

# Çocuk ve Ergenlerde Yapay Bozukluklar

## Factitious Disorders in Children and Adolescents

F Neslihan İnal-Emiroğlu

Aynur Pekcanlar-Akay

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

### ÖZET

Bu gözden geçirme özellikle çocuk ve ergenlerdeki yapay bozuklukların yaygın klinik şekillerine odaklanmaktadır. Çocukluk ve ergenlik döneminde yayınlanmış yalnızca birkaç olgu sunumu vardır. Bu nedenle biz erişkin yazınına da kısaca taradık. Tanıma, ayırıcı tanı ve yanlış tanı ile ilgili sorunları vurgulamayı amaçladık ve bazı tedaviye yönelik girişimleri ekledik. Yapay bozukluklar yaygın değildir ve Münchausen by Proxy Sendromu (vekaleten hastalık) nadirdir, fakat klinik ve psikiyatrik belirtilerin farkında olma, morbidite ve mortalitenin önlenmesinde önemlidir. Yapay bozukluğun amacı hasta rolü yaparak rahatlama veya istenmeyen durumlardan kaçınma gibi kazanımlar sağlanmasıdır. Kavramsal olarak, YBlar hasta takliti yapma ve gerçek hastalık arasındaki gri bölgede yer alır. Klinik farkındalık gerekli olmayan tanısız ve tedaviye yönelik girişimleri önler. Bu makale, yapay bozukluklar ile ilgili genel ve kliniğe yönelik bilgileri ilk basamakta bakım veren hekimler için özetlemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Yapay bozukluk, çocuklar, ergenler

### SUMMARY

This review is specifically focussed on common clinical patterns of factitious disorders in children and adolescents. Only a few case report were published in childhood and adolescence. For that reason, we also reviewed adult literature briefly. We aimed to emphasize recognition, differential diagnosis, and problems related to misdiagnosis and we added some therapeutic interventions. Factitious disorders are uncommon and Münchausen syndrome by proxy is rare, but awareness of psychiatric and clinical signs is important to prevent morbidity or mortality. The goal in factitious illness is to gain the sick role; the goal in malingering is to gain rewards, such as compensation, or to avoid the unwanted situations. Conceptually, these disorders lie in the gray zone between malingering and real diseases. Clinical awareness will prevent unnecessary diagnostic and therapeutic interventions. This article summarizes clinically relevant information on factitious disorders for primary care physicians.

**Key Words:** Factitious disorders, children, adolescents

Başvuru tarihi: 12.12.2007

*İzmir Tepecik Hast Derg* 2007;17(3):131-136

### Giriş ve Tarihçe

Yapay bozukluk (YB), fiziksel belirti ya da bulguların amaçlı olarak ortaya çıkarıldığı ve/veya bu tür belirti varmış gibi davranılması ile ortaya çıkan bir ruhsal bozukluktur. Hastalığın oluşturul-

ması istemlidir, ancak hasta altta yatan motivasyonun bilincinde değildir. Herhangi bir dış zorlama olmaksızın hasta rolünü benimsiyor olma hastalığın tek objektif belirtisidir. Yapay bozuklukları olan hastalar bilinçli olarak hastalığı

üretmekte ya da oynamakta, taklit etmektedirler (1). Bu hastalar psikolojik, fiziksel ya da karmaşık belirtiler sergileyebilirler (2). Yapay bozuklukları, genel hastane uygulamasında, hekimler tarafından yeterince tanınmayan, ancak önemli mortalite, morbidite ve gereksiz masraflara neden olan bir klinik durumdur. Bu bozukluğun bilinmesi, tanınabilmesini sağlayacak ve morbiditeyi azaltacaktır. Son 20 yılda bakım veren kişilerin yapay bozukluğu hakkında pek çok yaygın olmasına rağmen çocuk ve ergenlerin yapay bozuklukları hakkında çok fazla bilgi yoktur. Yapay bozukluğu inceleyen yazın gözden geçirildiğinde sadece erişkinlerin değil, çocuk ve ergenlerin de pek çok hastalığı çok iyi taklit edebildikleri ve değişik hastalıklar üretebildikleri bildirilmiştir (3,4). Libow (5) son 30 yılda YB tanısı alan yalnız 42 çocuk ve ergen bildirildiğini saptamıştır. Yaşları 8-18 arasında değişen olguların yaş ortalamaları 13.9'dır. Olguların %71'nin kız olduğu ve yaş büyüdükçe kızların oranının arttığı görülmüştür. Ortalama tanı alma süreleri 16 aydır. Bedensel belirtiler üreten alt grup, psikolojik belirtiler üreten alt gruba oranla daha siktir.

