

# Beden Dismorfik Bozukluğu: Bir gözden geçirme

S. Halime ASLAN\*

## ÖZET

*Beden dismorfik bozukluğu (BDB) psikiyatride son zamanlara değin ihmal edilmiş bir hastalıktır. Kişinin görünümünde varsaydığı bir kusurla aşırı uğraşması ve bu kusuru gizlemek için kompulsif davranışlara girmesi olarak tanımlanmaktadır. Bozukluk, belirtilerin süregelen, inatçı ve sanrısız yoğunluğa varabilen şiddeti nedeniyle kişinin işlevselliğinde ağır bozulmaya yol açabilmektedir. Somatoform bozukluklar içinde sınıflandırılmaktaysa da halen değişik ruhsal hastalıklarla ilişkisi ve sınıflandırma tartışmaları süregelmektedir. Bulgular bozukluğun fenomenolojisi, başlangıç yaşı, süresi, sağaltıma yanıtı, eşlik eden bozukluklar yönünden daha çok obsesif kompulsif yelpaze bozukluklarıyla ortak özellikleri olduğu desteklenmektedir. Bu makalede beden dismorfik bozukluğu ele alınarak tartışılacaktır.*

*Anahtar kelimeler: Beden dismorfik bozukluğu, sınıflandırma, klinik özellikler, sağaltım*

*Düşünen Adam; 2000, 13 (13): 33-41*

## SUMMARY

*Body dysmorphic disorder (BDD) has largely been neglected in psychiatry until recently. It is characterized by preoccupation with an imagined defect in one's appearance and may often lead compulsive rituals in a vain attempt to conceal the perceived defect. The chronic and persistent character of the illness results in significant social and functional impairment. Although it is classified in DSM-IV under the somatoform disorders, the classification and relationships of the disease to other psychiatric disorders are still discussed. Available data on the phenomenology, age of onset, duration, response to the treatments and course of the illness suggest that BDD may be closely related to obsessive-compulsive spectrum disorders. In this article literature on BDD was reviewed.*

*Key words: Body dysmorphic disorder, classification, clinical characteristics, treatment*

## GİRİŞ

Beden dismorfik bozukluğu (BDB) psikiyatride son zamanlara değin ihmal edilmiş bir hastalıktır. Kişinin görünümünde varsaydığı bir kusurla aşırı uğraşması ve bu kusuru gizlemek için kompulsif davranışlara girmesi olarak tanımlanmaktadır (28).

Hastalar uğraşlarını "takıntı", "saplantı", "utanç verici", "işkence edici" gibi sözcüklerle tanımlamakta,

belirtileri nedeniyle iş ve toplumsal ilişkilerinde kısıtlama, kaçınma davranışlarına girmektedirler (29). Hastalık süregelen gitmekte, varsayılan kusurla ilgili düşünceler zaman zaman sanrısız yoğunluğa ulaşmakta, sağaltıma geç ve yüksek dozlarda yanıt vermekte, işlevsellikte ağır bozulmalar olmaktadır (28).

## Sıklık ve yaygınlık

BDB olan hastalar sıklıkla belirtileri için plastik cer-

\*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

rahi, cildiye, endokrinoloji, üroloji gibi kliniklere ya da saç ekimi, elektroliz gibi yöntemler için hekim olmayan kişilere başvurmakta, bu nedenle psikiyatrik toplumdaki yaygınlığını belirlemek güç olmaktadır. Kozmetik cerrahi için plastik cerrahi kliniklerine başvuran hastalarda BDB yaygınlığı % 2 olarak bulunmuştur (17). ABD'deki alan tarama çalışmalarında ise toplumdaki yaygınlığı % 0.1-1.0'dır (19).

### **Başlangıç yaşı**

BDB genellikle ergenlikte başlamakta, hastalık tanınmaksızın yıllarca sürmektedir. Başlangıç yaşı gerek yurtiçi gerek yurtdışı çalışmalarda 15-20 arasında, ortalama 16-18 olarak bildirilmektedir (6,12, 28,41). Bir çalışmada başlangıç yaşının 6'ya dek düştüğü, başlangıç yaşı ortalamasının ise  $14.8 \pm 6.4$  olduğu bildirilmiştir (29). Bu yaşlar kişinin beden imgesine, fiziksel görünümüne en duyarlı olduğu yaşlardır.

### **Cinsiyet dağılımı**

Kimi çalışmalar BDB'nin erkeklerde, kimi çalışmalar kadınlarda daha sık görüldüğünü, kimileri de hastalığın her iki cinstede eşit oranlarda dağılım gösterdiğini bildirmektedir (29,34,36,41). Ülkemizde yapılan bir çalışmada BDB olan hastaların yaklaşık 1/3'ünün erkek, 2/3'ünün kadın olduğu bulunurken (12), bir diğer çalışmada bu oranın tam tersine döndüğü; BDB olan hastaların yaklaşık 1/3'ünün kadın, 2/3'ünün erkek olduğu bildirilmiştir (6). BDB'de erkek/kadın oranları ise 1.3/1 olarak verilmektedir (28).

### **Başvuru yaşı**

Çalışmalar BDB olan hastaların psikiyatri kliniklerine ilk kez başvurduklarında ortalama 32-33 yaşlarında olduğunu göstermektedir (29,32). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların ruhsal sağaltım için başvurduklarında ortalama  $26.5 \pm 7.4$  yaşlarında olduğu bulunmuştur (12). Hastalığın ergenlik yaşlarında başladığı düşünüldüğünde, hastalığın uzun yıllar tanınmadan ve hastaya tanı konmadan sürdüğü görülmektedir. Bu süre ortalama 8.8 yıla  $18.64 \pm 11.0$  yıl arasında değişmektedir (12). Hastaların belirtilerinden utandıkları için gizleme eğiliminde olup, özellikle sorulmadıkça bu konuya değinmemelerinin geç başvuruda etken olduğu düşünülmektedir (32). Bir diğer etken de hastaların, hastalığın ruhsal ol-

duğunu yadsıma eğilimleri nedeniyle belirtileriyle doğrudan ilişkili, psikiyatri dışı hekimlere gitmeleri olabilmektedir (32).

