

İKİ OLGU NEDENİYLE COTARD SENDROMU

Dr. Mehmet Yücel AĞARGÜN*, Uz. Dr. Nihat ALPAY*, Doç. Dr. Mansur BEYAZYÜREK*

ÖZET: Cotard Sendromu psikiyatride nadir görülen sendromlardan biridir. Genellikle major depresyonda ortaya çıkarsa da şizofreni ve organik akıl bozukluklarıyla da birlikte bulunabilir. Daha seyrek olarak hezeyanlı bozukluğun bir alt tipidir. Başlıca tedavisi EKT veya farmakoterapidir. Bu yazıda kliniğimizde tedavi edilen iki olgu değerlendirilmiştir.

SUMMARY: Cotard's Syndrome is one of the uncommon psychiatric syndromes. Although it is usually occurred in major depression, it may be present in schizoprenia and organic mental disorders. It is rarely a subtype of delusional disorder. It is mainly treated by ECT or pharmacotherapy. In this paper, two cases treated in our clinic have been evaluated.

Anahtar Sözcükler: Cotard Sendromu, nihilistik hezeyan, ölümsüzlük hezeyanı, inkar hezeyanı, depresyon, şizofreni, organik akıl bozukluğu, hezeyanlı bozukluk.

Key Words: Cotard's Syndrome, nihilistic delusion, de'lire de immortalite, de'lire de negation, depression, schizoprenia, organic mental disorder, delusional disorder.

Cotard Sendromu psikiyatride nadir görülen sendromlardandır. İlk kez 1880'de Cotard tarafından ortaya atılmış olduğundan bu adla anılır (1, 3, 4, 5). Sendrom, sıklıkla major depresyonla birlikte. Bununla birlikte daha ender olarak şizofrenide, yaygın ensafalitde, paralizisi generalde, epilepside, demans tablolarında da görülebilir. Bazen de ilave başka bir semptom olmaksızın pür vakalara rastlanabilir (2, 3, 4, 5).

Terminoloji açısından Cotard Sendromu, ilave bir psikiyatrik tanı yoksa DSM III-R'ye göre atipik psikozlar ya da hezeyanlı bozukluğun somatik alt tipi içinde değerlendirilir (3, 5, 4).

Sendrom genel olarak kadınlarda daha sıktır (4). Etiolojide herediter faktörler, beden imajı bozukluğu ile seyreden parietal lob lezyonları rol oynayabilirse de pür vakaların etiolojisi için kesin bir şey söylemek oldukça güçtür (3, 4, 5).

Sendrom, önceden herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olmaksızın aniden başlar (3, 4). Hastalığın ana teması, kişinin vücudunun bir kısmını veya tümünü inkar etmesi ya da bazı organlarının özellikle de iç organlarının çürüdüğü, hatta yok olduğu şeklindeki hezeyanları üzerine kuruludur. Tüm vakalardaki bu nihilistik hezeyanlar, depresyon ve şizofreni tablolarında daha değişik ve garip şekiller alabilir (1, 4, 5, 6).

Yalnız başına Cotard Sendromu vakaları bir kaç gün ya da birkaç hafta sürebilir (4). Spesifik bir tedavisi yoktur, ancak nöroleptiklere cevap almır. Bazı vakalarda EKT gerekebilir.

Şizofrenik hastalardaki nihilistik hezeyanlar hastalıkla birlikte uzun yıllar sürebilir (4). Kronik Cotard Sendromu vakalarının organik beyin sendromlarıyla (örneğin Alzheimer Hastalığı) birlikte olabileceği de bildirilmiştir (4). Genel olarak nihilistik hezeyanların akut psiko-organik bir sendromla ilişkili olduğunda prognoz daha iyi olduğu belirtilmektedir.

