

Beden Algısı Bozukluğu Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Psikoterapi: Bir Olgu Sunumu

Mehmet Sinan Aydın*, **Uzm. Dr. Murat Semiz***,
Doç. Dr. Murat Gülsün*

* Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, ANKARA

Yazışma adresi: Mehmet Sinan Aydın:
GATA Psikiyatri AD, Uzmanlık Öğrencisi,
03123043759, 05061401848

ÖZET

Beden algısı bozukluğu (BAB), kişinin gerçekte var olmayan bir bedensel kusuru varmış gibi algıladığı veya mevcut hafif bir kusuru olduğundan fazla algıladığı bir durumdur. Sıklıkla yüz, saç, burun gibi dışarıdan görünen bölgelerle ilişkili olmakla beraber nadiren genital organlarla ilgili de olabilir. Tedavide ilk tercih serotonin geri alım önleyicileridir ve etkinlikleri bazı çalışmalarda yaklaşık % 60 olarak gösterilmiştir. Bu yazıda Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5 (DSM-5) kriterlerine göre BAB tanısı konulan ve ilaçlardan fayda görmeyen bir hastanın Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ile tedavisi anlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Beden Algısı Bozukluğu, Bilişsel Davranışçı Terapi, Serotonin Geri Alım Önleyicileri

ABSTRACT

Body Dysmorphic Disorder (BDD) is a situation that people assume his/her body as if he/she has a imperfectness body or have a perception about his/her body defect more than he/she already has. It is mostly related with regions that are visible areas of the body, such as, face, hair or nose, nevertheless it is also rarely related with genital organs. For treatment of BDD, Serotonine re-uptake inhibitors are the first-choice and in some studies, their efficiencies are showed as 60% approximately. In this paper, cognitive behavioral therapy of a patient who were diagnosed BDD with Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) criteria and refractory to the medications, is elucidated.

Keywords: Body Dismorphic Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Serotonine Re-uptake Inhibitors

GİRİŞ

Beden algısı bozukluğu, psikiyatri pratiğinde az rastlanan (1,2,4,11) ve tedavi konusunda tartışmaların olduğu bir durumdur. Hastalar psikiyatristten önce cerrahlara, cildiyeceilere, dahiliyecilere, güzellik merkezlerin başvururlar ve genelde de olduğundan abartılı algılanan veya olmadığı halde var sanılan bozukluğun giderilmesiyle ilgili girişimler de hastayı hiçbir zaman tatmin etmez. (1-3) Bazı çalışmalarda toplumda yaygınlığı %1-3 civarında ve cildiye ve plastik cerrahi polikliniklerine başvuran hastalarda yaygınlığı %7-14.4 olarak saptanmasına rağmen tanı çoğu zaman atlanmaktadır. (4)

DSM-IV-TR' (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV – Text Revision)'de somatoform bozukluklar sınıfındayken, DSM-V'te Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) spektrum bozukluklara dâhil edilmiştir. DSM-V'e göre; dış görünümde başkalarının gözle-

nebilir olmayan ya da önemsenmeyecek bir ya da birden çok kusur ya da özür algılama düşünceleri ile uğraşıp durma, bu düşüncelerle ilgili bir dönem yineleyici davranışlarda ya da zihinsel uğraşlarda bulunma, sosyal-mesleki işlevsellikte azalma gibi kriterlerle tanımlanmıştır (14).

Etyolojisi tam olarak aydınlatılmamış olmakla beraber, genetik yatkınlığı olan bireylerde, özellikle de utangaç, mükemmeliyetçi ya da kaygılı kişilik yapısı olanlarda belirtilerin gelişebileceği görülmüştür. (5,6,10) Çocukken sık sık alay edilen, fiziksel şiddete maruz kalan, sosyal destekten yoksun olan, cinsel istismara uğrayan, yaşlılarıyla yeteri kadar ilişki kuramayan bireylerde BAB daha fazla görülmektedir. (3,6)

Bu yazıda amaç, uygun süre ve uygun dozda ilaç tedavisi alınmasına rağmen, iyileşme gözlenmeyen ve BDT'den fayda gören bir BAB olgusu sunmaktır.

