

Capgras Sendromu 8 Vaka Örneği ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Meltem EFE SEVİM **, E. Müjgan ÖZEN ŞAHİN ***, Salih Yaşar ÖZDEN *, E. Emrem BEŞTEPE **, Sezer SÖNMEZ *, Didem KAFADAR *

ÖZET

Capgras sendromu tanıdık kişilerin yerine, onlara çok benzeyen sahtekarların geçmiş olduğuna dair sanrılarla karakterize bir sendromdur. Bu sendrom nadir olarak görülür ve daha çok şizofreni kavramı içinde yer alır. 2 ay içerisinde hemen hemen aynı zamanda hastaneye yatan, Paranoid şizofreni tanısı almış 8 Capgras sendromlu vaka, Capgras sendromu olmayan 8 vaka ile karşılaştırılmıştır. Vakalar hastanede kalış süreleri, yatış sıklıkları, hastalık süreleri, tedaviye verdikleri cevap, kullanılan antipsikotik dozu, ek tedavi uygulamaları, hastaneye yatış ayları gibi özellikleri açısından değerlendirilmiştir. Hastaları değerlendirmede CGI ve BPRS kullanılmıştır. Capgras sendromlu hastaların, atipik nöroleptiklere daha iyi cevap verdikleri vaka sayısı artırılarak bu sonuçların doğrulanması gerektiği kanaatine varılmıştır.

Sonuç olarak: 1. Capgras sendromu acaba tedaviye direncin bir işareti midir? 2. Capgras sendromu olan şizofrenleri, atipik nöroleptikler ile daha hızlı ve efektif tedavi edebilir miyiz? Soruları literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Capgras sendromu, şizofreni, tedavi

Düşünen Adam; 2003, 16(4): 226-230

SUMMARY

Capgras's syndrome is characterized by delusions of misidentification, where a patient believes that people closely related to him or her are replaced by some similar looking impostors or persecutors. It's a rare syndrome and is frequently considered within the concept of schizophrenia. Eight cases with Capgras's syndrome who had been diagnosed as "Schizophrenia-paranoid type" have been compared with eight Schizophrenia cases who did not have the Capgras's syndrome. Both groups of patients had been hospitalized approximately at same times within the past two months. Cases have been evaluated according to the duration of hospital stay, hospitalization frequency, duration of disease episodes, response to medication, antipsychotic dose needed to treat the disorder, the need for additional therapies and according to months they were frequently hospitalized. CGI scale and BPRS have been used as evaluation tools.

It has been concluded that patients with Capgras's Syndrome have a longer period of hospital stay and show less-sometimes inefficient- response to typical antipsychotics than patients without Capgras's syndrome. However it has been seen that they show better improvement with atypical antipsychotics. We postulate that these findings need to be approved with additional studies and case reports. As a conclusion; answers to questions; 1) Should Capgras's syndrome be considered as an indicator of treatment resistance? 2) Can we treat Schizophrenia patients with Capgras's syndrome more effectively and faster with atypical antipsychotics? are being discussed.

Key words: Capgras syndrome, schizophrenia, treatment

Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, * Doç. Dr., * Uz. Dr., *** Ast. Dr.

Capgras sendromu tanıdık kişilerin yerine onlara çok benzeyen bazı sahtekarların (impostor) geçmiş olduğuna dair sanırlarla karakterize bir sendromdur (12). Negatif benzer yanılsaması olarak da tanımlanabilen bu sendrom ilk olarak Capgras ve Rebeul-Lachaus tarafından 1923 yılında tanımlanmıştır. Sanırsal Yanlış Tanıma Sendromları içinde en sık rastlanılanıdır (4). Sanırsal yanlış tanıma sendromları pek çok kaynakta Çiftler Sendromu olarak da tanımlanabilmektedir (4,1). Bu sendromlar şu şekilde sıralanabilir:

1. Fregoli Sendromu: Courbon ve Fail tarafından 1927'de tanımlanmıştır. Bu sendromda hasta etrafındaki tanıdık kişileri kendi peşine düşmüş persekütör kişiler olarak tanır. Literatürde Fregoli sendromu, pozitif benzerler yanılsaması veya hiper identifikasyon sendromu olarak da tanımlanabilmektedir.

2. İntermetamorfoz yanılsaması: Courbon ve Tusques tarafından 1932 yılında tanımlanmıştır. Hasta çevresindeki insanların birbiri ile değiştiğine inanır.