Nihilistik hezeyanlar en sık major depresyon tablolarında görülür. Önceleri hezeyanlı melankoli (Melancholie de'lirente) DSM III-R'ye göre ise psikotik özellikli depresyon vakalarında bu tür hezeyanlar değişik şekillerde ve farklı ağırlık derecelerinde ortaya çıkabilir. Hasta kendini, varlığını inkar edebilir (de'lire de ne'gation). Bazı hastalar vücutlarının bir kısmının bulunmadığını, iç organlarının çalışmadığını söyleyebilirler. Bazıları mide, barsaklarının ve diğer organlarının çürüdüğünü bu yüzden yemek yiyemediklerini belirtebilirler.

Bazı ileri vakalar yakınlarının ve çevresindeki insanların hatta tüm canlıların öldüğünü, kendisinin de artık yaşamadığı

ğini, kıyametin koptuğunu söylerler. Bazıları ölü bir ceset halinde olduklarını, vücutları kesilse kanlarının akmayacağını ileri sürerler (1).

Hasta, dünyanın başına gelen bütün felaketlerden ve kötülüklerden kendisini sorumlu tutabilir. Bazıları ise vücutlarının dünyaya mikroplar saçtığını, dünyayı kirlettiklerini dile getirirler (5).

Nihilistik hezeyanlar bazı hastalarda o denli ileri gidebilir ki, kişi ölümü dahi inkar eder, kendisinin artık ölümsüz olduğunu iddia edebilir. Böylece artık ölümsüzlük hezeyanı gelişmiştir (delir de immortalite) (2, 4). Ancak burada hezeyanın temelinde grandiozite yoktur. Aksine kendisini aşırı suçlama vardır. Hasta kendisini ölüme dahi layık görmemektedir. Aslında ölüm kendisi için bir kurtuluştur. Ancak o kadar aşağı bir yaratıktır ki, ölüm bile ona fazladır. Adeta artık "ebedi hayata ve sonsuzluk içinde ıstırap ve acı çekmeye" mahkum olmuştur (5). Diğer insanlar gibi olsa da ölmeyi hak etse çok mutlu olacaktır. Oysa ölmeye mutluluğundan mahrum bir şekilde büyük ıstırap çekmektedir.

Bu denli ağır durumlarda hemen tek tedavi alternatifi FKT'dir. FKT ile hasta dramatik bir şekilde düzelebilir.

Bu yazıda kliniğimizde izlediğimiz ve tedavi ettiğimiz iki Cotard Sendromu olgusunu sunuyoruz.

OLGU 1

58 yaşında, dul, ev hanımı, bir çocuk sahibi, ilkokul mezunu bayan hastamız. Hastanemize kendisini kertenkele ve ejderha zannettiği, aşırı huzursuz olduğu, yerinde durmadığı, sürekli ölmeyi istediği belirtilerek ailesi tarafından getiriliyor ve kliniğimize yatırılıyor. Bu şikayetlerinin o gün sabahları beri mevcut olduğu bildirildi.

Hastamızın daha önce 1987 yılında bu şikayetlere ek olarak uykusuzluk, iştahsızlık ve değişik somatik yakınmalarla hastanemize başvurmuş olduğu öğrenildi. O dönemde hospitalize edildiği ve major depresyon olarak değerlendirilerek FKT ve antidepresanla tedavi edildiği tespit edildi.

Hospitalizasyondan sonra 3 yıl tam iyilik dönemi tamamlıyor.

1990 başlarında yine somatik yakınmalar, uyku düzensizliği, iştah azalması, kilo kaybı, ilgi ve enerji azalması, yorgunluk, ölmeye isteği gibi şikayetlerle tekrar hastanemize başvur-

muş ve hospitalize edilmiş. Hasta yine depresyon olarak değerlendirilerek anti-depresif ilaç başlanmış. 20 gün sonra tabuncu edilerek kontrole çağrılmış. Kontrol için hastanemize getirildiği sabahtan beri ilk sözünü ettiğimiz şikayetleri başlamış.

