

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2012; 4(4):547-565
doi:10.5455/cap.20120432

Beden Dismorfik Bozukluğu

Body Dysmorphic Disorder

Perihan Çam Ray, Mehmet Emin Demirkol, Lut Tamam

ÖZET

Beden dismorfik bozukluğu, bir kişinin gerçekte olmayan var olduğunu sandığı bir bedensel kusur ile aşırı uğraşması ya da bir beden kusuru varsa bile bunu aşırı abartması durumudur. Yaygın bir hastalık olması ve bir yüzyıldan fazla zamandır literatürde tanımlanmış olmasına rağmen, yeterince tanınmamış bir bozukluktur. Kronik seyirli, tedaviye dirençli olması ve sanrsal yoğunluğa varabilen şiddeti kişide ciddi yeti yıkımına yol açabilir. Yaşam kalitesini düşürmesi ve özkiyım girişimleri nedeniyle, bu bozukluğun uygun tanı ve tedavisi önem taşımaktadır. Bu yazıda beden dismorfik bozukluğunun tanısı, etyoloji, klinik özellikleri ve tedavisi kısaca gözden geçirilmiştir.

Anahar Sözcükler: Beden dismorfik bozukluğu, tanısı, tedavi

ABSTRACT

Body dysmorphic disorder is a type of mental illness, wherein the affected person is concerned with body image, manifested as excessive concern about and preoccupation with a perceived defect of their physical features. Although it is a common disease and has been defined in the literature over a century, it is not a well known disease. Chronic, treatment resistant and sometimes delusional nature could result in severe functional impairment. The diagnosis and appropriate therapy of disorder are crucial because of increased suicidality and reduction in life quality. In this article the symptoms, etiology, clinical features and treatment of body dysmorphic disorder are briefly reviewed.

Keywords: Body dysmorphic disorder, diagnosis, treatment

Beden dismorfik bozukluğu (BDB) bir kişinin gerçekte olmayan ama var olduğunu sandığı bir beden kusuru ile aşırı uğraşması ya da bir beden kusuru varsa bile bunu aşırı abartması durumudur. Bu uğraşı, önemli ölçüde huzursuzluğa ya da işlevsellikte bozulmaya yol açar.[1] Bu bozukluk 150 yıldır değişik adlar altında tanımlanmış olmasına karşın, ilk olarak 1980’de DSM-III’te “dismorfofobi” adı ile yer almıştır. Bozukluk,

Emil Kraepelin tarafından “kompulsif nöroz” olarak tanımlanmıştır. Pierre Janet tarafından ise bedenle ilgili utanç obsesyonu olarak adlandırılmıştır. Ayrıca Freud’un ünlü kurt adam vakası burnu ile ilgili aşırı endişeleri olan bir olguyu tanımlamıştır. Dismorfofobi terimi 1880’lerde İtalyan psikiyatrist Enrique Morselli tarafından kullanılmıştır. Dismorfofobi, Yunanca çirkinlik anlamına gelen dismorfia’dan üretilmiştir.[2]

BDB, Amerikan Psikiyatri Birliğinin (APA) sınıflandırma sistemi olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) düzeltilmiş 3. Baskısı olan DSM-III-R ile çağdaş sınıflandırma sistemlerine girmiştir. DSM-IV ve DSM-IV-TR’de tanı ölçütlerinde bazı değişikliklere gidilerek sanrısız yoğunluktaki zihinsel uğraşı dışlama ölçütü olmaktan çıkarmıştır.[3] Dünya Sağlık Örgütü’nün sınıflandırma sistemi olan ICD-10’da ise, BDB hipokondriazisin bir türü olarak değerlendirilmektedir. DSM’nin bir sonraki versiyonu olan DSM-V’te ise, BDB’nin anksiyete ve obsesif- kompulsif spektrum bozuklukları bölümüne konulması önerilmekte ve sanrısız bozukluğun somatik tipi ile BDB’nin sanrısız tipi arasındaki sınır belirginleştirilmeye çalışılmıştır.[3]

Bu yazıda, BDB tanı, epidemiyoloji, etyoloji, klinik özellikler ve tedavi yaklaşımları yönünden kısaca ele alınıp, hastalığın sonlanımı tartışılmıştır.

Epidemiyoloji

BDB hastalarının büyük bir kısmı ilk olarak psikiyatristlerden çok dermatologlara, iç hastalıkları uzmanlarına, cerrahlara ve daha da sıklıkla plastik cerrahlara başvurumaktadırlar. Bu nedenle bu bozukluğun psikiyatrik toplumdaki yaygınlığını kesin olarak belirlemek güçtür.[1,2] Bununla birlikte, toplum temelli epidemiyolojik çalışmalarda bozukluğun görülme sıklığı %0.7-2.4 olarak bildirilmiştir.[3,4] BDB’nin yaygınlığı ve şiddetine rağmen, tanı klinik ortamlarda atlanabilmektedir.[5] Bu da elde edilen veriler arasında büyük farklılıklar olmasına yol açabilmektedir.

Çeşitli çalışmalarda, yaygınlığı yatan psikiyatri hastalarında %13, öğrenciler arasında yapılan çalışmalarda %2-13 olarak tespit edilmiştir.[6-9] Psikiyatri polikliniğine başvuran ayaktan takip edilen hastalarla yapılan bir çalışmada BDB yaygınlığı %3 olarak bildirilmiştir.[10] Plastik cerrahi ve dermatoloji kliniklerine başvuran hastalar arasında BDB yaygınlığı ise %7-14.4 olarak saptanmıştır.[11]

Erişkinlik ya da çocukluk çağında başlayan BDB olgularına rastlanmasına karşın, belirtiler sıklıkla ergenlik ya da genç erişkinlik çağında başlar.[12]

Özellikle erkekler ve gençler yakınmalarını aşağılanma ve utanç duygularından dolayı bildirmek istemezler ya da bunları ruhsal bir sorun olarak görmezler.[13] Başlangıç yaşı 6 yaşına kadar inmekle birlikte, birçok çalışmada başlangıç yaşı 15-20 yaşları arasında, ortalama 16-18 yaş olarak bildirilmektedir.[14,15] Başvuru yaşı ise genelde erken erişkinlik döneminde olmaktadır.

