

# Beden Dismorfik Bozukluğu

Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU \*, Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU \*\*

## ÖZET

*Bu yazıda dismorfofobi ile ilgili tarihi kavramlar, beden dismorfik bozukluğunun klinik özellikleri ve tedavi ile ilgili yeni çalışmalar gözden geçirilmiştir.*

*Anahtar kelimeler: Beden dismorfik bozukluğu, klinik özellikler, tedavi*

*Düşünen Adam; 2000, 13(2): 107-109*

## SUMMARY

*The article presents historical conceptions of dysmorphophobia and review of recent studies concerning the clinical features and treatment of body dysmorphic disorder.*

*Key words: Body dysmorphic disorder, clinical features, treatment*

## GİRİŞ

Eskiden de ilgi çeken bir kavram olup, dysmorphia kelimesi eski Yunanca kökenlidir. Dis-anormal ve morfo-şekil anlamındadır. Herodot, dismorfia kelimesini Spartanın en çirkin kızının mitini anlatırken kullanmıştır. Yüz görüntüsüyle bağlantılı çirkinlik anlamında kullanılmıştır<sup>(1)</sup>.

İlk olarak Enrique Morselli 1891'de o dönem dismorfofobi olarak bilinen beden dismorfik bozukluktan bahsederken, hastanın ızdırap çektiğini ve obsesif kompulsif bozuklukla yakınlık gösterdiğini bildirmiştir<sup>(2)</sup>.

Deformite fikrinin obsesif doğası vardır ve aynaya sık sık bakmak gibi kompulsif kontrol davranışları, deformiteyle ilgili obsesif kaygıya eşlik eden belirti olarak nitelendirilmiştir. Benzer şekilde Janet tarafından da beden disformik bozukluğu obsesif kompulsif bozukluklarla ilgili olarak tanımlanmıştır.

Beden dismorfik bozukluğu DSM IV'te somatoform

bozukluk olarak tanımlanmasına rağmen-beden dismorfik bozukluğunu obsesif kompulsif spektrum bozukluğu olarak tanımlayan yaklaşımlarda mevcuttur. DSM-IV çalışmaları esnasında beden dismorfik bozukluğunun somatoform bozukluklar bölümünden obsesif kompulsif bozukluğunun yanına anksiyete bozuklukları bölümüne kaydırılması da tartışma konusu olmuştur<sup>(3)</sup>.

Vücut dismorfik bozukluğu, görüntüde imajine edilmiş ya da hafif kusurla zihinsel meşguliyet ve onun yarattığı klinik olarak belirgin sıkıntı veya işlevsellikte bozulma olarak tanımlanmıştır. Beden dismorfik bozukluğunun hezeyanla olan tipi hezeyanlı bozukluk somatik tip sınıflandırılmıştır. Fakat hezeyanlı beden dismorfik bozukluk vakaları hem hezeyanlı bozukluk hem de beden dismorfik bozukluğu olarak değerlendirilmelidir. Obsesif kompulsif bozuklukta DSM-IV'le birlikte belirlenen zayıf içgörülü tip alt grubu gibi beden dismorfik bozukluğunun (BDB) hezeyanlı ve hezeyanlı olmayan tipleri içgörü spektrumunda ayrı yerleri olan ama tek bir bozukluk olabilirler<sup>(4)</sup>.

\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi II. Psikiyatri Klinik Şefi, Doç. Dr., \*\* I. Psikiyatri Kliniği, Uz. Dr.

## KLİNİK ÖZELLİKLER

Beden dismorfik bozukluğu olan bireyler görüntülerinin bazı yönlerinin çekici olmadığı, şekil bozukluğu gösterdiği veya bazı şekilde birşeylerin “doğru” olmadığıyla ilgili inançlarıyla meşguldürler (5).

Cilt, yüz, saç ve burun sıklıkla en beğenilmeyenler listesinde başta gelirler. Vücut dimorfik bozuklukla hastaların bir bölümünde bedenle ilgili simetri olmadığı kaygısı vardır. BDB'nin kas “dismorfobisi” tipinde bireyler bedenlerinin küçük ve çelimsiz olduğu endişesini duyarken, gerçekte yapı tipik olarak iri ve kaslı olabilir (6).

Vücut dismorfik bozukluğun diğer bir tipinde başka bir kişinin görüntüsüyle ilgili vekaleten kaygı vardır. Bu BDB tipinde diğer kişi estetik cerrahi veya dermatolojik tedavi için zorlanmaktadır (7).

BDB zihinsel meşguliyetleri sıkıntı verici, zaman alıcı, sıklıkla direnilmesi ve kontrol edilmesi güçtür. Obsesif kompulsif bozukluktan farklı olarak içgörü sıklıkla zayıftır veya yoktur. Yapılan bir çalışmada 100 BDB hastasının yarısından fazlasında “belirgin bir zaman diliminde” hezeyanların varlığı tespit edilmiştir. Bu oran OKB'de bildirilenden yüksektir (6). Vücut dismorfik bozukluğuna sıklıkla referans fikri ve referans hezeyanı eşlik eder. Bu durum genellikle BDB tarafından sebep olunan sosyal izolasyonu alevlendirir. Düşük özgüven, utanma ve rededilme korkuları da sıklıkla BDB'ye eşlik eden diğer özelliklerdir (3).

