

Folie á Famille ve Delüzyonel Parazitöz: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Sibel Mercan¹, Özgür Ögütçen², İlknur Kıvanç Altunay³, Oğuz Karamustafalıoğlu⁴

ÖZET:

Folie á famille ve delüzyonel parazitöz: Olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi

Delüzyonel parazitöz (DP) nadir görülen psikiyatrik bir bozukluktur. Olgularda parazit, kurtçuk, böcek ve bakterilerle enfekte olduklarına ilişkin yanlış bir inanış vardır. Olgular rahatsızlıklarının bedensel bir sebebi olduğunu düşündüklerinden genelde dermatolog, aile hekimi gibi diğer branş hekimlerine başvururlar. Psikiyatriye başvurmaları genelde rahatsızlıkları ilerledikten sonra görülür. Bu hastalığın diğer bir özelliği, Paylaşılmış Psikotik Bozukluk (PPB)'ün bu vakalarda %10-15 gibi nispeten yüksek oranda görülmesidir. Tedavide genelde tipik ya da atipik antipsikotikler kullanılmaktadır. Bu yazıda içinde DP olan 1 olgu ve PPB'ü olan toplam 5 kişilik bir aile sunulmuştur. Birincil olguda DP bulgularına ilave olarak psikotik bozukluk, sınırda mental durum, vitamin B₁₂ düşüklüğü ve geçirilmiş menenjit öyküsü mevcuttu. Birincil olgunun risperidon ile tedavisi sonrasında 2 ay içinde belirtilerinde gerileme olduğu, bu düzelme ile birlikte diğer aile üyelerinde de belirtilerin ortadan kalktığı gözlenmiştir. Altı ay sonunda tekrar edilen ruhsal değerlendirmede hastanın asemptomatik olduğu tespit edilmiştir. Bu olgu sunumu ile DP ve PPB birlikteliğinin vurgulanması, tedavide risperidon kullanımı ve konuyla ilgili yayınların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: delüzyonel parazitöz, paylaşılmış psikotik bozukluk, folie á famille, risperidon

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005;15:71-78

ABSTRACT:

Comorbidity of delusional parasitosis and folie á famille: Case presentation and review of literature

Delusional parasitosis is very rare psychiatric disorder. Patients believe that they are infested by parasites, worms, insects or bacteria, and they usually apply dermatologists or family practitioners for treatment at first, and referred to psychiatrists after their symptoms become more prominent. 10-15% of cases with delusional parasitosis have comorbid shared psychotic disorder. Antipsychotics are drugs of choice in these cases. In our case study we reported that 5 members of the same family complained about the persistent belief that they were infested by parasites. The primary case of the family also have psychosis, limited mental capacity, vit B₁₂ deficiency and history of meningitis in his childhood. We used risperidon for treatment of primary case. At the end of 2 months his symptoms ceased and other family members became asymptomatic without any medication. He was still asymptomatic at the end of six months. Our aim was to present a case with delusional parasitosis and folie á famille comorbidity, risperidon treatment in delusional parasitosis and review the literature.

Key words: delusional parasitosis, shared psychotic disorder, folie á famille, risperidone

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005;15:71-78

GİRİŞ

Delüzyonel parazitöz (DP) hastalarında herhangi bir mikrobik enfeksiyon olmamasına rağmen hastalarda enfekte olduklarına ilişkin bir inanış vardır. Bu hastalık ilk olarak Fransız dermatolog Thieberge tarafından “akarofobi” olarak tanımlanmıştır (1). Onu takibeden İsveçli psikiyatrist Ekbohm 1938 yılında “presenil dermatolojik delüzyon” ya da “Ekbohm Sendromu” adı altında aynı tabloyu tanımlamış ve hastalık uzun yıllar Avrupa’da bu adla anılmıştır (2). Delüzyonel parazitöz

terimini ilk olarak Wilson ve Miller kullanmış ve sendromun tanısallık anlamda özgün olmadığını; şizofreni, melankoli, demans, toksik psikoz ve ağır psikonevrozlarla birlikte bulunabileceğini de vurgulamışlardır (3).

Ardından Alman psikiyatrist Conrad bu hastalığın alkol bağımlılarında da görüldüğünü ve bu nedenle organik psikozlar başlığı altında sınıflanması gerektiğini vurgulasa da diğer psikiyatristler buna karşı çıkmış ve hastalığın şizofreni, duygulanım bozukluğu ya da parafreniler başlığı altında sınıflanması gerektiğini öne sürmüşlerdir. Daha sonra Munro monosemptomatik hipokondriak psikoz

¹Psikiyatri Asistanı, Dr., ²Servis Şefi, Doç. Dr., Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi, İstanbul-Türkiye
³Dermatolog Dr., ⁴Doç. Dr., Klinik Şefi Yardımcısı, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Servisi, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Dr. Sibel Mercan, Adnan Saygun Cd. Kelaynak Sk. Panorama Sitesi 2. Blok D 4 Ulus, İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-234-8111
Faks / Fax: +90-212-278-1324

Elektronik posta adresi / E-mail address:
rmercane@superonline.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:
3 Mart 2005 / March 3, 2005

(MHP)'u tanımlamıştır (4). Delüzyonel parazitozu DSM III R ve ICD 10 da bu grup içinde saymıştır. Bu sınıflama ile bir sorun ortaya çıkmaktadır. Bu antiteyi gösteren vakaların küçük bir kısmı ele alınıp, tüm delüzyonel parazitozlara uygulanmaya kalkılmakta ve bu da karışıklığa yol açmaktadır. İleride farklı bir sınıflama ve değerlendirmenin ortaya çıkması şaşırtıcı olmayacaktır (5).