Daha çok kadınları etkilediği düşünülse de, araştırma sonuçları kadın ve erkeği eşit oranda etkilediğini göstermektedir.[13,16] Bununla birlikte cinsiyet oranında değişken bulgular bildiren araştırmalarda bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda BDB kadınlarda daha sık (%75 civarında) bulunduğu bildirilmiştir.[10,17,18] Ergenlerde de ise kadın oranı kimi çalışmalar kadınlarda bozukluğun daha yoğun olduğunu ve %80'leri bulduğunu aktarmıştır.[18] Phillips ve arkadaşlarının bir çalışmasında, BDB'si olan erkeklerin kadınlara göre yaşlı, bekar ya da yalnız yaşama oranının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir.[14,19] Ülkemizde yapılan çalışmalarda da cinsiyet dağılımında birbirleriyle çelişen sonuçlar bildirilmiştir.[2,20]

Tanı ve Sınıflandırma

BDB'nin hangi başlık altında sınıflandırılacağına dair tartışmalar halen süregitmektedir. BDB DSM-IV'te halen somatoform bozukluk olarak sınıflandırılmakla birlikte, obsesif kompulsif bozuklukla (OKB) örtüşen yönleri nedeniyle yaygın şekilde Obsesif Kompulsif Spektrum Bozuklukları (OKSB) grubuna ait bir bozukluk olarak kabul edilmektedir. Ancak BDB'nin sadece OKB'nin bir klinik çeşiti olmadığı, duygudurum bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve yeme bozuklukları ile de ilişkili olduğu sıkça vurgulanmaktadır.[21]

BDB ile örtüşen başka bir bozukluk yeme bozukluğu olan anoreksiya nevrozadır.[22] Her iki bozuklukta da beden imgesinde bir bozukluk yer alır. Anoreksiya nevroza hastalarında bedenlerinin ağırlığı ve şekli dışındaki yönleriyle ilgili endişeler de nadir değildir.[22] Çeşitli araştırmacılar anoreksiya nevrozanın BDB'nin biraltı tipi olabileceğini ileri sürmüşlerdir.[23] Öte yandan BDB'nin kimilerince monosemptomatik hipokondriyak psikoz (MHP) olarak da adlandırılan psikotik özellikler gösteren bir alt tipinin olduğu ve bu bozukluğun da sanrısız bozukluklar içinde ele alınabileceği bildirilmiştir.[24,25] MHP'de sanrı düzeyinde bir hipokondriyak yakınma vardır, fakat başka bir düşünce veya davranış bozukluğu görülmez.[26,27] Yapılan sınıflandırma ile ilgili çalışmalarda genelde BDB'nin kategorik değil boyutsal bir bozukluk şeklinde düşünülmesi gerektiği vurgulanmıştır.[21]

Klinik Belirtiler

BDB'nin başlıca klinik özellikleri, 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 olmasıdır. BDB'li hastaların birçoğunun psikiyatriste müracaat etmedikleri, düşündükleri fiziksel kusurları yok etmek amacıyla başta estetik cerrahlar olmak üzere psikiyatri dışı hekimlere başvurdukları bilinmektedir.[1,2]

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. Ergenlerle yapılan bir çalışmada, Batı toplumunda yüz, cilt ve saç en sık kaygı uyandıran bölgelerken, Türk toplumunda kalça ve bel-karın bölgeleriyle ilgili endişeler daha fazladır ve batı toplumundan farklı olarak göğüslerle ilgili hoşnutsuzluk toplumumuzda daha az oranda rastlanmaktadır.[28] BDB hastalarının %68- 98'i birden çok beden bölgesiyle ilgili kaygılar yaşamaktadır.[15,29,30] Hastaların kusurlu buldukları ve aşırı şekilde uğraştıkları beden bölgeleri sayısı ortalama 5-7 olarak bildirilmiştir.[17]

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.[2] BDB olgularının kaygıları, sosyal ortamlarda daha da belirginleşir. Evden dışarı çıkamama veya yalnızca karanlıkta çıkma, kaygıları nedeniyle sosyal ortamlara girememe, okulu ve işi bırakma gibi kaçınma davranışları sık görülen belirtilerdir.[1,2] Hastaların çoğu bedensel kusurlarının başkaları tarafından görülüp, farkedildiğine inanırlar ve bu nedenle aşırı düzeyde aynaya bakar ya da olabildiğince ayna gibi görüntü yansıtan nesnelere uzak durmaya çalışırlar, kusurlu olduğuna inandıkları bölgeleri gizlemek amacıyla makyaj malzemesi kullanabilir ve giyim kuşam biçimi değişiklikleri yaparlar.[1]

Etyoloji

Birçok psikiyatrik hastalık gibi BDB'nin etyolojisi de kesin değildir. Ancak biyolojik ve genetik duyarlılığı olan bireylerin kötü yaşam olayları, bilişsel bozukluklar ve sonrasında öğrenilen davranışlar sonucu belirtilerin gelişebileceği öne sürülmüştür.[31] Çocukluk çağında yaşanan cinsel, duygusal, fiziksel istismarın BDB ile ilişkili olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur. OKB ile BDB hastaları arasında yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı travma öyküsünün BDB'de %38, OKB'de %14 oranında görüldüğü saptanmıştır.[32]

Utangaç, mükemmeliyetçi ve endişeli mizaca sahip bireyler BDB geliştirme açısından risk altındadır. Çocukluk çağında alay edilen, fiziksel şiddete maruz kalan, sosyal destekten yoksun olan, cinsel istismara uğrayan, yaşlılarıyla yeteri kadar ilişki kuramayan bireylerde BDB daha fazla görülmektedir.[33] Bu bireylerin, estetik duyarlılığının daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.[34] Estetik duyarlılık, güzelliğe ve uyuma verilen değerin fazla olmasına işaret eder. Farklı kültürlerin güzellik anlayışları da farklı olacağı için BDB belirtileri vücut bölgelerine verilen öneme göre kültürler arası değişiklik gösterebilir.[35,36]