BDB olan hastaların % 55'inin önceden plastik cerrahi, cildiye ya da diş hekimliği kliniklerine başvurduğu bildirilmektedir (29). Ancak ruhsal sağaltım dışındaki uygulamalar BDB belirtilerini ağırlaştırmakta, düzelme olmayınca hastalar değişik sağaltım yöntemlerine yönelmekte ve bir türlü sağaltımı yapılamamaktadır. Sonuçta da hastalar kimi zaman hekimlere karşı şiddet davranışına başvurabilmektedir. Bu nedenle psikiyatri dışı kliniklere başvuran hastalarda da hastalığın tanınması ve hastanın ruhsal sağaltıma yönlendirilmesi önemlidir (32).

### **Medeni durum**

BDB olan hastaların çoğunun hiç evlenmediği ya da eşinden boşanmış ya da ayrı yaşadığı bildirilmektedir. Bir çalışmada BDB olan hastaların % 83'ünün hiç evlenmediği, % 7'sinin boşanmış olup, evli olanların oranının yalnızca % 10 olduğu belirlenmiştir (29). Bir başka çalışmada hastaların yalnızca % 26'sının, ülkemizde yapılan bir çalışmada ise % 15'inin evli olduğu bulunmuştur (12,41). Bu bulgular, BDB olan hastaların ilişki kurma ve sürdürmedeki güçlüklerini göstermektedir.

### **İş yaşamı**

BDB olan hastaların ancak % 50'si herhangi bir işte çalışmaktadır (41). Tüm gün bir işte çalışanların oranı ise yalnızca % 20'dir (29). Hastaların % 74'ünün iş ya da akademik yaşamlarında bozulma olmaktadır (32). Bu bulgular, BDB'nin kişinin iş yaşamında da önemli olumsuz sonuçlar doğurduğunu göstermektedir.

### **Klinik belirtiler**

BDB'deki aşırı zihinsel uğraşlar hastaların % 93'ünde yüz ve kafadaki organları içermektedir (29). Hastalar sıklıkla yüz bölgesine, saçlarına, burnuna, memelerine, kalçalarına, bacaklarına, cinsel organlarına odaklanan belirtilerle uğraşıp durmaktadırlar (12,37, 41). Hasta varsaydığı, saçlarında seyrelme, dökülme, yüzündeki aknelere, yara izleri, cinsel organındaki küçüklük gibi belirtilerle saatlerini geçirmektedir. Hastaların % 68-87'si birden çok beden bölgesindeki

"kusur"larla uğraşmaktadır (29,32,41). Yaşam boyu uğraşılan beden bölgesinin sayısının ortalama 4 olduğu belirlenmiştir (29).

Hastaların % 93.3'ünde kompulsif davranışlar vardır (37). Bu davranışların başında sık sık aynada görünümünü kontrol etmek (% 92.3) gelmektedir (12). Hasta varsaydığı "kusuru" aynada ya da cam, pencere gibi diğer yansıtıcı yüzeylerde tekrar tekrar kontrol etmektedir. İkinci sıklıkta hastanın çevresindekilere, onları "kusur"a inandırma ya da "kusur" hakkında onlar tarafından ikna edilme gereksinimleri nedeniyle sorular sormaları gelmektedir (32).

"Kusur"u gizlemek amacıyla belirli türde giysiler giymek ya da makyaj yapmak, durmadan saçlarını tarama gibi kendine aşırı çeki-düzen verme davranışları, "kusur"lu beden bölgesini başkalarınınkiyle kıyaslama, cildini yolma, sık sık kompulsif davranışlara başvurma diğer kompulsif davranışlardır (12,19,32). Hastayla görüşme sırasında da hastanın sık sık görüşmeyi kesip görünümü kontrol ettiği, bu davranışa engel olamadığı gözlenebilir. Kimi hastaların ise fiziksel görünüme odaklanan magazin dergilerini ya da TV'deki bu tür reklamları izlemekten kaçındıkları gözlenmiştir (29).

Hastanın bedeninde varsaydığı "kusur"la ilgili aşırı uğraşların verdiği sıkıntıyı azaltmaya yönelik giriştiği bu kompulsif davranışlar pek amacına ulaşmamakta, hastanın sıkıntı ve bunaltısını azaltmaya yaramamaktadır (29). Hastalığın kimi dönemlerinde uğraşılan beden bölgesiyle ilgili sanrılar ortaya çıkmakta, "kusur"la ilgili düşünce bozukluğu sanrısallaşmış düzeye ulaşabilmektedir (29). Sanrısallaşan ve olmayan tüm sosyodemografik özellikler, fenomenoloji, eşlik eden bozukluklar, gidiş ve sağaltıma yanıt açısından farklılık göstermemektedir (31).

### Tanı ölçütleri

Amerikan psikiyatrik tanı sisteminde, beden dismorfik bozukluğu (BDB) ilk kez DSM-III-R'de yer almış ve somatoform bozukluklar içinde sınıflandırılmıştır (2). DSM-III'de benzer belirtileri tanımlamak için kullanılan dismorfofobi terimi atipik somatoform bozukluklara bir örnek olarak verilmiş, ayrıca hastalığın tanı ölçütleri, sanrısallaşmayan-sanrısallaşan ayrımı yapılmamıştır.

DSM-III'de sanrısallaşma tipine hangi tanının konacağı belirsizdir; atipik somatoform bozukluk tanısı konabileceği gibi atipik psikoz ya da atipik paranoid bozukluk tanısı da konabilmektedir (1). Hastalığın belirtileri arasında "fobik kaçınma" davranışının olmaması nedeniyle DSM-III-R'de dismorfofobi terimi kullanılmamış, hastalığın tanı ölçütleri belirlenmiş, sanrısallaşmayan tiple sanrısallaşan ayrımı yapılmış, sanrısallaşan sanrısallaş bozukluk somatik tip olarak sınıflandırılmasının daha uygun olduğu belirtilmiştir (2).