Bu sendrom psikiyatristlerin dikkatini çok çekmesine rağmen; hastalar psikiyatrilerden ziyade dermatog, aile hekimi gibi diğer hekimlere başvururlar. Çünkü bu olgular şikayetlerinin bedensel bir hastalıktan kaynaklandığına ve psikiyatrik tedavinin bedensel olan hastalıklarına çözüm getirmeyeceğine inanırlar (6,7).

DP tek başına görülebileceği gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla ya da bedensel hastalıklarla birlikte de görülebilir. DP'nin beraber görüldüğü psikiyatrik bozukluklardan başlıcaları demans, psikoz, ilaç kullanımına ikincil psikozlar, şizofreni, depresyon, paranoya, başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, bipolar duygulanım bozukluğu ve yas tepkisidir (8). DP ile beraber görülebilen bedensel hastalıklar arasında diabetes mellitus, hipertansiyon, kalp yetmezliği, lepra, lenfoma, hipotiroidizm, hipertiroidizm, panhipopituitarizm, ciddi anemiler, lösemi, hepatit, vitamin eksikliği (B12, niasin, folik asit), enfeksiyonlar (tbc, sifiliz, AIDS vb), nörolojik hastalıklar, astım, tüberküloz, artrit, tümörler ve kortikosteroid gibi ilaçların kullanımı sayılabilir (9-11).

DP'nin klinik görünümü değişik şekillerde olabilir. Sık görülen belirtiler arasında kaşıntı, batıcı tarzda ağrı, yanma, kibrit kutusu belirtisi (matchbox sign) sayılabilir. Nadir olarak işitsel varsanılar ve kendine zarar verici davranışlar (tırnakların anormal kesilmesi, saçların ve vücut kıllarının kazınması ve vücuda pestisit uygulanması) gözlenir. Kibrit kutusu belirtisinde hasta saç, deri, tırnak gibi çeşitli vücut parçalarını küçük bir taşıyıcı kap, kutu, bez vs. içinde doktora getirir (12). Dermatolojik belirtiler hastalığın tanı konduğu döneme göre değişiklik gösterir. Bazı olgularda çok az bulgu olabilirken ya da hiç bulgu olmazken; bazılarında kronik kaşımayla likenifikasyon, sürekli kullanılan dermatolojik ilaçlarla iritan kontakt dermatit geliştiği görülebilir (13).

DP gibi az rastlanan diğer bir psikiyatrik sendrom 'Paylaşılmış Psikotik Bozukluk' (PPB)'un bu olgularda görülme oranı %5-15 dolayındadır (7). Klinik bir durum

olarak uzun zamandır ilgi çeken PPB ilk kez Baillarger tarafından 1860 yılında 'folie communiquée' adıyla tanımlanmıştır (17). Diğer adları arasında bulaşıcı delilik, eşlik eden psikoz, ikili delilik sayılabilir. PPB genellikle aile üyeleri arasında görülmektedir. Hastalığı taşıyan biricil olgu yanında diğer aile üyeleri de bu sanrıya katılmaktadır. Bu sendromun tanısı iki kişiye konduğunda 'folie à deux', üç kişiye konduğunda 'folie à trois', tüm aileye konduğunda ise 'folie à famille' olarak isimlendirilmektedir (18). Gözden geçirdiğimiz kaynaklarda folie à famille ve DP birlikteliğine rastlanmamıştır. Gieler ve arkadaşları 1990 yılında yayınladıkları bir yazıda 'folie à trois' ve DP'nin birlikte görüldüğü bir olgu bildirmişlerdir (19). DP ve PPB ortak tanısı alan olgular gözden geçirildiğinde, benzer şekilde bir aile üyesi bu sanrıyı geliştirmekte diğer aile üyeleri de ona katılmaktadır. PPB olgularındaki DP sınıflamasında hastalar biricil (sanrısız fikirleri diğerlerine aktaran) ve ikincil (primer vakayla sanrısız içeriği paylaşan) olmak üzere iki grup altında değerlendirilmektedirler. Bir başka önemli noktada PPB'ta biricil (inducer, primer) olgu, yani sanrıya sahip ilk olgunun tedavisinin ikincil (induced, sekonder) olguların tedavisini hızlandırmasıdır. Olguların büyük bir kısmında hasta olan kişinin (biricil olgu) tedavi sonucu düzelmesi ile diğer kişilerde (ikincil olgular) var olan benzer belirtiler tedavi olmaksızın kendiliğinden ortadan kalkmaktadır (20,21).

Türkiye'de de delüzyonel parazitozla ilgili psikiyatri yayınları oldukça kısıtlı sayıdadır. Literatürde MHP olguları ve tedavide antipsikotik kullanımı ilgili olgu sunumları göze çarpmaktadır (22-24).

Bu yazıda Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ŞEEAH) psikodermatoloji polikliniğine başvuran DP tanısı almış biricil olgu ile onunla aynı düşünceleri paylaşan diğer aile üyelerinin klinik belirtileri, tanısız değerlendirmeleri, tedavileri özetlenmiş ve bu olgu eşliğinde DP ile folie à famille (PPB) komorbiditesi açısından literatür gözden geçirmesi yapılmıştır.

OLGU

A, On yedi yaşında, erkek olgu. Vücudunda yaygın kaşınma ve yanma yakınması ile dermatoloji polikliniğine başvurmuş. Olgunun öyküsünde birçok kez antiskabietik tedavi aldığı, ancak iyileşmediği, yakın zamanda psikiyatriye başvurduğu ve yatarak tedavi gör-

düğü öğrenilmiş ve psikodermatoloji polikliniğine yönlendirilmiştir.

