

Olfaktör Referans Sendromu: Bir Olgu Sunumu

Kemal Sayar¹, Gökhan Aksu²

ÖZET:

Olfaktör referans sendromu: bir olgu sunumu

Olfaktör referans sendromu (ORS) hastaların başka insanları rahatsız edecek beden kokuları yaydıklarına inandıkları bir psikiyatrik bozukluktur. Çoğu olguda hezeyanlı bozukluk tek belirtiyse seyreder ve başka psikiyatrik belirti ve bulgular görülmez. ORS hastaları beden kokularıyla aşırı meşguldürler ve şizofren hastalardan farklı olarak, bu durumun kendilerine dışarıdan empoze edildiğini öne sürmez, tam aksine, kendilerini suçlarlar. Var olmayan bu koku için sıklıkla özür diler ve kendilerini bu kokudan kurtaracak çeşitli etkinlikler içine girerler. Hastalar sıklıkla topluma çıkmaz, sosyal ve meslekî etkileşimlerini kısıtlarlar. DSM-IV'te kişisel kokuyla ilgili hezeyanlar hezeyanlı bozukluğun somatik alt tipine örnek olarak verilmektedir. Bu yazıda, kötü beden kokusu yayma hezeyanının, hayatında ciddi bir sosyal kaçınmaya yol açtığı, 36 yaşında bekâr bir erkek olfaktör referans sendromu hastası sunulmaktadır. Hasta psikiyatri polikliniğine içe kapanıklık, yalnız kalma isteği, moralsizlik, kötü bir koku yaydığı düşüncesi ve ilaçla intihar girişimi nedeniyle ailesi tarafından getirildi. Hasta beden kokusuna çare bulmak için yoğun bir yardım arama davranışı sergiliyordu. Sitalopram ve pimozid tedavisine olumlu cevap verdi. Hezeyanı ve depresif belirtileri tedavinin ikinci ayı sonunda tamamen düzeldi. Sunduğumuz olgu ORS konusundaki nozolojik tartışmalara örnek teşkil etmesi bakımından dikkat çekicidir. ORS nadir görülen, somatik tipte bir hezeyanlı bozukluk durumudur. Klinisyenin bu sendrom hakkında bilgili olması, onu etkin bir biçimde tedavi edebilmesine olanak sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: olfaktör referans sendromu, monosemptomatik hipokondriyak psikoz, sanrısız bozukluk, pimozid

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003;13:183-187

ABSTRACT:

Olfactory reference syndrome: a case report

The olfactory reference syndrome (ORS) is a psychiatric disorder in which the patients feel they are emitting body odors that might be offensive to other people. Patients with ORS are preoccupied with their body odor. They often apologize for the nonexistent odor and engage in activities to rid themselves of the odor. Patients often limit their public appearances and restrict their social and occupational encounters. In DSM-IV delusions about personal odor are described as an example of the somatic subtype of delusional disorder. We present a case of olfactory reference syndrome of a 36 year old single male where the delusion of emitting a foul body odor has caused a significant social avoidance. The patient was in extensive help-seeking behavior in search of a solution to his body odor. He responded favorably to a combination of citalopram and pimozide therapy. His delusions have resolved as well as his depressive symptoms within two months of treatment.

Key words: olfactory reference syndrome, monosymptomatic hypochondriacal psychosis, delusional disorder, pimozide

Bull Clin Psychopharmacol 2003;13:183-187

GİRİŞ

Olfaktör Referans Sendromu (ORS), kişinin çevresine katlanılmaz ölçüde kötü bir koku yaydığına inandığı bir psikiyatrik bozukluktur. Bu bozukluk sıklıkla hezeyanlı bozukluğun bedensel tipi içinde değerlendirilmektedir (1). ORS'nda koku varsanılarının süresi genellikle beş dakikadan uzundur, çoğu zaman saatler boyu sürebilir. ORS hastaları beden kokularıyla aşırı meşguldürler ve şizofren hastalardan farklı olarak, bu durumun kendilerine dışarıdan empoze edildiğini öne sürmez, tam aksine, kendilerini suçlarlar. Bu

hastalar gerçekte var olmayan bir koku için sık sık çevrelerinden özür diler ve dış fırçalama, sık elbise değiştirme gibi kendilerini kokudan kurtaracağını düşündükleri etkinliklerde bulunurlar.

