

Psikojenik aşırı su içme: Bir olgu sunumu

Burhanettin Kaya,¹ Süheyla Ünal,² Berrin Çetinarslan³

ÖZET

*Bu yazıda, herhangi bir tıbbi hastalığı ya da eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olmaksızın psikojenik polidipsi sergileyen 34 yaşında bir kadın olgu sunduk. Bu olgudan yola çıkarak psikojenik polidipsinin olası etiyolojilerini ve son tedavi yaklaşımlarını gözden geçirdik. Psikojenik polidipsi ya da bir başka deyişle kompulsif su içme psikiyatrik hastalarda, özellikle şizofreniklerde genel nüfusta olduğundan daha fazla görülür. Birçok alt tipi bulunmaktadır ve çok etkenli bir etiyolojiye sahiptir. Polidipsik davranış patolojik bir temel ve niçin bu kadar çok su içildiğinin psikiyatrik açıklamasını gerektirir. Hipokampus, monoamin metabolizması, osmoregülasyon ve elektrolit atımı ile mekanizmalar bu tablonun gelişimi ile ilgili görülmektedir. Psikoza ya da ilaç kullanımına bağlı olmaksızın ortaya çıkanların obsesif kompulsif bozukluklar spektrumunda ya da impuls kontrol bozuklukları arasında yer almaları önerilmektedir. Tedavisi etiyolojiye ve tablonun ciddiyetine göre düzenlenir. Hafif durumlarda su kısıtlaması ve hastanın eğitimi yeterli olabilirken, ağır olgularda tedavi su kısıtlaması, tuz solüsyonu infüzyonu, diüretikler, antikonvülsan ilaç uygulamalarını içerir. Akut tedaviden sonra altta yatan birincil psikiyatrik hastalığın tedavisi yeniden düzenlenmelidir. **Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(2):107-114***

Anahtar sözcükler: Psikojenik polidipsi, kompulsif su içme, obsesif kompulsif bozukluk, impuls kontrol bozukluğu

Psychogenic polydipsia: A case report

SUMMARY

*In this case report, we presented a 34-year-old woman who has a psychogenic polydipsia. With respect to this case report, we reviewed possible etiological factors and current treatment approaches to psychogenic polydipsia. Psychogenic polydipsia (compulsive water drinking) is more common among psychiatric patients, especially those with schizophrenia, than in general population. Psychogenic polydipsia has several subtypes and multifactorial etiology. Polydipsic behavior requires a pathological basis and a psychiatric explanation of why so much water is being taken. Hippocampus, monoamine metabolism, osmoregulation, and electrolyte excretion mechanisms are involved in genesis of this disorder. It has been suggested that some cases with psychogenic polydipsia are unrelated to psychosis or use of psychotropic drugs. These cases may take part in obsessive compulsive disorders spectrum or impulse control disorders. Water restriction and patient education may be effective in treating mild cases. In severe cases intravenous hypertonic saline, diuretics, and anticonvulsants should be added. After acute period, management of primary psychiatric disorder must be reviewed. **(Anatolian Journal of Psychiatry 2000; 1(2):107-114)***

¹ Yrd.Doç.Dr., ² Prof.Dr., İnönü Ü.T.F. Psikiyatri ABD, ³ Kocaeli Ü.T.F. İç Hastalıkları ABD, Dr. Burhanettin Kaya, İnönü Üniv. Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri ABD, 44049 Malatya

Key words: *Psychogenic polydipsia, compulsive water drinking, obsessive compulsive disorder, impulse control disorders*

Psikojenik aşırı su içme; fizyolojik uyarı olmaksızın ortaya çıkan fazla su içme ile belirlenen bir klinik tablodur.¹ Bu klinik tabloya kendi kendine başlatılan su zehirlenmesi (SIWI), psikojenik polidipsi, primer polidipsi, psikoza bağlı ortaya çıkan hiponatremi-polidipsi sendromu, potomani ve kronik su kötüye kullanımı gibi isimler de verilmiştir.^{2,3}

ETİYOPATOGENEZ

Kompulsif biçimde aşırı su içmenin hem psikopatolojisi hem de patofizyolojisi henüz tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Sağlıklı böbrek 20 litreye kadar suyu biriktirmeksizin hızla dışa atabilme kapasitesine sahip olduğu için su zehirlenmesi suyun atılması ile ilgili bir patolojinin varlığını gerektirir.^{4,5} Primer polidipsisi olan hastaların büyük bir çoğunluğu aldığı suyu atabilmektedir. Hastaların ancak üçte birinde su atılımı ile ilgili bir patoloji nedeniyle su zehirlenmesi ortaya çıkmaktadır.⁶ Aydınlatılması gereken diğer bir nokta da niçin bu kadar fazla su içmeye gereksinim duyulduğunun psikiyatrik açıklamasıdır.⁵