Psikodermatoloji polikliniğinde dermatoloji ve psikiyatri uzmanlarınca tekrar değerlendirilen olguda cilt bulguları olarak özellikle genital bölgede ve ağırlıklı olarak sol üst bacakta bazısi ekskoriye ve bazısi kabuklu, kaşıntılı papüller saptanmıştı. Psikiyatrik değerlendirmede konuşması yavaş, konuşma içeriği sığ ve yüzeyeldi. Sorulara net yanıtlar veremiyor, çevresel konuşma dikkati çekiyordu. Düşünce süreci yavaşlamış ve içeriğinde hastalıkla ilgili uğraşlar dikkati çekmekteydi. Sürekli kaşınıyor ve daha önce yattığı hastanede kullandığı havlunun kirli olduğunu, havluyu başka hastaların da kullanmış olabileceğini ve onlardan kendisine hastalık bulaştığını, gelişen döküntülerin aralıksız kaşındığını, kaşıma sonucu yaraların oluştuğunu ve bu yaraların kanadığını belirtiyordu. Bunun dışında sanrı ve varsanı tanımlamıyordu.

Olgu, annesiyle beraber başvurmuştu. Annesinden alınan öyküden olgunun ilk yakınmalarının 6 ay önce başladığı, o dönemde herkesin öldüğünü düşündüğü, kendisinin de ölmek istediğini belirttiği öğrenildi. Televizyon seyretmek istemediği, kimse ile görüşmediği, uykusuzluk, sıkıntı ve korkuları olduğu ve tüm bu yakınmalarla özel bir hastaneye başvurdukları ve orada yatırılarak ilaç tedavisi uygulandığı belirtildi. Hastaneden istenen epikrizde hastanın başvurduğu dönemde yapılan psikiyatrik muayenesinde disfori, konuşmada azalma, işitsel varsanılar, perseküsyon sanrıları olduğu ve içgörüsünün olmadığı belirtilerek psikotik özellikli depresyon tanısıyla haloperidol 20 mg/gün ile biperiden 4 mg/gün IM uygulaması yanında 7 seans elektrokonvulsif tedavi yapıldığı öğrenildi. Olgu 15 gün hastanede yattıktan sonra taburcu edilirken, ilaç tedavisine oral olarak aynı dozlarda devam etmesi önerilmiş. Hasta 1-2 ay bu tedaviye devam etmiş, ancak ekonomik sebeplerle kontrole gidememiş ve ilaç tedavisini de yarım bırakmış.

Olgunun enfekte olduğu düşünceleri hastanede yarken gelişmiş. Annesinin de benzer yakınmaları olduğunu belirtmesi üzerine, yapılan dermatolojik muayenesinde ciltte benzer lezyonlar olduğu tespit edildi. Öykü derinleştirildiğinde taburcu edildikten sonra evine gelen hastanın devam eden yakınmalarının önce annede, sonra sırasıyla kız kardeşinde, erkek kardeşinde ve en son olarak da babasında ortaya çıktığı anlaşıldı. Aile

üyeleri bu yakınmalarla dermatoloji uzmanlarına başvurmuş ve scabies (uyuz) tanısıyla tedavi görmüşlerdi. Bu tedavi haftada bir kez olmak üzere bir ay süresince toplam dört kez uygulanan topikal ilaç uygulamaları ile başlamış ve tüm aile üyelerinde yakınmaların geçmesi üzerine aynı tedavi tekrarlanmıştı. Fakat yakınmaları süren aile üyelerinin bu kez bir devlet hastanesi dermatoloji bölümüne başvurdukları ve kendilerine topikal ve oral tedavi başlandığı, yaklaşık bir ay devam edilen bu tedavi de sonuç vermeyince ŞEEAH dermatoloji bölümüne başvurdukları ve oradan da psikodermatoloji polikliniğine yönlendirildikleri öğrenildi.

Diğer kardeşler de muayene için çağrıldılar. Babaya ulaşılamadı. Alınan öyküde babada da alınganlık, şüphecilik, aile içinde şiddet uygulama, sesler işitme gibi yakınmalarının olduğu, bu nedenle daha önce tedavi gördüğü, haloperidol ve biperiden önerildiği, ancak tedavi görmeyi reddettiği öğrenildi. Anne ve kardeşlerin dermatolojik ve psikiyatrik muayeneleri yapıldı. Döküntüye eşlik eden lezyonların birincil olgu dışında sadece annede mevcut olup diğer aile üyelerinde olmadığı saptandı. Anne ve kardeşler de A ile benzer şekilde kendilerine mikrop bulaşmış olabileceğini düşündüklerini, vücutlarında yaygın kaşıntı olduğunu, uygulanan tedavilerden yararlanmadıklarını belirtiyorlardı. Babada da benzer şekilde kaşınma ve mikrop bulaşma kuşkusunun olduğu diğer aile üyelerinden öğrenildi.

Birincil olgu, anne ve kardeşlere Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme Ölçeği MINI-Plus yardımı ile psikiyatrik görüşme yapılmıştır (25). Birincil olguda başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk olduğu tespit edilmiş, anne ve kardeşlerde herhangi bir psikiyatrik bozukluk gözlenmemiştir. Ayrıca ilaç tedavisi öncesi uygulanan Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS) ve Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS) puanları sırasıyla 22 ve 6 bulundu (26,27). Aleksander zeka ölçeğine göre IQ puanı 78'di (28). Kan sayımı ve biyokimyasal tetkikler normal sınırlardaydı. Vitamin B₁₂ değeri 107.7 pg/ml idi (normal alt üst değerler= 197-866). Bilgisayarlı beyin tomografisi ve EEG değerlendirmeleri normal sınırlarda geldi.