DSM-IV'e bakıldığında, hastalık, kişinin görünümündeki imgesel bir kusurla uğraşıp durması, hafif bir fizik kusur varsa bile buna göre kaygısının aşırı olması, bu uğraşın klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yol açması, toplumsal, mesleki ya da işlevselliğin diğer alanlarında bozulmaya neden olması olarak tanımlanmaktadır. BDB tanısı konabilmesi için bu uğraşın başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaması gerekmektedir (örneğin anoreksiya nervozadaki beden biçimi ve ölçüleriyle ilgili hoşnutsuzluk) (3).

Avrupa sınıflandırma sisteminde BDB ilk kez ICD-10'da somatoform bozukluklar içinde, hipokondriyak bozukluk alt başlığında yer almıştır. Sanrısallaşma tipi ise inatçı sanrılı bozukluklar içinde sanrılı dismorfofobi tanısı olarak sınıflandırılmaktadır (4). Hem Amerikan hem de Avrupa sınıflandırma sistemlerine göre BDB'nin somatoform bozukluklar içinde sınıflandırıldığı görülmektedir. Ancak bu henüz çok yeni olan tanı ile ilgili sınıflandırma tartışmaları süregelmekte, görüşler BDB'nin obsesif kompulsif yelpaze bozuklukları ile ilişkili olduğunda yoğunlaşmakta, bozukluğun somatoform bozukluklar grubunda yer alması gerektiği ileri sürülmektedir (32).

### Sanrısallaşan ve olmayan BDB'nin sınıflandırılması sorunları

BDB'nin sanrısallaşma türünün sınıflandırılmasıyla ilgili tartışmalara geçmeden önce kimi tanımlamaların gözden geçirilmesinin yararlı olduğu düşünülmektedir. Çünkü sınıflandırmayla ilgili tartışmaların bir bölümü BDB'de, kişinin fiziksel görünümündeki imgesel bir kusurla "aşırı zihinsel uğraş"ın tanımını kapsamaktadır.

**Obsesyon:** İstenmeden gelen, uygunsuz olarak yaşanan, belirgin kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemlerdir. Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtü ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür, bunlar benliğe yabancıdır (3).

**Aşırı değer verilmiş düşünce:** Bir inancın nesnel olarak ispat edilemeksizin, doğrulanmaksızın ve direnilmeksizin kabul edilmesidir. Duygulanımdan güçlü bir biçimde etkilenen bir inançtır. Bu düşünce siyasal, dinsel ya da etik inançlara tutkuyla bağlı olmak gibidir; kişi kişiliğini onunla tamamlar. Yani kişinin kişiliği ile güçlü bir biçimde içiçe geçmiştir ve kişinin yaşamını yönlendirir. Obsesyondan farkı, kişinin bu düşünceyi mantıksız bulmayıp, direnmeye çalışmamasıdır. Sanrıdan farkı ise, mantıklı yollarla ikna edilebilir olmasıdır (13,23).

**Sanrı:** Belli bir çağda ve toplumda gerçeğe uymayan ve mantıklı düşünceyle değiştirilemeyen inanç demektir. Mantıksal bir tartışmayla sarsılmaz ve değişmezler (26).

**Bu tanımlamalara göre, BDB'deki imgesel çirkinlikle aşırı zihinsel uğraş obsesyon olarak mı, aşırı değer verilmiş düşünce olarak mı yoksa sanrı olarak mı tanımlanmalıdır?** Belki de bu sorunun en doğru yanıtı "her üçü de"dir. Bu bozukluktaki düşünce biçiminin daha çok sanrısız olmayandan sanrısız olana uzanan bir içgörü yelpazesini içerdiği, bu içgörü yelpazesi üzerinde bir uçtan diğerine kaymalar olabildiği söylenebilir. DSM-IV'de obsesyonların sanrısız yoğunluğa ulaşabildiği belirtilmektedir.

Obsesif kompulsif bozukluktaki sanrılar genellikle gelip geçici, reaktif affektif ya da paranoid psikoz benzeridir. Obsesif kompulsif bozukluk bir içgörü sürekliliği boyunca bir psikopatolojik yelpaze gösterir ki, bir uçta obsesif kompulsif psikoz tanısı söz konusudur (20).

BDB için de aynı görüş ileri sürülebilir; sanrısız bozukluk-somatik tip olarak sınıflanan bir uçtaki hastaların obsesif kompulsif bozukluğuna benzer biçimde "içgörüsü az olan" ya da "psikotik özellikli" kaydıyla tek bir bozukluğun varyantı gibi BDB içinde kodlanmasının daha uygun olacağı ileri sürülmektedir (16,34). Çünkü sanrısız olan ve olmayan

BDB'nin demografik ve fenomenolojik özelliklerinin, eşlik eden psikopatolojilerin, aile öyküsünün, gidiş ve sonlanımının farklılık göstermediği, BDB'de SSRİ'ne yanıtın içgörüden bağımsız olduğu bildirilmektedir (16,30).

### **Cinsiyete özgü farklılıklar**

BDB'deki klinik ve sosyodemografik değişkenlerin cinsiyete göre farklılık göstermediği bildirilmektedir (27). Bozukluk her iki cinsten de ergenlikte başlayıp süregelen gidiş göstermektedir. Her iki cinsteki hastaların çoğu bekar olup, bu oran erkeklerde % 88.2, kadınlarda % 83.3 olarak bildirilmektedir. Cinsiyete göre farklılık gösteren yalnızca kimi belirtilerdir; cinsel organlar, boy ve aşırı kılınma ile ilgili aşırı zihinsel uğraşlar yalnızca erkeklerde görülürken, memeler ve bacaklarla ilgili aşırı zihinsel uğraşlar yalnızca kadınlarda görülmektedir.