Bozukluğun çok etkenli bir etiyolojik temele sahip olduğu, tek bir tipinin olmadığı, birçok alt tipinin bulunduğu öne sürülmektedir.⁶ Dopaminerjik, kolinerjik, histaminerjik sistemin ve hipokampusun etiyolojide rolü olduğuna inanılmaktadır.⁷⁻⁹ Santral sinir sisteminin susama ve osmotik düzenleme merkezlerinde bir işlev bozukluğu, antidiüretik hormonun (ADH) uygunsuz salınımı (SIADH) ya da ADH'ya duyarsızlık etiyolojide sorumlu tutulmaktadır.¹⁰⁻¹² Kompulsif su içmenin patogenezinde, susamanın osmotik uyarılması ve osmotik olmayan inhibisyonu mekanizmasında, osmotik ve osmotik olmayan uyarıların yorumlanması ile ilgili bir bozukluğun olduğu ileri sürülmektedir. Hipertonik tuz solüsyonu infüzyonundan sonra içilen suyun ölçümü poliürik durumların ayırıcı tanısında yararlı bilgiler vermektedir. Kompulsif su içmede, diabetes insipidus ve

normallere göre susama için osmotik eşiğin daha düşük olduğu tanımlanmaktadır.¹³

Kompulsif biçimde aşırı su içme hafif nevrotik olgulardan psikoza kadar giden geniş bir psikiyatrik hastalık spektrumunda görülebilir.^{5,8,14} Hastanede yatan kronik şizofren hastaların % 6-20'sinde primer polidipsi geliştiği, bunların % 25-50'sinde hiponatremi olduğu bildirilmektedir.^{2,6,15,16} Aşırı su içme duygulanım bozuklukları, mental retardasyon, alkol bağımlılığı, ensefalit sonrası sendromlar, organik mental bozukluklar, anoreksia nervosa ve kişilik bozuklukları ile de ilişkili görünmektedir.^{2,17} Kafa travmasının da bozukluğun oluşmasında bir risk etkeni olduğu belirtilmektedir.¹⁸

Karbamazepin, tiyridazin, haloperidol, pimozid, klorpromazin, amitriptilin, desipramin ve fluoksetin gibi psikotrop ilaçların ya da antikolinerjiklerin kullanımına bağlı olarak gelişen uygun olmayan antidiüretik hormon salgılanması sendromu da (SIADH) polidipsinin bir diğer nedenidir.^{14,16,19,20} Klozapin ile ortaya çıkan su zehirlenmesi durumunda sıvı verilmesi ile sodyum düşüklüğünün düzeltilmesi sonucunda rabdomyolizin klinik bulguları gözlenmeden kreatin kinaz düzeylerinde yükselme olduğu gözlenmiştir. Bu durum, klozapinin iskelet kasında harabiyet oluşturarak zar geçirgenliğini değiştirdiği, Na/K dengesinin bozulduğu, buna bağlı olarak aşırı su içme davranışının olduğu biçiminde yorumlanmıştır.²¹ Rabdomyoliz olmaksızın kas geçirgenliğinde oluşan değişmelerin etiyolojide rolünün olduğunun saptanması, kas geçirgenliğini etkileyebilecek başka etkenlere dikkati çekmesi yönünden anlamlıdır.

Fluoksetinin bazı bireylerde aşırı su içme davranışına yol açması yanında²², bazı olgularda sağaltıcı etki göstermesi bu bozukluğun obsesif kompulsif bozukluğun bir varyantı olabileceği kanısını uyandırmaktadır.²³⁻²⁵ Hastalığın oluşmasından sorumlu tutulan bazı ilaçların tedavide de

kullanılıyor olması ve etkili olduğunun gözlenmesi etiyojolojiyi biraz daha karıştırmaktadır.^{14,26,27}

İdiopatik olguların % 80'ninin nörotik özellikler gösteren kadınlar olduğu bildirilmektedir.⁴ Bazı olgularda ise hiçbir psikopatolojiye rastlanmamıştır.²⁸ Olumsuz yaşam olaylarının sonucunda aşırı miktarda buz yeme davranışı sergileyen, buz bulamadığı zaman yoksunluk belirtilerine benzer belirtiler gösteren bir olguda, ailesel sorunlarla anormal davranış arasında bir ilişki bulunduğu belirtilmiş ve psikodinamik açıdan oral davranış bir savunma biçimi olarak yorumlanmıştır. Bu olgunun öyküsünde pika sendromu ve anemi de vardır.²⁹ Öyküsünde aşırı yemek yeme ve pika gibi belirtiler olan başka olgu bildirimini de vardır.³⁰

