

Ayaktan Psikiyatrik Hastalarda Vücut Dismorfik Bozukluğu: Tanı, Yaşam Boyu Başka Ruhsal Hastalık Varlığı, Demografik ve Klinik Özellikler

Dr. Rüstem AŞKIN¹, Dr. Ali Savaş ÇİLLİ²

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada vücut dismorfik bozukluğu olan (VDB) 47 hasta klinik, demografik özellikleri ve yaşam boyu geçirdikleri başka ruhsal hastalıklar açısından incelenmiştir.

Yöntem: Beş yıllık bir dönemde psikiyatrik muayene için başvuran 4768 hastanın kayıtları gözden geçirildi. VDB tanısı alan 54 hasta tespit edilerek ayrıntılı yeniden değerlendirme için davet edildi. Toplam 47 hastaya (E:K=26:21) DSM-IV ölçütlerine göre VDB tanısı, SCID-I ile yaşam boyu diğer psikiyatrik bozukluk tanıları kondu.

Bulgular: VDB olan hastaların yaş ortalamaları 23.1 ± 5.5 ve hastalığın ortalama başlama yaşı 17.6 ± 2.4 yıl olarak bulundu. Yüz (%27.7) ve burun (%25.5) en yaygın kaygı bölgeleri olup, onları saç kaybı/cansızlığı, bacak/diz, el ve bedensel zayıflık izledi. Obsesif-kompulsif bozukluk (%31.9), majör depresyon (%21.3) ve sosyal fobi (%17.0) en sık bulunan yaşam boyu birinci eksen DSM-IV tanıları idi. On bir hasta (%23.4) alınganlık düşüncelerine ve 9 hasta (%19.1) kusurlu organ veya alınganlık sanrılarına sahip bulundu. Dört hasta (%8.5) intihar girişiminde bulunmuştu.

Sonuç: Bulgularımız VDB'nun obsesif kompulsif bozuklukla eşhastalanma özellikleri ve belirti yapısı açısından benzerlik gösterdiğini, yine VDB'nun psikotik alt tipinin bulunduğunu düşündürmektedir. İncelediğimiz Türk nüfusundaki VDB hastalarının düşük intihar girişimi dışında Batı'daki yayınlarda belirtilenlere benzer klinik özelliklere sahip olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Vücut dismorfik bozukluğu, eşhastalanma, tanı, klinik özellikler, ayaktan hastalar, obsesif-kompulsif bozukluk

SUMMARY: Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: diagnosis, other psychiatric diagnosis, demographic and clinical correlates

Objective: We assessed the clinical and demographic properties and comorbidity of 47 patients with body dysmorphic disorder (BDD).

Method: Fifty-four patients with BDD among 4768 consecutive outpatients over a 5-year period were reviewed and invited for comprehensive re-examination. A total 47 patients (male female= 26:21) were rediagnosed according to DSM-IV criteria for BDD and comorbid lifetime psychiatric disorders using SCID-I.

Results: The mean age of BDD patients was 23.1 ± 5.5 years and the mean age at onset of BDD was 17.6 ± 2.4 years. The face (27.7%) and nose (25.5%) were the most common areas of concern, followed by hair loss/thinning, legs/knees, hands, and thinness. Obsessive-compulsive disorder (31.9%), major depression (21.3%), and social phobia (17.0%) were the most frequent additional lifetime DSM-IV diagnoses. Eleven patients (23.4%) had ideas of reference and 9 patients (19.1%) had delusions of deformity or reference. Four patients (8.5%) had made suicide attempts.

Conclusion: BDD may be related to obsessive-compulsive disorder in several aspects, including patterns of comorbidity and symptom profile. These findings also support the idea that BDD has a psychotic subtype that is closely related to the primary disorder. BDD patients among the Turkish population have a symptom profile similar to those in western countries except for lower suicide attempts.

Key Words: Comorbidity, diagnosis, outpatient, obsessive-compulsive disorder

¹Prof., ²Yrd. Doç., Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fak., Psikiyatri AD., Konya.

GİRİŞ

Vücut dismorfik bozukluğunun (VDB) temel özelliği, görünümdeki hayali veya hafif bir fiziksel kusurla ilişkili yoğun zihinsel uğraşıdır. Bu bozukluk DSM-III-R ile ayrı bir ruhsal bozukluk olarak kabul edilmiştir (American Psychiatric Association, 1987). VDB görüldüğü kadarıyla ayaktan hasta nüfusunda seyrek ve günlük ruhsal değerlendirmelerde nadiren tanınır (Zimmerman ve Mattia 1998). Yaygınlığı konusunda kesin bilgiler olmamakla birlikte Hollander ve Wong'a (1995) göre olası yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %0.1-1'dir.

