuluna çiçek getirmiş ama hasta kabul etmemiş. Ayrıca bu iki doktor akraba imiş. Pediatri asistanı için şöyle demektedir: "O bir doktor, ben henüz küçüğüm, böyle bir evlilik olabilir mi?". Görüşme sonrasında çocuk psikiyatristine o doktoru tanıyıp tanımadığını ve ev adresini sormuştur. Sonradan edinilen bilgilere göre, hasta zaman zaman hastaneye gelerek söz konusu doktoru izlemekte, çevresinde dolaşmakta ve bir taciz olmamasına karşın rahatsızlık vermektedir.

İzleyen görüşmede, atanan doktorun annesinin eve telefon ederek oğlunun E. A. yüzünden intihar edip öldüğünü, birkaç gün sonra ise ölmeyip hastanede yattığını söylediği ileri sürülmüştür. Hastanın annesi, bu bilgilere inanma eğiliminde olup, sonraki günlerde ileri sürülen durumu öğrenen baba ise öfkeyle kliniğe gelmiş ve halen hastanede çalışmakta olan asistanı dekana şikayet edeceğini bildirmiştir. Baba, görüşmeye alınıp yatırılmıştır.

Hastanın ilaç tedavisi erotomaninin belirmesi ile yeniden düzenlenmiştir. Haloperidol aşamalı olarak 10 mg/gün dozuna kadar çıkılmış, hastanın yarar görmemesi üzerine yeni kuşak nöroleptiklerin tedaviye eklenmesi planlanmış, ancak bu aşamada görüşmeler kesilmiştir.

TARTIŞMA

Klinik gözlemlerden şu çıkarılmaktadır ki, OKB hastalarının en azından bazıları belirtilerini mantıksız ve aşırı bulmamakta, düşünce içeriklerine verdikleri aşırı önem kimi zaman da sanrısız nitelik almaktadır (4). DSM-IV, OKB hastalarını ayrıca "içgörünün az olmasına" göre sınıflamaktadır. Tartıştığımız olguda OKB sürecinde içgörünün olmaması daha sonra gelişen sanrısız bozukluk açısından anlamlıdır. Erişkin psikiyatrisinde obsesif-kompulsif bozukluğun gidişi sırasında sanrıların görüldüğü çeşitli olgular tanımlanmıştır. Fenomenolojik açıdan bakıldığında bu sanrıların bir şizofrenik durumdan çok genellikle geçici olan reaktif afektif veya paranoid psikozlar olduğu ileri sürülmüştür (5). Obsesiyondan sanrıya geçiş obsesif düşüncelere direnç ortadan kalktığında ve içgörü yitirildiğinde gerçekleşir. Öncesinde genellikle stresli bir yaşam olayı söz konusudur. Tartıştığımız olguda sözü edilen özelliklerin geçerli olduğu ve sanrıların erotomanik nitelik aldığı görülmektedir. Hastanın tedaviyle ortadan kaybolan obsesif-kompulsif düşünceleri ile daha sonra gelişen sanrısız bozukluğunun bağlamsal ilişkisinin olmadığı da anlaşılmaktadır.

De Clerambault sendromu tanısının konulabilmesi için kabul edilen ölçütler şunlardır (3):

- 1-Diğer kişiyle sevdalı bir iletişim içinde bulunulduğuna dair sanrısız inanış,
- 2-Bu kişinin sosyal olarak daha üst konumda olması,
- 3-Bu kişi önce aşık olan olması,
- 4-İlk girişimin bu kişiden gelmesi,
- 5-Başlangıcın ani, gidişin kronik olması,
- 6-Aşık olunan nesnenin değişmemesi,
- 7-Hastanın, aşık olduğuna inandığı kişinin bu yönde olmayan (paradoksal) davranışlarına ilişkin bir açıklamasının olması,
- 8-Varsanılar olmaması.