Psikojenik su içmenin kültürel özellikler ve inanışlar ile de ilgisi bulunmaktadır. Çin'li bir olguda bozukluğun oluşumu Çin'in geleneksel sağlık anlayışı ile ilişkilendirilmiştir.²⁸ Çin geleneksel sağlık sisteminin besinleri "sıcak (yang)" ve "soğuk (ying)" olarak tanımladığı belirtilmektedir. Su, "soğuk" olarak tanımlanmaktadır. Suyun "sıcak" enerjiden oluşan hastalıkları giderdiğine inanılmaktadır. Yüzde oluşan akneler bu "sıcak"lığın dışavurumu olarak değerlendirilmekte ve bu hastalar su içmeleri yönünde teşvik edilmektedirler. Oluşan su zehirlenmesi belirtileri de "soğuk"luğun dışı vurumu olarak kabul edilmektedir. Bu bireylerin zamanla bu duruma bağımlı oldukları belirtilmektedir. Bu olgularda aşırı su içme davranışının değişen bilinç durumları yarattığı, gerçek dışı duygular hissetme ve histriyonik kaçma benzeri davranışlara neden olduğu ifade edilmektedir.

KLİNİK TABLO VE TEDAVİ

Aşırı su içme, su-elektrolit dengesini bozabilmekte, dansite düşüklüğü yaratmakta ve öldürücü bir su zehirlenmesine yol açan hipoosmolalite ve hiponatremi sonucu ajitasyon, konvulsiyon ve koma ile seyreden bir metabolik ensefalopati tablosu oluşmaktadır. Baş ağrısı, görme bulanıklığı, güçsüzlük, kramplar, diürez, enürezis, üriner retansiyon, gastrik dilatasyon, kusma ve ishal,

bu ölümcül klinik tabloya gidişi akla getiren yardımcı belirtilerdir.¹⁶

Belirtiler ve laboratuvar bulguları hafif olduğunda tedavide su kısıtlaması yeterli olabilmektedir. Orta düzeyde belirti veren durumlarda tedavi, intravenöz tuz solüsyonu vermek ve su kısıtlamasına gitmektir. Hiponatremik delirium tablosunda tedavi, polidipsi, hiponatremi ve beden ağırlığındaki diurnal değişikliklerin kantitatif olarak saptanması, su kısıtlaması, hipertonic tuz solüsyonu ile hiponatreminin düzeltilmesi, diüretikler ve antikonvülzan ilaçlar uygulanmalıdır.⁴ Propranololün de tedavide kullanılabileceği bildirilmektedir.³¹ Akut dönem geçtikten sonra hastanın ve bakıcılarının bu konuda eğitilmesi, su alımının davranışçı yöntemlerle kısıtlanması, yüksek nöroleptik dozajı, aşırı sigara tüketimi gibi olası alevlendirici etkenlerin en aza indirgenmesi, psikotik bozukluğa bağlı olarak gelişmişse klozapin gibi atipik bir antipsikotiğe geçilmesi önerilmektedir.^{10,27,32} Kompulsif su içme olgularında fluoksetinin yararı konusunda farklı görüşler vardır.^{23,24}

Bu yazıda aşırı su içme yakınmasıyla başvuran, yapılan tüm tıbbi incelemeler ve psikiyatrik değerlendirmede görünür bir patoloji saptanmayan bir olgu ele alınmıştır.

OLGU

Bayan S, 34 yaşında, bayan, evli, 2 çocuk annesi, ilkököl mezunu, ev hanımı.

Yatırılarak izlendiği iç hastalıkları kliniğinde psikiyatri konsültasyonu istemi sonucunda görüldükten sonra psikiyatri polikliniğinde ayaktan izleme alındı.

Yakınmalar ve öykü

Günde 7 litreye varan aşırı miktarda su içme, su içme isteğini durduramama ve iştahında azalma yakınmaları bulunmaktaydı.