20. yy. başından beri tanımlanan bu duruma olfaktör paranoid sendrom adı verilmiştir (2). Çoğu olguda hezeyanlı bozukluk tek belirtiyse seyreder ve başka psikiyatrik belirti ve bulgular görülmez (3). Koku hezeyanlarıyla hallüsinasyonları ayırt etmenin çok zor olduğu dile getirilmiştir (4). Hezeyanlı hasta, bazen nâhoş olan kokuyu kendisinin hissetmediğini ancak başka insanların tutumlarından veya kaçınan davranışlarından bunu anladığını söyler. Kokuya hiçbir açıklama getirmeye-

¹Doç. Dr., ²Asistan, KTÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Trabzon - Turkey

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Doç. Dr. Kemal Sayar, KTÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Farabi Hastanesi, Trabzon - Turkey

Telefon / Phone: +90-462-377-5564
Faks / Fax: +90-462-325-0518

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

Kabul tarihi / Date of acceptance: 24 Ekim 2003 / October 24, 2003

bileceği gibi onu gaz kaçması, anormal ter ifrazatı veya dış sorunlarıyla da izah edebilir (4). Bugüne kadar şizofreni, depresyon, mani, epilepsi, arteriovenöz malformasyonlar gibi bir dizi başka tıbbî durumda da kişisel kokusuyla aşırı derecede ilgilenen hastalar görülmüştür. Ancak sadece koku aşırı uğraşısıyla giden bir klinik durum da uzun süredir dikkati çekmektedir. Batı çalışmalarında “olfaktör paranoid sendrom” adını alan bu durumun benzer belirtileri olan Japon hastalarda, bu hastalarda görülen sosyal kaçınma davranışına atıfla, “taijin kyofusho” veya “antropofobi” olarak isimlendirildiği dikkat çekmektedir (5).

Sendrom üzerine bugüne kadar olan en etraflıca incelemeyi gerçekleştiren Pryse-Phillips (1); şizofreni, depresyon veya temporal lob epilepsisinde görülen olfaktör belirtilerden bu durumu ayırmak için olfaktör referans sendromu ifadesini önermiştir. ORS hastaları, söz konusu yazara göre, “kokudan kendilerini sorumlu tutuyor, utanç ve sıkılmayla birlikte pişmanlık duyuyor, aşırı yıkıyor, insan içine çıkmıyor, sık sık giysi değiştiriyor ve sosyal münasebetlerden geri duruyorlardı” (1).

ORS'nun nozolojik sınıflandırmadaki yeri hakkındaki tartışmalar sürmektedir. DSM-IV (6) kişisel kokuyla ilgili hezeyanları hezeyanlı bozukluğun bedensel tipine bir örnek olarak verirse de ORS'nun zayıf içgörülü obsesif kompulsif bozukluğa veya sosyal fobiye yakın durduğunu iddia eden yazarlar da vardır (5,7). ORS genellikle erken yaşlarda başlar, bekâr erkeklerde daha yaygın olarak görülür (1). Hastalar şizofren hastalardan çağrışım gevşekliğinin ve kişilik bozulmasının olmamasıyla ayrılırlar (1). ORS hastaları depresyonun vejetatif belirtilerini göstermezler, depresyon hastaları da koku nedeniyle “pişmanlık tepkisi” duymazlar (8). Malasi ve arkadaşları (9) koku hezeyanları olan Ortadoğu’lu altı hastayı izlemişlerdir. Yazarlar ORS ile monosemptomatik hipokondriyak psikoz (MHP) veya diğer psikiyatrik bozukluklar arasındaki ayırımın net olmadığını bildirmektedirler. Olguların tümünde depresif belirtiler ya hastalığın başlangıcında ya da seyri esnasında mevcuttur (9). Pryse-Phillips (1) ise ORS’nu depresif hastalıktan ayırt etmenin belirti profiline dayanarak yapılamayacağını, ORS’nda görülen depresyonun koku hallüsinasyonuna bir tepki olarak ortaya çıkabileceğini yazmaktadır. Yazarın 99 olguluk serisindeki hastaların %78’i erkektir, ortalama başlangıç yaşı 25.4’tür, % 60’ının içgörüsü kaybolmuştur ve % 75’inde koku hallüsinasyonları vardır.