3. Öznel Benzer Sendromu: Christodoluou tarafında 1978 yılında tanımlanmıştır. Hasta diğer insanları kendi benliğine döndüğüne inanır. 3 adet alt tipi vardır. Ters tipinde kendisinin başka birinin yerine geçtiğine inanır. Otoskopik tipinde hasta kendisinin benzerlerini diğer insanlara veya nesnelere yansımış olarak görür. Capgras tipinde hastanın çevresinde görülmez benzerler vardır.

4. Redüplikatif paramnezi: Pick tarafından 1903'de tanımlanmıştır. Hastalar bir yerin fiziksel olarak aynen kopyalanmış olduğuna inanır (4).

5. Capgras Sendromu: Capgras sendromu ender olarak görülen bir fenomen olmakla birlikte son yıllarda bu ve benzeri sendromlar daha çok ve daha sık tanımlanmıştır. Kirov ve arkadaşlarının 1994 yılında yaptığı bir çalışmada fonksiyonel psikozu olan ve hastanede yatan 195 vakada % 4.1 oranında capgras sendromunun var olduğunu göstermişlerdir (9).

Capgras sendromu nadiren tek başına görülebilen bir durumdur. Genellikle tanısı konulmuş bir psikotik hastalık veya organik etyolojiye eşlik eder. Literatürde bildirilen olguların % 70'inde bu sendrom fonksiyonel bir psikozla ilişkilendirilmiştir (3). Olguların çoğunluğunda psikoz paranoid şizofreni tipindedir.

Ancak psikotik özellikli mani veya depresyonda, şizoaffektif bozuklukta da görülebilir. Çekirdek hastalığın süresi, düşünce içeriğinin kapsamı ve başlangıç yaşı ile ilgili veriler yoktur. Ayrıca cinsiyetler konusundaki farklılıklar ile ilgili bilgi de yetersizdir (5).

Capgras sendromunun % 25-40 oranında Genel tıbbi bozukluğa bağlı olarak da gelişebildiği tahmin edilmektedir (3). Bu bozukluklar arasında Madde intoksikasyon ve yoksunluğu, enfeksiyon ve ansefalit, endokrin bozukluklar, epilepsi, kafa travmaları, beyin tümörleri, deliryum, demans, lityum entoksikasyonu ve migren sayılabilir (3,4,15,16). Jones ve arkadaşları A.C'de Squamoz hüceli karsinoma nedeniyle opere edilen bir vakada kranial travma öyküsünü de dışladıktan sonra Capgras sendromunu gördüklerini bildirmişlerdir (8). Ayrıca capgrasın birlikte görülebildiği durumlar arasında psödohipoparatiroidi, bakır zehirlenmesi, klorakin kullanımına bağlı psikoz, B₁₂ vitamini eksikliği ve EKT sonrası gelişen psikotik ataklar sayılabilir (4,6).

Capgras sendromunun etyolojopatogenezinde özellikle sağ hemisfer, frontal ve temporal loblar üzerinde durulmuştur. Nörokimyasal olarak da dopamin ve serotonin dengesizliğinden bahsedilmektedir. Nöropsikolojik yaklaşım henüz başlangıç aşamasında olup, bu alandaki gelişmeler aynı zamanda diğer psikotik durumları açıklamamıza da ışık tutacaktır (11). Etyopatogenezde tek bir modelden çok, bilişsel ve algısal bozulma, organik bozukluk, paranoid düşünce yapısı ve psikodinamik faktörlerin bileşimi göz önünde bulundurulmalıdır (4).

Ayrıca literatürde Capgras'ın bir semptom mu, yoksa bir sendrom mu olduğu konusunda tartışmalar da mevcuttur.

Şu anda var olan sınıflandırma sistemleri sanırsal yanlış tanıma sendromları için oldukça kısıtlayıcıdır. Bu sendromları tanımlamak için yapılmış fenomenolojik çalışmalarda, bu tür kısıtlayıcı sebeplerden pek çok vaka atlanmış ve gözardı edilmiştir. Bu sendromların tekrar değerlendirilerek, tanımlanması ve sınıflandırılması yapılacak çalışmalara bağlıdır. Sanırsal yanlış tanıma sendromları ICD 10 ve DSM IV'e göre, İnatçı sanrılı bozukluk belirlenmemiş tip sub grubundadır (2,7,10).