Başvurusundan yaklaşık 3,5 ay önce oğlunun sünnet düğünü ile ilgili uğraşları sırasında telaş ve yorgunluk ile birlikte aşırı derecede su içmeye başladığını fark etmiş. Önceleri üzerinde durmamakla birlikte, giderek su içme

isteğinin ve içtiği su miktarının arttığını farketmiş. Sürekli su içmesine rağmen susuzluğu geçmiyor, yeniden susuzluk hissediyormuş. Su içme isteği geldiğinde bunu engellemeye çalışıyor, fakat kendini durduramıyormuş. Herhangi bir işle uğraşırken su içmeden durmayı başarabiliyor, fakat evde iken ve özellikle sabah saatlerinde kendini kontrol edemiyormuş. Eğer su içmezse yemek yiyemediğini, yemek sırasında da su içme isteğini durduramadığını belirtiyor. Musluktan akan suyun akışı bile çok hoşuna gidiyor, bundan haz alıyormuş. Böyle durumlarda dayanamayıp musluktan kana kana su içiyormuş. Yakınları bu durumunu fark ederek, kendisinde şeker hastalığı olabileceğini ve bir doktora gitmesi gerektiğini belirtmişler. Hasta bir aylık bir dönemde yaklaşık 5 kg. kaybettiğini, bunu işlerin yoğunluğu ve hareketliliğine bağladığını belirtiyor. Bu dönemde karamsarlık, isteksizlik, hayattan zevk almama, neşesizlik ve benzeri yakınmalarının olmadığını ifade ediyor.

Yakınmaları başladıktan yaklaşık yirmi gün sonra bir iç hastalıkları uzmanına başvurmuş. Yapılan laboratuvar incelemelerinin sonucunda hekimin “uzun bir yol kat edeceğiz” biçimindeki ifadesini kanser olabileceği şeklinde yorumlamış. Fakat laboratuvar incelemelerinin normal bulunmasından sonra rahatlamış.

Laboratuvar incelemelerinde idrar dansitesinin normal sınırların biraz altında bulunması dışında anormal bir bulgu saptanmaması üzerine hekimi “diabetes insipidus” olabileceğini, bunun beyinde oluşan ve nadir görülen bir hastalık olduğunu belirterek üniversite hastanesine sevk etmiş.

Hasta, iç hastalıkları polikliniğinde bir endokrinoloji uzmanı tarafından görülerek “diabetes insipidus” tanısıyla iç hastalıkları servisine yatırılmış. Tüm bu incelemelerin sonunda herhangi bir organik patolojinin bulunamaması nedeniyle diabetes insipidus tanısından uzaklaşmış. Psikojenik polidipsi düşünülerek psikiyatri konsültasyonu istenmiş.

Hastamız bu yakınmalarına kadar herhangi başka bir rahatsızlığının olmadığını belirtiyor. Bu olay öncesinde herhangi bir stresli yaşam **Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(2):107-114**

olayından söz etmiyor. Sürengen bir olumsuz yaşam olayı öyküden edinilmedi. Hastamız yaşamında stresli sayılabilecek tek şeyin oğlunun sünneti ile ilgili yoğun uğraşısı ve telaşı olabileceğini belirtiyor. Bugüne değin herhangi bir sıkıntısının ve ruhsal bir yakınmasının olmadığını, psikiyatrik yardıma gereksinim duymadığını belirtiyor.

Gelişim ve sosyal öykü

Hastamız çiftçilikle uğraşan orta halli bir ailenin çocuğu. Köyde sağlıklı olarak normal doğumla dünyaya gelmiş. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde herhangi bir sorunu olmamış. İlkokulu köyde okumuş. Köyde yaşadığı dönemlerde halı tezgahında çalışmış. Babasının ölümünden sonra iki kardeşi ile birlikte sorumluluk almak durumunda kalmış. 19 yaşında evlenmiş. Evlendikten sonra ilçede yaşamaya başlamış. Şu anda herhangi bir işte çalışmıyor. Eşine ait olan bir parfümeri mağazasında zaman zaman yardımcı olduğunu belirtiyor.

Özgeçmiş ve soygeçmiş

Özgeçmişinde bir özellik saptanmadı. Hastamızın alkol ve madde kullanımı öyküsü yoktu. Bu yakınmalarının öncesindeki 3 aylık dönemde herhangi bir ilaç kullanmadığını belirtti.

Annesi hipertansiyon hastası. Babası 6 yıl önce düşme sonucu geçirdiği beyin kanamasından dolayı ölmüş. Babası ile ilişkilerini önceleri iyi olduğunu, hastamız 12-13 yaşlarında iken anne ve babası arasında geçimsizlik başladığını belirtiyor.

Kız kardeşinde zaman zaman titreme, ağlama nöbetleri biçiminde oluşan ruhsal bir rahatsızlık varlığından söz ediyor. Bu durumu yaklaşık 2 yıl sürmüş. Bu nedenle bir psikiyatri kliniğinde ayaktan tedavi görmüş ve tümüyle düzelmiş. Aile ve akrabalarından herhangi bir kişide başka bir ruhsal rahatsızlığın bulunmadığını belirtiyor.