MHP sadece bir hezeyanın var olduğu ve ilave düşünce bozukluklarının eşlik etmediği bir hastalıktır. Bu hezeyanlar daha önce başlayan bir psikiyatrik durumun ardı sıra gelişmezler. Zihinsel süreçlerinde çok sayıda defisiti olan şizofren hastaların aksine MHP hastaları hayatın diğer alanlarında genellikle normal-

dirler. Munro (10) ORS’nun MHP’nun bir alt tipi olduğunu öne sürmüştü, ancak bu teşhisin yapılabilmesi için affektif bozukluk, şizofreni, obsesif bozukluk, somatizasyon bozukluğu ve organik beyin bozukluğu gibi teşhislerin dışlanması gerektiğini belirtmiştir. Nitekim Munro ve Pollock’un (11) izlediği iki koku hezeyanlı olgu daha sonra şizofreni geliştirmişlerdir. Bir başka ORS hastası da takibi sırasında depresyona girmiş, depresyonu imipraminle iyileşmiş, ancak ilaç almadığı bir dönemde bunu manik bir episod izlemiştir. Bu hastanın manisi lityumla tedavi edilmiştir. Duygudurum bozukluğu geçirmeden önce beş sene boyunca sadece ORS olan bu hastanın durumu da bipolar bozuklukla ORS arasında bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir (12). Ancak kanımızca bu olgu bildiriminde imipramine bağlı bir manik kayma ihtimali de söz konusudur. Tada ve Kojima (7) Japonya’da olfaktör hezeyanı olan hastalarıyla sosyal fobi arasındaki benzerliğe dikkat çekmişlerdir. Bishop (8) diğer teşhis kategorilerinden farklı olarak ORS hastalarının koku yaşantılarının ORS hastasının temel ilgilerini belirlediğini ve özellikle sosyal ortamlarda alevlendiğini bildirmiştir. ORS hastalarındaki kişilik özellikleri; kendini gözleme, kendini çok eleştirme, aşağılık duygusu, utangaçlık, duyguları ifadede zorluk ve obsesyonel özellikler şeklinde tanımlanmıştır (8). ORS benzeri belirtiler parsiyel epilepsi ve arteriovenöz malformasyonlarda da tanımlanmıştır (3,13).

ORS tedavisinde, MHP tedavisinde olduğu gibi, pimozid yararlılığı kanıtlanmış bir ilaçtır (14). Klomipramin, seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve risperidonla da başarılı sonuçlar bildirilmiştir (5,14-17).

Bu yazıda Olfaktör Referans Sendromu olarak değerlendirip tedavi ettiğimiz bir olguyu tartışmak istiyoruz.

OLGU

A, 36 yaşında erkek hasta, bekâr, çiftçi, Giresun’dan Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi (KTÜTF) Psikiyatri Polikliniği’ne içe kapanıklık, yalnız kalma isteği, moralsizlik, kötü bir koku yaydığı düşüncesi ve ilaçla intihar girişimi nedeniyle ailesi tarafından getirildi.

Kliniğe yatışından iki gün önce, evde bulunduğu odanın kapısını kilitleyerek eskiden kullandığı psikotrop ilaçları (yaklaşık 50 adet) intihar amaçlı içmiş. Ailesi tarafından baygın halde bulunarak KTÜTF Acil Servisi’ne götürülmüş, ilk müdahale sonrası bilinci açılan hasta gözlem süresi sonrası Psikiyatri Kliniği’ne sevk edilmiş. Hastanın ilk yakınmaları 11 yıl önce kız kardeşinin kendi rızası dışında kaçarak evlenmesi sonrasında başlamış. 20 yıl önce babasının ölümünden sonra annesi ve 6 yaş küçük kız kardeşiyle yaşa-