Diğer aile üyelerinden alınan öyküde:

Birincil olgunun 8 ve 9 yaşında iken 2 kez menenjit geçirdiği ve hastanede yatarak tedavi gördüğü, okul başarısının hep düşük olduğu, ailesinin zorlaması ve

öğretmenlerinin çabası ile orta okulu bitirdiği, sosyal ilişkilerinin çok kısıtlı olduğu, genelde zamanını evde oturarak ve annesi ile geçirdiği öğrenildi.

Annenin 37 yaşında ev hanımı olduğu, birincil olgu ile yakın ilişkide bulunduğu, onun tüm ihtiyaçlarını birebir kendisinin karşıladığı, halen banyosunu yaptırma, üstünü giydirmeye gibi ihtiyaçlarını kendisinin üstlendiği öğrenildi. Çoğu zaman hastamızla beraber yatıyorlardı. Annede tanı konmuş ruhsal veya bedensel herhangi bir hastalık yoktu.

Babanın, 45 yaşında, araba tamircisi olarak çalıştığı, aile içi ilişkilerinde sınırlı olduğu, sosyal ilişkiler kurmakta güçlük çektiği, insanlardan zarar görme korkusunun olduğu, insanlara şüphe ile yaklaştığı, geceleri uyumadığı, sabaha kadar kendi kendine konuştuğu, bir keresinde bir arkadaşını tornavida ile yaraladığı öğrenildi. Yaklaşık 20 yıl önce bir psikiyatrist tarafından değerlendirilip yatış önerildiği ve ilaç başlandığı, ancak hastanın yatış ve psikiyatrik tedaviyi reddettiği belirtildi.

Erkek kardeşinin 15 yaşında olduğu ve lisede okuduğu, bilinen herhangi bir rahatsızlığının olmadığı, hasta ile ilişkilerinde sınırlı ve sosyal ilişkilerinde güçlü olduğu öğrenildi. Genelde aile üyeleri ile olmak yerine dışarıda arkadaşları ile olmayı tercih ettiği ve okulda başarılı bir öğrenci olduğu öğrenildi.

Kız kardeşinin 13 yaşında olduğu ve ortaokula devam ettiği, bedensel ve ruhsal bir hastalık öyküsünün olmadığı öğrenildi. Çalışkan bir öğrenci olduğu, evde anneye çok bağlı ve ev işlerinde çok yardımcı olduğu belirtiliyordu. Sosyal ilişkilerde çekingen ve içine kapanık olduğu belirtildi.

Hastaya risperidon 4 mg/gün başlandı. Başlangıçta parenteral B12 vitamini (1 mg Vit B₁₂ içeren ampul formu 1X1 IM) 7 gün süreyle uygulandı ve idame dozu olarak haftada bir kez 1X1 IM yanında Vit B₁₂ 30 µg/gün oral verildi. Cilt lezyonları için birincil olguya ve annesine antipruritik, yumuşatıcı steroidli kremler uygulandı. Diğer aile üyelerinde belirtiler çok hafiflemiş olduğu ve lezyon bulunmadığı için psikiyatrik veya dermatolojik bir tedavi uygulanmadı. Kontrollerde cilt yakınmalarının ortadan kalktığı, negatif belirtilerin azaldığı, daha fazla iletişime girdiği ve hareketlerinde, konuşmasında bir miktar hızlanma olduğu görüldü. Artık vücudunda havludan bulaşan parazitler olduğundan yakınmıyordu. Tedavi başlangıcından 2 ay sonra yapılan değerlendirmede SANS puanı 12, SAPS puanı 3

olarak bulundu. Vit B₁₂ değeri 250 pg/ml olarak saptandı. Birincil olgunun tedavisiyle birlikte önce kardeşlerde ve babada, sonra da annede belirtilerin kaybolduğu gözlemlendi. Birincil olgunun risperidon ve Vit B₁₂ tedavisine devam edildi. Altı ay sonraki son değerlendirmede ise halen asemptomatik olduğu görüldü.

TARTIŞMA

Delüzyonel parazitözün kliniği görece iyi bilinmesine karşın, yaş gruplarına ve cinsiyetlere göre dağılımı konusundaki veriler azdır. Yaşla birlikte görülme sıklığının kadınlarda arttığı bildirilmiştir. 50 yaş öncesi olgularda kadın/erkek oranı 2/1 iken, 50 yaş üstü olgu grubunda bu oran 3/1'dir (4,8,29). Hastalığın iki evrede artış gösterdiği, ilk evrenin 20-30 yaşları arasında; diğer evrenin ise 50 yaşından sonra olduğu belirtilmektedir. Ayrıca evli kişilerde, düşük eğitim ve sosyoekonomik seviyede daha yüksek oranda görülmektedir (30). Sosyal izolasyon, hastalığın gelişiminde bir risk etkeni olarak belirtilmektedir (31).