Bilişsel-Davranışçı ve Öğrenme Modelleri

Edimsel koşullanma esasına dayanan bilişsel davranışçı modeller ve öğrenme modelleri biyolojik, kültürel ve sosyal faktörlerin BDB belirtilerinin nasıl oluştuğunu ve devam ettiğini açıklayabilir.[31] Sosyal öğrenmeyle birlikte bireyin kendisine verdiği değer beden imgesine bağlı hale gelebilir. Öğrenme modellerine, geçmiş deneyimlerine bağlı olarak kendisiyle ilgili olumsuz beden algısı oluşan bireylerde olumsuz, içgüdüsel bir uyarana bağlı olarak anksiyete, iğrenme, utanma gibi olumsuz duygusal yanıtlar görülebilir. Bu gibi olumsuz duygusal yanıtlar, başlangıçta vücudun belli bir bölümüyle ilgili uyarana bağlı oluşurken daha sonra vücudun herhangi bir yerinden gelen uyarılara bağlı görülebilir. Görünümle ilgili inançlar, varsayımlar ve değerlendirmelere bağlı olarak BDB belirtileri birkez yerleşince olumsuz pekiştireçler BDB’de görülen uyumsuz davranışların ve bilişsel çarpıklıkların devamını sağlar. BDB tanılı bireylerin kompulsif davranışları ve kaçınma davranışları kısa dönemde olumsuz duygusal yanıtları azaltarak yaşanan sıkıntıyı hafifletebilir. Kompulsif davranışlara örnek olarak tekrar tekrar aynaya bakmak verilebilir. Birey aynaya tekrar tekrar bakınca beden imgesini daha normal algılayabilir. Karşıt olarak kaçınma davranışına örnek olarak da aynalara bakmamak verilebilir. Birey aynaya bakmayarak olumsuz duygusal yanıtlardan kaçınabilir.[31]

Nörobiyolojik Faktörler

Görsel İşleme

Klinik gözlemler, BDB tanılı bireylerin algısal çarpıkları olduğu ve bu çarpıkların da sebebinin kendi görünümünde olmayan bozuklukları varmış gibi algılamaları ya da küçük bozuklukları abartmalarından kaynaklandığını göstermiştir.[37] 12 BDB tanılı, 13 sağlıklı bireyi karşılaştıran bir fonksiyonel

manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmasında BDB tanılı bireylerin sol hemisfer aktivitesinin daha fazla olduğu gözlenmiştir. Sol hemisferde de özellikle lateral prefrontal korteks ve temporal lobda aktivite artışı olduğu, bu aktivite artışının yüz işleme ağının fazla çalışmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür.[37] Yukarıda belirtildiği gibi beynin bazı bölgelerinin diğer bölgelerine göre daha fazla çalışması yüzlerin bir bütün olarak değil de parça parça, ve daha detaycı algılanmasına yol açmaktadır.[37]

Daha sonra yapılan bir başka fMRI çalışmasında, BDB'li bireylerin kendi yüzlerinin ve ailelerindeki diğer bireylerin yüzlerine baktıklarında beyin aktiviteleri ölçülmüş ve BDB'li bireylerin kendi yüzlerine baktıklarında sol orbitofrontal kortekste ve bilateral kaudat nukleus başında artmış aktivite gösterdikleri saptanmıştır.[38] Düşük detaylı yüzler için orbitofrontal kortekste düşük aktivite sergilerken, BDB ile ilişkili obsesif düşünceler ve kompulsif davranışlar arttıkça frontostriatal aktivitenin arttığı gözlenmiştir.[38] Ayrıca BDB belirtilerinin şiddeti ile dorsal görsel alandaki aktivite azlığıyla arasında bir ilişki bulunmuştur.

Beyin Morfometrik Çalışmaları

Bu konuda yapılan üç ayrı çalışmada birbirinden farklı sonuçlar elde edilmiştir.[39-41] Kadınlarda yapılan bir çalışmada, BDB'li bireylerde normal kontrollere göre kaudat hacimde sola kayma ve artmış beyaz cevher hacmi saptanmıştır.[39] Erkeklerde yapılan bir çalışmada ise benzer şekilde BDB'li bireylerde beyaz cevher hacminde artma olduğu belirlenmiştir. Ayrıca orbitofrontal ve anterior singulat korteks hacminde azalma, talamik hacimlerde artma gözlenmiştir.[40] Ancak yapılan bir diğer çalışmada, BDB'li bireyler ile sağlıklı bireyler arasında belirgin hacim farkları saptanamamıştır.[41] Elde edilen bu veriler bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerekliliğini göstermektedir.

Genetik

Yapılan çalışmalarda BDB'li bireylerin %8' inin 1. derece akrabalarının BDB tanısı almış olduğu ve %7' sinin ise OKB tanısı aldığı belirlenmiştir.[42,43] Bu çalışmalar BDB ile OKB arasında ortak bir yatkınlık olma olasılığını güçlendirmektedir.

Özel gen bölgeleri üzerine yapılan çalışmalar kısıtlı olmasına rağmen, yapılan öncü bir çalışmada 57 BDB tanılı, 58 normal birey karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada BDB tanılı bireylerde GABA(A) -gamma- 2 (5q31.1-q33.2) ($p=.032$) geninin 1. allelinin BDB'li bireylerde daha fazla olduğu gösterilmiştir.[44]

Nörokimyası

BDB ve OKB tanısına sahip bir hastada yapılan bir çalışmada serotoninin öncülü olan triptofan isimli amino asitin diyetle kısıtlanması durumunda BDB belirtilerinin arttığı ancak OKB belirtilerinin değişmediği gözlenmiştir.[45] Çeşitli olgu sunumlarında psilosibin isimli serotonin reseptörleri parsiyel agonistinin BDB belirtilerinde azalmaya yol açtığı ve serotonin antagonistlerinin BDB belirtilerinde düzeltmeye yol açtığı bildirilmiştir.[46,47] Karışık bir serotonin agonistinin BDB belirtilerinde ve beden algısıyla ilgili uğraşılarda artışa neden olduğu belirlenmiştir.[48] Selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) BDB tedavisinde etkinliği kanıtlanmış olmasına karşın serotoninin BDB patogenezindeki rolünün karmaşık olduğu ve bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerektiği açıktır.