OLGU

Ç.A., 27 yaşında, Diyarbakır doğumlu, yüksek okul mezunu, 2 kardeşin küçüğü, devlet memuru, bekâr erkek hastaydı. Polikliniğimize, son zamanlarda iş yerinde bir kaç defa öfke patlamaları yaşaması ve etrafa zarar verici davranışları olması sebebiyle amirleri tarafından yönlendirilmişti. Kendisi son zamanlarda işe yaramaz, beceriksiz hissetme, çabuk sinirlenme, aşırı alkol kullanımı (son 1 aydır hemen her gün 35 cc vodka, viski) ve buna rağmen uyuyamama, güçlü hissetmek için sık sık kumar oynama (50-60 bin tl civarı borcu varmış) gibi yakınmaları olduğunu ifade etmekteydi. Ç.A., Ergenlik döneminden beridir, penisinin boyunun oldukça kısa olduğu ve bu yüzden partnerini mutlu edemeyeceğini düşünmekteymiş. Bu düşünceleri son bir yıldır nerdeyse günün her vakti aklına geliyormuş, sıklıkla internetten penis boyu ve evli kadınların kocalarını neden aldattığıyla ilgili araştırmalar yapıyormuş, penis boyunun parmak uzunluğuyla ilişkili olabileceğiyle ilgili bir internet haberinden ötürü sık sık diğer erkeklerin ellerine bakıyor, penis uzunluklarını tahmin etmeye çalışıyormuş, bazen de yine erkeklerin genital bölgesine bakarak tahminde bulunmaya çalışıyormuş. Altı ay önce penisini büyütme için üroloji bölümüne başvurmuş, ürolog penis boyunun yeterli olduğunu, ameliyata gerek olmadığını, bu durumun psikiyatrik bir problem olabileceğini, psikiyatri polikliniğine başvurması gerektiğini söylemiş; fakat hasta bunun hastalık olmadığını düşündüğü için bu konu sebebiyle herhangi bir psikiyatrik yardım alma girişimi olmamış.

Ruhsal muayenesinde, giyiniş ve tuvaletine özeni oldukça iyi, sosyabilitesi uzak ve soğuk, mizacı kaygılı, düşünce içeriği bedeniyle ilgili algılarına, yetersiz olduğu düşüncesine odaklı, duygulanımı kaygı ve mutsuzluk tarzında bozulmuştu. Nörolojik muayenesi ve genel fiziki muayenesi normal sınırlardaydı. Laboratuvar incelemelerde herhangi bir anormallik saptanmadı. Tedavisi değerlendirildiğinde, 7 yıldır depresyon ve anksiyete bozukluğu tanılarıyla farklı ilaçlar (fluoksetin, sertralin ve paroksetin) kullandığı, fakat tedaviden fayda görmediği öğrenildi.

Tüm bu bilgiler ışığında, ayırıcı tanıda; 1)