Premorbid kişilik özellikleri

Hasta kendisini yardımsever ve verici bir insan olarak tanımlıyor. Yardım isteyen herkesin yardımına koşar ve elinden gelen her şeyi

yapmaya çalışmış. Ailesinin ve yakınlarının tüm sorumluluklarını üstünde hissettiğini ve yapılması gereken her şeyi yaptığını belirtiyor. İşlerinde titiz ve düzenli davranmış. Temiz olmaktan zevk almış. İşler konusunda sabırsız bir yapıya sahip olduğunu belirtiyor. Bu özelliklerinin yaşamına olumsuz bir etkisinin olmadığını, aksine katkısının olduğunu ifade ediyor.

Psikolojik testler

MMPI: Değerlendirme sonucunda sorunlarıyla baş edebilecek uygun kaynaklara sahip ve testin uygulandığı dönemde stres ya da gerilim yaşamayan normal kişilerde gözlenen bir profil elde edildi. Bu profili gösteren bireylerin evlilik alanında normal sayılabilecek çatışmaların olabileceği ya da bu profilin karmaşık (sofistike) savunmaları olan üst sosyoekonomik düzeyde lise mezunu kişilerde rastlanabileceği ifade edilmekteydi. Ayrıca bu bireyin korku ve kaygılarından arınmış, kendine güven duyan, sorumlu, gerçekçi, etkili ve uyumlu olduğu, tembel gibi görünse de başarılı olduğu, başarı, mevki ve tanınma gibi değerlere önem verdiği ifade ediliyordu.

Beck Depresyon Ölçeği: Ölçek puanı 10 olarak bulundu. Depresyonu yoktu.

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği: Obsesyon puanı 7, kompulsiyon puanı 9 olmak üzere toplam ölçek puanı 16 olarak bulundu. Hasta bu sorulara aklından atamadığı su içme isteği ile ilgili düşünceleri temel alarak yanıt verdi. Bu ölçeğin Türkiye’de yapılan geçerlik güvenilirlik çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır. Hastadan elde edilen puan OKB de görülen puanlara benzer kabul edilmiştir. Hastamız obsesyon ölçeğinde “obsesyonlardan rahatsız olma” ve “obsesyonların kontrolü” sorularına yüksek puan vermişti. Su içme ile ilgili düşüncelerini durdurmakta ya da uzaklaştırmakta nadiren başarılı olabildiğini ve büyük zorluklarla dikkatini başka yöne çevirebildiğini belirtiyordu. Kompulsiyon ölçeğinde ise “kompulsyonlardan rahatsız olma” ve “kompulsyonlara karşı direnme” sorularına yüksek puan vermişti. Su içme davranışı engellenirse belirgin ve son derece rahatsız

edici bir sıkıntı duyduğunu, buna direnmeye çalıştığını fakat başaramadığını belirtiyordu.

Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri: Durumluk kaygı puanı 43, hafif düzeyde kaygı; sürekli kaygı puanı 47, hafif düzeyde kaygı saptandı. Her insanda gözlenebilecek düzeyde bir kaygıya sahip olduğu düşünüldü.

SCL-90 Belirti Tarama Listesi: Genel belirti düzeyi (GSI) 0.5, pozitif belirtilerin toplamı (PST) 38, pozitif belirti düzeyi (PSDI) 1.3 bulundu. Test sonucu normal olarak değerlendirildi.

Toronto Aleksitimi Skalası (TAS): Ölçek puanı 7 olarak bulundu. Aleksitimi denilebilmesi için 11 ve üstü puan alınması gerekmektedir.

Fizik muayene

Fizik muayenede TA: 110/80 mmHg, NDS: 72 R bulundu. Tiroid muayanesinde grade I yaygın (diffuz) büyüme dışında sistem muayeneleri normaldi.

Laboratuvar bulguları

İdrar dansitesi 1005, hafif düzeyde düşüktü. Açlık kan şekeri 73 mg/dl, tokluk kan şekeri 85 mg/dl, kan üre düzeyi 19 mg/dl bulundu. Serum elektrolit düzeyleri normaldi. Hiponatremisi yoktu. Üç kez yapılan su kısıtlama testi normal olarak değerlendirildi. Diğer biyokimyasal incelemelerde belirgin bir patoloji saptanmadı. Tam idrar incelemesinde hafif düzeyde dansite düşüklüğü dışında anormal bir bulgu saptanmadı. Hemogram normal değerler arasındaydı. Periferik yaymasında bir özellik saptanmadı. Sedimentasyon normaldi. PA akciğer grafisi normal bulundu. Hipofiz ve Sella Turcica’nın Manyetik Rezonans incelemesinde bir patoloji saptanmadı.