Ayrıcı Tanı

BDB ve OKB'nin birçok açıdan benzer özelliklere sahip olmalarından dolayı, BDB sıklıkla bir OKB spektrum bozukluğu olarak kabul edilmiştir.[43,49-51] Ancak, BDB hastalarında OKB'ye oranla daha zayıf içgörü olması, özkıyım oranlarının daha yüksek olması, depresyon eştanısının daha yüksek olması iki bozukluğu birbirinden ayırmaktadır.[43,52,53] BDB'deki bedensel kusurla uğraşı obsesyon ve kompulsiyon özellikleri taşımakla beraber, ek olarak OKB tanısı koymak için obsesyon ve kompulsiyonların görünümle ilgili endişelerle sınırlı olmaması gerekir.

Sanrısız bozukluğun somatik alt tipinin BDB'den ayırt edilmesi gerekmektedir. Sanrısız bozukluğun somatik alt tipi antipsikotik ilaç tedavisinden daha çok yarar sağlarken, BDB hastası daha çok SSRI'larla yapılan tedavilerden yarar görür.[54,55]

BDB tanısı konulan hastaların önemli bir bölümü sosyal ortamlarda kaçınma davranışları gösterirler. Bu durum sosyal fobiklerin kaçınma davranışlarını çağrıştırmaktadır.[5] 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, 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.[5,6]

Anoreksiya nervoza ve transseksüalite BDB'nin ayırıcı tanısında önemli diğer klinik tablolardır. Ancak her iki klinik durumda da genel vücut imgesi ile ilgili bir bozukluk söz konusudur. Anorektikler genel olarak aşırı kilolu olduklarını düşünürlerken, transseksüeller yanlış bir beden içinde hapsolmuş olduklarını düşünürler. Oysa BDB'de genel beden imgesi ile ilgili bir bozukluk yoktur. Burada beden parçaları veya işlevleri ile ilgili kaygı ve uğraşlar temel klinik patolojidir.[2,5,10]

Eş Tanılar

BDB'de en sık görülen eş tanılar major depresyon, sosyal fobi, madde kullanım bozukluğu ve OKB'dir.[54] Bazı çalışmalarda BDB'ye en sık major depresyonun, bazılarında ise OKB'nin eşlik ettiği bildirilmiştir.[2] BDB olan ergen ve erişkinlerde yapılan çalışmada madde kullanım bozukluğu sıklığı %45 civarında bulunmuştur.[18]

BDB olgularının %21.7'sinde yaşam boyu bir, %28.6'sında iki, %41'inde üç veya daha fazla eksen I eş tanısı saptanmıştır.[54] Phillips ve arkadaşlarının 100 olguluk çalışmasında OKB sıklığı %37, Hollander ve arkadaşlarının 50 olguluk çalışmasında OKB sıklığı %39 olarak bulunmuştur.[30,55] Türkiye'den bildirilen bir olgu serisinde, OKB %31.9, major depresyon %21.3 oranı ile en sık bulunan yaşam boyu eksen I eş tanıları olarak belirlenmiştir. Hastaların yaklaşık %20'sinde çirkinlik inancının sanrı yoğunluğunda olduğu bulunmuştur.[56]

BDB'li hastalarda Eksen I eş tanılarının araştırıldığı bir diğer çalışmada, depresyonun ve madde kullanım bozukluğunun BDB'ye ikincil olarak geliştiği bulunmuştur.[57] Yine yaşam boyu madde kullanan hastalarda, BDB tanısı almış olanların %68'inde madde kullanım nedeni BDB ile ilişkilendirilmiştir.[49]

Çeşitli çalışmalarda psikiyatrik hasta grubunda BDB eş tanısının nadir olmadığı görülmüştür. Yatarak tedavi gören major depresyonlu hastalarda BDB sıklığı %20 olarak bulunmuştur.[7] Dörtüç kırk iki OKB hastasında yapılan bir çalışmada BDB yaygınlığı %12, OKB'li hastalarda yapılan başka bir çalışmada BDB sıklığı %15 olarak bulunmuştur.[49,58] Seksen atipik depresyonlu hastada BDB %14, 53 sosyal fobik hastada BDB eş tanısı %11 olarak bulunmuştur.[59,60] Altmış iki trikotillomani hastasında yapılan bir çalışmada BDB eş tanısı %23 olarak bulunmuştur.[61] Madde kullanım bozukluğu tanısıyla yatarak tedavi gören hastalarda ise BDB %26.2 oranında tespit edilmiştir.[17]

Tedavi

Farmakoterapi olarak SSRI'lar ve psikoterapi olarak bilişsel davranışçı tedavi (BDT) BDB tedavisinde ilk basamak tedavi olarak kabul edilmektedir.[62]

Farmakoterapi

BDB'te uygun farmakoterapinin çekirdek belirtilerinde düzelmeye neden olması, toplumsal ve mesleki işlevselliği arttırması ve varsa depresif bulguları, özkıyım düşüncelerini tedavi etmesi beklenmektedir. Bu özellikleri karşılayan SSRI grubu antidepresan ilaçlar, sanrısız formu da dahil olmak üzere BDB'de ilk adım tedavi olarak kabul edilmişlerdir.[62] Uygun farmakoterapi için öncelikle hastayla işbirliği yapmak gerekmektedir. Bazı hastaların sanrılarının olması, kozmetik tedaviyi tercih etmesi ve çirkin olduklarını düşündükleri için doktorları da dahil olmak üzere kimseyle görüşmek istememesi işbirliğini güçleştirebilir.

