

Olgu Sunumu
Beden Dismorfik Bozukluğu Olan İki Hastada Tedavi Niyetine Madde Kullanımı: Olgu Sunumu

Case Report
Substance Abuse As Self Medication in Two Patients with Body Dysmorphic Disorders: Case Presentations

Emel KOYUNCU KÜTÜK¹, Mustafa ÇELİK², Hilmiye Nesrin DİLBAZ³

¹Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adıyaman

²Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Adıyaman

³Üsküdar Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul

Özet

Madde kullanım bozuklukları beden dismorfik bozukluğu olan hastalarda sık görülen ek tanılar arasında yer almaktadır. İki hastalığın bu şekildeki yüksek birlikteliği ortak bir etiyolojiyi ya da beden dismorfik bozukluk hastalarında tedavi niyetine madde kullanımını akla getirmektedir. Bu yazıda beden dismorfik bozukluğu belirtileri arttıktan sonra madde kullanımı başlayan ve şiddeti giderek artan iki olgu sunulmakta ve bu vakalar ışığında tedavi niyetine madde kullanımı kavramı tartışılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Beden dismorfik bozukluğu, madde kullanımı bozukluğu, esrar kötüye kullanımı

Abstract

Substance use disorders are common comorbidities in body dysmorphic disorder. Such high rate of co-occurrence suggests a common etiology or use of substances for self medication. In this paper two cases whose substance use disorder started after increase in body dysmorphic disorder symptoms are presented and in light of these cases self medication hypothesis is discussed

Keywords: Body disorder, substance use disorder, cannabis abuse

Adıyaman Üniv Sağlık Bilim Derg, 2015; 1(1):1-4

Yazışma Adresi: Yrd. Doç. Dr. Mustafa Çelik,
Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Turgut Reis Mahallesi, 02200, Merkez, Adıyaman.
E-posta: mustacelik@yahoo.com
Tel: 0505 517 83 57

Giriş

Beden dismorfik bozukluğu ilk olarak 1891'de İtalyan hekim Enrico Morselli tarafından tanımlanmıştır (1). Yazar tarafından dismorfofobi olarak tanımlanan rahatsızlık DSM-V'te beden dismorfik bozukluğu (BDB) olarak adlandırılmıştır (2). BDB'nin en önemli özelliği kişinin var olduğunu düşündüğü ya da hafif düzeyde var olan bir bedensel kusuru veya bedensel işlevi ile aşırı bir uğraşı içinde olmasıdır (3).

BDB ile ilgili araştırmalar son 20 yıl içinde artmıştır ve bu araştırmaların üzerinde durduğu bir konu da BDB'ye eşlik eden birinci ve ikinci eksen psikiyatrik bozukluklardır (4). Majör depresif bozukluk araştırmalarında bulunan en sık ek tanı olmuş ve BDB hastalarında yaşam boyu yaygınlığı %82 kadar yüksek bulunmuştur (5). Madde kullanım bozuklukları (MKB) da BDB hastalarında sık görülen ek tanılardır (4, 5). Gunstad ve arkadaşları BDB hastalarında MKB yaygınlığını %30 bulurken (6) Grant ve arkadaşları (4) %48.9 MKB ek tanısı bildirmiştir. Bu yüksek oran ortak bir etiyojiye bağlı olabileceği gibi hastaların tedavi niyetine madde kullanmasından da kaynaklanabilir. Diğer yandan MKB olan hastalarda BDB ek tanısı da yüksektir. Grant ve arkadaşları (7) 34 MKB hastasını inceledikleri çalışmada %26.5'inde BDB ektanısı bulmuşlardır.

Bu yazıda tedavi niyetine madde kullanımı olan iki BDB olgusu sunulmaktadır.

Olguların Sunumu

Olgu 1

Yirmidört yaşında, bekar, lise mezunu, işsiz, yurtdışında yaşayan erkek hasta yakınları eşliğinde, kendi isteğiyle Ankara AMATEM Polikliniği'ne başvurdu. Başvuru sırasında eklem ve kemik ağrıları, burun akıntısı, uykusuzluk yakınmaları mevcuttu.