Tablo 1. Capgras sendromlu paronoid şizofrenisi olan 8 olgunun hastalık özellikleri.

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4	Olgu 5	Olgu 6	Olgu 7	Olgu 8
Yaş	30	29	33	20	20	20	41	40
Cins	Erkek	Erkek	Erkek	Erkek	Erkek	Kadın	Kadın	Erkek
Hast. süresi	8	10	12	8	7	3	7	20
Yatış sayısı	7	9	5	3	1	1	2	25
Yatış süresi	45	31	46	44	35	34	32	60
Ort. yatış süresi	37	25	16	31	35	34	30	36
CGI	6	5	6	7	7	6	6	7
Dahili hast.	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Verilen ilaç	Risp.	Halp	Halp.	Risp.	Halp.	Olanz.	Risp.	Ketiap.

Olgu ve Kontrol Gurubu

Olgular; DSMIV tanı kriterlerine göre Paranoid Şizofreni tanısı almış aynı zamanda Capgras sendromu olan hastalar olup, kontrol gurubundaki hastalar ise olgulara denk, cinsiyet ve hastalık süreleri olan Paranoid Şizofreni vakalarından seçilmiştir. Olguların dökümü Tablo 1’de verilmiştir.

Olgu 6 ve 7 hariç diğer tüm vakalarda anne yada babanın yerine impostorların geçmiş olduğuna dair sarsılmaz bir inanç vardı. Olgu 6 da Öznel Benzer Sendromu içindeki ters tipe uyan bir sanrı vardı. Hasta kendisinin, erkek arkadaşının yerine geçtiğine sarsılmaz şekilde inanıyordu. Olgu 7 ise kocasının yerine geçmiş impostorun var olduğuna inanıyordu.

Olguların 5 tanesinin hastalık başlangıcı 13-19 yaşları arasında olup, kontrol gurubunda, bu yaş gurubunda hastalığı başlayan sadece 2 vaka olduğu tespit edilmiştir. Literatürde Capgras sendromunun başlangıcının, eşlik ettiği hastalığın süresi ve düşünce içeriği ile bağlantısız olduğu bildirilmiştir. Ancak yine de olguların genç yetişkinlik döneminde olması, hastalığın adolesan döneminde başlaması “acaba bu sendrom adolasan döneminde başlayan psikotik bozukluklarda daha mı sık görülmektedir?” sorusunu akla getirmektedir.

Gurubumuzda erkeklerin fazla olmasına rağmen; cinsiyet farkları konusunda literatür bilgisi yetersizliği, vaka sayısının yetersizliği, gibi sebeplerden cinsiyet ayrılığı konusunda fazla bir şey söylemek mümkün değildir.

Olguların hiçbirisinde kranial travma, epilepsi, diabet, psoudohipoparatiroidi, lityum ve başka ilaç kul-

lanım öyküsü yoktu. Kliniğimizde yatarken yada daha önceki yatışlarında yapılan EEG leri normal, nörolojik muayenelerinde herhangi bir patoloji yoktu. Rutin Biyokimya, Hemogram sonuçları normaldi. Tüm olgu ve kontrol gurubunda idrarda psikoaktif madde metaboliti negatifti. Sadece 1 vakada esrar kötüye kullanımı öyküsü mevcuttu ve semptomların madde ile bağlantısı yoktu. Bu şekilde genel tıbbi duruma bağlı oluşabilecek durumlar dışlandı.

Yatış endikasyonuna bakıldığında 6 vakanın homosid riski sebebiyle hastaneye getirildiği, homosidal davranışın da yakın çevresindeki hezeyanın geliştiği kişi ve kişilere yönelik olduğu saptandı. Olgu 4 hastalığın ilk başlarında, hezeyanı doğrultusunda babasının kendi babası olmadığı gerekçesiyle mahkemeye başvurmuştu. En son yatışında da babasını hezeyan ve halüsinasyonu doğrultusunda ciddi derecede yaralamıştı. Bu sendromda agresif davranış riskinin daha yüksek olduğu yönündeki bilgiler, bizim sonuçlarımızla uyumlu bulunmuştur. Kontrol gurubunun sadece 2 tanesinde yatış endikasyonunun homosid riski olması da, kesin olmamakla birlikte bizi bu konuda uyarmıştır. Capgras sendromlu kişilerin yakınlarının uyarılmasının ve hastalık konusunda bilgilendirilmesinin hayat kurtarıcı olabileceği gerçeğini göstermektedir.