SSRI grubu ilaçların BDB tedavisindeki etkinliğini araştıran randomize, kör ve kontrollü çalışmalar yapılmıştır.[63,64] Bu çalışmalarda BDB belirtileri SSRI kullanımından sonra %53-73 oranında gerilemiştir. Bir diğer çalışmada serotonin geri alım inhibitörü olan klomipramin, serotonin geri alım inhibitörü olmayan desipraminden BDB depresif semptomlarını azaltmada, işlevselliği arttırmada daha etkili bulunmuştur.[65]

Bir 12 haftalık, çift kör, plasebo kontrollü çalışmada fluoksetin plaseboya üstün bulunmuştur.[66] Fluoksetinin plasebodan üstünlüğü istatistiksel olarak 8. haftada başlamıştır. Tedaviye yanıt oranları fluoksetinde %53, plaseboda %18 saptanmıştır. Ayrıca psikososyal işlevsellik fluoksetin kullanan grupta belirgin şekilde daha fazla düzelmiştir.[66] Bunun dışında fluvoksamin, sitalopram, essitalopram ile yapılan çalışmalarda ilaçlara verilen yanıt %63- 73 arasında değişkenlik göstermiştir.[63,67-69]

SSRI BDB tanılı hastaların algılarıyla ilgili daha az endişe duymalarına, kompulsiyonlara daha az zaman harcamalarına, düşünce ve hareketlerinde düzelmeye yol açar. BDB ile ilişkili sıkıntı azalması, içgörü kazanılması, depresif belirtilerin azaltılması, öfke, saldırganlığın azalması ve ruh sağlığıyla ilgili yaşam kalitesinin yükselmesi bu ilaçların diğer etkileridir.[70,71] Açık uçlu bir essitalopram çalışmasında BDB hastalarında özkıyım düşüncelerinin essitalopram kullanılmaya başladıktan sonra belirgin olarak azaldığı gözlenmiştir.[69]

SSRI grubu ilaçlar çocuk ve ergen yaş grubunda da etkili bulunmuştur. Otuzüç çocuk ve ergen ile yapılan bir çalışmada, BDB belirtilerinin SSRI

kullanımına bağlı gerilediği gözlenmiştir. Bu çalışmada serotonin geri alım inhibisyonu yapmayan ilaçların BDB belirtileri üzerine olumlu etkisinin olmadığı belirlenmiştir.[72]

Sanrısız BDB tanılı bireylerde yapılan çalışmalar SSRI'ların bu grupta da belirtilerin düzeltilmesinde yararlı olduğunu göstermiştir. Fluoksetin ile yapılan bir plasebo karşılaştırmalı çalışmada, fluoksetinin sanrısız BDB'de sanrısız olmayan BDB kadar etkili olduğu gözlenmiştir.[71] İlginç bir şekilde klomipramin ile desipramini karşılaştıran bir çalışmada klomipraminin sanrısız BDB'de sanrısız olmayan BDB'ye göre daha etkili olduğu bulunmuştur.[70] Bu bulgular olgu raporları, klinik seriler ve açık uçlu çalışmalar ile de desteklenmiştir.[63,68,69,73-75] Bu veriler ışığında sanrısız BDB'de antipsikotik kullanmadan tıpkı sanrısız olmayan BDB' de olduğu gibi SSRI monoterapisinin etkili olduğu sonucu çıkartılabilir.

Genel kanı BDB'de yüksek doz SSRI kullanımının faydalı olacağı yönündedir.[76,77] SSRI kullanımı 12 hafta ve üzeri süre ile imalatçı firma tarafından önerilen maksimum doz kullanıldığı zaman optimum tedavi olarak kabul edilir. Günlük fluvoksamin 150 mg, fluoksetin 40 mg, paroksetin 40 mg, sertraline 150 mg, sitalopram 40 mg, essitalopram 20 mg SSRI dozları en düşük ve yeterli doz olarak kabul edilir. Uygun tedaviden bahsetmek için ilaçlar en az 10 hafta kullanılmalıdır. Hasta tarafından tolere edilebiliyorsa maksimum doza tedavinin 5. ile 9. haftasında çıkmak gerekmektedir.

Tedavinin değerlendirilmesinde ilacın etkisiz olduğunu söyleyebilmek için maksimum dozun en az 2- 3 hafta kullanıldığı 12- 16 haftalık bir dönemde ilaç kullanılmalıdır.[76] Yeterli süre ilaç kullanılmış olmaksızın tedaviye yanıt alınmamışsa BDT, SSRI güçlendirmesi ya da başka bir SSRI'ya geçilmesi düşünülebilir.

SSRI'lara antipsikotik eklenmesi dirençli referans sanrıları olan, ajite olan, özkıyım riski olan ve şiddet uygulamaya eğilimi olan hastalarda uygun bir tercih olabilir. Böyle durumlarda atipik antipsikotik ilaçlar, tipik antipsikotiklere göre daha fazla umut vadetmektedir.[78] Anksiyete, ajitasyon, uykusuzluk yakınması olan hastalarda benzodiyazepin güçlendirmesi iyi bir seçenektir. Güçlendirme tedavilerinde 6- 8 haftalık bir süre uygun gibi görünmektedir.[78]

Etkili bir SSRI tedavisinin kesilmesinden sonra hastaların %83' ünde BDB belirtileri tekrar gözlenmiştir.[79] Özkıyım girişimleri SSRI tedavisi kesildikten sonra gözlenebilir.[76] Ağır hastalığı olan v birkaç kez ciddi özkıyım girişiminde bulunmuş hastalarda en uygun seçenek ömür boyu ilaç kullanmak olacaktır. Ayrıca, çeşitli nedenlerle ilaç kesilecekse birdenbire kesmek yerine

ilaç dozunun azaltılarak kesilmesi ve bu aşamada BDT'den yararlanılması uygun olacaktır.

Bilişsel Davranışçı Tedavi

Bilişsel davranışçı tedavi(BDT) ve SSRI grubu ilaçlar BDB'de ilk basamak tedavi olarak kabul edilirler.[62] Randomize kontrollü iki çalışmada BDT hiç tedavi uygulanmamasından daha etkili bulunmuştur. Bu çalışmalarda BDT ,bozukluğun esas nedeninin hasta tarafından anlaşılmasının sağlanması, daha sonra davranışçı tedavilerle yüzleştirme ve kaçınma davranışının engellenmesi esasına dayanır.[80,81] İki kontrollü çalışma ve yapılan diğer gereye dönük kontrollü, yüzleştirme, kaçınma davranışının engellenmesi esasına dayanan çalışmalar BDT'nin BDB'de kanıta dayalı etkinliği kanıtlanmış tek psikolojik tedavi olduğunu göstermiştir.[82,83] Bir metaanaliz çalışmasında tek başına BDT ile tek başına SSRI tedavisinin nisbi etkinlikleri karşılaştırılmış ve BDT daha etkili bulunmuştur.[84] Ancak bu konudaki veriler dikkatli yorumlanmalıdır. Çünkü analize dahil edilen BDT çalışmaları çift kör yapılmamıştır. Erişkinlerde ve ergenlerde BDT seanslarının optimal süresi ve sıklığı, seanslar bittikten sonra hastalığın tekrar etme sıklığı hakkında veriler kısıtlıdır. Birleşik Krallık'ta NICE OKB ve BDB ile ilgili bir tedavi rehberi hazırlamış ve bu rehberde hafif BDB belirtilerine sahip bireylere BDT ya da BDT temelli kişisel yardım programları önerilmiştir.[62] Bu rehberde göre işlevsellikte kayıp varsa, hastalar SSRI tedavisine yönlendirilmeli ya da terapist eşliğinde daha yoğun bir BDT programına alınmalıdır. Daha ağır BDB belirtilerine sahip bireyler ise SSRI tedavisi ile BDT kombinasyonuna yönlendirilmelidir.[62]