yan, evin sorumluluğunu üstlenen hasta, kardeşinin bu davranışına çok üzölmüş. Bu olay sonrası sinirlilik, uykusuzluk, huzursuzluk, terleme, sıcak basması, insanlardan uzaklaşma, isteksizlik hali başlamış. Bu yakınmaları düzeldikten bir yıl sonra kendisinden kötü bir koku yayıldığı düşüncesi başlamış. Bu düşünce nedeniyle insanlardan uzak durmaya, evden çıkmamaya başlamış. Eskiden sürekli gittiği cami, kahvehane gibi ortak kullanılan yerlere girmiyor, eve gelenlerin davranışlarından kendisinden tiksindikleri sonucunu çıkarıyordu. Kendisi bu kokuyu duymuyor, ancak ilişkide olduğu insanların tavırlarından bu sonuca varıyordu. Bu düşüncenin ortaya çıkmasından sonra temizlik alışkanlıklarında bir değişme olmamış. Bazen tarlada çok çalıştığı zaman bu kokuyu duyduğunu, "hayvan gübresi" gibi bir koku olduğunu, ancak kendi duymadığı zaman bile sürekli yayıldığını düşünüyordu. Bu sorunu nedeniyle kendi isteğiyle hastaneye başvurmuş, yapılan tetkikler sonrasında normal olduğu söylenmiş. Ancak hastanın ter bezlerinin fazla çalıştığı ve sürekli bir koku yaydığı düşüncesi değişmemiş. Ailesinin evlenmesi için baskı yapmasına rağmen bu haliyle evlenemeyeceğini, insanların kendisini istemeyeceklerini söylüyordu. Çiftçilikten kazandığı para ile "otobüste insanları rahatsız ederim" diye Giresun'dan özel taksi tutarak İstanbul'da özel hastanelere gidiyor, sıklıkla dermatoloji ve dahiliye polikliniklerinde muayene oluyordu. Televizyonda sağlık programlarını seyrediyor, kendi durumuyla ilgili olduğunu düşündüğü bir konu olunca, uzmanın adresini alıp biriktirdiği parayla muayeneye gidiyordu. Her yıl 2-3 kez İstanbul'a gidiyor, parası yetmeyince de kısıtlı miktarda sahip bulunduğu tarlalardan satıp para temin ediyordu.

Kliniğe yatışından üç yıl önce yakınlarının isteğiyle bir psikiyatri uzmanına getirilmiş, muayene sonrası moklobemid 900mg/gün ve risperidon 4mg/gün tedavisi önerilmiş. Ancak hasta sorununun psikolojik olmadığını söyleyerek ilaçları kullanmamış. Kontrolde "ter kurutucu" olduğu söylenerek fluphenazine decanoate 25mg İM/ayda bir ve sertralin 50mg/gün verilmiş. İlaçları üç ay kullanan hasta fayda görmediğini düşünerek tedaviyi bırakmış. Yatışından iki ay önce içe kapanıklığında artma, kimseyle konuşmama, odada perdeleri çekip oturma, uykusuzluk hali başlamış. Gece geç saatlerde yalnız başına dolaşıp eve geliyor, az yemek yiyor, bir işe yaramadığını ve insanları üzdüğünü düşünüyordu. Hasta yaydığı koku nedeniyle utanç duyuyor, insanlara rahatsızlık vermekten pişman oluyordu. Bu haliyle ilaçla (klomipramin) intihar girişiminde bulunan hasta, ileri tetkik ve tedavi için kliniğimize yatırıldı.

Giresun'un bir köyünde doğup büyüyen hasta babasının üçüncü evliliğinden olan ilk çocuğu, altı yıl

sonra da kız kardeşi doğmuş. Doğumu sezaryen ile hastanede olmuş, doğum sonrası bir sorun yaşanmamış. Çocukluğunda biraz yaramaz ve girişken özellikleri varmış. İlkokulu bitirdikten sonra ekonomik zorluklar nedeniyle okulu bırakmış, 14 yaşında babasının ölümüyle evin işlerini yüklenmeye başlamış. Askerliğini İzmir'de 18 ay er olarak yapmış. Dönüşte tekrar çiftçilikle uğraşmayı sürdürmüştü. Yirmi yıldan beri sigara alışkanlığı olan hasta 2 paket/gün sigara içiyor, alkol kullanmıyordu.