Hastanın bedeni ile aşırı uğraşısı, ilk kez 12 yaşında iken, kollarının yaşlılarına göre zayıf ve güçsüz olduğuna dair inancı ile başlamış. Bu nedenle arkadaş ortamlarında bulunmaktan kaçınmaya başlayan hasta, yine bu dönemde, okul arkadaşlarının vasıtasıyla, ilk defa esrar kullanmayı denemiş. Esrar aldığı anda, görünümüyle ilgili kaygılarının azaldığını fark etmesi üzerine kullanmaya devam etmiş. Esrarı hemen her gün, 2-3 sarma sigaranın arasına karıştırarak kullanıyordu. Okul başarısında önemli düşüş yaşamaya başlayan hastada, bir süre sonra, esrara ayda iki üç kez birkaç bira şeklinde aralıklı alkol alımı eklenmiş. Ondört yaşında fiziksel görünümüyle ilgili yakınmalarına çene yapısının bozuk olduğu, alt dişlerinin üst dişlerinin üzerinde olduğu şeklinde yakınmalar eklenmiş. Esrar ve alkol alımı devam eden hasta, bu dönemde ekstazi kullanmaya başlamış. Kullanımı giderek günde bir taneden dört-beş taneye artıran hasta ekstazi aldıkça kilo verdiğini, özellikle kollarının giderek incelendiğini fark etmiş. Bu nedenle ekstazi kullanımını altı ay sonra sonlandıran hastanın günlük esrar ve aralıklı alkol alımı devam etmiş. Normalde üç yıl olan lise öğrenimini beş yılda zorlukla bi-

tirdikten sonra üniversiteye devam etmiş ancak 20 yaşında iken öğrenimini yarıda bırakarak özel bir şirkette çalışmaya başlamış. Bedensel görünümüyle ilgili endişeleri işyerinde de devam etmiş. Masasının pozisyonunu yüzü duvara dönük oturacağı şekilde ayarlıyordu. Kamera görüntüsünde yer almamak için büyük gayret sarf ediyor, dişleri nedeniyle gülemiyor, insanlar bu nedenle kendisini soğuk ve mesafeli buluyordu. Çalışanlar aralarında konuşup güldüklerinde kendisinin görünümüyle ilgili konuştuklarını düşünüyordu. Bu dönemde esrar kullanımı artmış, almadığında sinirlilik, huzursuzluk oluyor, esrar aldığı anda yakınmaları geçiyordu.

Aynı dönemde internette tıp merkezlerini araştırmış. Pek çok plastik cerrah ve diş hekimi ile bağlantı kurmuş. Başvuruda bulunduğu tüm doktorlar tarafından medikal müdahaleye gerek olmadığı vurgulanmış, psikiyatriye başvurması önerilmiş.

Görünümüyle ilgili kaygıları nedeniyle iki yıl sonra işi bırakmış. Bir yıl daha alkol alımını sürdürdükten sonra alkolün çene yapısını bozduğunu düşünerek alkol almaya sonlandırmış. Kısa süre sonra da esrar alımına 1gr/gün eroin kullanımı eklenmiş. Önce burun yolu ile inhale ederken son 8 aydır damar yolu ile kullanmaya başlamış. Giderek miktarı artıran hasta, son dönemde tüm gününü madde etkisinde geçiriyor, ailesinin tepkisine rağmen kullanmayı sürdürüyor. Ankara AMATEM polikliniğine başvurduğunda; 1 haftadır madde kullanımı olmayan hastanın kemik ağrıları, burun akıntısı, uykusuzluk, karın ağrısı, iştahsızlık yakınmaları mevcuttu. Yatışının ilk günü opioid yoksunluk belirtileri gözlenen hastanın belirtilerine yönelik ketiapin 300mg/gün, gabapentin 800mg/gün, analjezik, antidiyareik, dekonjestan tedavi düzenlendi. Rutin laboratuvar tetkikleri (CBC, rutin biyokimya, tiroid testleri, VitB12, folik asit, serolojik testler) beyin bilgisayarlı tomografisi (BT) ve elektroensefalografi (EEG) normal sınırlardaydı. Hastanın bireysel görüşmeleri ve grup psikoterapileri planlandı. Kesilme belirtileri azalan hasta yatışının ilk haftasında kendi isteğiyle tedavisini erken sonlandırdı ve ayakta takibi planlanarak çıkışı yapıldı.

