
Beden Dismorfik Bozukluğu

Doç. Dr. Mehmet Z. SUNGUR*

Özet

Beden dismorfik bozukluğu, genel pratisyenler, değişik alanlarda uzmanlaşmış hekimler ve hatta psikiyatrlar tarafından yeterince tanınmayan ve bu nedenle uygun bir biçimde tedavi edilemeyen bir bozukluktur. En önemli özelliği kişinin var olduğunu düşündüğü veya hafif düzeyde var olan bir bedensel kusuru ile ilgili kaygı ve endişelerinin aşırılığı ve buna bağlı olarak aynı kusur veya kusur düşüncesi ile ilgili uğraşlarının anormal derecede fazla olmasıdır. Bu tür uğraşlar hastaları dermatologlara, dahiliye uzmanlarına ve hatta gerekli girişimlerin yapılabilmesi amacıyla plastik cerrahlara taşımakta ve bir dizi gereksiz laboratuvar incelemelere, uygunsuz ilaç kullanımı ve cerrahi girişimlere neden olmaktadır. Beden dismorfik bozukluğunun iyi tanınması ve çeşitli organik ve fonksiyonel bozukluklardan ayırt edilmesi gerek hastaları, gerekse klinisyenleri sonu kesilmeyen çeşitli inceleme ve girişimlerden kurtaracak ve hastalığın kronik seyirini engelleyecektir.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1999;1:19-22

Bu bozukluk psikiyatrik hastalıkların sınıflandırıldığı kitapta (DSM) ancak son iki dekad içinde yer almış olmakla birlikte, "dismorfofobi" adıyla bir asırdan uzun bir süredir bilinmektedir. Bozukluk ilk kez Emil Kraepelin tarafından kompulsif bir nevroz olarak tanımlanmış, daha sonra Pierre Janet tarafından "bedenle ilgili utanç obsesyonu" olarak yeniden tarif edilmiştir. Freud "kurt adam" adlı kitabında burnu ile ilgili aşırı endişeleri olan bir olguyu tanımlarken bu bozukluğa atıfta bulunmuştur. Avrupa'da tanınan bu bozukluk ABD'de ancak 1980'de psikiyatrik hastalıkların tanınması ve sayımsal el kitabının 3. baskısında (DSM-III) "dismorfofobi" adıyla, atipik somatoform bir bozukluk olarak tanımlanmıştır.

Daha sonra dismorfofobinin bir fobi biçimini çağrıştırmakla beraber tipik fobik özellikler içermediği düşünüldüğünden DSM-III-R'de ve DSM-IV'te adı "Beden dismorfik bozukluğu" olarak değiştirilmiştir.

Beden dismorfik bozukluğunun (BDB) en önemli özelliği kişinin var olduğunu düşündüğü bir bedensel kusuru veya bedensel işlevi ile aşırı bir uğraşı içinde olması ya da mevcut hafif bir bedensel kusuruna ilişkin kaygı ve endişesinin aşırılığına bağlı olarak aynı kusurla ilgili uğraşlarının anormal derecede fazla olmasıdır. Bu endişe bireye aşırı bir sıkıntı vermekte ve onun iş-sosyal ve özel yaşamında kısıtlamalar oluşturmaktadır.

Epidemiyoloji

Beden dismorfik bozukluğunun iyi tanınmamasının en önemli nedenlerinden biri de bu tür hastaların

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ANKARA

psikiyatlardan çok cildiyeçilere, iç hastalıkları uzmanlarına, cerrahlara ve daha da sıklıkla plastik cerrahlara başvurmalarıdır. Hastalığın pratisyen hekimler tarafından iyi bilinmesinin gerekliliği de bu özelliğinden kaynaklanmaktadır. DSM-III-R'de yakınmaların daha çok yüz hatları (kırıksıklıklar, burun, ağız, çene, kaşlar, dudaklar, yüz, gözler, saç ve cilt) ile ilgili olduğu, ender olarak ayaklar, eller, sırt, göğüs ve diğer beden parçaları ile ilgili olabileceği belirtilmektedir. Yüzle ilgili kaygılar plastik cerrahi girişim isteği yönündeki başvuruları arttırmakta ve cerrahi girişim amacıyla yapılan tüm başvuruların %2'sinin BDB olguları tarafından yapıldığı ileri sürülmektedir. Görünen bir hafif fizik kusur olduğu durumlarda oldukça yarar sağlayabilecek cerrahi girişimler, çoğu olguda yararlı bulunmamaktadır.