### **Çocuk ve Ergenlere Özgü Klinik Görünümler**

Psikolojik belirti ve bulguların baskın olduğu yapay bozukluk tipi DSM-IV-TR'da bir alt tip olarak yer almaktadır (2). Bazı araştırmacılar bu ilk alt tipte; sürekli olmayan, günden güne değişen belirtilerin çevreden çok etkilendiğini bildirir. Belirtiler alışılmamış olduğunu, hastanın farklı psikiyatrik bozukluklara ait pek çok belirtiyi aynı anda deneyimlediğini öne sürerler (6). Bir diğer alt tip olan Fiziksel YB, fiziksel belirti ve bulguların baskın olduğu yapay bozukluktur ve en sık karşılaşılan grup psikiyatri dışı tip alanlarında çalışanlardır. Bu tipin kronik olanı Münchausen Sendromu olarak tanımlanır. Bileşik tip YB ise hem psikolojik hem de fiziksel belirti ve bulgularla karakterizedir.

Çocuk ve ergen yapay bozukluğu olan olgulardaki en yaygın belirtiler ateş, ketoasidoz, purpura ve enfeksiyondur (5). Belirtileri üretme

yolları, enjeksiyon, bereleme-çürütme ve bir şeyler yutmadır. Erişkinlere benzer şekilde çocuk ve ergenlerde depresyon sık görülür. Genellikle bu çocuklar depresif, sosyal olarak içe kapanık ve sıklıkla obsesiftir (5). Bu çocukların pek çoğunda tıbbi terimlerle sık hastalık veya kronik hastalık nedeniyle erken tanışma vardır. Tıbbi sözcüklere erken ilgi, tıp ve hemşirelik eğitimi alma veya tıpla ilgili işlerde çalışma çok sık gözlenir (7,8). YB tanımlayan hastaların vücutlarında dermatolojik lezyonlar, hemoraji ile ateşli öyküleri tanımlamaları dikkat çekicidir. Dramatik anlatımları ile hastanelere başvururlar. Özgeçmişlerinde çoğu cerrahi girişimler tanımlayabilirler. Hastane başvurusu yaşam biçimidir. Davranışların sorgulanması ya da hastalıklarının şüphe ile karşılanması ile (tüm ileri tetkik girişim önerilerini reddedip) taburcu olmayı talep etmeleri tipik davranışsal özellikleridir. Yakın dengeli ilişki kuramazlar. Öfke ve hostile tüm ilişkilerinde gözlenir (9). Çoğul hastane yatışlarının olması, hastane başvurusu ya da yatışlarının amaçlı üretilen fiziksel belirti ve bulgular nedeniyle olması, temel özellikler olarak belirtilmektedir. Patolojik yalan (pseudologia fantastica), analjezik kötüye kullanımı, tıbbi terim ve hastane işlemleri ile ileri meşguliyet durumunun anlaşılması ya da sorgulanması ile hastaneyi terk davranışı diğer eşlik eden özellikler olarak bildirilmiştir (10). Hastalık belirti ve bulgularını ortaya çıkarmak için kendi kendini zedeleyici davranış sıklıkla bildirilmiştir. Bu doğrudan ya da dolaylı olabilir.

Bu hastaların davranışlarının altındaki temel güdü hasta olmak, hastaneye yatmaktır. Pek çok doktor meslek hayatında en az bir YB olgusu ile karşılaşmıştır. Münchausen Sendromu yapay bozuklukların en uç tipidir. Hastalık taklidi, patolojik yalan ve sürekli dolaşma üçlemesi karakteristiktir. Destekleyen faktörler: tanınan işlemler, tedavi veya operasyon için sukunet, kendi kendine yapılmış fiziksel işlemlerin kanıtları, tıbbi geçmiş hakkında bilgi, erkek olma, çok defa hastaneye yatma öyküsü, bir çok yara izi (genellikle abdominal), polis kayıtları, alışılmamış ya da dramatik sunum olarak sıralanabilir. Genelde erken erişkin yaşamda görülür.

Munchausen Sendromlu hastalar değişik şekillerde hekimlerin karşısına çıkabilirler.