Olgu 2:

27 yaşında, erkek, bekar, üniversite öğrencisi, annesiyle birlikte Ankara'da yaşıyor. Yakını eşliğinde kendi isteğiyle Ankara AMATEM Polikliniği'ne başvuran hastanın huzursuzluk, titreme, uykusuzluk, sinirlilik yakınmaları mevcuttu.

Hastanın bedeni ile aşırı uğraşısı, yedi yıl önce, üniversite birinci sınıfta okuduğu dönemde başlamış. Daha önce hiç kız arkadaşı olmayan hasta, bu durumu kızların onun fiziksel görünümünü beğenmedikleri yönünde yorumlamaya başlamış. Okulda kız arkadaşlarının sohbetlerine dikkat kesiliyor gerek okul ortamında, gerek sokakta yürürken kızlar tarafından beğenildiğini düşündüğü erkeklerin özelliklerini inceliyordu. Daha sonra kendi yüzünde çeşitli

Kütük ve ark.

ölçümler yapmış ve kafatasının normalden büyük, alnının açık, gözlerinin göz çukuruna fazlaca girinti yapıyor olduğu, çenesinin çok küçük ve geride olduğu, kulaklarının çok büyük olduğu gibi sonuçlara varmış. Bu nedenle bulunduğu her ortamda yüzünü gizlemeye çalışmaya, derslerde oturmak için arka sıraları seçmeye, arkadaş ortamlarında bulunmaktan kaçınmaya başlamış.

Zamanla bedensel uğraşları çenesine odaklanmış. Çenesini gizlemek için sakal bırakıyor, sıklıkla karanlık bastığında dışarı çıkabiliyormuş. Sınıf arkadaşlarının kendi aralarında konuştuklarında çenesinden bahsettiklerini düşünmeye, bu nedenle derslerine, hatta sınavlarına girmemeye başlamış. Bu dönemde okul başarısı çok gerileyen hasta, ailesinin karşı çıkmasına rağmen bir ortodontiste başvurup yaptığı ölçümlere dayanarak çenesinin kendi düşündüğü şekle getirilmesi için ameliyat edilmesini istemiş. Doktor tarafından ameliyat gerektirir durum olmadığı, psikiyatrik yardım alması önerilmesine rağmen ısrarlı tutumunu sürdürmüş, sonunda ameliyat yapılmış. Yapılan ameliyat sonrası kısa dönem kendini çok iyi hissetmiş, ancak bir süre sonra yeniden çenesiyle ilgili ölçümlere başlamış. Yaptığı bu ölçümlerin sonucunda; yapılan girişimin yetersiz olduğu kanaatine varmış, yeniden tedavi arayışlarına başlamış. Bu dönemde, iç sıkıntısı, uykusuzluk, hayattan zevk almama, huzursuzluk yakınmaları gelişmiş. Ortaokul yıllarından başlayarak alkol kullanan hasta önceleri ayda 2-3 kez birer bira alırken bu dönemde alkol kullanımını sıklaştırmış. Hemen her gün alkol alıyor ve günde 3-4 bira içiyormuş. Psikiyatriste başvuran hasta bedensel kaygılarını dile getirmemiş. Depresyon tanısı ile hastaya paroksetin 20 mg/gün ve alprazolam 1 mg/gün başlanmıştır. Dört ay kadar ilaçları düzenli kullanmış, bedensel kaygıları dahil diğer yakınmaları gerilemiş, doktor başvurusunda ilaçların kesilmesi önerilmiş. Bir yandan ortodontist başvuruları devam eden hastaya bir yıl sonra ameliyat planlanmıştır. İlaçlar kesildikten kısa bir süre sonra görünümüyle ilgili kaygılarının arttığını fark eden hasta, doktora danışmadan alprazolamı yeniden almaya başlamış. Zamanla kaygısının azalmadığı düşüncesiyle dozu arttırmaya başlamış. Bir yılın sonunda günde bir kutu (10 mg) alprazolam alıyormuş. Almadığında ise huzursuzluk, terleme, sinirlilik, uykusuzluk oluyormuş.