Alkol kullanım bozukluğu (tanı kriterleri tam karşılanmadığı için "Tanımlanmamış alkolle ilişkili bozukluk" tanısı kondu), 2) Kumar oynama bozukluğu (süre ve şiddet açısından tanı kriterleri karşılanmıyordu), 3) Aralıklı patlayıcı bozukluk (süre ve şiddet açısından tanı kriterleri karşılanmıyordu), 4) Depresif bozukluk ("Tanımlanmış diğer bir depresif bozukluk" tanı kriterleri karşılanıyordu) 5) OKB ("Bu bozukluk başka bir ruhsal hastalığın belirtileriyle daha iyi açıklanamaz." şeklinde bir tanı kriteri olduğundan OKB dışlandı) 6) BAB. Hastaya DSM-5 tanı kriterlerine göre BAB tanısı konuldu. Yapılan görüşmelerde bilişsel formülasyona göre; hastanın otomatik düşüncesinin penisinin küçük olduğu düşüncesi, ara inançlarının "Eşimin cinsel olarak tatmin olması için penisim uzun olmalı.", "Eşimin beni güçlü bir erkek olarak görmesi için tatmin olması gerekir.", "Cinsel olarak tatmin olmayan kadın eşini yetersiz görür.", temel inancının ise "Ben yetersizim ve güçsüzüm." düşüncesi olduğu saptandı. Hastaya kullandığı mevcut paroksetin tedavisine ek olarak 5 seans BDT uygulandı. Terapi seanslarında formülasyon üzerinden hastanın düşünceleri bilişsel davranışçı teknikler ile analiz edildi. Beden imgesine yüklenmiş inançları değerlendirildi. Tedavi öncesi Yale-Brown ölçek (YBÖ) puanı: 33, Beck Anksiyete Ölçek (BAÖ) puanı: 40 olarak hesaplandı. Tedavi sonrasında yapılan değerlendirmede; YBÖ puanı 21, BAÖ puanı ise 22 olarak bulundu.

TARTIŞMA

Literatürden edindiğimiz bilgilere göre; BAB'da tedavide ilk tercih SSRI grubu ilaçlar olmasına rağmen, hastaların yaklaşık % 40'ı ilaç tedavisine yeterli düzeyde iyileşmemekte veya bazı vakalarda hiç yanıt görülmemektedir. (1-4) İlaç tedavisi dışında; Elektrokonzülzif Terapi, Transkranyal Manyetik Stimülasyon da kullanılabilir.

Bilişsel davranışçı öğrenme modelinde, bireyin kendisine verdiği değerlerin beden imgesine bağlı hale geldiği, kendisiyle ilgili olumsuz beden algısı oluşan bu bireylerde zamanla bir takım içgüdüsel uyarılara karşı anksiyete ve öğrenme oluşabileceği, devamında ise olumsuz pekiştiricilerle de bu "beden

algısı bozukluğu”nun devamlı hale gelebileceği fikri kabul görmüştür.(7-9) BDT'nin, BAB tedavisinde yarar sağladığına dair olgu sunumları düzeyinde sınırlı düzeyde bildirimler bulunmaktadır ve SSRI grubu ilaçlarla birlikte tedavide ilk tercihtir.(1-13) Bu olguda da BDT tedavisinden fayda gösterilmiştir.

BDT ilk haftalar haftada bir kaç seans olmak kaydıyla ortalama 6-8 seans uygulanmalıdır. Terapilerde hastaya sorunun görünende değil, gördüğünde olduğu anlatılır, “niçin?” soruları yerine “nasıl?” sorularının daha faydalı olacağından bahsedilir. (8,9,12,13) BAB'ın bilişsel davranışçı terapisinde, törensel yanıtı önleme, bilişsel yeniden yapılandırma, davranışsal deneyler ve karşı karşıya gelme gibi yöntemler uygulanır.(13) Törensel yanıtı önleme, başlangıçta kişinin anksiyetesini arttırabilir; fakat tekrarlayan uygulamalarda bu giderek azalır. (6,7,13) Bilişsel yeniden yapılandırmada ise “düşünce çizelgesi” kullanılarak hastanın olumsuz hissetmesine sebep olan düşünceler ve inançlar irdelenir; bu sayede kişi faydasız ve gerçekdışı olan düşüncelerinin farkına varır ve bunları daha iyileriyle değiştirir.(12-13) Davranışsal deneyler, bu yerleşik düşüncelerin doğruluğunu test edebilme imkanı verir, karşı karşıya gelme ise bir nevi yüzleştirme terapisi olarak iş görür. (6-8) Olgumuzda otomatik düşünce kayıt listesi kullanılarak otomatik düşünceleri ve davranışları tespit edildi. Yeterli olma kavramını penis uzunluğuna bağlamıştı ve zamanının çoğunu bu konuyla ilgili uğraşlarına harcıyordu. Terapi seanslarında, hastanın otomatik düşüncesi ve ara inançlarındaki düşünce hataları hastayla birlikte çalışıldı. Düşünce hataları ile ilgili yapılan görüşmede farkındalık oluşturulmaya çalışıldı. Cinsel olarak tatmin etmeyle penis uzunluğu arasında ciddi bir ilişki kurmaktaydı; bilişsel davranışçı psikoterapide kullanılan kanıt inceleme ve bölerek inceleme teknikleriyle bu düşüncesi üzerinde çalışıldı. Penis uzunluğuyla kendisinin yeterliliği arasında kurduğu bağ çözümlendi. Yeterli olduğunu düşündüğü yaşam olayları üzerinde kanıtlar arandı. Terapide önemli bir husus, hastanın bedeniyle ilgili olumlu sözleri içi boş bir teselli olarak algılayabileceğidir. Hastamızın özellikle ilk seanslarda