Kronik yapay bozuklukların yaygın görülme şekilleri organ sistemlerine göre; abdominal, kardiyak, dermatolojik, genitoüriner, hematolojik, infeksiyöz, nörolojik, psikiyatrik ve kendi kendine ilaç (özellikle insülin, vitamin, diüretik ve laksatif) alan grup olarak sınıflanabilir. 8-16 yaş arası çocuk ve ergenlerde ciddi cilt hasar veren yaralamalara yol açan deri lezyonları olan 32 olguluk seride; özellikle ebeveyn ve çocuk ilişkilerindeki sorun ve bu alana odaklanma üzerinde durulmuştur (11).

Asher (12)'in "Munchausen Sendromu" olarak tanımladığı durumda hasta, doktorun muayenehanesine veya acil servise sıklıkla klinik belirtilerle desteklenen uydurma bir öykü ile gelmektedir. Hasta, sonuç alamadan hastaneden ayrılmakta ve aynı tabloyu yineleyerek tekrar tekrar hastaneye başvurmaktadır. Bu hastalar en zeki gözlemcileri bile aldatabilecek psikiyatrik sorunları olan kişilerdir. Nazofarinksini keskin bir aletle yaralayıp kanı yutabilir ve hematemezmiş gibi kusabilir. Anal ya da vajinal mukozalarını ustaca delebilir, idrar örneklerine kan karıştırabilir, gereksiz yere dijital olarak kalp atımında düzensizliğe neden olabilir, insülin ve diğer diyabet ilaçları ile kan şekerlerini düşürmeye çalışabilir veya büyük miktarda havuç yiyerek karotenemi gibi görünebilirler. Hastanın öyküsü genellikle yalanlarla doludur. Şaşırtıcı sayıda hastaneye gittiği ve sağlık personelinin aldattığı görülür. Hemen her zaman doktorlar ve hemşirelerle şiddetli tartışmalardan sonra kendi kendine ayrılır. Çok sayıda skar karakteristiktir. Yapay bozukluğu olan hastalarının sıkça yalan söyledikleri, tıbbi sistemin bir parçası olmak için çaba gösterdikleri, özellikle fiziksel belirtiler doğuran grubunun psikiyatrik tedaviye isteksiz oldukları, hastaneler ve doktorlar arasında dolaşma eğiliminde oldukları bilinmektedir (1,13-16).

1977'de Meadow (17) tarafından tanımlanan Munchausen by Proxy Sendromu (vekaleten hastalık) ise özel bir çocuk istismarı formudur. Aileler ya da çocuğa bakmakla yükümlü kişiler çocukta hastalık yaratmakta veya uydur-

maktadır (18). "Hasta" çocuk doktora götürmekte ve doktorlar bu senaryoya gereksiz girişimsel muayeneleri ve incelemeleri yaparak veya çeşitli ilaçları reçete ederek istemeden katılmaktadırlar. Bu davranışın bir nedeni bakım verenin dolaylı olarak hasta rolünü üstlenmesi, diğer nedeni de hastanede yatan birinin olmasıyla bakım vermenin mutluluğunu yaşamaktır (19). Avustralya'da yapılan bir çalışmada bakım verenin yapay bozukluğu %1.5 oranında saptanmıştır (20). Bakım verenin yapay bozukluğunda en sık (%86) görülen annenin çocuğunun hasta olduğu konusunda tıp çalışanlarını kandırması şeklinde olanıdır (17). Bu çocukların %52'sinin 3-13 yaş aralığında oldukları saptanmıştır (1). Tıbbi öykünün yanlış verilmesi, laboratuvar örneklerinin bulaştırılması, kayıtların değiştirilmesi ya da çocuktaki bir hastalık ve yaralanmanın tetiklenmesi şeklinde olabilir (21). Bu çocuklardaki ölüm oranı %6-9 dur (22,23). Daha çok olgu sunumları şeklinde yüzden fazla farklı belirti sergileyen hastalar hakkında yayımlar bulunmaktadır. İstismara uğrayanlar çoğunlukla küçük çocuklar ve özellikle bebekler olmaktadır. Ortalama tanı yaşı 3.5 olarak saptanmıştır (22). Tanı konuluncaya kadar çok fazla zaman geçebilir. Bazı ebeveynler de kendi yaptıkları istismarı örtmek için, kazara olmuş yaralanmalar gibi gösterme eğilimi olabilir. Bu durumun ayırıcı tanıda göz önüne alınması gereklidir (24). Sheridan (23) bu konuda yapılan 154 makaleyi tarayıp 451 olguyu gözden geçirmiştir. Kurbanlar genellikle 4 yaşın altında kız veya erkektir. Olgular yaklaşık 21.8 ay sonra tanı almışlardır. Olguların %6'sı ölmüştür ve %7.3'ünde kalıcı hasar meydana gelmiştir. Kurbanların %25'inin kardeşlerinin de ölmüş olduğu saptanmıştır. %61.3'ünün kardeşinin de aynı tanıyı aldığı gözlenmiştir. %76.5 olguda sorumlu anne olarak belirlenmiştir. En yaygın belirti oluşturma yöntemi havasız bırakma-boğma, ilaç verme ve zehirlenmedir. Apne, anoreksiya/yeme sorunları, diyare, nöbet, siyanoz, davranış sorunları, astım, allerji, ateş ve ağrı en çok oluşturulan belirtilerdir. DSM-IV-TR ölçütlerine göre: bakım verenin yapay bozukluğu için başka bir kişide fizik ya da psikolojik belirti ya da bulguların