Ruhsal gözlem

Hastamız yaşında görünüyordu. Giyimi düzgün, sosyoekonomik durumuna uygun ve bakımı yerindeydi. Konuşması amaca yönelik, akıcı ve anlaşılırdı. Duygulanımı, düşünce süreci normaldi. Düşünce içeriğinde çok su içme isteği ve son durumu ile ilgili düşünceler

dışında herhangi bir düşünce bozukluğu yoktu. Bilinci açık, yönelimi normal, ilişki kurması tamdı. Dikkatinde, yakın ve uzak belleğinde herhangi bir bozukluk saptanmadı. Algı bozukluğu yoktu. Dışa vuran davranışlarında sakin ve uyumlu olduğu gözlemlendi.

Ön tanı

Yapılan fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri sonucunda herhangi bir organik patoloji saptanmadı. Hastada diabetes insipidus ya da nefrojenik diabetes insipidus lehine herhangi bir kanıt elde edilemedi. Alınan psikiyatrik öykü ve ruhsal gözlemi sonucuna göre hastada DSM-IV'e göre herhangi bir 1. eksen psikiyatrik bozukluk tanısı konmadı. 2. ekseninde normal sınırlarda kabul edilebilecek obsesif kişilik özellikleri vardı. 3. ekseninde herhangi bir fiziksel rahatsızlık yoktu. 4. ekseninde oğlunun sünneti ile ilgili uğraşlar dışında psikososyal bir stres saptanmadı. Son bir aydaki işlevselliği % 80-90 olarak değerlendirildi.

Klinik gidiş

İç hastalıkları kliniğinde yatırılarak izlendiği süreçte gün içinde içtiği su miktar 7 litreden 3,5 litreye kadar indirildi. Herhangi bir ilaç önerisinde bulunulmadan taburcu edilen hasta psikiyatri polikliniğince ayaktan izlemeye alındı. Bu dönemde susuzluk hissi, çok su içme ve içmeyi durduramama devam ediyordu. Günde 4-5 litre su içiyordu. Hastaya fluoksetin 20 mg/gün başlandı. Bir ay sonraki kontrol görüşmesinde ilacın uykusuzluk yaptığını ve bu nedenle kullanmadığını belirtince fluoksetin kesildi, klomipramin 75 mg/gün başlandı. Üç ay boyunca bir ay arayla görüşmelere gelmeyi sürdürdü. İkinci ayın sonunda normalden daha fazla su içmeyi sürdürdüğünü, fakat içtiği su miktarını ölçmeyi bıraktığını belirtti. Su içmeye karşı durduramadığı isteğinin sürdüğünü, su içmekten zevk aldığını ve rahatladığını belirtti. Klomipramin kullanmaya başladıktan sonra hafif düzeyde değişiklik olduğunu, kilo aldığını, su miktarının 4 litrenin altına indiğini, bu durumunun moralini düzelttiğini ve bu yakınmalarının düzeleceği konusunda umutlandığını ifade etti. Bir ay sonraki kontrol

görüşmesine gelmediği için yakınmaların gidişi konusunda bilgi alınamadı.

TARTIŞMA

Olgumuzda gözlenen günlük su içme miktarı kaynaklarda bildirilenlerden azdı. Bu nedenle bir su zehirlenmesi tablosu görülmedi. Bazı yayınlarda günde 30-35 litreye varan su içme öyküsü olan olgular bildirilmiştir.³⁰ Herhangi bir organik ve psikolojik anormallik olmaksızın psikojenik aşırı su içme davranışının ortaya çıkabileceği bildirilmiştir.²⁸ Bunun yanında aşırı su içmenin geniş bir yelpazede birçok bozuklukla birlikte görülebilmesi, DSM ve ICD'de bu bozukluğun yer almamış olması hastaların değerlendirilmesi ve tedavisinde güçlük yaratmaktadır.

Olgumuzun psikometrik değerlendirmesinde belirgin bir anormallik saptanmamıştır. Sürekli ve durumluk kaygı envanteri ile yapılan değerlendirmede saptanan hafif kaygı düzeyi hastaneye yatış ve takip süresinde yaşanan doğal bir süreç olarak ele alınmış ve anormal olarak değerlendirilmemiştir. Dikkati çeken bir bulgu Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinde yüksek puanlar elde edilmesidir. Olgumuz bu sorulara su içme isteği ile ilgili zihninden atamadığı düşünceleri temel olarak yanıt verdiğini belirtmiştir. Elde edilen puanlar OKB'de elde edilen ortalamalara yakındır. Bu bulgu psikojenik aşırı su içmenin OKB'nin bir varyantı olabileceği düşüncesini ya da obsesif kompulsif spektrum bozuklukları ile ilgili öngörülerini destekleyebilir.