Aynı beden bölgesiyle uğraşının klinik görünümü de cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir; örneğin erkekler saçlarında dökülme, seyrelme gibi "kusur"larla uğraşırken, kadınlar saçının rengi, aşırı kıvrıkcık ya da asimetrik olması gibi şekil "kusur"larıyla uğraşmaktadırlar (36). Algılanan kusuru giyim-kuşam, aşırı makyaj ile gizleme davranışıyla aynada görünümü nü kompulsif olarak kontrol etme davranışının da kadınlarda daha sık olduğu belirlenmiştir (27,36). Bu bulgular, algılanan ve aşırı uğraşılan bedensel kusurlarda cinsiyete özgü toplumsal rollerin önemli olduğunu, kültürel değerlerin ve ölçülerin BDB'deki uğraşların içeriğini etkilediğini düşündürmektedir (27,36).

Eşlik eden hastalıklar da cinsiyete göre farklılık göstermektedir; BDB'e majör depresyon, anoreksiya nervoza, sosyal fobi ve OKB iki cinsten de benzer oranlarda eşlik ederken, erkeklerde bipolar bozukluk, kadınlarda ise panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve bulimia nervoza daha yüksek oranlarda eşlik etmektedir (27).

Bu bulgular eşlik eden ruhsal hastalıkların BDB'ye ikincil olduğunu desteklemesi açısından ilginçtir, çünkü anoreksiya nervoza, majör depresyon toplumda kadınlarda daha sık görülmektedir (36).



## Etyoloji

Etyolojide ruhsal, toplumsal ve nörobiyolojik etkenler önem taşımaktadır. Psikodinamik yönden, bu hastalarda uğraşılan beden bölgesi düşük beden imgesinin simgesel reprezentasyonu olarak yorumlanmaktadır. Bu hastalar tipik olarak orta sınıf ailelerden gelmektedir ve katı bir eğitim almışlardır. Hastaların özgeçmişlerinde örselenme öyküsü, kardeşle yarışma, anneye düşkünlük dikkat çekmektedir.

Ailede mükemmelci, aşırı koruyucu, engelleyici, ihmalcı tutumlar bildirilmiştir. Bu özelliklerin bireyin bağımsızlık ve özgüven kazanmasını önlediği, arkadaşları ve aile içinde geri planda kalma, alaya alınma, ihmal edilme gibi çocukluk yaşantılarının hastalığın gelişimine katkıda bulunduğu ileri sürülmüştür (4,5,6).

Nörobiyolojik olarak, BDB olan hastaların serotonin geri alım inhibitörlerine (SSRI) yanıt vermesi alta yatan serotonerjik işlev bozukluğunu düşündürmektedir (16). İlginç olan BDB'nin sanırsal türünün de SSRI'ne yanıt vermesidir; bu konuda hastaların düzelen belirtilerini "sanki bir görsel yanılsama" düzelmiş gibi algılamaları ilgi çekicidir, çünkü görmeyle ilgili sistem de serotonin aracılıdır (37).

BDB olan hastalara bir serotonin reseptör agonisti olan m-CPP verildikten sonra bedendeki imgesel kusurla uğraşıda artma olup, aynı etkinin plasebo ile elde edilmemesi (19), bir hastanın SPECT'inde singulumda artmış kan akımının görülmesi de serotonerjik disregülasyonu desteklemektedir (18,19).

Ayrıca santral 5-HT etkileri olan marijuana kullanımını sonucu BDB belirtilerinin alevlendiği, bir serotonin antagonisti olan siproheptadinin kötüye kullanımından sonra BDB belirtileri geliştiği kaynaklarda yer almaktadır (11,16). Bu bulgular da serotonerjik bozukluğa dikkati çekse de marijuananın seçici olarak 5-HT'ni etkilemediği, asetilkolini de içeren birçok nörotransmitter sistemi etkilediği bilinmektedir.

Toplumsal açıdan bakıldığında ise toplumda fiziksel güzellikle ilgili gerçekçi olmayan ölçülerin benimsenmesinin, fiziksel mükemmelliğe ulaşmak için gündemdeki modeller, oyuncular ve şarkıcılar tarafından plastik cerrahinin yaygın olarak kullanılma-

sının ve bu tutumların toplumda kabul görmesinin hastalığın gelişiminde etken olduğu ileri sürülmektedir (18).

## Eşhastalanma

BDB olan hastaların % 92.3'üne yaşam boyu ya da şimdiki durumda en az bir ruhsal bozukluğun eşlik ettiği bildirilmektedir (12). Kimi çalışmalarda BDB'ye en sık majör depresyonun kimilerinde ise obsesif kompulsif bozukluğun eşlik ettiği belirlenmiştir. Hastaların % 23-24'ünde görünümünün verdiği sıkıntıya bağlı özkıyım düşünceleri olup, % 17'sinin özkıyım girişiminde bulunduğu bildirilmektedir (12, 29,41).

Çalışmaların çoğu BDB'ye en sık majör depresyonun eşlik ettiğini, hastaların yarısında orta ya da ağır şiddette depresyon bulunduğunu, BDB olan hastalarda majör depresyon oranının % 68-80 arasında değiştiğini, bir çalışmada % 93'e vardığını göstermektedir (15,18,29,31). ABD'deki alan tarama çalışmalarında da BDB'ye en sık majör depresyonun eşlik ettiği, BDB'de majör depresyonun yaşamboyu yaygınlığı % 83 olarak bulunmuştur (32). BDB'ye eşlik eden majör depresyon atakları daha inatçıdır ve daha uzun sürmektedir.

Duygudurum bozukluğunun hastaların % 11'inde BDB'den en az bir yıl önce, % 32'sinde aynı yıl içinde, % 57'sinde BDB'den sonra başladığı bildirilmektedir (29). Hastaların çoğu depresyon ve özkıyım girişimlerini BDB belirtilerine bağlamakta, depresyonla BDB belirtilerinin eş zamanlı olarak düzelişini belirttiklerini belirttiktedirler (29).