Hastanede yatış süreleri Olgularda ortalama 41 gün, kontrol gurubunda ortalama 22 gün olarak bulunmuştur. Genelde kliniğimizde hasta yatış süresinin 15- 20 gün arasında olduğu göz önüne alınırsa yatış sürelerindeki uzunluk çok dikkat çekici bulunmuştur. Daha önceki yatışların da ortalama süresi kontrol gurubuna göre % 50 civarında daha fazla olarak tespit edilmiştir.

CGI skoru kontrol gurubunda en düşük 6 olarak bulunmuştur. Olgu ve kontrol gurubu tüm hastalara 30 mg/ gün haloperidol başlanmış ve 7 seans EKT yapılmıştır. Zaman zaman ajitasyon ve agresyon gösteren 5 olgu ve 2 kontrol gurubu hastaya, benzo-diazepin veya ek antipsikotik tedavi yapılmıştır.

Üçüncü haftanın sonunda, Brenner ve arkadaşlarının tanımladığı tedaviye direnç kriterlerine göre hastalar sınıflandırılmıştır.

A) Kontrol gurubu: Tüm hastalar, 3. haftanın sonunda: Kısmi remisyon halinde Yani CGI=2 ve BPRS psikotik belirti > 3 kriterlerine uyar şekilde haloperidol ve depo ile taburcu edilmiştir.

B) Olgular 3. haftanın sonunda:

1) Olguların 6'sı Brenner'in verilerine göre, orta derecede dirençli (Belirtilerde bir miktar azalma, CGI=4, orta derecede hasta, BPRS 2 psikotik başlıkta 4 puan, 18 başlıkta ortalama 46 puan), olarak belirlenirken,

2) Olguların 2'si Brenner'in verilerine göre, ağır direnç (CGI= 5, belirgin hasta, BPRS psikotik başlıkta birisi 5 veya 3 maddede 4'er puan, 18 başlıklı listede ortalama 54 puan) olarak belirlenmiştir.

Bu sonuçların ışığında 3. haftanın sonunda sosyal durumu ve aile işbirliği iyi olan 5 olguya rastgele Risperidon, Olanzapin ve Ketiapin verilmiştir. Atipik nöroleptik kullanımına başlanmasından 6 hafta sonra, ulaşılan 5 hastadan 4'ü kullandığı ilaca devam ederken 1'i yeniden hastaneye yatırılmıştır. Bu yatışta hastalığın alevlenmesinden çok sosyal nedenlerin daha etkin olduğu öğrenilmiştir. İlaçlarına devam eden hastaların 4'ünde Brenner'in kısmi remisyon kriterlerine ulaşılmıştır. Hastaların sosyal uyumunda da belirgin düzelmeler görülmüştür.

Üçüncü haftanın sonunda Brenner'in verilerine göre orta derecede direnç kategorisine uyan, çeşitli sebeplerle atipik başlanamayan, Haloperidol ve depo nöroleptik ile tedavisine devam edilen 3 olguda sonraki 6. haftanın sonunda Brenner'in hafif direnç kriterlerine uygun bir iyilik halinin olduğu, ancak sosyal uyumunun yetersiz olduğu saptanmıştır.

Tedavi

Literatürde Capgras Sendromunun tedavisine dair çok az bilgi vardır. Öncelikle Genel tıbbi duruma ait bir patoloji varlığı mutlaka araştırılmalıdır. Bu durum dışlandıktan sonra temeldeki psikiyatrik bozukluğa yönelik tedavi yapılmalıdır. Capgras sendromunun eşlik ettiği en sık hastalık olan Paranoid şizofreninin tedavisinde Atipik nöroleptiklere yönelik bilgiler yetersiz ve yok denecek kadar azdır. Daha çok depo nöroleptikler, pimozid, trifluperazin ve haloperidol ile yapılmış çalışmalar mevcuttur (1,4,14). Tedaviye direnç konusunda çok az çalışma vardır. Bu konuda tam bir fikir birliği yoktur. Bunun için çok daha geniş vaka serilerine ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Leponex ile tedaviye yönelik çalışma olmaması da büyük bir eksiklik olarak değerlendirilmiştir.

Paranoid şizofreni dışında mood bozukluklarında görülen Capgras sendromunun, uygun tedaviyle atak sonrasında tama yakın düzeldiği bildirilmiştir (1).