Ayaktan takip edilen hastalarda BDT en az 12 ile 16 hafta arasında uygulanmalıdır.[85] İlk seanslar haftada birden fazla olacak şekilde yapılabilir. Bazı seanslar güvenlik arama davranışlarının ve alternatif davranışların belirlenmesi amacıyla terapist eşliğinde, anksiyetenin en yüksek olduğu yerlerde yapılabilir. NICE rehberine göre, ağır BDB belirtileri olan ya da ayaktan tedaviye yanıt vermeyen hastalar seanslara daha sık çağrılmalı ya da hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir.[62]

BDT seansları sonunda başarılı olmak için öncelikle hastayla işbirliği yapılmalıdır.[62] Tedavinin başlangıcında hastaya birbiriyle bağdaşmayan iki teori anlatılır. Birinci teoride hastanın izlediği yol Sokratik bir tarzda anlatılır. Hastaya göre sorun görünümünden kaynaklanmaktadır ve bu düşünce kaçınma davranışlarına, olduğunu varsaydığı kusuru gizlemesine, kendi özelliklerini diğer insanlarla karşılaştırmasına ve kendisinde beğenmediği özellikleri

yorumlamasına yol açmaktadır. Bunların sonucunda hasta olduğunu varsaydığı sorunla daha fazla uğraşmakta ve daha fazla sıkıntı yaşamaktadır. Tedavi sonrasında hastanın uygulaması beklenen, ikinci ve alternatif teoride ise sorunun beden imgesiyle ilgili düşüncelerde olduğu kabul edilmektedir. Hastaya bunun geçmiş yaşam deneyimleri ya da geçmişte başlayıp günümüzde hala devam eden küçük düşme, aşağılanma duygusuna bağlı olabileceği anlatılır. Bu bilgiler ışığında hasta fiziksel görünümü ile ilgili rahatsız edici deneyimlerle kaynaşmış düşüncelerine, yaşadığı olumsuz hislerden kurtulmak için uyguladığı başa çıkma yöntemlerine yoğunlaşır. Çözümün birinci teoride kendi uyguladığı ve başarısız olduğu biçimden farklı olacağını fark eder. İkinci teoride hastadan beklenen ise hala inanmasa bile görünümü normalmiş gibi davranmasıdır. Kozmetik bir süreç planlayan hastalarda terapi ertelenir, kozmetik süreç bittikten sonra hasta kendisini ikinci teoriyi uygulamak için terapistine emanet eder.[85]

Hastalar terapi için başvurduklarında değerlendirildikleri zaman ayrıntılı bir öykü alınmalıdır. Alınan öykülerde genelde BDB tanıli bireylerin dikkatlerinin kendi görünüşleri üzerine yoğunlaştığı, görüntüleri üzerine ruminatif düşünceleri olduğunu ve kendilerini genelde aynı yaş ve aynı cinsiyette başka insanlarla karşılaştırdıkları görülür.[85] Ayrıca hastaların güvenlik arama davranışları, kompulsiyonları ve kaçınma davranışları dikkatlice irdelenmelidir. Güvenlik arama davranışları genelde kalabalık ortamlardan kaçınma, göz teması kurmama ve beğenilmeyen vücut bölümünü gizleme şeklinde olabilir. Kompulsiyonlar güvenlik arama davranışının bir parçası olarak kabul edilebilir. Bunlar OKB'deki gibi hasta kendisini iyi hissedene kadar aynaya ya da diğer yansıtıcı yüzeylere bakma şeklinde yineleyici davranışlar olabilir.[85]

Terapi süreci başladığında imgeleme yoluyla hastanın geçmişteki rahatsız edici anıları hatırlaması sağlanır. Hatırlama sürecinde hasta olayları gözleri kapalı şekilde, kronolojik sıra içerisinde, kendisi şu anda yaşıyormuş gibi anlatır.[85] Daha sonra aynı olayı hasta erişkin bir kişi olarak gözlemler ve olay anında olaydan etkilenen kişiye gerekli yardımı sağlamaya çalışır. Bu prosedürler Gestalt terapiden alınmış ve BDT için modifiye edilmiştir. Olayı sadece anlatmaya göre avantajı duygulara daha kolay erişebilmesi ve olayla ilgili alternatif bakış açısı geliştirebilmesidir.[85] Bu yöntemle rahatsız edici anının günümüzdeki etkisi azalacak ve geçmişteki kötü bir anı olarak kalacaklardır.

Dikkat üzerine yapılacak çalışmalarda ise hastalara dikkati kendine değil de dış nesnelere yöneltmek öğretilmelidir. Terapi sürecinde ayrıca ruminatif düşüncelerin ve karşılaştırmaları önleyecek bilişsel süreçler üzerine çalışılmıştır. Hastaların kendilerine 'niçin' ile başlayan sorular yerine, 'nasıl' ile başla-

yan sorular sormaları öğretilmelidir. Örneğin ‘Burnum niçin bu kadar kötü görünüyor?’ yerine ‘Burnumun kötü görünmesi düşüncesi yerine hayatımdaki daha önemli şeylere nasıl odaklanabilirim?’[85]