Ayaktan izlenen atipik depresyonlu hastaların ise % 13.8'ine BDB tanısı da konmuştur. BDB olan atipik depresyonlu hastalar ilk depresif ataklarını daha erken yaşta geçirmişlerdir, şimdiki depresif atakları daha uzun sürelidir ve daha ağır seyretmektedir. BDB olan atipik depresyonlu hastaların BDB olmayanlara göre kişilerarası ilişkilerde daha duyarlı olup, eleştiriye ve reddedilmeye karşı aşırı tepki verdikleri, bu duyarlılıkları sonucunda da işlevselliğinde daha çok bozulma olduğu bildirilmektedir (35).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda BDB'ye en sık eşlik eden ruhsal bozukluğun obsesif kompulsif bozukluk

olduğu belirlenmiş, bu oranlar % 69.2 olarak verilmiştir (6,12). ABD'deki alan tarama çalışmalarında ise obsesif kompulsif bozuklukla BDB eşhastalanması oranları % 37 olarak bulunmuştur (18). BDB olan hastalarda obsesif kompulsif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı % 29'dur (32). Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların % 7.7'sine BDB tanısı da konduğu bildirilmektedir (42).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda BDB'nin yaygınlığı % 7.4 olarak belirlenmiş; BDB'nin eşlik ettiği obsesif kompulsif olgularda sıklıkla şizotipal kişilik bozukluğunun bulunduğu ve sanrısız uca kaymalardan bu kişilik özelliklerinin sorumlu olabileceği ileri sürülmüştür (39).

Ayrıca BDB'nun obsesif kompulsif yelpaze bozuklukları içinde yer aldığı ileri sürülen cilt yolma- "nörotik ekskoriyasyon" ile ilişkisini araştıran bir çalışmada DSM-IV'e göre BDB tanısı konan 123 hastanın % 26.8'inin cildini yolduğu belirlenmiştir. Bu hastaların % 97'sinin ciltleriyle ilgili aşırı zihinsel uğraşları olduğu ve SSRİ ile belirgin düzelme gösterdiği bildirilmektedir (33).

BDB olan hastalarda kaçınma davranışı siktir; hasta varsaydığı kusurunun incelenebileceğini düşündüğü ortamlardan kaçınır. BDB olan hastaların % 23'ünde tanıya sosyal fobinin de eşlik ettiği bildirilmektedir (12). BDB olan hastalarda sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığı % 35'dir (32). Anksiyete bozuklukları olan hastalarda BDB yaygınlığını araştıran bir çalışmada ise BDB'nin en sık sosyal fobi ile eşhastalanma gösterdiği belirlenmiştir.

Bu araştırmada sosyal fobi tanısı konan hastaların % 12'sine BDB tanısı da konmuş, BDB'nin eşlik ettiği sosyal fobik hastalarda hastalığın başlangıç yaşının daha erken olduğu görülmüştür. Bu bulgu, klinikte özellikle erken başlangıçlı sosyal fobik hastalarda BDB'nin eşlik edip etmediğinin sorgulanmasının önemini göstermektedir (42).

### **Kişilik bozukluklarıyla ilişkisi**

BDB'de kişilik bozukluklarının görülme oranlarının yüksek olduğu, hastaların % 72'sinde en azından bir, % 48'inde iki ya da daha çok kişilik bozukluğunun

bulunduğu bildirilmektedir (41). Ülkemizde yapılan bir çalışmada BDB'de herhangi bir kişilik bozukluğunun görülme oranları % 92'ye ulaşmaktadır (12). En sık görülen kişilik bozuklukları ise histrionik, çekingeng, narsisistik, paranoid, obsesif kompulsif, edilgen saldırgan kişilik bozukluklarıdır (9,12,37).

### **Aile öyküsü**

BDB olan hastaların birinci derece yakınlarında en sık görülen ruhsal bozukluğun duygudurum bozuklukları olduğu, hastaların en azından % 58'inin birinci derece yakınlarında duygudurum bozukluğu olduğu bildirilmektedir (29). Bir başka çalışmada da BDB olan hastaların % 17'sinin birinci derece yakınlarında majör depresyon, % 17'sininkinde ise madde kötüye kullanımı olduğu belirlenmiştir (32).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise hastaların yakınlarında en sık obsesif kompulsif bozukluk % 15.4 görüldüğü, bu oranın birinci derece yakınlarında % 15.4, ikinci derece yakınlarında % 15.4 olduğu bulunmuştur (12).

Obsesif kompulsif bozukluğun, BDB olan hastaların sıklıkla annelerinde bulunduğu görülmüştür (6). Yurtdışı çalışmalarda ise BDB olan hastaların birinci derece yakınlarında obsesif kompulsif bozukluğun daha az sıklıkta görüldüğü (% 4) belirlenmiştir; bu oran düşük gibi görünse de toplumda bildirilen obsesif kompulsif bozukluk yaygınlığının (% 2) iki katıdır (32).

### **Ayrırcı tanı**

**1. Obsesif kompulsif bozukluk:** BDB'deki zihinsel uğraşlar ve kompulsiyonlar obsesif kompulsif bozukluğunkine benzemektedir. Ancak BDB'deki zihinsel uğraşlar derin bir utanç, düşük benlik saygısı ve reddedilmeye karşı duyarlılıkla ilişkilidir (18). BDB'deki zihinsel uğraşlar ve komplikasyonlar benliğin çirkin olup, sevilemeyeceği, kabul edilemeyeceği duygusunu yansıtırken, obsesif kompulsif bozuklukta tehlike ve zarar verme korkularını, özellikle de cinsel ve saldırgan dürtülerle ilişkili, içermektedir.