BDB nedeniyle psikiyatri kliniklerine danışılan olguların çoğu plastik cerrahi, dermatoloji ve otorinolaringoloji kliniklerinden gönderilmektedir. İngiltere'de pratisyen hekimler BDB olan kadınları plastik cerrahi, erkekleri ise psikiyatri kliniklerine danışmaktadır.

Bozukluğun başlangıç yaşı 15-20 olup, kadınlarda daha sık görülmektedir ya da kadınlar bu yakınmalarla daha sık başvurmaktadır. Çoğu evli olmayan bu olgularda sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklar da görülmektedir. Bir çalışmada BDB tanısı alan bireylerin %90'ından fazlasının yaşamlarının bir döneminde majör depresyon tanısı aldıkları, %70'inin ise başka bir anksiyete bozukluğu tanısı aldığı ortaya konmuştur.

Etiyoloji

Bozukluğun nedeni bilinmemektedir. Buna karşın depresyonla birlikte görülmesinin sıklığı, aile içinde duygudurum bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluk öyküsünün fazla oluşu ve serotonin üzerinden etki eden ilaçlara verilen olumlu yanıt en azından bu tür hastaların bir bölümünde serotonerjik işlev bozukluğu olabileceğini düşündürmektedir. Merkezi serotonerjik etkileri olan marihuana kullanımı ile BDB belirtilerinin alevlenmesi, serotonin antagonisti olan siproheptadinin kronik kullanımını izleyerek BDB gelişen olguların saptanması, serotonerjik etkenlerin rolünü desteklemektedir.

Güzellikle ilgili abartılı değer yargıları olan aile ve alt kültürlerde yetişenlerde beden görünümünün abartılı biçimde önemsenmesinin de BDB'nin oluşumunda yeri olduğu düşünülmektedir.

Psikodinamik görüşler ise BDB'nin emosyonel veya cinsel bir çatışmanın yer değiştirme mekanizması ile ilgisiz gibi görünen bir beden bölgesine yansımaları olduğunu vurgulamaktadır.

Klinik Özellikler

BDB hayali veya hafif bir fizik kusur ile orantısız düzeyde uğraşma ve bu uğraşının klinik düzeyde belirgin bir sıkıntıya veya iş-özel-sosyal yaşam alanlarında önemli bir işlevsellik kaybına neden olması olarak tanımlanabilir. Yakınmalar genellikle yüz veya baş bölgesi ile ilgili hayali ya da önemsiz kusurları içerir. Çoğunlukla yüz, burun, gözler, dudak, saçlar ya da cinsel organlara ilişkin endişeler söz konusudur. Saçların cansız, az veya aşırı olması, yüzde asimetri veya orantısızlık, aşırı kıllanma, sivilce, kırıksıklıklar, yara izleri, damarsal belirginlikler, cildin soluk veya kızarıklık olması, gözler, göz kapakları, kaşlar, ağız, diş, çene, yanaklar, eller, ayaklar, sırt, penis, vajina vb. her türlü beden parçası ile ilgili endişeler görülebilir. BDB bir vücut parçasına ilişkin görünümle ilgili olabileceği gibi bir beden işlevi ile ilgili kaygılardan da kaynaklanabilir. Terleme ve buna bağlı olarak kötü bir koku salgıladığına ilişkin düşünceleri nedeniyle yaşamı son derece olumsuz biçimde etkilenen bir BDB olgusunun yazar tarafından bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla tedavisi bir başka yazıda aktarılmıştır.