VDB genellikle ergenlik döneminde başlar ve yıllarca tanı konmadan kalabilir. Bu bozuklukta mesleki, sosyal ve cinsel ilişkilerden kaçınma yaygın olarak gözlenir. Ağır olgularda mesleki ve akademik yetersizlik yanında sosyal kaçınma, hastaları evden çıkamaz hale getirebilir. Depresyon ve intihar da VDB'nun sık görülen komplikasyonlarından (Hollander ve Aronowitz 1999, Phillips 1999).

VDB'nun somatoform bozukluk olarak sınıflandırılmakla birlikte obsesif-kompulsif bozuklukla (OKB) ilişkili olduğu öne sürülerek DSM-IV'te (American Psychiatric Association, 1994) anksiyete bozuklukları bölümüne alınması önerilmiştir (Phillips ve ark. 1997, Phillips ve ark. 1998). VDB'nda vücut kusurları ile uğraşma obsesif nitelik taşır; kompulsif türdeki davranışlar algılanan kusuru düzeltmeyi, maskeleyi veya tekrar tekrar incelemeyi amaçlar ve/veya kaçınma davranışları biçiminde kendini gösterir. Bedensel kusur düşünceleri genelde yüz ve kafa bölgesine odaklıdır; sıklıkla saçlar, gözler, kulaklar, burun, cilt ve genital organların biçimsizliği, küçüklüğü veya iriliğine ilişkindir (Rosen ve Ramirez 1998).

ICD-10'da VDB hipokondriyazisin bir türü olarak değerlendirilir. Yeme bozuklukları ve VDB temel özellikleri vücut imgesi olan iki tanıyı oluştururlar. Bununla birlikte, yeme bozukluğu nedeniyle yardım arayan çok az insan açıkça fizik görünüm endişesi taşır (World Health Organization 1992).

VDB hastaları, utanma veya aşağılanma dahil birçok nedenlerle kaygılarını büyük ölçüde saklarlar. Hekimler, hastalarını uygun sorularla ve özellikle sorgulamadıkça VDB'nun varlığından haberdar olmazlar. Plastik cerrahlar bu hastalardaki vücut imgesi kaygılarını saptamak ve onları

psikiyatriye yönlendirmek için uygun konumdadırlar (Sarwer ve ark. 1998). Görünümünü gizleme, yoğun kozmetik cerrahi, saç ektirme gibi güzelleşme çabaları, bu hastalar için tam aksine biçimsiz bir görünüme ve olumsuz sosyal eleştirilere neden olabilir (Rosen ve Ramirez 1998). Hastaların çoğu başkalarının kendilerindeki kusurlara özellikle dikkat ettiği, dolayısı ile kendilerine güldükleri, kendilerinden söz ettikleri biçiminde alinganlık düşüncelerine ya da sanrılarına sahiptirler (Phillips ve ark. 1993; Phillips ve ark. 1994). Kültürel kabuller ve değerler VDB belirtilerinin içeriğini etkileyebilir (Phillips ve Diaz 1997).

VDB ciddi yetiyitimine yol açan bir bozukluk olmasına karşın Türkiye'de büyük ölçüde ihmal edilmiştir. Ülkemizde bu bozuklukla ilgili ilk araştırma Aşkın (1994) tarafından yayınlanmıştır. Çalışmamızın amacı kliniğimize 5 yıllık bir dönemde başvuran hastalar içinde VDB tanısı konan 47 hastanın demografik özelliklerini, klinik belirtilerini, eşlik eden psikopatolojik özelliklerini ve yaşam boyu ruhsal hastalık geçirme oranlarını araştırmaktır.

YÖNTEM

Olgular

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde 1996-2000 yılları arasında öğretim üyelerine özel muayene amacıyla başvuran toplam 4768 hasta içinde DSM-IV tanı ölçütlerine göre VDB tanısı konan 54 hasta saptandı. Bu hastalar kapsamlı biçimde yeniden muayeneye tabi tutulmak üzere davet edildi. Hastaların üçü bulunamadı, ikisi çalışmaya katılmayı reddetti, ikisi ise VDB tanısı konusunda iki araştırmacı arasında uyum sağlanamadığı için çalışma dışı bırakıldı. Sonuçta toplam 47 hasta yeniden değerlendirildi.

