



Beden Dismorfik Bozukluğu-Psikoz İlişkisi: Bir Vaka Sunumu

Behice Han Almış*, Birgül Elbozan Cumurcu*, Rıfat Karlıdağ*, Şükrü Kartalıcı*,
Işıl Göğceğöz Gül*

* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya

Beden dismorfik bozukluğu (BDB), kişinin gerçekte olmayan, var olduğunu sandığı bir beden kusuru ile uğraşması ya da bir beden kusuru olsa bile bunu olduğundan aşırı görmesidir. BDB alt tipi olarak kabul edilebilecek monosemptomatik hipokondriyak psikozun (MHP) nadir görülmesi ve tedaviye yanıtı konusunda farklı görüşler olmasını da göz önünde bulundurarak çocuklukta başlayan, risperidon ve fluoksetinden fayda gören bir BDB olgusunu paylaşarak tartışmayı amaçladık. BDB'de obsesyondan sanrı düzeyine varabilen düşünce bozukluğu olduğu için bizim vakada da görüldüğü gibi tedavinin şekline karar verilmesinde hastanın kliniği önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Beden Dismorfik Bozukluğu; Fluoksetin; Monosemptomatik Hipokondriyak Psikoz; Risperidon.

Body Dysmorphic Disorder Association with Psychosis: A Case Report

Body dysmorphic disorder (BDD) is a disease in which the patient believes that he has a body default which does not exist in reality or if the patient has body default believe that this default is more severe than the real default. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis (MHP) is rare subtype of BDD, and has different treatment modalities, in this report we aimed to share and discuss BDD which begins in childhood and gives response to risperidone and fluoxetine treatment. In BDD there is idea disorder which can change from obsession to delusion, as in our case, the treatment modality may vary due to clinical feature of the patient.

Key Words: Body Dysmorphic Disorder; Fluoxetine; Monosymptomatic Hypochondriacal Psychosis; Risperidone.

Giriş

Beden dismorfik bozukluğu (BDB) bir kişinin gerçekte olmayan, var olduğunu sandığı bir beden kusuru ile aşırı uğraşması ya da bir beden kusuru varsa bile bunu aşırı abartması durumudur.¹

BDB, ayaktan hasta grubunda nadir görülür ve ayaktan hasta değerlendirmelerinde nadiren tanınır. Olası yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %0.1-2 olarak düşünülmektedir. Özellikle üniversite öğrencilerinde çok yüksek oranlarda olduğu belirtilmiştir. Kadın erkek oranının eşit olduğu bildirilmiştir.²

Başlangıç yaşı gerek yurt içi, gerekse yurt dışı çalışmalarda 15-20 yaşları arasında olup ortalama olarak 16-18 yaş olarak bildirilmektedir.^{3,4}

BDB, uzun süredir tanımlanmasına rağmen hala yetersiz olarak bilinir ve tanınır. Özellikle erkekler ve gençler şikâyetlerini aşağılanma ve utanç duygularından dolayı bildirmek istemezler ya da bunları ruhsal bir sorun

olarak görmezler.²

BDB, somatoform bozukluklar içinde sınıflandırılmakla birlikte, obsesif kompulsif bozukluklarla ilişkili olduğu öne sürülerek DSM-IV'te anksiyete bozuklukları bölümüne alınması önerilmiştir.⁵

Türkiye'de yapılan bir olgu serisinde, obsesif kompulsif bozukluk %31.9, majör depresyon %21.3 oranı ile en sık bulunan yaşam boyu birinci eksen DSM-IV ek tanıları olarak belirtilmiştir. Hastaların yaklaşık %20'sinde çirkinlik inancının sanrı yoğunluğunda olduğu bulunmuştur.⁶

BDB olan kişiler ilk başvurularını, plastik cerrahlara ya da dermatoloji uzmanı gibi diğer hekimlere yaparlar. En fazla sorun yaşanan beden bölgeleri cilt, saç ve burundur. Ayrıca yüz ve beden ile ilgili, başka yakınmalar da olabilir. En belirgin belirti aslında normal görünmesine karşın var olduğunu düşündüğü beden bölgesi biçimsizliğine ilişkin aşırı değer verilmiş düşüncedir. Bazen bir beden bölgesi kusuru olabileceği de bu kusur çok abartılmıştır. Hastalar vücutlarının hoşnut