Davranışçı tedavide ise, güvenlik arama davranışlarının, kaçınma davranışlarının ve kompulsiyonların üzerine çalışılır. Kompulsiyonları azaltmak, yanıt engelleme olarak kabul edilebilir.[85] Bu davranışlara örnek olarak internetten estetik cerrahları aramayı durdurmak, tekrar tekrar aynaya bakmayı engellemek gösterilebilir. Ayna egzersizlerinde ise kişiye aynaya belli bir ışık altında, belli bir mesafeden bakması ayrıca aynayı herkesin kullandığı durumlarda kullanması (makyaj yapmak, traş olmak gibi) önerilmektedir. Böylece hasta bedeninin sadece beğenmediği yerini değil birçok kısmını görecektir ve olduğunu varsaydığı kusuruna odaklanmayacaktır. Bir diğer davranışçı tedavi ödevinde ise hastanın girmekten çekindiği kalabalık ortamlara, herhangi bir güvenlik arama davranışına, kompulsiyona başvurmadan girmesi sağlanmalıdır. Bu ödev, en az anksiyete yaratan durumdan en fazla yaratana doğru aşamalı olarak gerçekleştirilebilir.[85]

BDB hastaları genelde görünüşleri ile ilgili başkalarının söylediği olumlu sözleri teselli, avutma gibi algılar. Mantıklı açıklamalar yaparak hastaların görünüşleri ile ilgili inanışlarını çürütmeye çalışmak, başlangıçta hastanın olumsuz düşüncelerinin etkisini azaltsa da sonlandırmaz, bir süre sonra bu olumsuz düşüncelerin olumsuz etkileri eski boyutlarına geri döner.[62,85]

Gidiş ve Sonlanım

BDB genellikle sinsi bir başlangıç ve düzelme alevlenme dönemleri ile giden bir seyir gösterir.[1,13] Hastalar birden fazla beden parçası veya organ ile ilgili endişeler taşıyabilir ve zaman zaman kusur buldukları beden parçalarının yerleri değişiklik gösterebilir. Hasta öncelikle belirli bir beden parçasına kaygı verici biçimde odaklanırken, zamanla aynı kaygı beden parçasında bir işlev bozukluğu olduğunu düşündürmekte ve bireyi tıbbi veya cerrahi bir yardım arama davranışı içine itebilmektedir.[13] 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 girebilmektedir.

BDB’li hastalarda özkıyım girişimi seyrek değildir. Geriye dönük çalışmalarda BDB olgularının %45-70’inde özkıyım düşünceleri olduğu tespit edilmiştir.[86] BDB’li hastaların %80’inde yaşam boyu en az bir kez özkıyım düşüncesi ortaya çıktığı ve %22-29 kadarının özkıyım girişiminde bulunduğu

saptanmıştır.[87,88] Phillips ve Menard'ın 185 BDB hastasıyla yaptığı 4 yıllık izlem çalışmasında hastaların %79.5'inde özkıyım düşünceleri ve %27.6'sında özkıyım girişimi öyküsü olduğu bildirilmiştir.[86] BDB tanısı almış ergenlerin, erişkinlere oranla anlamlı olarak daha fazla özkıyım düşünceleri olduğu saptanmıştır. Bir çalışmada BDB tanısı alan ergen hastaların %80.6'sında özkıyım düşüncesi bulunduğu ve %44.4'nün özkıyım girişiminde bulunduğu belirlenmiştir.[18]

Sonuç

BDB, önemli ölçüde huzursuzluğa, işlevsellikte bozulmaya yol açar. Kronik bir seyir göstermesi, yaşam kalitesini düşürmesi ve öz kıyım girişimleri, yüksek komorbidite oranları, zaman ve maliyet kaybına yol açmasıyla önem kazanmaktadır. Tanı, ayırıcı tanı ve eş tanı konusunda dikkatli olunmalı ve psikiyatri dışındaki alanların da aklına gelmesi ve sorgulanması gereken bir bozukluktur. Sınıflandırılmasında ve tedavisi konusunda halen soru işaretleri olması, konu üzerinde daha geniş örneklem gruplarını içeren büyük çaplı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

BDB tedavisi ile ilgili SSRI grubu ilaçları birbirleri ile karşılaştıran, BDT ile diğer psikolojik tedavileri karşılaştıran, tek başına BDT ve tek başına SSRI tedavilerini bu ikisinin kombinasyonu ile karşılaştıran, tedavi süresini, tedavi süreci bittikten sonra prognozu belirleyen faktörler ile ilişkili yapılacak yeni çalışmalara gereksinim vardır. Bu yönde yapılacak çalışmalar bozukluk hakkında daha kesin ve geniş bilgi sahibi olmamıza yardımcı olacaktır.

Kaynaklar

1. Sungur M.Z. Beden dismorfik bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası* 1999; 1:19-22.
2. Aslan H. Beden dismorfik bozukluğu: bir gözden geçirme. *Düşünen Adam* 2000; 13:33-41.
3. Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32:24-29.
4. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brahler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med* 2006; 36:877-885.
5. Bjornsson AS, Didie ER, Philips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2010; 12:221-232.
6. Phillips KA. Body dysmorphic disorder. In *Somatoform and Factitious Disorders* (Ed KA Phillips):67-94. Washington D.C., American Psychiatric Publishing, 2001.

7. Grant JE, Suck WK, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:517-522.
8. Biby EL. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol* 1998; 54:489-499.
9. Taqui AM, Shaikh M, Gowani SA, Shadid F, Khan A, Tayyeb SM et al. Body dysmorphic disorder: gender differences and prevalence in a Pakistani medical student population. *BMC Psychiatry* 2008; 8:20.
10. Zimmerman M, Mattia JI. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Compr Psychiatry* 1998; 39:265-270.
11. Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42:436-441.
12. Hollander E, Aronowitz BR. Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorders: managing the complicated patient. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:27-31.
13. Aşkın R. Vücut dismorfik bozukluğu. In *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2nd ed.(Eds E Köroğlu, C Güleç):390-392. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007.
14. Aşkın R. Vücut dismorfik bozukluğu: 9 olgu. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1994; 1:45-51.
15. Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R et al. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 1996; 169:196-201.
16. Çelik S, Fidan E, Evren C, Can Y, Danişmant BS, Çavaş S et al. Beden dismorfik bozukluğu ve madde bağımlılığı: bir olgu sunumu. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2011; 24:75-79.
17. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005; 46:317-325.
18. Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res* 2006; 141:305-314.
19. Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2006; 47:77-87.
20. Çalıküşu C, Tükel R, Karalı N. Beden dismorfik bozukluğunda klinik özellikler: 13 olgunun değerlendirilmesi. 33. Ulusal Psikiyatrik Kongresi, 1-4 Ekim 1997 Antalya, Türkiye. *Bildirir Metin Kitabı* sayfa:29-34.
21. Castle DJ, Rossell SL. An update on body dysmorphic disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19:74-78.
22. Grant JE, Kim SW, Eckert ED. Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: prevalence, clinical features and delusionality of body image. *Int J Eat Disord* 2002; 32:291-300.
23. Grant JE, Phillips KA. Is anorexia nervosa a subtype of body dysmorphic disorder? Probably not, but read on. *Harv Rev Psychiatry* 2004; 12:123-126.
24. Munro A, Stewart M. Body dysmorphic disorder and the DSM-IV: the demise of dysmophobia. *Can J Psychiatry* 1991; 36: 91-96.