Bu olguda gözlenen ve kaynaklarda bildiren olguların sergiledikleri belirtiler, aşırı su içmenin bir kısmının dürtü kontrol bozuklukları içinde değerlendirilmenin akla daha yakın olduğu izlenimi vermektedir. Su içme ile ilgili yineleyici dürtülerinin olması ve buna yenik düşme, su içmeden önce artan bir gerginliğin ve su içme ile birlikte bir rahatlama duygusunun oluşması dürtü kontrol bozukluklarının taşıdığı temel tanısal özelliklerle benzerdir.³³ DSM-IV'te başka yerde sınıflandırılmayan dürtü kontrol bozuklukları başlığı altında sınıflanan bu bozukluk kümesinin, henüz sınıflanmamış ama

sınıflamada yer almaya aday görünen bozukluklardan biri olarak ele alınması önerilebilir. Bu aday bozukluklar arasında kompulsif alışveriş yapma, kompulsif cinsellik, kompulsif kendini yaralama, cilt yolma bozukluğu gibi bozukluklar yer almaktadır. Psikojenik aşırı su içmenin nadir görülmesi, sıklıkla şizofreni gibi psikiyatrik bozukluklara ikincil olarak ortaya çıkması, herhangi bir psikopatoloji olmaksızın görülen olguların daha nadir olması, sınıflamaya aday bozukluklar içinde değerlendirilmesini engellediği düşünülebilir.

Sonuç olarak, psikojenik aşırı su içme tanısı, oluş nedenleri ve tedavisi açısından henüz tam olarak anlaşılamamış bir bozukluktur.

Bozukluğun bir homojenlik göstermemesi, her olguda farklı klinik görünümünün olması, farklı tetikleyici etkenlerin varlığı, kolaylıkla neden sonuç bağlantılarının kurulamayışı ve kültürel inanışların etkisini olabildiğinin görülmesi bu belirsizliği arttırmaktadır. Bozukluğun herhangi bir sınıflama sisteminde yer almaması tanı ve tedavi açısından bir güçlük yaratırken, sergilediği klinik özellikler de nerede sınıflandırılacağı noktasında bir sıkıntı yaratmaktadır. Olgu bildirimlerinin artması ya da değişik hasta gruplarının su içme davranış özellikleri ve hastalık seyirinde oluşan değişimler yönünden araştırılması bu bozukluğun anlaşılmasına olanak sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Cronin RE: Psychogenic polydipsia with hyponatremia: report of eleven cases. *Am J Kidney Dis* 1987; 9(5):410-416.
2. Illowsky BP, Kirsh DG: Polydipsia and hyponatremia in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 675-683.
3. Greendyke RM, Bernhardt AJ, Tasbas HE ve ark: Polydipsia in chronic psychiatric patients: therapeutic trials of clonidine and enalapril. *Neuropsychopharmacology* 1998; 18(4):272-281.
4. Walls LL, Supinski CR, Cotton WK ve ark: Compulsive water drinking: a review with report of an additional case. *J Fam Pract* 1977; 5(4):531-533.
5. Singh S, Padi MH, Bullard H ve ark.: Water intoxication in psychiatric patients. *Br J Psychiatry* 1985; 146:127-131.
6. Mercier-Guidez E, Loas G: Polydipsia: review of the literature. *Encephale* 1998; 24(3):223-229.
7. Vieweg WV, David JJ, Rowe WT ve ark: Correlation of cigarette-induced increase in serum nicotine levels with arginine vasopressin concentrations in the syndrome of self-induced water intoxication and psychosis (SIWIP). *Can J Psychiatry* 1986; 31(2):108-111.
8. Oades RD, Daniels R: Subclinical polydipsia and polyuria in young patients with schizophrenia or obsessive-compulsive disorder versus normal controls. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1999; 23(8):1329-1344.
9. Prell GD, Green JP, Elkashef AM ve ark: The relationship between urine excretion and biogenic amines and their metabolites in cerebrospinal fluid of schizophrenic patients. *Schizophr Res* 1996; 19(2-3):171-176.
0. Lapierre E, Berthot BD, Gurvitch M ve ark: Polydipsia and hyponatremia in psychiatric patients: challenge to creative nursing care. *Arch Psychiatr Nurs* 1990; 4(2):87-92.
0. Hiratani M, Munesue T, Terai K ve ark: Two cases of infantile autism with intermittent water intoxication due to compulsive water drinking and episodic release of antidiuretic hormone (SIADH). *No-To-Hattatsu*. 1997; 29(5):367-372.
0. Riggs AT, Dysken MW, Kim SW ve ark: A review of disorders of water homeostasis in psychiatric patients. *Psychosomatics*. 1991; 32(2):133-148.
0. Thompson CJ, Edwards CR, Baylis PH: Osmotic and non-osmotic regulation of thirst and vasopressin secretion in patients with compulsive water drinking. *Clin-Endocrinol Oxf* 1991; 35(3):221-228.
0. Singh H, Linas SL: Compulsive water drinking in the setting of anticholinergic drug use: on unrecognized cause of chronic renal failure. *Am J Kidney Dis* 1995; 26(4):586-589.
0. Gebel F, Meng H, Michot F ve ark: Psychogenic water intoxication. *Schweiz Med Wochenschr* 1989; 119(6):169-177.