Hastamızın özgeçmişinde 15 yıl önce akciğer tüberkülozu geçirmiş olduğu, birkaç yıldır hipertansif kalp hastası olduğu, bunun dışında başka bedensel hastalık, operasyon, trauma ve epileptik nöbet geçirmediği belirtiliyor. 10 yıldır menopozda olduğu, yaklaşık 20 yıldan beri dul olarak oğlunun yanında yaşamını sürdürdüğü öğrenildi.

Soygeçmişinde vefat etmiş olan annesinde obsesif-kompulsif nöroz bulunduğu ifade edildi.

Alkol ve madde kullanımı tespit edilmedi.

Premorbid kişilik özellikleri araştırıldığında, üç yıl öncesine kadar belirgin obsesif-kompulsif kişilik özelliklerinin olduğu ancak ilk depresif epizodun ardından bu özelliklerin yok denecek kadar azaldığı öğrenildi.

Hastanın psikiyatrik muayenesinde yaşına uygun görünümde olduğu, sosyo-kültürel düzeyine uygun şekilde giyindiği, öz bakımının iyi olduğu gözlemlendi. Aşırı ajitasyon içinde idi, yerinde duramıyordu. Adeta perseverasyon tarzında sürekli kerten tele ve ejderha olduğunu, ölmek istediğini söylüyordu. Duygulanımı depresif, mizacı disforikti. Belirgin ajitasyon nedeniyle kooperasyon güç kuruluyordu. Kerten tele ve ejderha olduğunu söyleyip duran değişik sesler duymak şeklinde işitsel, ejderha görmek şeklinde görsel varsanıları vardı. Kognitif fonksiyon değerlendirmesi mevcut kooperasyon gücünü nedeniyle ayrıntılı olarak yapılamadı. Ancak yönelimi tamdı. Çağrışmaları zaman zaman hızlanıyordu. Zihinsel meşguliyeti, kerten ke ve ejderha olduğu, ölmesi gerektiği konuları üzerinde yoğunlaşıyordu. Düşünce içeriğinde mikromanyak ve nihilistik hezeyanlar belirgindi. Dünyanın en aşağılık varlığı olduğunu, ölmek istediğini çünkü tüm kötülüklerin kaynağının kendisi olduğunu, diğer insanların ölümlü, kendisinin ise ölümsüz olduğunu, bizim yerimizde olmayı istediğini, çünkü ölmesi gerektiğini, ölümü çoktan hak ettiğini, tek kurtuluş yolunun bu olduğunu, ancak ölme mutluluğunun bile kendisi için fazla olduğunu, bu yüzden sonsuza kadar bu acıyı çekeceğini, bizler gibi ölümlü olması için dua etmemizi istediğini söylüyordu.

Bu klinik tablo içindeki hastanın yoğun suicid düşünceleri dikkate alınarak vakit kaybetmeden FKT'ye başlandı. 7. seansın sonunda suicid düşünceleri ve tüm psikotik özellikler ortadan kalkmıştı. Hasta tedavinin 15. günü tam içgörü kazanmıştı.

Daha sonra yapılan psikometrik incelemesinde 10 81 bulundu. Organisite düşünülmüdü.

Organik laboratuvar tetkiklerinde endokrin fonksiyonların EEG'nin rutin kan ve idrar tahlillerinin normal olduğu tespit edildi.

OLGU 2

20 yaşında, ilkokul mezunu, ev kızı bayan hastamız. Hastanemize iç organlarının çürüyüp yok olduğu düşüncesi, mide ve barsakları olmadığını söyleyerek, yemek yememesi şikayetleri ile ailesi tarafından getirilmesinden sonra servisimize yatırıldı. Hastanın kendisi ve yakınlarından, üç ay önce mide şikayetlerinin olduğu, doktora götürüldüğü, çeşitli ilaçlarla birlikte bazı vitamin iğnelerinin verildiği öğrenildi. Vitamin iğneleri kullanıldıktan sonra yaklaşık bir ay önce hastanın ilk olarak göğüslerinin altındaki yağ tabakalarının eridiğini kaybaldığını farkettiğini, bunun ardından da iç organlarının çürüdüğünü anladığı, bu yüzden de yemek yiyemediği öğrenildi. Son bir aydır 4-5 kilo kaybettiği belirtildi.