Başvuru Tarihi: 16.06.2011, Kabul Tarihi: 15.08.2011

Almış ve ark

olmadıkları bölümünü fazlaca incelerler, olduğunu düşündükleri bu kusuru gizlemek için çareler ararlar.⁷

BDB, bir vücut parçasının görünümüyle ilgili olabileceği gibi, bazen de bir beden işlevi ile ilgili kaygılardan kaynaklanabilir. Terleme ve buna bağlı olarak kötü koku salgıladığına ilişkin düşünceler buna örnek olarak verilebilir.⁸

BDB'nin bazı yazarlarca monoseptomatik hipokondriyak psikoz (MHP) olarak da adlandırılan psikotik özellikler gösteren bir alt tipinin olduğu ve bu bozukluğun da sanrsal bozukluklar içinde ele alınabileceği bildirilmiştir.^{9,10} MHP'de sanrı düzeyinde bir hipokondriyak yakınma vardır fakat başka bir düşünce veya davranış bozukluğu görülmez.^{11,12}

Sanrıların içeriğine göre monoseptomatik hipokondriazis; infestasyon sanrıları, dismorfofobi sanrıları ve bromozis sanrıları olarak da adlandırılan olfaktör referans sanrıları olmak üzere 3 gruba ayrılır. Olfaktör referans sanrılarında, hastalar kendilerinden başkalarını rahatsız eden bir koku yayıldığını düşünürler.¹²

Tedavide ilaç tedavisi ve davranışçı bilişsel psikoterapinin birlikte uygulanması önerilmektedir. BDB'de düşünce içeriği delüzyonel yada nondelüzyonel düzeyde olsun, her iki alttıpte de seçici seratonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) yüksek dozlarda etkili olduğunu gösteren az sayıda plasebo ve ilaç kontrollü çalışma bulunmaktadır. SSRI tedavisine antipsikotik eklenmesi de faydalı olabilmektedir. Bilişsel davranışçı tedavide sürekli aynalara bakma ya da aksesuarlarla kusuru gizlemeye çalışma gibi pekiştirici kaçınma davranışlarına odaklanılır.^{7,13,14,15}

BDB alttıpi olarak kabul edilebilecek monoseptomatik hipokondriyak psikoz nadir görüldüğü ve tedaviye yanıtı konusunda farklı görüşler olduğu için olgumuzu paylaşarak klinik deneyimimizi artırmayı amaçladık.

Olgu

Bay B, 23 yaşında, bekâr, 6 kardeşin ikincisi, orta düzeyde sosyoekonomik durumu olan bir ailede yetişmiş, üniversite öğrencisi, rehber öğretmeninin yönlendirmesi sonucunda yalnız olarak psikiyatri polikliniğine başvurdu. Başvuru şikâyeti ağzından etrafı rahatsız eden bir kokunun yayıldığı düşüncesi idi.

Bay B'nin ağzından etrafı rahatsız eden bir koku yayıldığı düşüncesi 9 yaşında iken başlamış, fakat bunun psikiyatrik bir şikâyet olmadığını düşündüğü için hiç psikiyatrye gitmemiş. Özellikle kalabalık ortamlardan bu düşüncesi nedeni ile uzak kalmaya çalışıyormuş. Kokuyu kendisi hissetmese bile ağzında kötü kokunun

tadını hissediyormuş. Benzettiği belli bir koku ve tat yokmuş. O zamandan beri bazı dönemlerde bu düşüncesi artıyormuş. Daha önceden hiç dişini fırçalamazken 9 yaşında bu düşüncesinin başlamasından sonra ortalama günde 10 kez dişini fırçalamaya başlamış. Ağız kokusunu azaltmak için okul harçlığının çoğunu ağız hijyeni ile ilgili malzemeleri almak için harcıyormuş. Ağızının koktuğunu düşünmesi sebebiyle çoğu kez insanlarla yakınlaşmaktan kaçınıyormuş ve bu yüzden çok fazla arkadaşı yokmuş. Kulak burun boğaz, gastroenteroloji ve diş polikliniği gibi polikliniklere ağız kokusunun sebebinin bulup tedavi ettirmek amaçlı olarak başvurmuş. Ağızının koktuğuna dair hiçbir geri bildirim almamasına rağmen etraftaki insanlar kendisinden uzak otursa ağzının kokmasına bağlamış. Sadece 9 yaşında ağzının koktuğuna dair düşünceleri başlamadan hemen önce abisi yanında otururken ağzının koktuğunu söylemiş. Ondan sonra da bu korkuyla insanlara yakın oturamamış. Annesi çocukluğunda dişini fırçalaması gerektiği, yoksa ağzının kokacağı yönünde fazlaca baskı yapar ve kendisini dişini fırçalıyor mu diye kontrol edermiş.