AMATEM polikliniğine başvurmadan iki hafta önce ameliyat olacağı için, alprazolamı kendiliğinden bırakmış ancak planlanan ameliyat gününde çenedeki eski ameliyattan kaynaklanan bir komplikasyon sebep gösterilerek girişim iptal edilmiş. Bu olay sonrası hayal kırıklığı yaşayan hasta sıkıntısını gidermek için tüm gün alkolle birlikte alprazolam almaya başlamış. Polikliniğe başvurduğunda 24 saatler alkol ve alprazolam almadığını ifade eden hastanın ellerinde titreme, sinirlilik, terleme, uykusuzluk yakınmaları mevcuttu. Hastada alkol ve benzodiazepin kötüye kullanımının eşlik ettiği beden dis-

morfik bozukluğu düşünülerek kliniğe yatırılı yapıldı. Yatışını takiben arındırma için diazepam 20mg/gün ve tiamin 100mg/gün tedavileri başlandı. Laboratuvar tetkikleri (hemogram, rutin biyokimya, tiroid testleri, VitB12, folik asit, serolojik testler), BT ve EEG normal sınırlardaydı. Diazepam dozu bir hafta içinde azaltılarak kesildi. Hastanın bireysel görüşmeleri ve grup psikoterapisi planlandı. Kesilme belirtileri azalan hasta yatışının ilk haftasında kendi isteğiyle tedavisini erken sonlandırdı ve ayakta takibi planlanarak çıkışı yapıldı.

Tartışma

Literatürde BDB ile MKB birlikteliğini araştıran bir (5) ve BDB'nin MKB dahil DSM IV birinci eksen bozukluklarıyla birlikteliğini araştıran bir (6) araştırma yazısı bulduk. Grant ve arkadaşlarının 'BDB + yaşam boyu (halen/geçmiş) madde kullanım bozukluğu' olan 176 hastayı incelediği çalışmada BDB hastalarında yaşam boyu madde kullanım bozukluğu oranı %48.9 bulunmuştur ve bu oran genel popülasyonda ve diğer psikiyatrik hastalıklarda rastlanandan dikkate değer ölçüde fazladır (5). Bu çalışmada en sık kötüye kullanılan maddeler alkol ve esrar olarak belirlenmiş ve hastaların %69'u BDB belirtilerinin madde kullanımı başlamadan önce ortaya çıktığını ifade etmiştir. Aynı çalışmada yaşam boyu madde kullanım bozukluğu olan hastaların %68'i BDB belirtilerinin madde kullanım bozukluğunun gelişmesine katkıda bulunduğunu belirtirken, %30'u madde kullanımının ana nedeninin BDB belirtileri olduğunu belirtmiştir. Bjornsson ve arkadaşlarının (7) BDB'nin başlangıç yaşına göre eşlik eden hastalıkları araştırdığı çalışmada erken başlayan hastalıkta madde kullanımı bozuklukları ek tanısının daha sık olduğu ve erken başlangıçlı BDB hastalarının %59'unda yaşam boyu herhangi bir madde kullanımı bozukluğu olduğu bildirilmiştir.