Değerlendirme

İşlemler hastalara açıklandıktan sonra olurları alındı. Yaşam boyu eksen I tanıları DSM-IV kriterlerine göre SCID-I-CV (First ve ark. 1997, Özkürkçügil ve ark. 1999) ile yapılan görüşmelerle konulurken, SCID-I-CV içinde araştırılmayan VDB tanıları DSM-IV kriterlerine göre yapılan klinik görüşmelerle konuldu. VDB tanılarının değerlendiriciler arası güvenilirliği yüksek bulundu ($\kappa=0.913$, $p<0.01$). İki hastada VDB tanısı konusunda uzlaşma sağlanamadı (Bir hasta-

TABLO 1. Vücut Dismorfik Bozukluğu Olan 47 Hastanın Demografik Özellikleri, Hastalanma ve Başvuru Yaşları.

Özellik	n (%)
Cinsiyet	
Erkek	26 (%55.3)
Kadın	21 (%44.7)
Medeni durum	
Bekar	39 (%82.9)
Evli veya boşanmış	8 (%17.1)
Mesleki durum	
İşsiz	19 (%40.4)
Çalışıyor*	28 (%59.6)
Eğitim	
İlkokul	13 (%27.6)
Orta okul	6 (%12.8)
Lise	24 (%51.1)
Üniversite	4 (%8.5)
Yaş	Ort±SS (aralık)
Hastalığın başlama yaşı	23.1 ±5.5 (15-45)
Hekime başvurma yaşı	17.6±2.4 (11-24)
Hekime başvuru için geçen süre (yıl)	20.3± 3.9 (12-34)
	5.4±4.6 (0-22)

*Öğrenciler, ev kadını, tam gün ve yarım gün çalışanları içermektedir.

SS: Standart sapma, Ort: Aritmetik ortalama

da işlevsellikte belirgin azalma olup olmadığı, diğerinde ise saf sanrısız bozukluk olup olmadığına dair). Hastalar öne sürdükleri kusura tam olarak inanmakta iseler psikotik özellikli olarak değerlendirildiler.

Hastaların demografik verileri ile hastalığın başlama yaşı, hekime ilk başvuru yaşı, klinik belirtiler ve eşlik eden özelliklerini değerlendirmek için yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeği kullanıldı. Çoğu hasta (n=35, %76) pratisyen hekim, plastik cerrah veya cildiye uzmanları tarafından gönderilmişti. Bireylerin algıladıkları kusurun derecesi veya fiziksel kusur olup olmadığı araştırmacılar ve varsa gönderen hekim tarafından değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney-U testi ve ki-kare testi kullanıldı.

BULGULAR

Muayene edilmiş olan toplam 4768 hastanın yaklaşık %1'inde (47 hasta) VDB bulundu. Kırk-yedi hastanın 26'sı erkek (%55.3), 21'i kadındı (%44.7). VDB hastalarının ortalama yaşı 23.1±5.5 yıl (15-45 arası) ve VDB'nun ortalama başlama yaşı 17.6±2.4 yıl olarak bulundu. Hastalığın başlangıcından hekime başvurana kadar geçen sürenin ise ortalama 5.4±4.6 yıl olduğu bu-

lundu (en az 10 ay, en fazla 22 yıl). VDB hastalarının demografik özellikleri Tablo 1'de gösterildi.

Belirtiler

VDB belirtileri büyük ölçüde yüz (genel) ve burun bölgesi olmak üzere farklı vücut kısımlarına odaklı olarak saptandı. Hastaların %74.5'i (35 hasta) en az bir hayali yüz veya baş bölgesi kusuru bildirdiler. (çirkin veya kıllı yüz, akne, saç dökülmesi ya da zayıflığı, burun, kafa, göz, kulak, dudaklar, alın çene ve diş kusurları) (Tablo 2).

Hastalık dönemi boyunca 10 hasta (%21.3) sadece bir hayali kusur bildirirken 13 hasta (%27.7) iki, diğerleri (n= 23, %48.9) ise üç ya da daha çok sayıda hayali kusur bildiriyordu. Hastalardaki hayali kusur sayısı ortalama 2.8±1.5 (1-6 arası) olarak bulundu. Cinsiyete göre hayali kusur sayısında anlamlı farklılık bulunmadı (Erkek: 2.76±1.30, Kadın: 2.85±1.71, z= 0.102, p= 0.919). Sekiz hasta (17.0%) önemsiz derecede veya hastaların uğraştıkları hayali kusurlarla ilişkisi bulunmayan fizik anomaliler taşımaktaydı.