Psikiyatrik özgeçmişinde daha öncesine ait hastalık öyküsüne rastlanmadı.

Özgeçmişinde önemli bedensel hastalık, epileptik nöbet ve trauma öyküsü alınmadı. Daha önce konfeksiyon işçisi olarak çalışırken babasının isteği üzerine 1 yıl önce bu işten ayrıldığı ve ev işlerine yardım ettiği belirtiliyor. Son bir yılda toplumsal, aile içi ilişki ve uyumunda, kendine bakımında herhangi bir zorlaşma olmadığı da ilave edildi.

Soygeçmişinde anne ve babasının, iki kardeşinin sağlıklı olduğu, epileptik amcası dışında soy ağacında psikiyatrik öyküye ve genetik hastalığa ait bilgi bulunmadığı öğrenildi.

Alkol ve madde kullanımı tanımlanmadı.

Premorbid kişilik özellikleri arasında genel olarak dışa dönük, arkadaş çevresi zengin, sosyal durumu iyi bir kişi olduğu dikkati çekti, belirgin bir kişilik bozukluğuna ilişkin bilgi verilmedi.

Psikiyatrik muayenesinde yaşına ve boyuna göre zayıf beden yapısına sahip olduğu, öz bakımının nispeten iyi olduğu göze çarpıyordu.

Kooperasyona giriyordu, sürekli tedirgin bakışları ve sıkıntılı bir görünümü vardı. Psikomotor aktivitesi normaldi. Duygulanımı hafif sıkıntılı, mizacı şikayetleriyle bağlantılı olarak disforikti. Kognitif fonksiyon kusuru ve algı patolojisi tespit edilmedi. Çağrışmaları düzenliydi. Düşünce içeriğinde nihilistik ve perseküsyon hezeyanları mevcuttu. Mahallesinde arkadaş durumundaki üç kızın kendisini çekemediklerini, kıskandıklarını ve bu yüzden de büyü yaptıklarını, büyüün etkisiyle vücudunda titremeler olduğunu ayrıca durgunlaştığını, amaçlarının kendisini kötü durumlara düşürmek olduğunu söylüyordu.

Nihilistik hezeyanlar ise daha baskındı. Bu hezeyanlar, iç organlarının çürüyüp yok olduğu temeli üzerine kurulu idi. Hasta kendisine yapılan iğnelerin yan etki yaptığını, iç organlarının çürüdüğünü, bir tek kalbinin kaldığını onun da yavaş çalıştığını, yemek borusu ve mide barsaklarının olmaması yüzünden aldığı gıdaların karın boşluğuna düştüğünü, orada biriktiğini, karın boşluğunda seviye yaptığını, bu seviyenin yemek borusuna kadar yükseldiğini, bu yüzden tıkanıklık yaptığını, sonuç olarak yemek yiyemediğini, yese bile çok az yiyebildiğini, bu durumun nereye kadar gideceğini kestiremediğini, bu arada böbreklerinin de çürüdüğünü o nedenle dengesini de kaybettiğini iddia ediyordu.

Fizik muayenesinde sistem bulguları normaldi. Nörolojik defisit tespit edilmedi.

Endokrin tetkikleri normal bulundu. EEG'si normal olarak değerlendirildi. VDRL-Colmer, HIV antikoru menfi geldi. Rutin kan ve idrar tetkikleri doğaldı.

Psikometrik tetkikinde 10 71 bulundu.