amaçlı olarak ortaya çıkartılması ve dolaylı olarak hasta rolünü benimseme söz konusudur. Böyle davranmayı gerektiren dış etken (ekonomik kazanç sağlamak, yasal sorumluluktan kaçınmak v.b gibi) yoktur (2). Rosenberg (3) 4 kardinal görünümü: (a) ebeveyn/bakım veren tarafından üretilen veya taklit edilen çocuk hastalığı, (b) sıklıkla tıbbi değerlendirme ve tedaviye dirençli görünüm, (c) hastalığın nedeni hakkında herhangi bir bilgiyi suç işleyen/sorunu ortaya çıkaran kişinin inkarı, (d) suç işleyen/sorunu ortaya çıkaran kişinin ayrılığında akut belirtilerin hafiflemesi olarak tanımlamıştır.

Eş zamanlı psikiyatrik bozukluklar oldukça sıktır. Çeşitli araştırmalarda, distimi, karşit olma karşı gelme bozukluğu, uyum bozukluğu, anoreksiya nervosa, pasif-bağımlı kişilik ve histerik kişilik gibi ek tanımlar çocuk ve gençlerde sık rastlanmıştır (5). Erişkinlerde en sık görülen bozukluklar duyu durum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, kişilik bozukluklarıdır (25).

### Etiyolojik Nedenler

Hastalıkta bilinen bir genetik yatkınlık bulunmamaktadır. Bu hastaların öykülerinde psikososyal yoksunluk, ebeveynleri ile soğuk ve sadistik ilişkiler, sevgi objesi yoksunluğu, ebeveyn tarafından reddedilme, çocukluklarında kronik hastalık, uzun süreli kurumsal tedavi ve ölümcül durumlara maruz kalma tipiktir (10,26).

Yapay bozukluğu olan olguların aile öykülerinde, ebeveyn tarafından reddedilme, terk, ihmal, fiziksel ve cinsel istismar sıklıkla bildirilmiştir (27,28). Cerrahi operasyonlar ya da invaziv laboratuvar incelemeleri gibi ağırlı girişimler, hastanın geçmişinde bulunan imgesel ve gerçek suçluluk duygularının cezalandırılması anlamını taşır (27). Bazı hastalar sürekli hastanelerde yatarak, yaşamış oldukları önemli hastalıkların ve hastane tedavilerinin bıraktığı olumsuz anılardan aynı acıları tekrar tekrar yaşayarak kurtulmayı arzu ederler. Erişkin hastalarda genellikle kimlik duygusunda az gelişmişlik ve kendilik imajında bozukluk gibi sınır kişilik bozukluğuna özgü belirtiler bulunur (29).