Bu olguda, daha önce bildirilen benzer hastaların çoğunda olduğu gibi, De Clerambault sendromu ölçütlerinin tümü bulunmamış ve hastadaki bozukluk birincil erotomani olarak başlamamıştır. Şizofreninin karakteristik belirtilerinin bulunmaması olguyu bu tanıdan uzaklaştırmaktadır. Anne ve babanın hastanın sanrılarına yaklaşımları paylaşılmış psikotik bozukluğu akla getirmektedir; bu bozukluğun en sık

rastlanan şeklinde baskın ve güçlü konumdaki aile üyesinin sanrısız inanışı daha edilgen ve genç olan aile üyesi tarafından paylaşılmaktadır. Hastanın ailesinde bu durumun gözlenmemesi, sanrı içeriğinin tipik olmaması ve anne-babanın ikna edilebilmeleri bizi bu tanıdan uzaklaştırmaktadır. Öte yanda, olgunun kişilik örüntüsü şizotipal özellikler içerse de kişilik bozukluğu hakkında kesin karar vermek için genç erişkin olunması gereklidir (6). Afektif bir düzensizlik de gözlemlenmediğinden sergilenen klinik tablo DSM-IV'e göre Sanrısız Bozukluk-Erotomanik Tip'e uymaktadır (6). Hastanın durumunu yakın zamanda güncellenen ve ergenler açısından önemi vurgulanan "stalking" (peşine düşüp takip etmek) olgusu bağlamında görmek de olasıdır. "Obsesyonel İzleme" olarak da adlandırılabilir stalking'in 3 alt tipi tanımlanmaktadır: erotomani, obsesyonel aşk ve basit obsesyonel/sınırdaki erotomani (7). Olgulara böyle yaklaşıldığında OKB tanısından bütünüyle uzaklaşmamaktadır. Tam bu noktada, erotomani olgularının yasal sorunlar yaşayabileceğini ve adli psikiyatrinin görüşünün gerekebileceğini vurgulamakta yarar vardır (8).

Sık rastlanmayan bir sorun olan erotomaninin ergenlerde nadir olarak görüldüğü bildirilmekteyse de (9). daha genel olarak bakıldığında bir non-psikotik klinik ergen hasta grubunda yapılan çalışmada şizotipal düşünce süreçleriyle ilişkili %24 oranında sanrısız düşünce saptanmıştır (10). Çocukluktan erişkinlerdeki düşünce bozukluklarına nasıl varıldığı iyi bilinmeyen bir konudur ve genetik, psikodinamik ve bilişsel yaklaşımların harmanıyla bu konuyu açıklayan tümelşik bir modele gereksinim vardır (11). Fantastik düşüncenin çocuklar için yapıcı rolü ortak kabul gören bir nokta olmasına karşın bununla ilgili hangi bileşenlerin erişkin düşünce bozukluklarını hazırladığı tartışmaya açıktır (12).

Fenomenolojik olarak yaşanan belirsizlik karşılaşılan olguların psikofarmakolojik tedavilerinde de kendini göstermektedir. Sanrısız bozukluğun geleneksel tedavisinde nöroleptikler kullanılmasına karşın OKB bağlantılı sanrılarda hastaların antidepressanlardan da yarar gördüğü ileri sürülmektedir (5). Bu alanda yaşanacak bilgi artışı daha etkin ve kalıcı tedavileri getirecek, birey ve toplum sağlığına olumlu katkılarda bulunacaktır.

Kaynaklar:

1. Riddle M. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Br J Psychiatry* 1998;173:91-96.
2. Phillips MR, West CL, Wang R. Erotomaniac symptoms in 42 schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1996;169:501-508.
3. Ellis P, Mellsop G. De Clerambault's syndrome- a nosological entity? *Br J Psychiatry* 1985;146:90-95.
4. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994;32:342-53.
5. Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry* 1986;143:1527-1533.
6. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
7. McCann JT. Subtypes of stalking (obsessional following) in adolescents. *J Adolesc* 1998;21:667-675.
8. Harmon RB, Rosner R, Owens H. Obsessional harassment and erotomania in a criminal court population. *J Forensic Sci.* 1995;40:188-96.
9. Urbach JR, Khalily C, Mitchell PP. Erotomania in an adolescent: clinical and theoretical considerations. *J Adolesc* 1992;15:231-40.
10. Altman H, Collins M, Mundy P. Subclinical hallucinations and delusions in nonpsychotic adolescents. *J Child Psychol Psychiat* 1997;38:413-420.
11. Roberts G. The origins of delusion. *Br J Psychiatry* 1992;161:298-308.
12. Caper R. Play, experimentation and creativity. *Int J Psychoanal* 1996;77:859-69.