Bazı yayınlarda belirtildiği gibi bu olgular ICD-10'da belirtilen tanı ölçütlerini birebir karşılamayabilirler (7). DP'nin üç tipi vardır: 1. Birincil Psikotik Delüzyonel Parazitöz: Sadece parazitlerle enfekte olduğuna ilişkin ruhsal bir rahatsızlık vardır; eşlik eden veya altta yatan herhangi bir psikiyatrik ya da bedensel bir hastalık yoktur. DSM-IV'te "delüzyonel bozukluk, somatik tip" olarak sınıflandırılmıştır (14). 2. İkincil Fonksiyonel Delüzyonel Parazitöz: Altta yatan psikiyatrik bir bozukluk vardır (15) 3. İkincil Organik Delüzyonel Parazitöz: Altta yatan bedensel bir hastalık vardır. DSM-IV'te "genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk" olarak sınıflandırılmıştır (16). Birincil olguda düşük zeka düzeyi, Vit B12 düzeyinde düşüklük, geçirilmiş menenjit öyküsü, psikoz öyküsü ve bunlarla beraber görülen ısrarcı nitelikteki mikrop bulaştığı düşünceleri delüzyonel parazitöz yayınlarıyla uyumludur (9-11). Delüzyonel parazitöz sınıflamasına bakıldığında birincil olgunun tanısının sekonder fonksiyonel ve sekonder organik delüzyonel parazitöz gruplarına girdiği, MHP olarak tanımlanamayacağı söylenebilir. Diğer aile üyeleri ise paylaşılmış psikotik bozukluk başlığı altında toplanmaktadır.

DP'nin yavaş ve sinsi başladığı söylenmekle birlikte bazen akut başlangıçlar da olabilmektedir. Olguların genellikle tedaviye dirençli oldukları bildirilmektedir. Bir

çalışmada ortalama hastalık süresinin 3.0 ± 4.6 yıl olduğu bildirilmiştir (5). Bizim değerlendirmemizde belirtiler ani ortaya çıkmış, erken dönemde tedaviye başvurmuş ve tedavi başlanmasından sonra yaklaşık 6 aylık bir süre içinde çok büyük oranda düzelme göstermiştir. Aile üyelerinde ise daha geç başlayıp daha kısa sürede ortadan kalkmıştır. Klinik gözlemlerimiz sonucu olguların ısrarlı bir şekilde kendilerine bulaşan kurtlardan, böceklerden veya ufak kurtlardan bahsetmeleri hastalık kronikleşip, sanrı sistemi tam olarak şekillendiğinde ortaya çıkmaktadır. Uzun sürelerle tedavisiz kalan hastalarda sanrsal sistem yerleşmekte ve kronikleşmektedir. Rahatsızlığın, erken dönemde tedavi edilmesi durumunda hastaların enfekte olma konusundaki delüzyonlarının ısrarcı olmadığı ve kısa sürede ortadan kalktığı söylenebilir. Kim ve arkadaşları da benzer şekilde DP ve folie à deux görülen bir anne ve oğulunu hastalık başladıktan sonra 1-2 ay içinde tedaviye almışlar ve semptomların kısa sürede gerilediğini görmüşlerdir (41). Bazı yazarlar delüzyonel parazitöz olgularında mikropla enfekte olduğu inancının sarsılmaz olduğunu savunurken, diğer bazı yazarlar bunun doğru olmadığını iddia etmektedirler. Bazı olgularda bu konuda tereddüt olabildiği ve ilaç tedavisi uygulanmaksızın telkin yolu ya da psikoterapi ile belirtilerin ortadan kaldırılabilirdiği belirtilmektedir (32,33,40). Birincil olgunun klinik durumu göz önüne alındığında terapinin uygun olmadığına karar verildi. Birincil olgu ve ailesinde mikropla enfekte oldukları inancı sarsılmaz bir şekilde savunulmuyordu. Özellikle birincil olgunun ailesi bu konuda çekimserdi. Ancak ilk görüşmede SANS puanı yüksek çıkan birincil olgunun apatik, konuşma sürecinin yavaş, sözcük içeriğinin az ve mental kapasitesinin sınırlı olması sanrsal sistemin şekillenmesini ve sözel olarak ifadesini güçleştirmiştir. Böyle bir olgunun psikoterapiye alınmasının yararı tartışmalıdır. Literatürde 'birincil olgunun tedavi edilmesi diğer olgularda belirtilerin kendiliğinden ortadan kalkmasına neden oluyor' görüşüne dayanarak diğer aile üyelerine ilaç başlanmadı (7,20,21). Birincil olguya antipsikotik tedavinin başlanmasının uygun olacağı düşüncesiyle risperidon başlandı. Delüzyonel parazitöz tedavisinde kaynaklar gözden geçirildiğinde kullanılan diğer ilaçlar arasında haloperidol, pimozid, trifluprazin, imipramin, amitriptilin, fenelzin ve tranilspromin sayılabilir (35). Özellikle pimozidin MHP'de kullanımı ile ilgili çok sayıda yayına rastlanmaktadır (36,37). Pimozid ve halo-

peridol gibi konvansiyonel antipsikotiklerle bazı olgularda tedaviye yanıt alınmaması ya da ekstrapiramidal semptomların ortaya çıkma olasılığı gibi nedenlerle atipik antipsikotik kullanımı tercih edilmiştir. Son zamanlardaki yayınlarda MHP ile DP'de risperidon kullanımı ve tedaviden olumlu yanıt alındığını gösteren benzer olgu sunumları dikkati çekmektedir (22,34). Bazı yazarlar da SSRI/SNRI grubu antidepresanların, atipik ya da konvansiyonel antipsikotiklerle bir arada kullanımının DP hastalarında etkin olabileceğini belirtmektedir (38,39). Yine DP'de elektrokonvulzif tedavinin kullanımı ile ilgili yayınlar da bulunmaktadır (29,40). Bazı yayınlarda primer olgunun tedaviyi erken kesmesi sonucu DP ve paylaşılmış psikotik bozukluğun tekrar ortaya çıktığı görülmüştür (8,42). Bizim olgumuzun da öyküden, ŞEEAH'ye başvurusundan önceki tedavisini ekonomik nedenlerle yarım bıraktığı öğrenilmiştir. Bu nedenle olgumuzda da uzun dönem izlemde tedaviyi yarım bırakma sonucu belirtilerin ve paylaşılmış psikotik bozukluğun tekrar ortaya çıkma olasılığının yüksek olduğu akılda tutulmalıdır.