16. Assal F, Chauchot F: Hyponatremia of therapeutic origin. Apropos of a case. *Encephale* 1994; 20(5):527-529.
17. Myers KM, Smith MS: Psychogenic polydipsia in a patient with anorexia nervosa. *J Adolesc Health Care* 1985; 6(5):404-406.
18. Zafonte RD, Watanabe TK, Mann NR ve ark: Psychogenic polydipsia after traumatic brain injury: a case report. *Am J Phys Med Rehabil* 1997; 76(3):246-248.
19. Ellinas PA, Rosner F, Jaume JC: Symptomatic hyponatremia associated with psychosis, medications, and smoking. *J Natl Med Assoc* 1993; 85(2):135-141.
20. Koide H: Three cases of hyponatremia during administration of pimozide. *No-To-Hattatsu*. 1991; 23(5): 502-505.
21. Wicki J, Rutschmann OT, Burri H ve ark: Rhabdomyolysis after correction of hyponatremia. Due to psychogenic polydipsia possibly complicated by clozapine. *Ann Pharmacother* 1998; 32(9):892-895.
22. Gulkovich Z, Rosenthal RN, Bogdanoff L: Transient psychosis with psychogenic polydipsia in schizotypal patients taking fluoxetine. *Psychosomatics* 1998; 39(3):295-296.
23. Deas-Nesmith D, Brewerton TD: A case of fluoksetine-responsive psychogenic polydipsia: a variant of obsessive-compulsive disorder? *J Nerv Ment Dis* 1992; 180(5):338-339.
24. Kornreich C, Dan B, Verbanck P ve ark: Divergent responses to fluoksetine from two compulsive, food-related conditions: bulimia nervosa and compulsive water drinking. *Biol Psychiatry* 1998; 43(4):310-311.
25. Woods A, Smith C, Szeuczak M ve ark: Selective serotonin re-uptake inhibitors decrease schedule-induced polydipsia in rats: a potential model for obsessive compulsive disorder. *Psychopharmacology (Berl)* 1993; 112(2-3):195-198.
26. Langlow JR, Alarcon RD: Trimipramine induced neuroleptic malignant syndrome after transient psychogenic polydipsia in one patient. *J Clin Psychiatry* 1989; 50(4):144-145.
27. Canuso CM, Goldman MB: Clozapine restores water balance in schizophrenic patients with polydipsia-hyponatremia syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1999; 11(1):86-90.
28. Lee S, Chow CC, Koo LCL: Altered state of consciousness in a compulsive water drinker. *Br J Psychiatry* 1989; 154:556-558.
29. Köksal C, Çevik A, Ünal S: Buz yeme semptomu ile gelen bir hastanın değerlendirilmesi. 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi (Bilimsel Çalışmaları) 14-18 Eylül 1987, İstanbul, s.803-805.
30. Eren İ, Kulaksızoğlu IB, Akkaş S ve ark: Psikojenik aşırı su içme: Konversiyon bozukluğu belirtisi mi? Bir olgu sunumu. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1996; 36(1):12-16.
31. Goldstein MB, Folsom T: The successful treatment of psychogenic polydipsia and water intoxication with propranolol. A case report. *Minn-Med*. 1991; 74(4):29-32.
32. Vieweg V, Pandurangi A, Levenson J ve ark: The consulting psychiatrist and the polydipsia-hyponatremia syndrome in schizophrenia. *Int J Psychiatry Med* 1994;24(4):275-303.
33. Karamustafalıoğlu KO: Başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozuklukları. *Dürtü Kontrol Bozuklukları* (Erkmen H, Özmen E, Karamustafalıoğlu KO, Ortak Yayın). Tek Etiket Matbaası, İstanbul, 1998.