Eşlik eden özellik ve davranışlar

Yirmi dört hasta (%51.1) sık sık ayna veya caddelerdeki yansıtıcı yüzeylere ya da işyeri camlarına bakmak yoluyla hayali kusurlarını kontrol etmekteydiler (Tablo 3). On üç olguda (%27.7) bu davranış günlük 5-6 saatlik bir süreyi almaktaydı. Altısı dışında hastaların çoğu (%87.2) kaygı ve/veya inançlarının hayatlarını dayanılmaz yaptığıı bildirdiler.

Beş hasta (%10.6) yansıtıcı yüzeylerden kaçınıyor, 9 hasta (%19.1) yansıtıcı yüzeylere zaman zaman aşırı bakarken zaman zaman da şiddetle kaçınıyordu. Alınganlık düşünceleri veya sanrıları kimi hastalarda kendileri hakkında konuştuğunu düşündüğü bireylere ya da çirkinliklerinin suçlusu olarak gördükleri ana-babalarına karşı saldırganlığa yol açmaktaydı.

Birçok hasta arkadaşlık ilişkilerinde (n=5, %10.6), evliliklerinde (n=8, %17.0) ve mesleki yaşamlarında (n=6, %12.8) güçlükler yaşamaktaydı. On dört hasta (%29.8) kendilerini sosyal olarak soyutlamışlardı. Plastik cerrahi işlem için başvuran hasta sayısı ise 14 (%29.8) olarak bulundu. Biri vajinal diğeri ise kulak kepçesindeki şekil bozukluğu düşüncesi ile olmak üzere iki hasta (%4.3) ameliyat geçirmişti.

TABLO 2. Vücut Dismorfik Bozukluğu Olan 47 Hastanın Hayali Vücut Kusurlarının Yerleşimi.

Bölge	Erkek		Kadın		Toplam	
	n= 26	%	n= 21	%	n= 120*	%
Yüz (genel)	10	38.5	3	14.3	13	27.7
Burun	6	23.1	6	28.6	12	25.5
Saç kaybı/cansızlığı	6	23.1	4	19.0	10	21.3
Bacaklar/dizler	4	15.4	4	19.0	8	17.0
Eller	5	19.2	3	14.3	8	17.0
Zayıflık	5	19.2	3	14.3	8	17.0
Kıllanma (genel)	—	—	6	28.6	6	12.8
Gözler	4	15.4	2	9.5	6	12.8
Boy kısalığı	1	3.8	5	23.8	6	12.8
Kulaklar	3	11.5	3	14.3	6	12.8
Sivilce	2	7.7	3	14.3	5	10.6
Çene	3	11.5	2	9.5	5	10.6
Kafa	3	11.5	1	4.8	4	8.5
Genel vücut yapısı	3	11.5	—	—	3	6.4
Dişler	—	—	3	14.3	3	6.4
Yüzde kıllanma	—	—	2	9.5	2	4.3
Cilt	1	3.8	1	4.8	2	4.3
Omuzlar	—	—	2	9.5	2	4.3
Göğüsler	—	—	2	9.5	2	4.3
Dudaklar	—	—	2	9.5	2	4.3
Penis	2	7.7	—	—	2	4.3
Boy uzunluğu	1	3.8	—	—	1	2.1
Ense	1	3.8	—	—	1	2.1
Vajina	—	—	1	4.8	1	2.1
Alın	1	3.8	—	—	1	2.1
Kollar	—	—	1	4.8	1	2.1

*Çoğu hastada birden fazla hayali vücut kusuru olduğu için toplam, hasta sayısından yüksektir.