Bay B, ağzının kokmasından korktuğu için sınıfa gitmekten kaçınca devamsızlığı olması üzerine rehber öğretmeni tarafından yönlendirilmişti. Bize başvurduğunda bu sorunu ile ilgili umutsuzluk düşünceleri ve depresif semptomlardan isteksizlik, hayattan zevk almama şikâyeti de başlamıştı.

Bay B, kendini titiz, düzenli, dürüst, sessiz, içe dönük biri olarak tanımladı. Babası inşaat işçisi, annesi ise ev hanımıydı. Babasını soğuk, mesafeli olarak annesini ise koruyucu, sevecen, aynı zamanda kuralcı olarak tanımlıyordu. Özgeçmişinde bir özellik yoktu. Soy geçmişinde ailede herhangi bir psikiyatrik hastalık tarifilemedi. Doğumu normal yolla, komplikasyonsuzdu. Bebeklik öyküsünde dikkati çeken bir özellik yoktu. Çocukluk dönemi hareketli, inatçı bir çocuk olarak tanımlandı. Ders başarısı orta-iyi düzeydeydi.

Ruhsal gözleminde yaşında görünüyor, giyimi sosyoekonomik düzeyine uygun ve kendine bakımı yeterliydi. Göz teması iyiydi. Konuşması kendiliğinden, yavaş ve düşük tondaydı. Affekti depresifti. Düşünce hızı normaldi. Düşünce içeriğinde ağız kokusu ile ilgili rahatsızlığı ve umutsuzluğu mevcuttu ve bu düşüncesi sanrı taslağı düzeyindeydi. Koku varsanısı yoktu. Dikkat ve bellek muayenesi doğaldı.

Psikometrik değerlendirmelerinde Hamilton depresyon ölçeğinden 16 puan ve Hamilton anksiyete ölçeğinden 7 puan aldı. Minnesota çok yönlü kişilik envanterinde şizoid kişilik özellikleri saptandı. Yapılan nöropsikolojik testlerinde dikkat çeken özellik Stroop testindeki renkli kelimelerin rengini okuma süresinin uzamasıydı.

Beden Dismorfik Bozukluğu-Psikoz İlişkisi: Bir Vaka Sunumu

Maksimum 44 saniye olması gereken süre bizim vakamızda 53 saniye idi.

Olgumuzun çekilen rutin elektroensefalogram (EEG) aktivitesi normaldi. Kan biyokimyası, hemogram sonucu ve troid fonksiyonları normaldi.

Olgumuza günde 40 mg Fluoksetin (20 mg başlanıp 1 hafta sonra 40 mg'a çıkarıldı) tedavisi verildi. Tedavi başladıktan 6 hafta sonra tedaviden fayda görmeyince risperidon 2 mg fluoksetin tedavisine ek olarak başlandı. Risperidon tedavisinin eklenmesinden yaklaşık 4 hafta sonra geldiğinde olgumuzun iç görüşü ve işlevselliği artmıştı. Ağzından etrafı rahatsız eden kötü koku yayıldığı düşüncesinde kısmi azalma olmuştu. Bu düşüncesinin azalmasına bağlı olarak derslere devamlılığı arttı. Dişlerini günlük fırçalama sayısı 10 iken günde 3-4 kere olacak şekilde düştü. Ağız hijyeni için harcadığı para miktarı azaldı. İnsanlarla yakınlaşması arttı. Kendisi iyileşme düzeyini %50 gibi tanımladı. Hamilton depresyon ölçek puanı başlangıçtaki 16 puandan 10. hafta sonunda 5 puana geriledi. Hamilton anksiyete puanı ise 7 puandan 3 puana geriledi. Klinik global izlem ölçek değerlendirme sonucu tedavi başında 11 puan iken, 10. hafta sonunda 5 puana geriledi.

Tartışma

BDB'nin psikotik özellikler gösteren bir alt tipi olarak kabul edilen MHP, sanrsal bozukluklar içinde ele alınabilmektedir.^{9,10} MHP' de sanrı düzeyinde bir hipokondriyak yakınma vardır. Sanrı düzeyindeki düşünceye rağmen başka bir düşünce veya davranış bozukluğu görülmez.^{11,12} Bu çerçevede BDB-psikoz ilişkisi dikkat çekicidir.