Yapılan fizik ve nörolojik muayenesi normal olarak değerlendirilen hastanın psikiyatrik muayenesinde; kendine bakımı iyi, giyimi sosyoekonomik düzeyiyle uyumlu, arada göz teması kurduğu, yaşında olduğu, konuşmasının; açık, anlaşılır, alçak sesle, affektinin elemli, bilişsel yetilerinde; bilincin açık, yönelimin; yere, zamana ve kişiye korunmuş olduğu, yakın, uzak ve tespit belleğinin normal, dikkat ve konsantrasyonun biraz azalmış, soyut düşünce yetisinin korunmuş, gerçeği değerlendirme ve yargılamasının kısmen bozulmuş olduğu belirlendi. Düşünce süreci düzenli idi. Düşünce içeriğinde; somatik hezeyanı ile referans, yetersizlik, suçluluk ve suisidal düşünceleri vardı.

Hastaya yapılan laboratuvar tetkiklerinde; kan biyokimyası, hemogram, tam idrar tetkiki, tiroid fonksiyon testleri normal bulundu. Hepatit paneli, HIV paneli ve VDRL negatifti. Çekilen elektroensefalografisi normal sınırlarda değerlendirildi. Manyetik rezonans görüntülemesinde beyin bulguları normal sınırlarda idi.

Ayırıcı tanıda 11 yıllık öyküsü olan hastada hezeyanın bizar olmayışı, hezeyanı ile ilgili alanlar dışında işlevselliğinin bozulmaması, dezorganize konuşma, ileri derecede dezorganize veya katatonik davranışın ve hallüsinasyonların olmaması nedeniyle şizofreni tanısı dışlandı. Hastalığın başlangıcında bir yıl süren ve son iki ay içinde tekrarlayan major depresif epizodu olan hastada, manik yada hipomanik bir dönem olmadığından bipolar bozukluk tanısı dışlandı. Koku yaydığı düşüncesinin hezeyan boyutunda olması, bu durumda obsesif kompulsif bozuklukta sıklıkla beklenen yıkanma kompulsiyonu, başka obsedan düşünce ve kompulsiyonların olmaması ve hastanın bu durumu saçma olarak nitelememesi nedeniyle içgörülü obsesif kompulsif bozukluk tanısı dışlandı.

Yineleyici unipolar major depresif bozukluk ve olfaktor referans sendrom tanıları konulan hastaya pimozid 4mg/gün ve sitalopram 20mg/gün başlandı. Tedavinin üçüncü haftasında klinik izlemde depresif semptomlarında belirgin düzelme oldu. Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği skorlarında %50'den fazla düşme görüldü. Tedavinin ikinci ayı biterken hastanın hezeyanı ve koku varsanılları ta-

mamen düzeldi. Hastanın klinik izleminde iyilik halinin sürdüğü belirlendi.

TARTIŞMA

Sunduğumuz olgu ORS konusundaki nozolojik tartışmalara örnek teşkil etmesi bakımından dikkat çekicidir. Hastamızda ORS depresif bir dönemi takiben başlamış, ancak depresif dönem iyileştikten sonra da devam etmiştir. Hastanın sosyal kaçınma davranışının yoğunluğu, kısıtlı maddi imkanlarına rağmen çok uzun bir mesafeyi taksi tutarak gitmesinden anlaşılmalıdır. Hastanın sosyal kaçınma davranışı dışında işlevselliğini bozan başka bir durum yoktur. Ekonomik olarak gelir elde etmekte ve elde ettiği gelirle hayatını idame ettirmektedir. Bu olguda ORS'nin tipik bazı özelliklerini gözlemleyebiliyoruz: Tek başına yaşayan, erkek hastanın temel uğraşısı çevresine yaydığını düşündüğü 'hayvan gübresi' şeklindeki kokudur. Bütün hayatını bu koku etrafında örgütlemekte, bu koku nedeniyle utanç ve pişmanlık duymaktadır. Hasta bu kokuyu ter bezlerinin aşırı çalışmasına bağlamakta ve ruhsal bir rahatsızlığa bağlı olabileceği düşüncesini reddetmektedir.