Edward Khantzian (8) tarafından ortaya atılan ve daha sonra güncellenen (9) tedavi niyetine madde kullanımı hipotezinde (self medication hypothesis) iki postülat öne sürülmektedir: psikiyatrik hastalığı olan kişilerde madde kullanımı hastaların algıladıkları stresi azaltmak için bir kendi kendini tedavi amacı taşımaktadır ve kullanılan madde o hastadaki psikiyatrik hastalığa özgüdür. Bu hipoteze göre örneğin depresyon hastalarında nikotin bağımlılığının artmış olması haz alma amacı taşıyan anksiyete bozukluğu olanlarda sedatif hipnotik bağımlılığı anksiyete düzeyini azaltmayı amaçlamaktadır.

Literatürde tedavi niyetine kullanımı destekleyen çok sayıda yayın bulunmaktadır. Psikiyatrik hastalığı olanlarda madde kullanım bozukluğu yaygınlığı normal popülasyondan yüksektir (10). Birçok çalışmada hastalar madde kullanım bozukluklarının psikiyatrik hastalığın başlangıcından sonra ortaya çıktığını belirtmiştir ve madde kullanımını psikiyatrik hastalıkla ilişkilendirmişlerdir (5,11).

BDB'de algılanan stres düzeyleri normal popülasyondan yüksek olduğu gibi romatoid artrit ve premenstrüel sendrom

Kütük ve ark.

gibi medikal ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıklardan da yüksek bulunmuştur (12). Bir başka çalışmada ise BDB hastalarında mental sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ABD toplum normlarından düşük olduğu gibi tip II diyabet, depresyon ya da yakın zamanda miyokard enfarktı olan hastalardan da düşük bulunmuştur (13). Böyle bir hastalıkta madde kullanımının artmış olması tedavi niyetine kullanımı akla getirmektedir.

Sunulan her iki olguda da sedatif hipnotiklerin kötüye kullanılmış olması BDB’de algılanan yüksek düzeyde stres ve kaygı düzeyleri dikkate alındığında tedavi niyetine kullanımı desteklemektedir. Her iki hastada madde kullanımı başlangıcından önce BDB belirtilerinin başlamış olması ve hastaların BDB belirtilerinin kendilerini madde kullanmaya iten ana nedenler olduğunu belirtmesi de literatürü destekler niteliktedir.

BDB ile birlikte görülen madde kullanım bozukluğunda uygun tedavi seçeneğine yönelik araştırmaya literatür taramamızda rastlayamadık. Birlikte olduklarında hastalıklardan biri diğerinin tedavisini dirençli kılabilmektedir. İki hastalıktan yalnızca birinin tedavisi, özellikle biri diğerinin nedeni durumunda olduğunda etkin olamamaktadır. Diğer yandan BDB’nin etkin tedavisiyle kaygı ve stresin azaltılması MKB tedavisini kolaylaştırabilir. Bu konuda yapılacak çalışmalar tedavi niyetine madde kullanımı hipotezinin test edilmesi açısından da önemli olacaktır.

Kaynaklar:

1. Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. Bolletino della *R Accademia di Genova* 1891; 6:110-119.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. baskı (DSM-IV), Washington DC. *American Psychiatric Press*, 2013.
3. Sungur MZ. Beden Dismorfik Bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası* 1999; 1:19-22.
4. Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA. Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66(3): 309-16
5. Phillips KA, Diaz S. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:570-577.
6. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2003; 44:270-276.
7. Bjornsson AS, Didie ER, Grant JE, Menard W, Stalker E, Katherine AP. Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2013, 54(7): 893-903.
8. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 1985; 142(11):1259-1264.
9. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Rev Psychiatry* 1997; 4(5):287-289.
10. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6):593-602.
11. Morrissey ER, Schuckit MA. Stressful life events and alcohol problems among women seen at a detoxification center. *J Stud Alcohol* 1978; 39:1559-1576.
12. DeMarco LM, Li LC, Phillips KA et al. Perceived stress in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:724-6.
13. Phillips KA. Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:170-175.