DP'ye komorbidite olduğunda tedaviye bununla ilgili eklemeler de yapılmalıdır. DP'nin Vit B₁₂ eksikliği ile birlikte görüldüğü bir DP ve folie à trois olgu sunumunda sadece Vit B₁₂ verildiğinde DP belirtilerinde düzelme görülmediği, bu nedenle birincil olguya antipsikotik tedavi başlandığı belirtilmektedir (19). Bizim birincil olgumuzda da bu nedenle risperion ve Vit B₁₂ tedavisi birlikte uygulanmıştır.

Klinik izlemde olgularda kaşınma sonucu, baskın elin karşı tarafındaki vücut yarısında çeşitli boyutlarda travmatik ülserlerin geliştiği görülebilir. Olgular tarafından tekrarlayan yıkamalar ve kimyasal maddelerin uygulanması sonucunda sekonder dermatit gelişebilir. (43). Birincil olgumuzda sol taraf vücut yarısında lezyonlar geliştiği görülmüştür. Hernekadar klinik tablo gerçek parazit enfestasyonlarını, özellikle uyuzu düşündürse de hasta ve yakınları bu tanıyla çok sayıda tedavi görmüş ancak sonuç alınamamıştır. Esasen psikiyatrik zeminde gelişen bu durum dermatologların da çok aşına olmadığı ve gözden kaçırabilecekleri bir klinik tablo sunmaktadır.

Kaynaklarda PPB- folie à deux vakalarına sık rastlanmaktadır (7,41). Bir aile içinde üç kişinin birden etkilendiği "folie à trois" ve delüzyonel parazitöz tanılarının birlikte olduğu olgu sunumları ise daha az sayıdadır (19,

44). Maizel ve arkadaşları tek çocuk olan iki olgunun belirtilerini yaşlı anne ve babalarıyla beraber gösterdiklerini, bu olguların geçmişte travma yaşantılarının olması ve sosyal uyumsuzluk göstermelerinin paylaşılmış psikotik bozukluğu presipite ettiğini belirtmektedirler (31). Birincil olgunun da küçük yaşlardan beri annesiyle çok yakın ilişkide olduğu ve sosyal açıdan uyumsuzluk gösterdiği öyküden anlaşılmaktadır. Ailenin beş üyesinde birden görülen delüzyonel parazitoz ve paylaşılmış psikotik bozukluk daha önce yayınlanmamıştır. Bu konuda bu aile ilk vaka örneğidir. Bu patolojinin gelişmesinde sembiyotik ilişkinin varlığı ve patolojinin ayrışmaya karşı bir savunma olarak ortaya çıktığı ileri sürülmektedir. Annede cilt belirtilerinin ve hastalık inancının diğer aile üyelerine nazaran daha şiddetli ve ısrarcı olması nedeniyle anne ile oğul arasında sembiyoz düzeyinde yakın ilişki olduğu düşünülmüş ve öykü derinleştirildiğinde bunu doğrulayan bilgilere rastlanmıştır. Zileli ve arkadaşları da benzer şekilde sembiyotik ilişkinin gösterildiği bir folie famille olgusu sunmuşlardır (45). Gralnick paylaşılmış psikotik bozukluğu "ilişki psikozu" olarak tanımlamış, yakın ilişki sonucunda sanrısız düşünce ve/veya anormal davranışların bir kişiden diğerine aktarıldığını belirtmiştir (17). Dewhurst ve Todd paylaşılmış psikotik bozukluk tanısı koymak için 3 kriter gerektiğini belirtmiştir: partnerlerin çok yakın ilişki içinde olması, sanrı içeriklerinin çok benzer veya aynı olması, birbirlerinin sanrısını paylaşma, destekleme veya kabul etme (46). Birincil olgu ve diğer aile üyelerinde bu üç kriterin de mevcut olduğu görülmektedir. Bazı yazarlar bu patolojinin gelişebilmesi için bazı ailesel özellikler ile kişiler arasında duygusal bir bağlantı ve psikoza, özellikle şizofreniye genetik bir yatkınlık olması gerektiğini vurgulamıştır (47-49). Bizim incelediğimiz ailede de babada ve birincil olguda psikoz olması bu durumun ortaya çıkmasını kolaylaştırmıştır. Yine küçük kardeşlerinde ortaya çıkması rahatsızlığın aile sisteminde oluşması ile bağlantılıdır ve bu durum literatürle uyumludur. PPB çoğunlukla yetişkinlerde görülmektedir. Çocukların genelde tüm aile sistemini içine alan olgularda PPB'ye katıldığı görülmektedir (50). Mental retardasyonun eşlik ettiği DP olgularında paylaşılmış psikotik bozukluk görülmeye oranı artmaktadır (51). Bizim primer olgumuzda da sınırda mental durum bulunması literatürle uyumludur.