Kompulsif davranışlar BDB kriterlerine dahil olmakla birlikte, hastaların % 90'ında tekrarlayıcı ve sıklıkla zaman alan davranışlar görülür. Bu davranışların sıklıkla amacı algılanan kusuru incelemek, düzeltmek ve gizlemektir. Aşırı aynaya bakılır, traş olunur veya bakım yapılır, saç biçimi düzenlenmesi siktir, diğer kişiler varsayılan kusurun çirkinliğine iknaya çalışılır, cilt yolunabilir ve ağırlık çalışması yapılabilir (8).

BDB'li bazı hastalar kompulsif olarak saçlarını keser, saçları eşit veya “tam düzenli” hale getirmeye çalışırlar. Bazı BDB'liler sıklıkla dermatolojik tedavi ve cerrahi müdahale peşindedirler. Çoğu şekil bozukluklarını saçları, giysileri, makyaj veya beden

pozisyonuyla kapatırlar (9).

Bedeni iple bağlama, başın etrafını veya yüzü çorapla sıkma gibi ilginç davranışlar gösterebilirler.

Bu davranışların çoğu OKB'de ki kompulsiyonlardan farklı olarak anksiyeteyi azaltmak yerine çoğunlukla artırır. Aynaya baktıktan sonra çoğu hastada anksiyete artabilir ve hatta intiharı bile tetikleyebilir. Cilt yolma gerginliği azaltabilmekle beraber, kişi ciddi yolduktan sonra lezyonu görünce tekrar anksiyete veya depresyona girebilir (6).

İşlevsellik düzeyi OKB gibi çok farklılıklar gösterebilir. Bazı kişiler sıkıntıya rağmen çaba göstererek sıklıkla esas kapasitelerinden az olmakla birlikte işlevsellikleri iyi düzeyde sürdürürler. Görüntüyle meşguliyet yoğunlaşmayı bozabilir ve BDB bağlantılı davranışlar çok zaman harcamaya yol açabilir.

BDB'li hastalar veya akademik olarak kötü işlevsellik sonucu iş veya okul bırakılabilir ya da kötü performans sergileyebilirler (10). Arkadaşları azdır, karşı cinsle arkadaşlıktan ve diğer sosyal temaslardan uzak dururlar. Görüntüleri ile ilgili farkındalıklarının arttığı plaj, restoran ve alış-veriş gibi ortamlardan kaçınabilirler. Araba kullanırken dikiz aynasına sık baktıklarından dolayı trafik kazalarına yol açabilirler (9).

Kadın-erkek oranı hemen hemen eşit bulunmuştur. Kadın ve erkekte semptom profili birbirine çok benzer. BDB hastalarının % 75'i hiç evlenmemiştir (11).

BDB sıklıkla ergenlikte başlamakla birlikte, çocuklukta bile ortaya çıkabilir. Mevcut bulgular bu bozukluğun semptomlarında artma ve azalmalar olmakla birlikte, kronik bir hastalık olduğunu göstermiştir (12).

Majör depresyon BDB'de sık görülür. Şimdiki birliktelik % 60 ve hayat boyu depresyon görülme sıklığı % 80 bulunmuştur. Sosyal fobi, madde kullanım bozuklukları ve OKB (hepsinin hayat boyu oranı % 30'dan fazla) diğer sık görülen birlikteliklerdir (9). OKB'lularda BDB % 8-78 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (13). Atipik majör depresyonlarda % 14 oranında BDB görüldüğü bildirilmiştir (14).

BDB'lu hastaların akrabalarında OKB sık görülme-ktedir. Birinci derece akrabalarında OKB % 4 oranında bulunmuştur ve bu oran normal populas-yonda görülen OKB'un iki katıdır (15).

BDB tanısı koymak güçtür. Hastaların çoğu hayal kırıklığı veya utanma sebebiyle belirtilerini gizlerler. Cerrahi ve dermatolojik tedavilere yönelme ve bu klinisyenlerin BDB'nu iyi bilmemeleri az tanı ko-yulmasına yol açar.

## TEDAVİ

BDB belirtileri utanmaya yol açabileceğinden dep-ressyon, anksiyete veya sosyal durumlardaki halsiz-likleri için yardım isteyebilirler (7).

BDB tedavisi güç bir hastalık olmakla beraber se-rotonin geri alım inhibitörlerinin (SRI) ve bilişsel-davranışçı yaklaşımların etkili olduğunu gösteren bulgular vardır.