### Ayrıncı Tanı

Primer psikiyatrik bozukluk olduğu halde, fiziksel belirti ve bulgularla psikiyatri dışı kliniklere başvuran hastalar içinde, somatoform bozukluklar ve yapay bozukluklar başlıcalarını oluşturmaktadır (30,31). Temaruz yapay bozuklukta açık ikincil bir kazancın var olması ile ayrılır (ekonomik kazanç, istenmeyen bir görevden kaçış gibi). Somatoform bozukluk veya hipokondriasis ise bu bozuklukların belirtilerinin bilinçdışı olarak üretilmesi ile ayrılırlar. Ayrıca kendine fiziksel zarar verici davranışlar, sınır kişilik bozukluğu, psikoz, depresyonda görülebilecek ölümle sonuçlanmayan öz kıyım girişimleri gibi diğer psikiyatrik durumlarda da sıktır. YB'un temel özelliği, hastalık üretilmesine yönelik kendine fiziksel zarar verici davranışta bulunmadır. Hastalığın amaçlı üretilmesi, kendine zarar verici davranış özellikleri, olası tıbbi girişimlere açık olma ile somatoform bozukluklardan ayırt edilir.

### Tedavi, Gidiş ve Sonlanım

Bilgisayar kayıt sistemlerinin iyi tutulması sayesinde hastanın başka bir gereksiz operasyona girmesi engellenebilir. Bu tür sistemler Munchausen Sendromu tanısı olan ya da henüz tanı almayan hastaları belirlemede yardımcı olabilir. Tedavi ve baş etmede hasta ile uygun ilişki biçimi en önemli unsurdur (16,32). Bu hastalara moral açıdan değil, hekimlik ve insani açıdan yaklaşılmalıdır. Hekimin reddedici davranışının, (geçmişte) reddeden ebeveyn algı ve yaşantısını pekiştirdiği ve kısır döngüye yol açacağı unutulmamalıdır. Hasta ile ilişkide anlayış, tarafsız tutum ve hoşgörü esas alınmalıdır. Hekim, dektif ya da yargılayıcı davranışta olmamalıdır (20). Hastanın duygusal çatışmalarını ifade etmesi cesaretlendirilmeli, zamanını yaşam amaçları doğrultusunda değerlendirilmesine dikkat çekilmeli, olumlu tutum ve yönelimler desteklenmelidir. Hastane ilişkisi, tedavi ve bakım değil, baş etme biçiminde ele alınmalıdır. Uzun süreli tedavide çeşitli davranış tedavileri ya da uzun süreli dinamik yönelimli psikoterapi önerilmektedir (1).

Vekâleten hastalık durumlarında ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme yanında çocuğun belki de diğer kardeşlerin de acilen tedaviye ve korunmaya alınması ve gerekli adli başvuruların yapılması çok önemlidir. Erişkinlerde kronikleşme eğilimi olup, hastalığın gidişinin iyi olmadığı bildirilmektedir. Ayırıcı tanısının güç olması ve kesin bir sağaltımının olmaması nedeniyle, psikiyatri ve psikiyatri dışı hekimlerce erken tanınması önem kazanmaktadır. YB, 50 yıldır bilinmesine ve üzerinde çalışılmasına rağmen tanısı ve tedavisi halen psikiyatristler ve diğer hekimler için sorun olmaya devam eden bir hastalıktır (14). Hastalığın kişiye, aileye ve sağlık sisteminde maliyeti çok yüksektir (16).

## Sonuç

Kaynaklar gözden geçirildiğinde çocuk ve gençlerin yapay bozukluğunda; çocuk ve gençler daha açık, kolayca tanınabilecek yöntemler kullanmalarına ve aldatmalarını kolayca açıklayabilir olmalarına rağmen hastalık uydurabilirler ve bu olgular genellikle tanı almazlar. Çünkü çocukların aldatmalarında hekimler şüphelenmede güçlükler yaşamaktadır. Bu durumun altındaki sorun ve motivasyonlar çok karmaşıktır. Sayısı bilinmeyen şekilde, belkide pek çok somatizasyon bozukluğu tanısı alan çocuk ve genç belki de bilinçli şekilde hastalık üretiyor olabilmektedir. Erken dönemde yakalanmaları bozukluğun tekrarlama riskini azaltabilir. Bu çocuklara ve ailelere tıbbi bakım veren çocuk sağlığı ya da aile hekimliği uzmanları ile yakın bilgi alışverişinde ve işbirliğinde olmak ve uzun süreli tedavi planını birlikte uygulamak tedavi başarısını artıracaktır. Ülkemizde bu alanda yapılacak yapay bozukluğun yaygınlığını ve tedavi yöntemlerini sistemik olarak değerlendirecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

1. Feldman MD, Ford CV. Factitious disorders. In: Sadock BJ, Sadock WA (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 2000. p: 1533-43.
2. American Psychiatric Association Diagnostic Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4th ed. Washington DC: APA; 2000.