Hastaya 6 mg/gün dozuyla pimozid başlandı. Sekizinci günde doz 10 mg/gün'e çıkarıldı. Tedavinin ilk haftası sonunda hasta parsiel, onbeşinci günde ise tam içgörü kazandı.

TARTIŞMA

İlk olgumuzda başlangıç yaşı geç sayılabilir. Öykü, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri ile organik bir etmenin varlığı kanıtlanmadı. Psikotik özelliklerin yanısıra mizaç belirtilerinin baskın olmasıyla, hastalığın periodik sürmesiyle, arada tam iyilik dönemlerinin bulunması ile, hastalık öncesi genel uyuma tam dönüş olmasıyla ayrıca başlangıç yaşını dikkate alarak şizofreniyi, mizaç semptomlarıyla psikotik özelliklerin aynı anda başlamasıyla şizoaffektif bozukluğa düşüyoruz.

DSM III-R'ye göre klinik tablo major depresyon tanı kriterlerini dolduruyor. Varsanılar, nihilistik ve mikromanyak hezeyanların varlığı ile psikotik özellikli, psikotik özelliklerin içeriği ile mizaç uyumlu olarak değerlendirdik. Ayrıca son depresif epizodun ardından iki ay geçmeden semptomların tekrar alevlendiğini göze alarak tanımız mizaç uyumlu psikotik özellikli major depresyon-relaps olarak şekillendi.

Hastamız, distimik şikayetlerin varlığı, başlangıç yaşının nispeten geç oluşu ve birden fazla epizod geçirmiş olması ile kötü, aralarda tam iyilik dönemlerinin bulunması, tedaviye kısa sürede cevap alınması, genel sosyal uyumun iyi olması ile iyi prognostik özellikler gösteriyor.

Obsesif-kompulsif belirtilerin ilk epizodun ardından belirgin olarak azalması, annesinde de obsesif-kompulsif nörozu bulunması ilginç özellikler olarak değerlendirildi.

Hastamızda nihilistik hezeyanlar en ileri şekillerden birini buluyor. Aşırı suçluluk ve değersizlik düşünceleri ölümsüzlük hezeyanına dönüşüyor. Cotard Sendromu'nun en ağır ve nadir şekillerinden birisi olması açısından bu olgumuzun değerli ve öğretici olduğu kanısındayız.

İkinci olgumuzda da öykü, fizik muayene ve laboratuvar araştırmalarında organik bir etmenin varlığını gösteremedik. Cotard Sendromu'nun özellikle epileptik fenomenlerle, Parali Generalle, yaygın ensefalitle birlikte olabildiğini belirten literatür bulunması nedeniyle bu yönde yaptığımız incelemelerde patolojik bir özelliğe rastlamadık.

Semptomların bir ay içinde gürültülü bir şekilde başlaması, hezeyan dışında psikotik bulgu olmaması, tedavi sonrası tam içgörü kazanarak hastalık öncesi uyumuna dönmesi ile şizofreniden, psikososyal bir stresörün bulunmaması, duygusal karmaşanın, kafa karışıklığı ya da şaşkınlığın olmaması ve tek semptomun varlığı ile kısa tepkisel psikozdan, mizaç semptomlarının bulunmaması en azından baskın olmaması ile de mizaç bozukluklarından uzaklaştık.

Hastamızda nihilistik ve perseküsyon hezeyanları dışında psikopatolojinin bulunmadığını dikkate alırsak DSM III-R'ye göre tanımız hezeyanlı bozukluk ya da Cotard Sendromu olması nedeniyle atipik psikoz olacaktır. Hezeyanlı bozukluk

olarak değerlendirdiğimizde somatik ve perseküsyon alt tiplerine uymaktadır.

Pimozidle başarılı bir şekilde semptomların ortadan kalkması ve ikinci hafta sonunda tam içgörü kazanması bizi oldukça sevindirdi.

Hastanın 20 yaşında olması erken bir başlangıç yaşı olarak kabul edilebilir. Somatik tip hezeyanın varlığı da nadir olarak gözlenmektedir.