BDB'deki sanrısız uca kaymalar obsesif kompulsif bozukluktan daha sık, aşırı değer verilmiş düşünceler daha yoğun, bu düşüncelere duyulan inanç daha

güçlü, belirtilere bağlı majör depresyon ve özkiyım girişimi daha yaygındır (18,22). Obsesif kompulsif bozuklukta ritüeller kaygıyı azaltırken, BDB'de ritüeller kaygıyı artırmakta, hasta aynada kendini kontrol ettikçe yeni kusurlar bulmaktadır (29). BDB olan hastalarda içgörü yitimi obsesif kompulsif bozuklukta olduğundan daha fazladır; belirtilerin imgesel olduğunu kabul eden, içgörüsü tam olan hasta oranı yalnızca % 7'dir (29).

**2. Sosyal fobi:** BDB'de sosyal fobideki gibi kaçınma davranışı ve olumsuz değerlendirilmekten korku vardır. Kişi toplumsal durumlardan kaçınmakta, bu durumlarda yüksek düzeyde kaygı yaşamakta ve sonuçta toplumsal yalıtma (isolation) ortaya çıkmaktadır (17). Ancak BDB'de bu korku yalnızca fiziksel görünümle ilgili eleştiri ve olumsuz değerlendirmeye ilgilidir.

**3. Anoreksiya nervoza:** Hem BDB'de hem de anoreksiya nervozada beden imgesinde bozukluk vardır. Beden imgesi, kişinin kendi bedensel özelliklerinin sürekli ve kalıcı olarak ayırında olduğu algısal bir fenomen olarak tanımlanmaktadır (24). Anoreksiya nervozada bedenle ilgili algısal bozukluk, beden imgesiyle ve yiyeceklerle aşırı uğraş BDB'deki aşırı değer verilen düşüncelerin benzeri olarak yorumlanabilir; hatta anoreksiya nervozada da kimi zaman belirtiler sanrısız düzeye ulaşabilmektedir (38).

Ancak BDB olan kişi beden imgesiyle ilgili özgül görünümlere aşırı odaklanır, sık sık aynaya bakarak bedenini kontrol ederken, anoreksiya nervozalı kişi özgül beden bölgelerini aşırı değerlendirir, aynaya bakmaktan, bedenini görmekten kaçınır. BDB de anoreksiya nervoza gibi ergenlik yaşlarında başlatılmaktadır. Bu yaşlar ergenlerin beden imgesine özellikle duyarlı olduğu yaşlardır ve hemen tüm ergenlerde beden imgesiyle ilgili düzensizlikler olabilir, ancak bu belirtiler ağırlaşır ve süregenleşirse bir tanı söz konusudur (40).

**4. Sanrısız bozukluk:** BDB olan hastaların % 73'ünde "kusur"la ilgili referans düşünceleri ve sanrılar bulunmaktadır (29). BDB'deki "çirkinlik" düşüncesini sanrıdan ayırtmak kimi zaman güç olabilmektedir. Ancak hastaların kusurlarıyla ilgili inancı abarttıklarının ayırında olmaları, gerçekte o denli bir kusurlarının bulunmadığından sözetmelerinin

BDB lehine tanısız değeri vardır (6,21). Ayrıca sanrısız uca kaydığında da belirtiler, sanrısız bozukluğun aksine, antipsikotikler yerine SSRİ'lere yanıt vermektedir (29).

### Sağaltım

**1. Psikodinamik sağaltım:** Hastanın belirtisinin simgelediği çatışmanın anlaşılmasına, geçmişteki ailesel etkenlerin rolünün ortaya konmasına ve hastaya içgörü kazandırılmasına yardımcı olur (8).

**2. Farmakoterapi:** BDB'de belirtilerin trisiklik antidepressanlara göre SSRİ'lere daha iyi yanıt verdiği belirlenmiş, bu yanıt BDB'nin sanrısız türünde de elde edilmiş, sanrılar olan hastaların % 71.4'ünün fluvoksaminle düzeldiği görülmüştür (16,37). Fluvoksaminle imgesel kusurla uğraşılan sürede, kompulsif davranışlarda, toplumsal kaçınma davranışlarında ve kaygıda belirgin azalma olduğu belirlenmiştir (9). BDB belirtilerinin yanısıra hastaların depresyon puanlarında da belirgin düşme kaydedilmiş; başlangıçta majör depresyonu olan ve olmayan olguların fluvoksamine yanıtı benzer bulunmuştur (37).

Yanıt önceki majör depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk öyküsünden bağımsızdır (29). Fluoksetin ve klomipraminle düzelleme oranları % 58, fluvoksaminle ise % 67 olarak bildirilmiş (9,29), yanıt için ortalama dozlar 260 mg/gün fluvoksamin, 175 mg/gün klomipramin, 50 mg/gün fluoksetin olarak verilmiştir (32). Yanıt için ortalama 7-8 hafta gerekmektedir, bu süre 12-16 haftaya dek uzayabilmektedir (32). Bu bulgular BDB'de yanıt elde etmek için SSRİ'in majör depresyondakinden daha uzun süre ve daha yüksek dozlarda kullanılması gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmalar sırasında dikkati çeken ilginç bir gözlem, BDB tanısı konan, buna ek olarak belirgin bir kusuru bulunan iki olguda fluvoksaminle hem imgesel hem de gerçek kusurla uğraşıp durmanın azalmasıdır. Bu gözlem fluvoksaminin BDB tanısı almayacak bir biçimde gerçek bir kusuru olan hastalarda da görünümle ilgili uğraşmaları azaltabileceğini göstermektedir. Doğumsal anomalilere ya da kazalara ikincil gerçek bedensel kusuru olan kişilerde de SSRİ'nin bu kusurla uğraşmayı azaltmada yararlı olabileceğini düşündürmektedir (37).

Bir çalışmada kliniğe yatarak sağaltım gereken hasta oranının % 58 olduğu (32), bir başka çalışmada ise yatarak sağaltım gören BDB'li hastaların klinikte yatış süresinin ortalama 4 ay olup, bu 4 aylık sağaltımın sonucunda ilacı bırakan olguların tümünde nüks görüldüğü, nükslerin SSRİ ile yatıştığı bildirilmektedir (6).