Duygudurum bozukluklarıyla ORS'nun ilişkisine bazı yayınlarda dikkat çekilmiştir (9,12,18). Sunduğumuz olguda depresyon ORS'nu öncelemektedir, ancak ORS'nun ortaya çıkışı depresyonla birlikte değil, o iyileştikten sonradır. Hastamız yaydığı koku nedeniyle ciddi bir utanç ve pişmanlık duymaktadır. Her iki depresif dönem arasında, bir hastadan beklenmeyecek bir ataklıkla koku sorununa çözüm aramış, bu amaç uğruna çok sayıda merkez ve hekim ziyaret etmiş, ancak tüm tıbbi telkinlere rağmen bir koku yaydığı düşüncesinden vazgeçmemiştir. Bu durum, koku yayma hezeyanının hastanın duygu durumundan bağımsız olarak, istikrarlı bir biçimde uzun yıllar devam ettiğini göstermektedir. Bizim kanaatimize göre bu olguda ORS ve depresyon bir sebep-sonuç ilişkisinden ziyade bir komorbidite arz etmektedir. Hastanın ciddi suicidal düşünceleri ve ağır depresyonu uzun yıllar bir çözüm aradığı, ancak bulamadığı koku sorununa bir tepki olarak değerlendirilebilir. Nitekim hasta, klinik görüşmelerde, koku sorununu halledebilirse kendisini çok daha iyi hissedeceğini söyleyerek bu düşüncemizi doğrulamıştır. ORS'nun varsanı eksenli mi yoksa hezeyan eksenli mi olduğuna dair tartışmalar vardır (8). Pryse-Phillips (1) hastalığın özünü hezeyan olarak tanımlamış, varsanı ve yanılmalı yanlış yorumlamaları da ikincil olarak kabul etmiştir. Sunduğumuz olguda hastamız kokuyu her zaman olmasa bile sıklıkla duyduğunu dile getirmiş ve onu tanımlamıştır. Kokuyu duymadığında bile başka insanların bu kokuyu duyup algıladıklarını söylemiştir ki bu da ORS'nun belirtiler-

riyle örtüşmektedir.

ORS ile sosyal fobi arasında bazı belirgin farklar vardır. ORS hastaları yaydığını düşündükleri koku nedeniyle başka insanları rahatsız edeceklerini düşünürken, sosyal fobi hastalarının böyle bir korkusu yoktur. ORS hastaları korkularını yersiz veya aşırı bulmaz, oysa sosyal fobi hastaları korkularını yersiz ve aşırı bulurlar. Her iki grupta da sosyal durumlarda terleme ya da gastroentestinal sıkıntı gibi belirtiler gösteren insanlar bulunabilirse de sadece ORS hastaları bu fizyolojik durumların rahatsız edici kokular yaydığını öne sürerler (7). Sunduğumuz olguda sosyal kaçınma davranışı koku etrafında şekillenmekte, hasta bu kokuyu yersiz ve aşırı bulmamakta, dahası onu gidermek için yoğun bir yardım arayışında bulunmaktadır. Bu yönüyle bu olgunun sosyal fobi olarak değerlendirilmeyeceğini düşünüyoruz. Ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken seçenek, içgörüsü olmayan obsesif kompulsif bozukluk olabilir. Obsesyon ve hezeyanların aynı spektrumda yer aldığını ve ağır obsesyonların, hezeyan niteliği kazanabileceğini (19) hatırlarsak, sunduğumuz olguda içgörüsü olmayan OKB tanısının kolayca dışlanamayacağını da anlamış oluruz. MHP'un bazı hastalarda sabit ve ilerleyici olmayan bir seyir izlediği, başka bazı hastalarda şizofreniye doğru gelişebildiği bildirilmiştir (11). Bu nedenle sunduğumuz olgunun uzun erimli takibinin yapılması yararlı görünmektedir.