130 hastalık bir seride serotonin geri alım inhibitörü uygulaması % 42, MAOI uygulaması % 30, diğer tri-siklik uygulamaları % 15 ve nöroleptik uygulamaları % 3 etkili olmuştur (16).

BDB için yapılmış kontrollü bir çalışma yoktur. Hollander ve arkadaşları bir çalışmalarında 2 haf-talık plasebo uygulaması ardından hastalara 8 hafta süreyle serotonerjik ajan klomipramin veya noradre-nerjik ajan desimipramin vermişlerdir. Çalışmanın ikinci fazında hastalar diğer ilacı 8 hafta süreyle kul-lanmışlardır. Klomipramin alırken düzelen hastalar desimipraminle eskiye dönmüştür (17).

İlaçlar, kusurla ilgili harcanan zamanı ve sıkıntıyı azaltmaktadır, performansı düzeltmektedir. SRI'ne cevap verenlerin büyük bir bölümünde referans dü-şüncesi azalmakta ve içgörü iyiyeye gitmektedir. Fakat içgörü her zaman tedaviyle düzelmemektedir.

Hastaların kullandığı SRI'nin etkili olması için en az 12 hafta beklenmeli ve OKB benzeri dozda kul-lanılmalıdır (16).

Hollander ve arkadaşlarının kontrollü çalışmasında 8 hafta klomipraminden desimipramine geçen hastalar

bozulmuştur. Desimipraminden klomipramine ge-çenler düzelmiştir (17).

SRI'lerinin pimozid ve buspiron augmentasyonları etkili bulunmuştur (18). EKT'nin 6 vakada etkisiz- 2 vakada etkili olduğu görülmüştür (19).

Bilişsel ve Davranışçı tedavilerin etkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Bilişsel yeniden yapılan-dırma, sosyal ortamlarda kusurla yüzleştirme ve ka-çınma davranışların engellenmesi, aynaya bakmama gibi cevap engellenmesi etkili olduğu bildirilmek-tedir (20).

## KAYNAKLAR

1. Philippopoulos GS: The analysis of a case of dys-morphophobia. *Can J Psychiatry* 24:397-401, 1979.
2. Fava GA: Morselli's legacy: Dismorphophobia psychoter psy-chosom 58:117-118, 1992.
3. Mc Elroy SL, Phillips KA, Keck PE Jr: Obsessive-compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* 55(suppl):33-51, 1994.
4. Phillips KA, Mc Elroy SL: Insight over valued ideation and delu-sional thinking in body dysmorphic disorder: Theoretical and treatment implications. *J Nerv Ment Dis* 181:699-702, 1993.
5. Phillips KA, Mc Elroy SL, Keck PE Jr, et al: Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 150:302-308, 1993.
6. Phillips KA, Mc Elroy SL, Keck PE Jr, et al: A comparison of delusional and non-delusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull* 30:179-186, 1994.
7. Phillips KA: Body dysmorphic disorder: Clinical aspects and treatment strategies. In Jenike M, Baer L, Minichiello eds: *Obs-essive Compulsive Disorders*, St. Louis, Mosby, 1998.
8. Phillips KA, Taub SL: Skin picking as a symptom of body dys-morphic disorder. *Psychopharmacol Bull* 31:279-288, 1995.
9. Hollander E, Cohen LJ, Simeon D: Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Ann* 23:359-364, 1993.
10. Phillips KA: Body dysmorphic disorder: The distress of im-agined ugliness. *Am J Psychiatry* 148:1138-1149, 1991.
11. Phillips KA, Diaz S: Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 185:570-577, 1997.
12. Phillips KA, Atala KD, Albertini RS: Body dysmorphic dis-order in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1425-1426, 1996.
13. Brawman-Mintzer O, Lydiard RB, Phillips KA, et al: Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression: A comorbidity study. *Am J Psychiatry* 152:1207-1209, 1995.
14. Phillips KA, Nierenberg AA, Brendel G, et al: Prevalance and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. *J Nerv Ment Dis* 184:125-129, 1996.
15. Mc Elroy SL, Phillips KA, Keck PE Jr, et al: Body dys-morphic disorder. Does it have a psychotic subtype? *J Clin Psy-chiatry* 54:389-395, 1995.
16. Phillips KA: Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder. *Psychopharmacol Bull* 32:597-605, 1996.
17. Hollander E: Pharmacotherapy of body dysmorphic disorder. Syllabus and proceedings summary, American Psychiatric As-sociation 152nd annual meeting, Washington DC, 1999, Amer-ican Psychiatric Association.
18. Phillips KA: An open study of buspiron augmentation of se-rotonin reuptake inhibitors in body dysmorphic disorder. *Psycho-pharmacol Bull* 32:175-180, 1996.
19. Hay G: Dismorphophobia. *Br J Psychiatry* 116:399-406, 1970.
20. Neziroğlu FA, Yaryura-Tobias JA: Exposure response pre-vention, and cognitive therapy in the treatment of body dys-morphic disorder. *Behav Res Ther* 24:431-438, 1993.