Yaşam boyu DSM-IV Eksen I tanıları

Otuz beş hasta (%74.5) DSM-IV ölçütlerine göre en az bir diğer eksen I bozukluk tanısını karşılamıştır (Tablo 4). Yirmi hasta (%42.6) ek olarak sadece bir eksen I tanısı alırken, 11 hasta (%23.4) iki, 4 hasta (%8.5) ise üç ya da daha çok yaşam boyu ek tanıları almıştır. Yaşam boyu en sık geçirilen ruhsal bozukluklar OKB (n=15, %31.9) ve majör depresyon (n= 10, %21.3) olarak bulundu. Dokuz olgu (%19.1) aynı zamanda somatik alt tipli sanrısız bozukluk tanısını karşıladı. Başka ruhsal hastalık tanıları yönünden kadın ve erkekler arasında istatistiksel farklılık bulunmadı (Erkek: %69.2, Kadın: %81, p=0.359). VDB'nun başlama yaşının 7 hastada majör depresyonun başlama yaşından önce (ortalama 4 yıl), 2 hastada eşzamanlı ve 1 hastada (8 yıl) daha geç olduğu görüldü. Öte yandan VDB'nun başlama yaşının üç hastada OKB'nun başlamasından önce (ortalama 2 yıl), dört hastada eşzamanlı ve 12 hastada OKB'tan sonra olduğu (ortalama 3 yıl) saptandı. Diğer sık karşılaşılan yaşam boyu tanıları sosyal fobi (n=8, %17.0), özgül fobi (n=6, %12.8) ve distimi (n=5, %10.6) idi.

Tedavi Öyküsü

On bir hasta (%23.4) yatarak tedavi görmüş, bir hasta EKT tedavisi almıştı. Hastalar toplam 65 farklı farmakolojik tedavi almıştı. Otuz üç hasta (%70.2) sadece bir, dokuz hasta (%19.1) iki ve diğerleri (%10.7) üç ya da daha çok ilaç tedavisine tabi tutulmuştu. Toplam 65 tedavi uygulamasının 10'u (%15.4) kombine ilaç tedavileri biçimindeydi. Klomipramin (n=15, %31.9), fluoksetin (n=15, %31.9) ve haloperidol (n=12, %25.5) en sık önerilen ilaçlardı.

TARTIŞMA

Bu çalışma bildiğimiz kadarıyla Türkiye'de VDB'nun demografik özellikleri, kliniği ve ilişkili psikopatolojisi ile ilgili en geniş olgu serisidir. Bulgularımız VDB'nun OKB (%31.9), majör depresyon (%21.3) ve sosyal fobi (%17.0) ile diğer ruhsal bozukluklara göre daha sık birlikte gözlemlendiği yönündeki bulgularla uyumaktadır (Brawman Mintzer ve ark. 1995; Aşkın 1994; Phillips ve ark. 1998; Türksoy ve ark. 2000; Çalkuğu ve ark. 1997). Türk nüfusunda, Çalkuğu ve

TABLO 3. Vücut Dismorfik Bozukluğu Olan 47 Hastanın Eşlik Eden Özellik ve Davranışları.

Eşlik eden özellik	Erkek n= 26 %	Kadın n= 21 %	Toplam n= 47 %
Yoğun aynaya bakma	14 53.8	10 47.6	24 51.1
Görünümü hakkında sık soru sorma	6 23.1	12 57.1	18 38.3
Görünümünü gizleme	12 46.2	6 28.6	18 38.3
Sosyal izolasyon	8 30.8	6 28.6	14 29.8
İntihar düşüncesi	6 23.1	10 47.6	16 34.0
Referans fikirleri	9 34.6	2 9.5	11 23.4
Saldırganlık	2 7.7	5 23.8	7 14.9
Deformite veya referans hezeyanları	3 11.5	6 28.6	9 19.1
Mesleki kaçınma	3 11.5	3 14.3	6 12.8
Evlilik sorunları	6 23.1	2 9.5	8 17.0
Yansıtıcı yüzeylerden kaçınma	3 11.5	2 9.5	5 10.6
Arkadaş edinememe	3 11.5	2 9.5	5 10.6
İntihar girişimi	4 15.4	— —	4 8.5
Çirkinliğine neden olarak ailesini suçlama	3 11.5	6 28.6	1 2.1

arkadaşları (1997) 13 VDB olgusunda OKB (%69), majör depresif bozukluk (%46) ve sosyal fobi (%23); benzer şekilde Türksoy ve arkadaşları (2000) 19 olguluk serilerinde OKB (%58), majör depresyon (%53) ve sosyal fobi (%32), bizim oranlarımızdan daha yüksek olmakla birlikte, en sık geçirilen ruhsal bozukluklar olarak bildirmişlerdir.