BDB olgularının kaygıları sosyal ortamlarda daha da belirginleşir. Evden dışarı çıkamama veya yalnızca karanlıkta çıkma, kaygıları nedeniyle sosyal ortamlara giremememe, okulu ve işi bırakma gibi kaçınma davranışları sık görülen belirtilerdir. Olgular hafif ya da hayali kusurlarını örtmek amacıyla saç ve giyimlerinde önemli değişiklikler yaparlar. Yazarın tedavisini üstlendiği olgu kamburu olduğunu düşündüğünden dolayı, bu kamburu saklayabilmek amacıyla yaz aylarında bile evinden dışarı çıkarken bol ceket ve kazaklar giymekte idi.

BDB olgularının çoğu bedensel kusurlarının başkaları tarafından görülüp, farkedildiğine inanırlar ve bu nedenle ya aşırı düzeyde aynaya bakar ya da bildiğince ayna gibi görüntü yansıtan nesnelere uzak durmaya çalışırlar, kusurlu olduğuna inandıkları bölgeleri gizlemek amacıyla bol miktarda makyaj malzemesi kullanabilir ve giyim kuşam biçimi değişiklikleri yaparlar. Hastaların üçte biri sosyal ortamlarda utanılacak bir duruma düşmekten korktukları için evden çıkamaz, yaklaşık beşte biri ise intihar girişiminde bulunurlar. Bu hastaların bir kısmın-

da obsesif-kompulsif, şizoid ve narsistik kişilik bozukluğu özellikleri görülebilir.

Ayırıcı Tanı

DSM-III-R bedensel kusura ilişkin inancın, hezeyan düzeyinde olmaması gerektiğini belirtmektedir. Daha sonraları bu tür kaygıların hezeyan düzeyinde olup olmadığına karar vermenin güçlüğü tartışılmış, böyle bir ayırımı gerek duyulmaksızın, herhangi bir şizofrenik süreç, majör depresyon veya organik mental bozukluk durumu söz konusu olmadığı müddetçe bu tür olguların primer dismorfofobi adı ile tanımlanabileceği belirtilmiştir.

BDB olgularının %35 kadarında yeterli içgörünün bulunduğu, %25'inde içgörünün yetersiz olduğu, %40 kadarında ise içgörünün olmadığı belirtilmektedir. Sanırsal bozukluğun somatik alt tipinin BDB'den ayırt edilmesi DSM-III tanı ölçütleri ile mümkün olamamaktadır. Bu noktada ayırıcı tanı ancak nöroleptik tedavisine verilen yanıtla yapılabilmektedir. Sanırsal bozukluğun somatik alt tipi antipsikotik tedaviden daha çok yarar sağlarken, BDB daha çok serotonin gerilim inhibitörleri (SRI) ile yapılan tedavilerden yarar sağlamaktadır.

BDB tanısı konulan hastaların önemli bir bölümü sosyal ortamlarda kaçınma davranışları gösterirler. Bu durum sosyal fobiklerin kaçınma davranışlarını çarıştırmaktadır. Sosyal fobik olgular, kendilerine kaygı veren ve anksiyete oluşturan kalabalık ortamlardan uzak durdukları müddetçe rahattırlar. Anksiyeteleri bu tür ortamlara girdiklerinde ya da gireceklerini düşündüklerinde artar. Yine sosyal fobikler kaygılarının anlamsız olduğunu bilir ancak buna rağmen anksiyetelerine karşı koyamazlar. BDB olan bireyler tasa ve kaygılarının anlamsız olduğunu düşünmedikleri gibi, sosyal ortamlardan uzak durmak bu tür hastaların kaygılarını azaltmaz. Ayrıca sosyal fobide sosyal ortamdan uzak durmanın gerekçesi genellikle abartılı algılanan bedensel kusurlar değildir.