Pimozidin MHP'lardaki etkinliğini gösteren olgu sunumları ve çalışmalar, kısmi iyileşmeden % 90'a varan iyileşmeye kadar değişik oranlar bildirmektedirler (17). Tedavinin süresi konusu da tartışmalıdır ve 1 hafta ile 4 ay arasında süreler verilmektedir. Tedavinin belirtiler azaldıktan sonra birkaç ay devam etmesi önerilmektedir. Nüksler olduğunda tedaviye yeniden başlamak düşünülmelidir (14). Sunduğumuz olguda seçici serotonin geri-alım inhibitörü ile depresyon belirtileri önemli ölçüde düzelen hastada, koku hezeyanı bu düzelmeye birlikte iyileşmemiştir. Koku hezeyanı tedavinin ikinci ayının bitiminde iyileşmiştir. Bu durum bize ORS tedavisinde tek başına seçici serotonin geri-alım inhibitörlerinin (SSRI) yeterli olmayabileceğini, yanı sıra pimozid gibi etkinliği gösterilmiş bir başka ilacın da tedavi protokolüne eklenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Ancak SSRI tedavisini tek başına vermediğimiz için bu konuda kesin bir yargıya varmak güç görünmektedir.

ORS nadir görülen, somatik tipte bir hezeyanlı bozukluk durumudur. Klinisyenin bu sendrom hakkında bilgili olması, onu etkin bir biçimde tedavi edebilmesine olanak sağlayacaktır. Pimozid bu sendromun tedavisinde hâlâ altın standart olma özelliğini korumaktadır. Klomipramin, sitalopram, risperidon gibi ilaçlar da bu grup hastalarda başarıyla kullanılmışlardır.

Kaynaklar:

1. Pryse-Phillips W An olfactory reference syndrome. *Acta Psychiat Scand* 1971;47:484-509
2. Videbech T Chronic olfactory paranoid syndromes. *Acta Psychiat Scand* 1967;42:182-213
3. Devinsky O, Khan S, Alper K Olfactory reference syndrome in a patient with partial epilepsy. *Neuropsychiat Neuropsychol Behav Neurol* 1998;11:103-105
4. Munro A Persistent delusional symptoms and disorders. In: *New Oxford Textbook of Psychiatry*, Gelder MG, Lopez-Ibor Jr JJ, Andreasen NC (eds), New York: Oxford University Press, 2000, vol.1, p.662
5. Stein DJ, Le Roux L, Bouwer C, Van Heerden B Is olfactory reference syndrome an obsessive-compulsive spectrum disorder?: Two cases and a discussion. *J Neuropsychiat Clin Neurosci* 1998;10:96-99
6. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual for mental Disorders*, 4th edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
7. Tada K, Kojima T The relationship of olfactory delusional disorder to social phobia. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:45-47
8. Bishop ER An olfactory reference syndrome-monosymptomatic hypochondriasis. *J Clin Psychiatry* 1980;41:57-59
9. Malasi TH, El-Hilu SR, Mirza IA, El-Islam MF Olfactory Delusional Syndrome with Various Etiologies. *Br J Psychiat* 1990;156:256-260
10. Munro A Monosymptomatic hypochondriacal psychosis (MHP): New aspects of an old syndrome. *J Psychiatric Treatment and Evaluation* 1980;2:79-86
11. Munro A, Pollock B Monosymptomatic Psychoses Which Progress to Schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1981;42:474-476
12. Davidson M, Mukherjee S Progression of olfactory reference syndrome to mania: a case report. *Am J Psychiatry* 1982; 139:1623-1624
13. Toone BK Psychomotor seizures, arterio-venous malformation and the olfactory reference syndrome. *Acta Psychiat Scand* 1978;58:61-66
14. Elmer MAB, George MRM, Peterson MK Therapeutic update: Use of risperidone for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *J Am Acad Dermatol* 2000;43:683-686
15. Dominguez RA, Puig A Olfactory reference syndrome responds to clomipramine but not fluoxetine: A case report (letter). *J Clin Psychiatry* 1997;58:497-498
16. Kitamura H A case of somatic delusional disorder that responded to treatment with risperidone (letter). *Psychiatry Clin Neurosci* 1997;51:337
17. Cetin, M, Ebrinc S, Agargün MY, Yigit S Risperidone for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *J Clin Psychiatry* 1999;60:554
18. Masnik R Olfactory reference syndrome and depression (letter). *Am J Psychiatry* 1983;140:670-671
19. Phillips KA, Kim JM, Hudson JI Body Image Disturbance in Body Dysmorphic Disorder and Eating Disorders. *Psychiatric Clin North Am* 1995;18:317-334