Öte yandan yabancı araştırmalarda Phillips ve arkadaşları (1993, 1995) ve McElroy ve arkadaşları (1993) daha geniş sayıdaki VDB serilerinde yaşam boyu OKB, majör depresyon ve sosyal fobi ek tanısını sırasıyla %28-37, %32-83 ve %35-50 oranları arasında bulmuşlardır. Bu daha çok hasta içeren olgu serilerinde OKB oranları bizim bulgumuza daha yakın görünmektedir. Ancak aynı çalışmalarda majör depresyon en sık ruhsal bozukluk olarak görülmesine karşın, bizim bulgularımız da dahil olmak üzere Türk nüfusunda yapılan araştırmalarda en sık OKB'un bulunması dikkati çeken bir bulgudur.

Ayrıca VDB'na eşlik eden en sık özelliklerden olan ve yoğun tekrarlayıcılık niteliği taşıyan aşırı aynaya bakma, güvence arama, kimi zaman da yansıtıcı yüzeylerden kaçınma davranışları kompulsiyon niteliği taşımaktadır. Sonuçta her iki gruptaki hastalar da düşüncelerini, "istem dışı, rahatsız edici, yineleyici ve sürekli" olarak yaşamaktadırlar. Yine her iki grup hastalarda zaman zaman içgörü ortadan kalkabilmektedir. VDB için de OKB'ta olduğu gibi "zayıf içgörü" bir alt tipten söz edilebilir. Bütün bunlar iki hastalık arasında ilişki olabileceği ve VDB'nun obsesif

kompulsif spektrum içinde olduğu hipotezini destekler yöndedir. Bu hipotez sadece belirtilerdeki açık benzerliklere değil tedavi, başka ruhsal hastalık varlığı ve aile öyküsü gibi diğer değişkenlere ait bulgulara da dayanmaktadır (Hollander ve ark. 1989, Garfinkel 1992, Phillips ve ark. 1993, McElroy ve ark. 1993).

Hastalar görüşleri ile zihinsel uğraşlarını genellikle "takıntı" olarak tanımlamakta ve VDB hastalarına zaman zaman yanlışlıkla OKB tanısı konabilmektedir (Phillips ve ark. 1995). Araştırmalar VDB'nun OKB hastalarında yüksek oranda gözlemlendiğini bildirmektedir (Phillips ve ark. 1993; Brawman Mintzer ve ark. 1995; Simeon ve ark. 1995; Phillips ve ark. 1998; Hollander ve ark. 1989). OKB hastalarında VDB %8-37 bulunmuştur (Brawman Mentzer ve ark. 1995; Hollander ve ark. 1993). Majör depresyon hastalarında ise VDB %0-13.8 arasında bulunmuştur ki, bu oran OKB hastalarındaki VDB oranına göre çok daha düşüktür (Brawman Mintzer ve ark. 1995; Phillips ve ark. 1996). Öte yandan veriler VDB ve OKB'un aynı bozukluk olmadığını da göstermektedir. Bu bozukluklar hem araştırma hem de klinik ortamda ayırt edilmelidir (Phillips ve ark. 1995). Görüldüğü kadarıyla VDB sosyal fobi ve hipokondriyazis de ortak bazı özellikleri paylaşmakla birlikte VDB ve OKB arasındaki benzerlik daha güçlüdür.

VDB dar anlamda bir obsesif kompulsif spektrum bozukluğu olarak kavramlaştırılırken, geniş anlamda da afektif spektrum bozukluğu içinde olduğu öne sürülmüştür (Phillips ve ark.

TABLO 4. Vücut Dismorfik Bozukluklu 47 Hastanın Yaşam Boyu DSM-IV Tanıları.

DSM-IV Tanıları	Erkek		Kadın		Toplam	
	n= 26	%	n= 21	%	n= 47	%
Duygudurum bozuklukları						
Majör depresyon	7	26.9	3	14.3	10	21.3
Distimi	4	15.4	1	4.8	5	10.6
Sanrısız bozukluk, somatik tip	3	11.5	6	28.6	9	19.1
Anksiyete bozuklukları						
Obsesif-kompulsif bozukluk	7	26.9	10	47.6	15	31.9
Sosyal fobi	5	19.2	3	14.3	8	17.0
Basit fobi	2	7.7	4	19.0	6	12.8
Travma sonrası stres bozukluğu	1	3.8	–	–	1	2.1
Genelleşmiş anksiyete bozukluğu	1	3.8	1	4.8	2	4.3
Somatizasyon bozukluğu	–	–	2	9.5	2	4.3
Alkol bağımlılığı	2	7.7	–	–	2	4.3

*Yalnızca halihazırdaki distimi SCID-I ile değerlendirilmektedir.