3. Rosenberg D. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 1987;11:547-63.
4. Wallach J. Laboratory diagnosis of factitious disorders. *Arch Intern Med* 1994;154:1690-96.
5. Libow JA. Child and adolescent illness falsification. *Pediatrics* 2000;105:336-42.
6. Szoke A, Boillet D. Factitious disorder with psychological signs and symptoms - Case reports and proposals for improving diagnosis. *Psychiatry on Line*. 1999. (<http://www.priory.com/psych/factitious.htm>).
7. Hughes LM, Corbo-Richert B. Munchausen syndrome by proxy: Literature review and implications for critical care nurses. *Crit Care Nurse* 1999;19:71-8.
8. Yonge O, Haase M. Munchausen syndrome and Munchausen by Proxy in a student nurse. *Nurse Educ* 2002; 29:166-69.
9. Sussman N, Hyler SE. Factitious disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (4 th Ed). Baltimore: Williams and Wilkins; 1985. p: 1242-47.
10. Stinnet JL. The functional somatic symptom. *Psychiatr Clin North Am* 1987;10:19-33.
11. Rogers M, Fairley M, Santhanam R. Artefactual skin disease in children and adolescents. *Australas J Dermatol* 2001;42:264-70.
12. Asher R. Munchausen syndrome. *Lancet* 1951;1: 339-41.
13. Bauer M, Boegner F. Neurological syndromes in factitious disorder. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:281-8.
14. Parker PE. A case report of Munchausen Syndrome with mixed psychological features. *Psychosomatics* 1993;34:360-4.
15. Spivak H, Rodin G, Sutherland A. The psychology of factitious disorders: A reconsideration. *Psychosomatics* 1994;35:25-34.
16. Sutherland AJ, Rodin GM. Factitious disorders in a general hospital setting. Clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics* 1990;31: 392-9.
17. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: The hinterlands of child abuse. *Lancet* 1977;2:343-5.
18. Eminson M, Postlethwaite RJ. Munchausen Syndrome by Proxy Abuse: A Practical Approach, 1th edition, Boston: A Hodder Arnold Publication; 2000. p:1-21.
19. Feldman MD, Brown RMA. Munchausen by proxy in an international context. *Child Abuse & Neglect*. 2002;26:509-24.
20. Jureidini JN, Shafer AT, Donald TG. "Munchausen by Proxy syndrome": not only pathological parenting but also problematic doctoring? *Med J Aust* 2003; 178(3):130-32.

21. Hettler J. Munchausen syndrome by proxy. *Pediatric Emergency Care* 2002;18:371-4.
22. Marcus A, Ammermann C, Klein M, Schmidt MH. Munchausen syndrome by proxy and factitious illness: symptomatology, parent-child interaction, and psychopathology of the parents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1995;4:229-36.
23. Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 2003;27:431-51.
24. Rogers R. Diagnostic, explanatory, and detection models of Munchausen by proxy: extrapolations from malingering and deception. *Child Abuse Negl* 2004;28(2):225-38.
25. Jones RM. Factitious disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ (Eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th edition. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995. p:1271-80.
26. Eisendrath SJ. Factitious illness: A clarification. *Psychosomatics* 1989;110:118-23.
27. Humphiers SR. Munchausen syndrome: Motives and the relation to deliberate self-harm. *Br J Psychiatry* 1988;152:416-9.
28. Surtherland AJ, Rodin GM. Factitious disorders in a general hospital setting. Clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics* 1990;31:392-9.
29. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Sınır kişilik organizasyonu temelinde narsistik kişilik bozukluğu ve YB: Psikanalitik psikoterapi süreci. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:152-60.
30. Cassem NH. Functional somatic symptoms and somatoform disorders. In: Hackett TP, Cassem NH (Eds). *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry*, 4th ed. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1987. p: 126-29.
31. Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988;145: 1358-68.
32. Price WA, Zimmer B, Conway R, Szekely B. Insulin-induced factitious hypoglycemic coma. *Gen Hosp Psychiatry* 1986;8:291-3.

---

**Yazışma adresi:**

Yard. Doç. Dr. F Neslihan İNAL-EMİROĞLU  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD  
35240, İnciraltı / İZMİR  
Tel: 0 232 412 35 64  
e-posta: neslihanemir@hotmail.com  
Neslihan.emiroglu@deu.edu.tr

---