BDB, bazen de bir beden işlevi ile ilgili kaygılardan kaynaklanabilir.⁸ Bizim olgumuzda ise hasta ağzından etrafı rahatsız eden kötü bir kokunun yayıldığını düşünüyordu.

Bizim olgumuzun yazarlarca olfaktör referans sanrsı olarak adlandırılan¹² ağzından kötü koku yayıldığına dair düşüncesi sanrı taşıdığı düzeyindeydi ve bu düşüncesi ile ilgili olarak insanlardan uzaklaşmıştı. Hemen hiç arkadaşı yoktu. İnsanlardan uzak olmak için üniversite öğrencisi olmasına rağmen merkezde ev tutmamış; şehirden uzak bir kasabada ev tutup her gün gidış geliş yapıyordu. Başka bir düşünce ve davranış bozukluğu olmadığı için çevresindekiler tarafından da hastalığı fark edilmemişti.

BDB'nin başlangıç yaşı ortalama 16-18 yaş olarak bildirilmektedir.^{3,4} Olgumuz ise bu düşüncesinin başlangıç yaşını 9 yaş olarak belirtmiştir. Erken başlangıç yaşına rağmen olgumuzun 23 yaşında tanı alması ve tedaviye başlanması BDB ve özellikle MHP

alt tipinin daha erken başlasa da geç tanı aldığı ve geç tedaviye başlandığının bir örneğidir. Bozuk olan düşünce alanındaki işlevsellik bozulsa da diğer alanlarda işlevselliğin sağlam kalması geç fark edilmesinin nedenlerinden biri olabilir. Geç tanı konmasında bir diğer sebep olguların diğer branş hekimlerine başvursa da bu hekimlerce tanınmamış olması da olabilir. BDB, uzun süredir bilinen bir bozukluk olmasına rağmen hala yetersiz olarak tanı alır. Özellikle erkekler ve gençler şikâyetlerini aşağılanma ve utanç duygularından dolayı bildirmek istemezler ya da bunları ruhsal bir sorun olarak görmezler.² Olgumuzda olduğu gibi bu tür vakalar bu sebeple de geç tanı alıyor olabilirler.

BDB'nin toplumsal, mesleki ve ailesel yaşam alanlarında ciddi işlevsellik kayıplarına yol açtığı bildirilmiştir.^{16,17} Olgumuzda da ağzından yayıldığını düşündüğü kokunun etrafı rahatsız etmemesi için okula gitmemesi nedeniyle devamsızlıktan sınıfta kalacak kadar bir işlevsellik kaybı söz konusudur.

Daha önce yapılan çalışmalar sonucunda bildirilen BDB ve depresyon birlikteliğinin sıklığı bilgisi ile uyumlu olarak bizim olgumuzda da BDB-depresyon komorbiditesi mevcuttu⁶ Hamilton depresyon puanı 16 olan olgumuzun orta düzeyde bir depresyonu vardı. BDB ile depresyon komorbiditesinin sıklığının nedeni olgumuzda olduğu gibi işlevsellik kaybının neden olduğu sekonder bir depresyon olabilir.

BDB, somatoform bozukluklar içinde sınıflandırılmasına rağmen, obsesif kompulsif bozukluklarla ilişkisinden dolayı DSM-IV'te anksiyete bozuklukları bölümüne alınması önerilmişti.⁵ BDB sınıflamasındaki bu karmaşıklığın sebebi düşünce içeriğinin obsesyondan sanrı düzeyine kadar farklı spektrumda yer alması ve farklı olgularda farklı tedavilere yanıt vermesi olabilir.