1995). Bu bozukluk sıklıkla depresyonla birlikte ve depresyonla ilişkili olabilir, ancak VDB’nu depresyonun basit bir belirtisi olarak açıklamak doğru değildir. Depresif hastalar sıklıkla depresif dönemlerinde görünümüne odaklanma yerine tam tersine nasıl göründükleriyle daha az ilgilenir hatta bakımlarını ihmal ederler (Phillips 1999). Bizim bulgularımız VDB’nun majör depresyondan daha erken başladığı yönündedir. Aslında bizim depresyon saptadığımız çoğu olgu VDB’na ikincil olarak gelişmiştir.

Hastalarımızın yaklaşık %19’unun sanrılı olması VDB’nun psikotik alt tipi olduğu düşüncesini de desteklemektedir. Bazı yazarlar VDB belirtilerinin aşırı yüklü düşüncelerden açık sanrılara uzanan bir sürekliliği yansıttığı fikrindedirler (McElroy ve ark. 1993, McKay ve ark. 1997). DSM-IV’e göre sanrılı VDB hastaları hem sanrısız bozukluk hem de VDB tanısı alabilirler (American Psychiatric Association 1994).

Olgularımızda kadın/erkek oranı (1/1.2) çoğu yayında bildirilen oranlarla uyumludur (Phillips ve ark. 1993; Phillips ve ark. 1994; Phillips ve Diaz 1997; Türksoy ve ark. 2000). Verilerimiz ayrıca VDB’nun sıklıkla kronik seyirli olduğunu ve genellikle ergenlik döneminde başladığını düşündürmektedir. Tablo 2’de görüldüğü gibi, endişe edilen vücut alanları Batı’daki araştırmalarda bulunanlardan önemli farklılıklar göstermemektedir (McElroy ve ark. 1993; Phillips ve ark. 1993; Phillips ve ark. 1994; Simeon ve ark. 1995). Yüz ve burun en sık endişe edilen vücut alanları olup, bunları saç (dökülme/zayıflık), bacak ve dizler, eller ve vücut hacmi (zayıflık) izle-

mektedir. Her hasta ortalama 2.8 vücut alanı ile uğraşı göstermiştir. Yayınlarda da bu hastaların ortalama 3-6 farklı bölgeyle ilişkili kaygıları olduğu bildirilmektedir (Phillips ve ark. 1993; Simeon ve ark. 1995; McKay ve ark. 1997).

Çalışmamızın sonuçlarını yorumlamada bazı yöntemsel sınırlılıklar göz önünde tutulmalıdır. Birincisi, tedavi için başvurmuş olan hastalarımızın tedavi aramayan hastalara göre daha şiddetli belirti yaşayacakları öngörülebilir; dolayısı ile bize başvuran hastaların bütün VDB hastalarını yansıtmaması beklenemez. İkinci olarak aile öyküsünün alınmış olmasına karşın çoğu hastanın ailesindeki psikiyatrik bozuklukların birebir görüşmelerle tespit edilmemiş olmasından dolayı söz konusu veriler çalışmamızda değerlendirilmemiştir. Son olarak tedavi sonuçları bu çalışmanın bir parçası olarak sunulmamıştır.

Araştırdığımız Türk nüfusundaki eşlik eden özelliklerin dağılımı da genel olarak Batı ülkelerindekilere benzerlik göstermektedir. Bizim çalıştığımız hasta grubunda intihar girişimi oranlarının yabancı yayınlarda bildirilenlerden (Hollander ve ark. 1989, McElroy ve ark. 1993, Brawman Mintzer ve ark. 1995) çok daha düşük bulunması ise genel olarak Türkiye’deki intihar eğiliminin daha düşük olması (Sayıl 1997) ile ilişkili olabilir.

Sonuç olarak, araştırmamız VDB hastalarındaki belirti yapısı, eşlik eden özellikler, cinsiyet dağılımı ve başka ruhsal bozukluklar gibi pek çok özelliğin yabancı kaynaklı araştırmalardaki bulgulara benzer olduğunu göstermektedir.