**3. Davranışçı sağaltım:** Bilişsel davranışçı yöntemlere uyum sağlayabilecek, sanrısız düzeye ulaşmış ağır belirtileri olmayan hastalara uygulanabilir. Belirtiler şiddetliyse davranışçı yöntemlere geçmeden önce farmakoterapi uygulanarak yatışana değin beklenmelidir. Davranışçı yöntemlerden sistematik duyarsızlaştırma, tepki geciktirme ve kaçınılan durumların sistematik olarak üstüne gitme uygulamakta, başarılı sonuçlar bildirilmektedir. Davranışçı yöntemler farmakoterapiyle birlikte uygulandığında daha etkin olmaktadır (25).

**4. EKT:** Kaynaklarda EKT'ye yanıt veren bir olgu bulunmaktadır. Ancak bu hastada EKT sonucunda depresif belirtilerin yanısıra dismorfik belirtilerin de düzelmesi birincil olarak psikotik özellikli majör depresyonu düşündürmüştür (10). 130 olguyu içeren bir çalışmada da EKT uygulanan 8 hastadan hiçbirinde EKT'nin yararı gözlenmemiştir (32).

### Gidiş ve sonlanım

Hastalığın gidişi genellikle süregendir; zaman zaman sanrısız uca kaymalar, belirtilerde alevlenme ve yatışma dönemleri olabilir. Özellikle stresli dönemlerde belirtilerde şiddetlenme olmaktadır (6,7). Kimi hastalarda belirtiler değişmeden sürerken, kimilerinde var olanlara yeni "kusurlar" eklenmektedir. Sıklıkla bir belirti düzelirken, yerine yeni biri geçmekte, zaman içinde belirtilerin şiddetinde artma ya da azalma olmaksızın da tam düzelmeye pek rastlanmaktadır (29).

Çoğu hasta "kusur"larını düşünmekle günde birkaç saatlerini harcamaktadırlar. Giderek bu uğraşlar hastanın zihnini tüm gün kuşatmaya, günlük yaşamını ele geçirmeye ve ona hükmetmeye başlamaktadır. Bir araştırmada BDB olan hastaların günde yaklaşık 4 saatlerini kompulsif davranışlarla geçirdikleri belirlenmiştir (28).

Bu hastalar sıklıkla çevredekilerin kendilerini incelediklerini, kendi imgeledikleri kusurlarını çevredekilerin de farkettiğini, onlar hakkında konuşup, onlarla alay ettiklerini düşünmektedirler. Bu düşünceler yaşamlarının tüm alanlarına egemen olmakta, hasta tüm toplumsal etkinliklerini kısıtlamakta, pek arkadaş edinmemekte, işe ya da okula gitmekten, flört ya da cinsel deneyimlere girişmekten kaçınmakta, sonuçta hastada toplumsal yalıtım gelişmektedir (4,28). Bir çalışmada BDB olan hastaların iş yaşamında hafifle orta, toplumsal yaşamında ise orta ve ileri derecede yeti yitimi olduğu görülmüştür (12).

Hastaların % 97'si görünümünden utanırları için iş ve toplumsal etkinliklerden, % 70'i sosyal etkileşimden kaçınmakta, hastaların % 30'u belirtileri nedeniyle tümüyle eve bağlı yaşamaktadırlar (18,27,29). BDB olan hastalarda gerek çevresindekilere gerekse kendilerine yönelik şiddet davranışları sık görülmektedir; hastaların % 30'u yakınlarına ve arkadaşlarına karşı saldırgan ve suça yönelik davranışlarda bulunmaktayken, % 45'inde belirtileri nedeniyle özkıyım düşüncesi vardır (27).

### Sonuç

BDB ile ilgili birçok soru vardır ve bu bozukluğun üzerinde daha çok çalışılması gerektiği düşünülmektedir. Öncelikle BDB'nin sınıflandırılması üzerindeki tartışmalar önemlidir. BDB kliniği, sağaltıma yanıtı ve gidişi ile obsesif kompulsif bozuklukla benzerlikler göstermektedir. Ancak obsesif kompulsif özellikler ruminasyonları olan depresyonlu hastalarda ya da yaygın anksiyete bozukluğunda da görülebilmektedir.

Ayrıca içgörü yitimi ve sanrısız uca kayma BDB olan hastalarda daha sık, işlevsellikte bozulma daha ağırdır. Bu bulgulara dayanılarak BDB'nin obsesif kompulsif bozukluğun daha ağır bir biçimi olup olmadığı sorgulanmaktadır.

Diğer yandan BDB'nin duygudurum bozukluklarıyla da ilişkisi olduğu ileri sürülmektedir. Ancak BDB'nin içinde yer aldığı somatoform grup bozukluklarla ilişkili olduğunu destekleyen araştırmaya rastlanmamıştır (32).



BDB erken başlangıçlı, süregelen gidişli, iş ve sosyal işlevlerde belirgin bozulmaya yol açan bir hastalıktır. BDB'ye yaşam boyu bir başka ruhsal hastalığın eşlik etme oranlarının yüksek olması, BDB'nin bir belirti mi yoksa bir hastalık mı olduğu sorusunu akla getirmiştir.

Ancak ilaç çalışmalarında dismorfik belirtilerin sağaltıma depresif ve obsesif kompulsif belirtilerden bağımsız olarak yanıt vermesi, hastaların kliniğe en ağır ve birincil yakınma olarak dismorfik belirti ile başvurmaları BDB'nin ayrı bir hastalık olduğunu desteklemektedir (4,29). Ayrıca hastaların yalnızca BDB belirtileri varken kliniğe başvurmayıp diğer hastalıklarla komplike olduğunda başvurduğu da düşünülebilir (27).

Bu bulgular BDB'de sistematik çalışmalara, toplumdaki görünümünü belirlemek için toplum araştırmalarına, etyolojiye ve özgül sağaltım yöntemlerini belirlemeye yönelik plasebo kontrollü çalışmalara gereksinim olduğunu göstermektedir.