BDB tedavisinde ilaç tedavisi ve davranışçı bilişsel psikoterapinin birlikte uygulanması önerilmektedir. Bu bozuklukda seçici seratonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) yüksek dozlarda etkili olduğunu gösteren az sayıda plasebo ve ilaç kontrollü çalışma bulunmaktadır. Elbozan ve arkadaşlarının bildirdiği bir beden dismorfik bozukluğu vakasında araştırmacılar olgularının düşük doz risperidondan fayda gördüğünü belirtmişlerdi.¹⁸ Yine yakın zamanda, antipsikotik ile başarılı bir şekilde tedavi edilen delüzyonel bozukluk somatik tip yada beden dismorfik bozukluğu şeklinde bir olgu bildirilmiştir¹⁹ Bizim olgumuzun da tanı sırasında işlevselliğin genel değerlendirilmesi ölçeğine¹ göre %40 olan işlevselliği, fluoksetin 40 mg ve risperidon 2 mg tedavisinden 4 hafta sonra %60'a çıkmıştır. Klinik global izlem ölçeğine göre ise tedavi başındaki 11 puandan 5 puana gerileme şeklinde bir düzelme gözlenmiştir. MHP'de düşüncesinin sanrıya daha yakın

Almış ve ark

olması nedeniyle yüksek doz antidepresan tedavisine düşük doz antipsikotik eklenmesi tedavide etkili olabilir. Tedavi seçiminde hastanın tanısından ziyade hasta özelliklerinin, hastalık kliniğinin ve düşünce içeriğinin sanrı düzeyinde olup olmamasının göz önünde bulundurulması gerektiği kanaatindeyiz.

MHP'nin nadir görülmesi nedeniyle gelecekteki araştırmalarda MHP konusunda olgu serilerinin ve tedavi sonuçlarının bildirilmesi bu bozukluğun anlaşılması konusunda yol gösterici olacaktır.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edn, Text Revision. Washington: American Psychiatric Association 2000.
2. Aşkın R. Vücut dismorfik bozukluğu. Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu E, Güleç C, ed. Ankara, HYB basım yayım (2. Baskı), 2007; 390-2.
3. Aşkın R. Vücut Dismorfik Bozukluğu: 9 olgu. Türk Psikiyatri Dergisi 1994; 1: 45-51.
4. Veale D, Boocock A, Gournay K, et al. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. Br J Psychiatry 1996; 169: 196-201.
5. Phillips KA, Gunderson CG, Mallya G. A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1998; 59: 568-75.
6. Aşkın R, Çilli AS. Ayaktan psikiyatrik hastalarda vücut dismorfik bozukluğu, tanı, yaşam boyu başka ruhsal hastalık varlığı, demografik ve klinik özellikler. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13:187.
7. Öztürk O. Nevrotik, Stresle ilgili ve Somatoform Bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Öztürk O, ed. Ankara, Tuna Matbaacılık San.ve Tic. A.Ş. (11. Baskı), 2008; 512-37.
8. Sayar K, Işık H. Somatoform Bozukluklar. Güncel Klinik Psikiyatri. Işık E, Taner E, Işık U, ed. Ankara, Golden Print Matbaası (2. Baskı), 2008; 271-85.
9. Munro A, Stewart M. Body dysmorphic disorder and the DSM-IV: THA demise of dysmorphobia. Can J Psychiatry 1991; 36: 91-6.
10. Phillips KA, Taub SL. Skin picking as a symptoms of body dysmorphic disorder. Psychopharmacol Bull 1995; 31: 279-88.
11. Munro A. Paranoid(delusional) disorders: DSM-III-R and beyond. Compr Psychiatry 1987; 28: 35.
12. Munro A. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. Br J Psychiatry 1988; 153: 37-40.
13. Andreasen NC, Black DW. Somatoform, dissociative and related disorders. Introductory Textbook of Psychiatry. Washington. D.D: American Psychiatric Press 2006.
14. Mancuso SG, Knoesen NP, Castle DJ. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder. Comprehensive Psychiatry 2010; 51: 177-82.
15. Grant JE, Phillips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. Ann Clin Psychiatry 2005; 17: 205-10.
16. Phillips KA. Body dysmorphic disorder : THA distress of imagined ugliness. Am J Psychiatry 1991; 148: 1138-49.
17. Andreasen NC, Bardach J. Dysmorphophobia: symptom or disease? Am J Psychiatry 1977; 134: 673-75.
18. Elbozan B, Karlıdağ R, Ünal S. Beden dismorfik bozukluğu: Risperidon kullanılan bir olgu. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4: 237-42.
19. Issa BA. Delüsyonel disorder-somatik type (or body dysmorphic disorder) and schizophrenia: a case report. Afr J Psychiatry 2010; 13: 61-3.

İletişim Adresi: Dr. Behice HAN ALMIŞ

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,
Malatya
Tlf: 04223410660 (Dahili:5408)
Cep: 05055724595
Fax: 04223410728
e- mail: dr.behice@hotmail.com