Önemli bir farklılık ise Türkiye’de yapılan diğer araştırmalarda da gösterilmiş olduğu gibi en sık görülen ruhsal bozukluğun OKB olmasıdır. Yurtdışı kaynaklı araştırmalarda en yüksek oranda VDB tanısının OKB hastalarında bulunurken majör depresyon hastalarında çok daha düşük bulunması, VDB ile OKB’nun daha yakın ilişkisini desteklemektedir. Aslında VDB’nda, bazı hastalarda sanrı düzeyine ulaşabilmekle birlikte, çoğu kez obsesyonu andıran ısrarlı düşüncelerin ve

OKB’taki kompülsiyonları andıran davranışların olmasının, VDB ile OKB arasındaki en yakın ilişkiyi oluşturduğu düşünülebilir. OKB çoğu kez VDB’ndan önce başlamasına karşın majör depresyonun VDB’ndan daha sonra ortaya çıkması da gözönünde bulundurulduğunda, VDB’nun afektif spektrum bozukluğundan çok obsesif-kompulsif spektrum bozukluğu içinde değerlendirilmesi kanımızca daha uygundur.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Gözden geçirilmiş 3. baskı (DSM-III-R), Washington DC. American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. baskı (DSM-IV), Washington DC. American Psychiatric Press.
- Aşkın R (1994) Vücut dismorfik bozukluğu: 9 olgu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5:45-51.
- Brawman Mintzer O, Lydiard RB, Phillips KA ve ark. (1995) Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression: a comorbidity study. *Am J Psychiatry*, 152:1665-1667.
- Çalıkşu C, Tükel R, Karalı N ve ark. (1997) Beden dismorfik bozukluğunda klinik özellikler: 13 olgunun değerlendirilmesi 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Tam Metin Kitabı, Antalya, s. 29-34.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I/CV) (Çev. A. Çorapçıoğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1999.
- Garfinkel PE (1992) Evidence in support of attitudes to shape and weight as a diagnostic criterion of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 11: 321-325.
- Hollander E, Aronowitz BR (1999) Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: managing the complicated patient. *J Clin Psychiatry*, 60:27-31.
- Hollander E, Cohen LJ, Simeon D (1993) Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 23:359-364.
- Hollander E, Liebowitz MR, Winchel R ve ark. (1989) Treatment of body dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *Am J Psychiatry*, 146:768-770.
- Hollander E, Wong CM (1995) Obsessive-compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry*, 56:3-6.
- McElroy SL, Phillips KA, Keck PE Jr ve ark. (1993) Body dysmorphic disorder: does it have a psychotic subtype? *J Clin Psychiatry*, 54:389-395.
- McKay D, Neziroğlu F, Yaryura Tobias JA (1997) Comparison of clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *J Anxiety Disord*, 11: 447-454.
- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe’ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12:233-236.
- Phillips KA (1999) Body dysmorphic disorder and depression: Theoretical considerations and treatment strategies. *Psychiatric Q*, 70: 313-331.

Phillips KA, Diaz SF (1997) Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis*, 185:570-577.

Phillips KA, Gunderson CG, Mallya G ve ark. (1998) A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 59: 568-575.

Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA ve ark. (1997) A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bull*, 33: 17-22.

Phillips KA, McElroy SL, Hudson JI ve ark. (1995) Body dysmorphic disorder: an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both? *J Clin Psychiatry*, 56: 41-51.

Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr ve ark. (1994) A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacology Bull*, 30: 179-186.

Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr ve ark. (1993) Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry*, 150:302-308.

Phillips KA, Nierenberg AA, Brendel G ve ark. (1996) Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. *J Nerv Ment Dis*, 184: 125-129.

Rosen JM, Ramirez E (1998) A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *J Psychosomatic Res*, 44: 441-449.

Sarwer DB, Whitaker LA, Pertschuk MJ ve ark. (1998) Body image concerns of reconstructive surgery patients: an underrecognized problem. *Ann Plast Surg*, 40: 403-407.

Sayıl I (1997) Review of suicide studies in Turkey. *Crisis*, 18:124-127.

Simeon D, Hollander E, Stein DJ ve ark. (1995) Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 152: 1207-1209.

Türksoy N, Tükel R, Çalıkşu C ve ark. (2000) Beden dismorfik bozukluğunda klinik özellikler: 19 olgunun değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 37:87-92.

World Health Organization (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders-Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Geneva.

Zimmerman M, Mattia JI (1998) Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Compr Psychiatry*, 39: 265-270.

Psikiyatri Kongre ilanı
tek renk olarak girecek