penis uzunluğuyla ilgili onay arama sözleri konusunda dikkatli olundu, onay arama davranışı desteklenmedi.

Bu olgu, 7 yıldır çeşitli SSRI grubu ilaçlar kullanmış ve fayda görmemişti. Tedaviye eklenen 5 seans BDT ile gözlenen subjektif ve objektif iyileşme, BAB tedavisinde, BDT'nin vazgeçilmez olduğu önemini göstermiştir. Bu olgudan yola çıkarak; psikiyatri pratiği açısından özellikle BAB hastalarında olmak üzere ilaç tedavilerine dirençli veya kısmi yanıt veren durumlarda, klinisyenlere BDT tedavisinin eklenmesini öneriyoruz.

KAYNAKLAR:

1. Aslan H. (2000) Beden dismorfik bozukluğu: bir gözden geçirme, *Düşünen Adam*;13:33-41
2. Ray PÇ. (2012) Beden Dismorfik Bozukluğu, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 4:547-565
3. Veale D, Miles S, Read J, Troglia A, Carmona L, Florito C, Wells H, Wylie K, Muir G. (2015) Phenomenology of men with body dysmorphic disorder concerning penis size compared to men anxious about their penis size and to men without concerns: A cohort study, *Body Image*; 13:53-61
4. Weingarden H, Renshaw KD. (2015) Body dysmorphic symptoms, functional impairment and depression: the role of appearance based teasing, *J Psychol*; 23:1-15
5. Veale D, Miles S, Read J, Troglia A, Carmona L, Florito C, Wells H, Wylie K, Muir G. (2015) Penile dysmorphic disorder: Development of a screening scale, *Arch Sex Behav*; 3:Epub ahead of print
6. Grant JE, Suck WK, Crow SJ. (2001) Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients, *J Clin Psychiatry*; 62:517-522
7. Veale D. (2010) Cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder, *Psychiatr*; 40:333-340
8. Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D. (2006) A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder, *Behav Res Ther*; 44:99-111
9. Geremia G, Neziroglu F. (2001) Cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder, *Clin Psychol Psychother*; 8:243-251
- Frare F, Perugi G, Ruffolo G, Toni C.(2004) Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Eur Psychiatry*; 19:292- 298.
10. Çelik S, Fidan E, Evren C, Can Y, Danışmant BS, Çavas S. (2011) Beden dismorfik bozukluğu ve madde bağımlılığı: bir olgu sunumu, *Düşünen Adam Psikiyatris ve Nö- rolojik Bilimler Dergisi*; 24:75-79
11. Bjornsson AS, Didie ER, Philips KA.(2001) Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci*; 12:221-232
12. Bienvenu O, Samuels J, Riddle M, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA. (2010) The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study, *Biol Psychiatry*; 48:287-293
13. Köroğlu E. (2008) Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 562-570
14. Köroğlu E. (2011) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 314-320