Bizim serimizde de vaka sayımız oldukça az, takip süremiz kısıtlı olmuştur. Daha uzun süre hastane yatışı, kontrollü çalışma sistemi, yeterli doz ve sürelerden sonra gerekli ise atipik nöroleptiklere geçilerek sonucun değerlendirilmesi, bu sendromun daha sık görüldüğü, Paranoid şizofrenin, sadece tedavisini değil, aynı zamanda etyopatogenezin aydınlanmasına yönelik çalışmalara da katkılarda bulunabileceği kanaatine varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Christodoulou GN: Treatment of the "Syndrome of doubles", Acta Psychiatr. Belg 77(2):254-259, 1977.
2. DSM IV Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.372-378, 1994.
3. Edlsten NM, Oyeboode F: A review of phenomenology and cognitive neuropsychological origins of the capgras syndrome, Int J Geriatr Psychiatry 14(1):48-59, 1999.
4. Enoch D, Ball H: Az Rastlamır Psikiyatrik Sendromlar. 1. Baskı, Okyanus Yayın, İstanbul, s.15-34, 2002.
5. Oyeboode F, Sageant R: Delusional and misidentification syndromes: a descriptive study, Psychopathology 29(4):209-214, 1996.
6. Hay GG: Electroconvulsive therapy as a contributor to the production of delusional misidentification, br J Psychiatry 148:667-699, 1986
7. ICD10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Medikomat, Ankara, s.90, 1992.
8. Jones C, Griffiths RD, Humphris G: A case of capgras delusion following critical illness. 25(10):1183-1184, 1999.
9. Kirov G, Jones P, Lewis SW: Prevalence of delusional misidentification syndromes, Psychopathology 27(3-5):148-149, 1994.

10. Mojtabai R: Identifying misidentifications: a phenomenological study, Psychopathology 31(2):90-5, 1998.
11. Rentop M, Thelml T, Fortsti H: Delusional misidentifications. Symptoms and neuropsycholoji models, Fortshr Neurol Psychiatry 70(6):313-320, 2002.
12. Sadock BJ, Sadock VA: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh edition, A. Wolters Kluwer Company, Newyork, p.223.238.390.1257, 1999.
13. Scharzberg AF, Nemenoff B: Textbook of Psychopharmacology. American Psychiatric Association, Washington, s.263-274,

1995.

14. Tueth MJ, Cheong JA: Successful treatment with pimozide of capgras syndrome in an elderly male, J Geriatr Psychiatry Neorol 5(4):217-219, 1992.
15. Özden SY: Alkolizm Sebep ve Sonuçları. 1. Baskı, İstanbul, s.201-202, 2002.
16. Özden SY: Uyuşturucu Madde Bağımlılığı. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s.76, 1992
17. Yüksel N: Psikofarmakoloji. 1. Baskı. Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, s.74-75, 1998.

DR. OĞUZ ARKONAÇ ŞİZOFRENİ ARAŞTIRMA ÖDÜLÜ

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin üstün nitelikli servis şeflerinden ve Türk Psikiyatrisi'ne önemli katkıları olan bilim adamı Doç. Dr. Oğuz Arkonaç'ın üçüncü ölüm yılı dönümünde şizofreni ve benzeri psikozlar konusunda yapılan araştırmalardan jürinin seçeceği bir araştırmaya, her yıl tekrarlamak üzere bilimsel araştırma ödülü konulmuştur. Ödülün organizasyonu Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekimliğince yapılacaktır.

Araştırma son beş yıl içinde yapılmış olmalıdır. Yayınlanmış ve yayınlanmamış bütün şizofreni ile ilgili araştırmalar ödül için başvurabilir. Araştırma ödülü yalnızca birinci olana verilecek ve her yıl Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde sonuç açıklanacaktır.

Ödül tutarı 1000 Amerikan Dolarıdır. Her araştırma beş nüsha halinde gönderilmelidir.

Araştırma Jürisi:

Klinik Şefi Prof. Dr. Musa Tosun
Klinik Şefi Dr. Nihat Alpay
Klinik Şefi Doç. Dr. M. Emin Ceylan
Klinik Şefi Doç. Dr. Oğuz Karamustafaloğlu
Klinik Şefi Doç. Dr. Hüsnü Erkmen
Klinik Şefi Doç. Dr. Kemal Sayar

Son Katılım Tarihi:

15 Eylül 2004

Katılım Adresi:

Dr. Nihat Alpay

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 1. Psikiyatri Klinik Şefi