DP etyopatogenezi tam olarak bilinmemektedir. Bers ve Conrad taktit varsanı ve sonrasında görülen

sanrı arasındaki karşılıklı ilişkiye dikkati çekmişlerdir (52). Yine Berrios benzer şekilde bu ilişkiye değinmiş ve olgularda taktit varsanı olduğunu ve hastaların bunu böceklerin deri üstünde yürümesi şeklinde yorumladığı spekülasyonunda bulunmuştur (53,54). Bizim birincil olgumuzda da bu belirtinin taktit varsanı olabileceği akılda tutulmalıdır.

DP tedavisinde tipik antipsikotiklerin kullanımı ve bu tedavilerden olumlu sonuç alınması dopamin reseptör blokajı etkileri nedeniyle ve enfeksiyon olduğuna dair varsanılarda da bu reseptörlerin rolü vardır. Fleck hastalığın genelde ileri yaşta görülmesi sebebiyle yaşa bağlı artan santral parestezinin bundan sorumlu olduğunu ileri sürmüştür (55,56). Naganatram ve O'Neile'in hipotezine göre DP beyinde belli lokalizasyondaki lezyonlar sonucunda ortaya çıkmaktadır (57). Yayınladıkları iki DP'li serebrovasküler bozukluğu olan olguda lezyonların sol oksipitotemporal bölgede olduğu görülmüş, buna dayanarak öne sürdükleri hipotezde nörotransmitter sistemleri ile ilgili anatomik yollar, vasküler veya biyokimyasal değişikliklerin bu hastalığa yol açtığı şeklinde yorumlamışlardır. Bizim olgumuzda da çocuklukta geçirilmiş menenjit öyküsü bu olguda DP bulgularının ortaya çıkmasını kolaylaştırmış olabilir.

DP psikiyatrik bir rahatsızlık olmakla birlikte olgular daha çok dermatolog ve aile hekimi gibi başka branş hekimleri tarafından görülmektedir. Bizim olgularımız da öncelikle dermatoloji hekimleri tarafından görülmüş ve tedaviye alınmıştır. Olgular genelde psikiyatriste gitmeyi reddetmekte olup, uzmanların olguları psikiyatrye gönderirken aceleci olmaması gerektiği belirtilmektedir (58). Avrupa'da bazı merkezlerde olgularla yapılan psikiyatrik görüşmeler bir süre dermatoloji biriminde sürdürülmekte ve olguların semptomunu hızla elinden almamaya dikkat edilmektedir. Tedavi sonucunun başarılı olabilmesi ve hastanın tedaviye uyumunun artması açısından empatik yaklaşım ve hasta ile iyi ilişkiler kurmak yararlıdır. Olguların semptomlarının yargılanmadan ya da neden aramadan gerçekliğine inanma ve parazit olarak gösterilen her parçanın muayenesini dikkatle yapmanın olgu ile kurulan ilişkinin sağlamlığı açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (15). Bu rahatsızlıkla ilgili olarak dermatoloji ve aile hekimliği gibi diğer tıp disiplinleriyle işbirliği içinde çalışmak ve onları bu hastalık konusunda bilgilendirmek hastalığın tanınmasını ve tedavi olanaklarının artmasını sağlayacaktır.

Kaynaklar:

- Thibierge G. Les acorophobies. Rev Gen Clin Ther 1894;8:373-376
- Ekbom KA. Der precenile dermatozoenwahn. Acta Psychiatr Neurol 1938;13:227-259
- Wilson JW, Miller HE. Delusion of parasitosis. Arch Dermatol Syphilol 1946;54:39-56
- Munro A. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis manifesting as delusions of parasitosis. Arch Dermatol 1978;114:940-943
- Trabert W. 100 years of Delusional Parasitosis. Psychopathology 1995;28:238-246
- Rasanen P, Erkonen K, Isaksson, et al. Delusional parasitosis in the elderly : A review and report of six cases from northern Finland. Int Psychogeriatr 1997;9:459-464
- Trabert W. Shared psychotic disorder in delusional parasitosis. Psychopathology 1999;32:30-34
- Bhatia MS, Jagawat T, Choudhary S. Delusional parasitosis: a clinical profile. Int J Psychiat Med 2000;30:83-91
- Arnold LM. Psychocutaneous Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. USA. Lippincott Williams & Wilkins, 2000:1823-1824
- Michael M. Delusional infestation. Br J Psychiatry 1991;159(Suppl 14):83-87
- Paul YT, Lois K. Case report: Delusions of parasitosis as an unusual presenting feature of dementia. Ann Long-Term Care 1999;7:153-155
- Gould WM, Gragg TM. Delusions of parasitosis: an approach to the problem. Arch Dermatol 1976;112:1745-1748
- Aw DCW, Thong JY, Chan HL. Delusional parasitosis: case series of 8 patients and review of the literature. Ann Acad Med Singapore 2004;33:89-94
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Ed. Washington DC. American Psychiatric Association, 1994
- Le L, Gonski PN. Delusional parasitosis mimicking cutaneous infestation in elderly patients. Med J Australia 2003;179:209-210
- Johnson GC, Anton RF. Delusions of parasitosis: differential diagnosis and treatment. South Med J 1985;78:914-918
- Gralnick A. Folie a deux-the psychosis of association. A review of 103 cases and entire English literature: in a Vietnam veteran and his family. Am J Psychiatry 1942; 144:658-660
- Michaud R. La folie à deux. Laseque and Farlet. Am J Psychiatry 121 (Suppl 4):231-235
- Gieler U, Knoll M. Delusional parasitosis as 'folie à trois'. Dermatologica 1990;181:122-125
- Howard R. Induced psychosis. Br J Hosp Med 1994;51:304-307
- Silveira JM, Seeman MV. Shared psychotic disorder: a critical review of literature. Can J Psychiatry 1995;40:389-395
- Cetin M, Ebrinc S, Agargün MY, Yigit S. Risperidone for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. J Clin Psychiatry 1999; 60:554
- Atmaca M, Kuloğlu M, Tezcan AE. Monosemptomatik hipokondriak psikoz: risperidon kullanan bir olgu. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2001; 11: 40-45
- Sayar K, Aksu G. Olfaktor referans sendromu: bir olgu sunumu. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003;13:183-187
- Mini uluslararası nöropsikiyatrik görüşme (MINI Plus, 5.0.0). Sheehan DV, Lecrubier Y. Türkçe çeviri Engeler A (Ocak 1, 2004)
- Erkoç Ş, Arkonaç A, Ataklı C, Özmen E. Pozitif semptomları değerlendirme ölçeğinin geçerliği ve güvenilirliği. Düşünen Adam, 1991;4:20-24
- Erkoç Ş, Arkonaç A, Ataklı C, Özmen E. Negatif semptomları değerlendirme ölçeğinin geçerliği ve güvenilirliği. Düşünen Adam, 1991;4:16-19
- Alexander zeka ölçeği: Haluk Yavuzer
- Gould WM, Gragg TM. Delusions of parasitosis. Arch Dermatol 1976;112:1745-1748
- Koo JYM, Gambla G. Psychodermatology: Delusions of parasitosis and other forms of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. General discussion and case illustrations. Dermatol Clin 1996;14(3):429-438
- Maizel S, Knobler HY, Herstein R. Folie a trois among two Soviet-Jewish immigrant families to Israel. The British Journal of Psychiatry 1990;157:290-292
- Zanol K, Slaughter J, Hall R. An approach to the treatment of psychogenic parasitosis. Int J Dermatol 1998;37:56-63
- Slaughter JR, Zanol K, Rezvani H, Flax J. Psychogenic Parasitosis: A Case Series and Literature Review. Psychosomatics 1998;39:491-500
- De Leon OA, Furmaga KM, Canterbury AL et al. Risperidon in the treatment of delusions of infestation. Int J of Psychiatry Med 1997;27:403-409
- Morris M. Delusional parasitosis. British J Psychiatr 1991;159:83-87
- Ridling J, Munro A. Pimozide in the treatment of monosymptomatic hypochondriasis. Acta Psychiatrica Scandinavica 1975;52:23-30
- Munro A, Mok H. An overview of treatment in paranoia/delusional disorder. Can J Psychiatry 1995;40:616-622
- Wenning MT, Davy LE., Catalano G., Catalano MC. Atypical antipsychotics in the treatment of delusional parasitosis. Ann Clin Psychiatry 2003;15:3-4
- King BH. Hypothesis: Involvement of the serotonergic system in the clinical expression of monosymptomatic hypochondriasis. Pharmacopsychiatry 1990; 23:85-89

40. Torch EM, Bishop ER. Delusion of parasitosis: psychotherapeutic engagement. *Am J Psychother* 1981;35:101-106
41. Kim C, Kim J, Lee M, Kang M: Delusional Parasitosis as 'Folie à Deux'. *J Korean Med Sci* 2003;18:462-465
42. Fernando FP, Frieze M. A relapsing folie a trois. *Br J Psychiatry* 1985;146:315-316
43. Driscoll MS, Rothe MJ, Grant-Kels JM, Hale MS. Delusional parasitosis: a dermatologic, psychiatric, and pharmacologic approach. *J Am Acad Dermatol* 1993;29:1023-1033
44. Hanumantha K, Pradhan PV, Suvarna B: Delusional parasitosis –Study of 3 cases. *J Postgrad Med* 1994;40:222-224
45. Zileli L, Cuhadaroglu F, Orhon A. Folie a famille ve ayrışma birey-selleşme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1992;3:3-8
46. Dewhurst WG, Todd J. The psychosis of association-folie a deux. *J Nerv Ment Dis* 124:451-459
47. Lazarius A. Folie a deux: Psychosis by association or genetic determinism? *Compr Psychiatry* 1985;26:129-135
48. Kallmann FJ, Mickey JS. Genetic concepts and folie a deux: A reexamination of "induced insanity" in family units. *J Hered* 1946;37:298-306
49. Scharfetter C. Studies of heredity in symbiotic psychoses. *Int J Ment Health* 1972;116-123
50. Simonds JF, Glenn T. Folie a deux in a child. *J Autism Childhood Schizophrenia* 1976;6:61-73
51. Mazzoli M. Folie á Deux and mental retardation. *Can j Psychiatry* 1992;37:278-279.
52. Bers N, Conrad K. Die chronische taktile halluzinose. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1954;22:254-270
53. Berrios GE. Tactile hallucinations: conceptual and historical aspects. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1982;45:285-293
54. Berrios GE. Delusional parasitosis and physical disease. *Compr Psychiatry* 1985;26:395-402
55. Fleck U. Bemerkungen Zur chronischen tactilen halluzinoze. *Arch Psychiatr* 1955;193:261-276
56. Fleck U. Ergänzungen der Bemerkungen zur chronischen tactilen halluzinozo. *Nervenarzt* 1957;28:231-233
57. Nagaratnam N, O'Neile L. Delusional parasitosis following occipitotemporal cerebral infarction. *Gen Hosp Psychiatry* 2000;129-132
58. Koo J, Lee CS. Delusion of parasitosis. A dermatologist's guide to diagnosis and treatment. *Am J Clin Derm* 2001; 2:5:285-290