BDB'nin ayırıcı tanısında anoreksiya nervosa ve transeksüalite de önemli iki bozukluktur. Ancak her iki klinik durumda da genel vücut imajı ile ilgili bir bozukluk sözkonusudur. Anorektikler genel olarak aşırı kilolu olduklarını düşünürlerken, transeksüeller yanlış bir beden içinde hapsolmuş olduklarını düşünürler. Oysa BDB'de genel beden imajı ile ilgili

bir bozukluk yoktur. Burada beden parçaları veya işlevleri ile ilgili kaygı ve uğraşlar temel klinik patolojidir.

BDB, obsesif-kompulsif bozukluk ile de karışabilir. Obsesif-kompulsif bozuklukta görülen takıntı ve kompulsiyonlar yalnızca görünümle ilgili endişelerle sınırlı değildir. Bu bozukluğun diğer belirtileri, çoğu kez kısa süre içinde kendini göstererek BDB'den ayrılırlar.

Gidiş ve Prognoz

BDB genellikle sinsi bir başlangıç ve düzelmeye-alevenme dönemleri ile giden bir seyir gösterir. Hastalar birden fazla beden parçası veya organ ile ilgili endişeler taşıyabilir ve zaman zaman kusur buldukları beden parçalarının lokalizasyonları değişiklik gösterebilir. Hasta öncelikle belirli bir beden parçasına kaygı verici biçiminde odaklanmakta, zamanla aynı kaygı beden parçasında bir işlev bozukluğu olduğunu düşündürmekte ve bireyi tıbbi veya cerrahi bir yardım arama davranışı içine itmektir. Uygun biçimde tedavi edilmediği takdirde kronik seyir gösteren bu bozuklukta hastaların önemli bir kısmının iş-sosyal ve özel yaşamları kısıtlanmakta ve çoğu tamamen evine kapanma eğilimi içine girmekte ancak eve kapanma agorofobik hastalardakinden farklı olarak mevcut kaygıları azatmamaktadır.

Tedavi

Hastaların bedensel kusurlarla ilgili yakınmalarını ortadan kaldırmak amacıyla diş hekimleri, dermatologlar veya cerrahlar tarafından yapılan girişimlerin çoğu başarısız bulunmuştur. Bazı olgularda trisiklik antidepressanlar, monoamino oksidaz inhibitörleri ve pimozid gibi antipsikotiklerin yararlı olduğu belirtilmişse de, yapılan araştırmaların çoğu serotonin gerilim inhibitörlerinin hastaların %50'sinden fazlasında mevcut semptomları azalttığını göstermiştir.

Bilişsel-davranışçı yaklaşımlar beden parçaları ile ilgili hoşnutsuzluğu ve işlevselliği olmayan abartılı düşünce ve inançları değiştirmesi, fobik kaçınma davranışlarını azaltması, bazı güvence arayışı doğrultusundaki tekrarlayıcı davranışları (sık sık aynaya bakma, aile üyelerini hastalığa ortak etmek gibi) ortadan kaldırması ve hastaya sorunla başa çıkma yöntemlerini öğretmesi yönlerinden oldukça yararlı bulunmuştur.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. American Psychiatric Association (1980) Quick Reference to the Diagnostic Criteria from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. baskı, Washington DC.
2. American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Gözden geçirilmiş 3. baskı, Washington DC.
3. Andreasen NC, Bardach J (1977) Dsymorphophobia: Symptom or disease? Am J Psychiatry, 134:673-676.
4. Aşkın R (1997) Vücut dismorfik bozukluğu. Psikiyatri Temel kitabı. 1. Baskı, Cilt:1, C Güleç, E Köroğlu (Ed), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.551-568.
5. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb J (1994) Body dysmorphic disorder. Synopsis of Psychiatry, 7. baskı, HI Kaplan, Sadock BJ (Ed), Baltimore, Williams & Wilkins, s.626-628.
6. Marks IM (1987) Fears, Phobias and Rituals. New York-Oxford, Oxford University Press.
7. Sungur MZ (1992) Bir olgu nedeniyle vücut dismorfik bozukluğu. I Psikosomatik Sempozyumu bilimsel yayınları, A Çevik (Ed), Antalya, s.173-185.