Prognoz açısından hezeyanların somatik ve perseküstif tipte olması, hastamızın kadın olması, 30 yaşından önce başlaması, akut ve renkli başlaması, hastalık süresinin kısa oluşu, presipitan bir faktörün varlığı iyi prognostik özellikler olarak değerlendirildi.

Bu olgumuzda Cotard Sendromu'nun hezeyanlı bozukluk veya atipik psikozlar içinde görülmesi literatürde oldukça seyrek bildirilmiştir. Literatürde seyrek de olsa bildirildiğine göre pür Cotard olguları önceden bir psikiyatrik öykü olmaksızın aniden başlar. Birkaç hafta içinde medikasyonla düzelir. Bu olgumuzda da hezeyanlar başarılı bir şekilde ortadan kalkmıştır.

SONUÇ

Sunduğumuz her iki olgu da literatürde belirtilen Cotard Sendromu olgularına iki değişik örnek oluşturmaktadır. Major depresyondaki klasik nihilistik ve ölümsüzlük hezeyanlarının yanında, akut başlayan, kısa sürede tedaviye oldukça cevap veren hezeyanlı bozuklukta inkar hezeyanlarının psikiyatristin karşısına ender olarak çıktığını ve bu yüzden sunduğumuz olguların öğretici olduğunu düşünüyoruz.

HİDROSEFALİ VE PSİKOZ: BİR OLGU

Doç. Dr. Oğuz ARKONAÇ*, Dr. Hüseyin SOYSAL*, Dr. Aysun Y. SOYSAL**, Dr. Kirkor KAMBERYAN*

ÖZET: 12 yıldan beri, psikotik belirtiler nedeniyle sağaltım gören bir olguda, hidrosefali saptanmış ve araştırma sonucunda hidrosefalinin en az 14 yıllık bir geçmişi olduğu öğrenilmiştir. Bu yazıda, bu olgu dolayısıyla psikoz ve hidrosefali birlikteliği tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hidrosefali, Psikoz, Birlikte Hastalık.

SUMMARY: Presence of Hydrocephaly with some 14 years of duration was unexpectedly rediscovered in a patient who has been under the antipsychotic treatment for some psychotic signs and symptoms for the last 12 years. Association of psychosis and hydrocephaly is discussed.

Key Words: Hydrocephalus, Psychosis, associate illness.

GİRİŞ

Hidrosefali, BOS'un salgılanması ve emilimi arasındaki dengenin bozulması sonucu, ventriküler sistemin beyin dokusu aleyhine genişlemesiyle ortaya çıkan bir semptomlar kompleksidir (3).

Nedeni BOS'la ilgili emilim gücüğü ise, normal basınçlı hidrosefali oluşur. Adams-Hakim Sendromu olarak bilinir, denge gücüğü, inkontinans ve demans triadıyla tanınır, komünikan tip hidrosefali diye de adlandırılır.

Yüksek basınçlı (nonkomünikan) hidrosefalide BOS dolaşımı bir tıkanıklık nedeniyle bozulmuştur ve bu tıkanma genellikle sylvii aqueductus'tadır (1, 3, 4).

Yüksek basınçlı hidrosefalide neden çoğunlukla doğumsaldır. Erişkin çağda gelişen şekilde ise MSS enfeksiyonu, kafa travması, kafa içi tümörler sorumludur. Ancak doğumsal aqueduct darlığının yetişkin çağlara kadar asemptomatik kalabildiği ya da nedeni aydınlanmamış sonradan olma hidrosefalilerin de olduğu bildirilmektedir (3, 4).

Tıkanmaya bağlı hidrosefalide nörolojik belirtiler; konfüzyon, demans, denge kusuru, idrar ve/veya gaita tutamama,

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastl. Hast. 2. Psikiyatri Birimi

** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastl. Hast. Nöroloji Kliniği