## KAYNAKLAR

1. APA: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3ed. Am Psychiatric Press, Washington DC, 1981.
2. APA: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3ed. Revised, Am Psychiatric Press, Washington DC, 1987.
3. APA: DSM-IV tanı ölçütleri. Köroğlu E (çev). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
4. Andreason NC, Bardach J: Dismorphophobia: symptom or disease? Am J Psychiatry 134:673-75, 1977.
5. Aslan SH, Evlice YE: Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları içinde yer alan depersonalizasyon ve vücut dismorfik bozukluğu: Olgu sunumu. Psikiyatri Bülteni 3:139-42, 1996.
6. Aşkan R: Vücut dismorfik bozukluğu: 9 olgu. Türk Psikiyatri Dergisi 1:45-51, 1994.
7. Aydoğmuş K, Tüzün Ü, Tezcan E: Bir vaka nedeniyle dismorfobia veya beden dismorfik bozukluğu. Düşünen Adam 2:35-36, 1991.
8. Bloch S: Psychotherapy and dysmorphophobia: a case report. Br J Psychiatry 152:271-74, 1988.
9. Brady KT, Austin L, Lydiard RB: Body dysmorphic disorder: The relationship to obsessive compulsive disorder. J Nerv Ment Dis 178:538-40, 1990.
10. Carroll BT, Yendrek R, Degroot C, et al: Response of major depression with psychosis and body dysmorphic disorder to ECT. Am J Psychiatry 151:288-89, 1994.
11. Craven JL, Rodin GM: Cyproheptadine dependence associated with an atypical somatoform disorder. Can J Psychiatry 32:143-45, 1987.
12. Çalıküşu C, Tükel R, Karalı ve ark: Beden dismorfik bozukluğunda klinik özellikler: 13 olgunun değerlendirilmesi. 33. Ulusal Psikiyatrik Kongresi Bildiri Metin Kitabı, 1997, s.29-34.
13. Demir T, Çalıküşu C: Beden dismorfik bozukluğu. 3P 5 (ek sayı 1):33-38, 1997.
14. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10: Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırılması. Öztürk MO, Uluğ B (çev. eds). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, Ankara, 1993.
15. Hardy GE, Cotterill JA: A study of depression and obsessiveness in dysmorphophobic and psoriatic patients. Br J Psychiatry 140:19-22, 1982.
16. Hollander E, Liebowitz MR, Winchel R, et al: Treatment of body dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. Am J Psychiatry 146:768-70, 1989.
17. Hollander E, Neville D, Frenkel M, et al: Body dysmorphic disorder-diagnostic issues and related disorders. Psychosomatics 33:156-65, 1992.
18. Hollander E, Cohen LJ, Simeon D: Body dysmorphic disorder. Psychiatry Ann 23: 359-64, 1993.
19. Hollander E, Wong CM: Body dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsions. J Clin Psychiatry 56 (Suppl 4):7-12, 1995.
20. Insel TR, Akiskal HS: Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. Am J Psychiatry 143:1527-33, 1986.
21. Leon J, Bott A, Simpson GM: Dismorphophobia: body dysmorphic disorder or delusional disorder, somatic subtype? Compr Psychiatry 30:457-72, 1989.
22. McKay D, Neziroğlu F, Yaryura-Tobias JA: Comparison of clinical characteristics in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. J Anxiety Dis 11:447-54, 1997.
23. McKenna PJ: Disorders with overvalued ideas. Br J Psychiatry 145:579-85, 1984.
24. Munro A, Stewart M: Body dysmorphic disorder and DSM-IV: the demise of dysmorphophobia. Can J Psychiatry 36:91-96, 1991.
25. Neziroğlu FA, Yaryura-Tobias JA: Exposure, response prevention and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. Behav Ther 24:431-38, 1993.
26. Öztürk MO: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 5. baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994, s.190.
27. Perugi G, Akiskal HS, Giannotti D, et al: Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). J Nerv Ment Dis 185:578-82, 1997.
28. Phillips KA: Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. Am J Psychiatry 148:1138-49, 1991.
29. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, et al: Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. Am J Psychiatry 150:302-8, 1993.
30. Phillips KA, McElroy SL: Insight, overvalued ideation, and delusional thinking in body dysmorphic disorder: theoretical and treatment implications. J Nerv Ment Dis 181:699-702, 1993.
31. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, et al: A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. Psychopharmacol Bull 30:179-86, 1994.
32. Phillips KA, McElroy SL, Hudson JI, et al: Body dysmorphic disorder: an obsessive compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both? J Clin Psychiatry 56(Suppl 4):41-51, 1995.
33. Phillips KA, Taub SL: Skin picking as a symptom of body dysmorphic disorder. Psychopharmacol Bull 31:279-88, 1995.
34. Phillips KA, Kim JM, Hudson JI: Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders. Psychiatry Clin North Am 18:317-34, 1995.
35. Phillips KA, Nierenberg AA, Brendel G, et al: Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical depression. J Nerv Ment Dis 184:125-28, 1996.
36. Phillips KA, Diaz SF: Gender differences in body dysmorphic disorder. J Nerv Ment Dis 185:570-77, 1997.
37. Phillips KA, Dwight MM, McElroy: Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. J Clin Psychiatry 59:165-71, 1998.
38. Sturmeijer P, Slade PD: Anorexia nervosa and dysmorphophobia. Br J Psychiatry 149:780-82, 1986.
39. Tezcan AE, Ülkeröğlü F, Kuloğlu M ve ark: Obsesif kompulsif bozukluk ve vücut dismorfik bozukluğunun birlikteliği. Düşünen Adam 1:18-20, 1996.
40. Thomas CS: Dysmorphophobia: a question of definition. Br J Psychiatry 144:513-16, 1984.
41. Veale D, Boocock A, Gournay K, et al: Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. Br J Psychiatry 169:196-201, 1996.
42. Wilhelm S, Otto MW, Zucker BG, et al: Prevalence of body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders. J Anxiety Dis 11:499-502, 1997.