25. Phillips KA, Taub SL. Skin picking as a symptoms of body dysmorphic disorder. *Psychopharmacol Bull* 1995; 31:279-288.
26. Munro A. Paranoid(delusional) disorders: DSM-III-R and beyond. *Compr Psychiatry* 1987; 28: 35-39.
27. Munro A. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Br J Psychiatry* 1988; 153:37-40.
28. Göksan B. Ergenlerde beden imajı ve beden dismorfik bozukluğu (Uzmanlık tezi). İstanbul, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2007.
29. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Hudson JI. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1993; 150:302-308.
30. Hollander E, Cohen LJ, Simeon D. Body dysmorphic disorder. *Psychiatr Ann* 1993; 23:359-364.
31. Feusner, J.D. Neziroglu, F. Wilhelm, S. Mancusi, L. Saxena, S. What causes BDD: research findings and a proposed model. *Psychiatr Ann* 2010; 40:349- 355
32. Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Yaryura-Tobias JA. Rates of abuse in body dysmorphic disorder and obsessive compulsive disorder. *Body Image* 2006; 3:189-193.
33. Veale D. Body dysmorphic disorder: review. *Postgrad Med J* 2004; 80:67-71.
34. Veale D, Ennis M, Lambrou C. Possible association of body dysmorphic disorder with an occupation or education in art and design. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1788-1790.
35. Bernstein IH, Lin TD, McClellan P. Cross- vs. within-racial judgments of attractiveness. *Percept Psychophys* 1982; 32:495-503.
36. Deckersbach T, Savage C, Phillips K, Wilhelm S, Buhlmann U, Rauch SL et al. Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. *J Int Neuropsychol Soc* 2000; 6:673-681.
37. Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, Bookheimer S. Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:1417-1425.
38. Feusner JD, Moody T, Hembacher E, Townsend J, McKinley M, Moller H et al. Abnormalities of visual processing and fronto-striatal systems in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67:197-205.
39. Rauch SL, Phillips KA, Segal E, Makris N, Shin LM, Whalen PJ et al. A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res* 2003; 122:13-19.
40. Atmaca M, Bingol I, Aydin A, Yildirim H, Okur I, Yildirim MA et al. Brain morphology of patients with body dysmorphic disorder. *J Affect Disord* 2010; 123:258-263.
41. Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, McKinley M, Moller H, Bookheimer S. Regional brain volumes and symptom severity in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res* 2009; 172:161-167.
42. Bienvenu O, Samuels J, Riddle M, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry* 2000; 48:287-293.

43. Phillips KA, Gunderson CG, Mallya G, McElroy SL, Carter W. A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:568-575.
44. Phillips KA, Kaye WH. The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr* 2007; 12:347-358.
45. Barr L, Goodman W, Price L. Acute exacerbation of body dysmorphic disorder during tryptophan depletion. *Am J Psychiatry* 1992; 149:1406-1407.
46. Hanes K. Serotonin, psilocybin, and body dysmorphic disorder: a case report. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16:188-189.
47. Craven J, Rodin G. Cyproheptadine dependence associated with an atypical somatoform disorder. *Can J Psychiatry* 1987; 32:143-145.
48. Hollander E, Wong C. Introduction: obsessive-compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* 1995; 56(Suppl 4):3-6.
49. Phillips KA, McElroy SL, Hudson JI, Pope Jr HG. Body dysmorphic disorder: an obsessive compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both? *J Clin Psychiatry* 1995; 56:41-52.
50. Cohen L, Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders. In Stein DJ, editor. *Obsessive-compulsive disorders*. New York: Marcel Dekker Inc;1997.
51. Frare F, Perugi G, Ruffolo G, Toni C. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Eur Psychiatry* 2004; 19:292-298.
52. Buhlmann U, Wilhelm S, McNally RJ, Tuschen-Caffer B, Baer L, Jenike MA. Interpretive biases for ambiguous information in body dysmorphic disorder. *CNS Spectr* 2002; 7:435-443.
53. Eisen JL, Phillips KA, Coles ME, Rasmussen SA. Insight in obsessive compulsive and body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2004; 45:10-15.
54. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2003; 44:270-276.
55. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr, Hudson JI, Pope HG Jr. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull* 1994; 30:179-186.
56. 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; 13:197-203.
57. Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA. Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:309-316.
58. Simeon D, Hollander E, Stein DJ. Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:1207-1209.
59. Phillips KA. Body dysmorphic disorder and depression: theoretical considerations and treatment strategies. *Psychiatr Q* 1999; 70:313-331.
60. Brawman-Mintzer O, Lydiard RB, Phillips KA. Anxiety disorders and body dysmorphic disorder:a comorbidity study. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1665- 1667.

61. Soriano JL, O'Sullivan RL, Baer L, Phillips KA, McNally RJ, Jenike MA. Trichotillomania and self-esteem: a survey of 62 female hair pullers. *J Clin Psychiatry* 1996;57:77-82
62. National Collaborating Centre for Mental Health. *Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder*. London, British Psychological Society & Royal College of Psychiatrists, 2006.
63. Phillips KA, Najar F. An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:715-720.
64. Phillips KA, Siniscalchi JM, McElroy SL. Depression, anxiety, anger, and somatic symptoms in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatr Q* 2004; 75:309-320.
65. Phillips KA, Kelly MM. Suicidality in a placebo-controlled fluoxetine study of body dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2009; 24:26-28.
66. Phillips KA, Rasmussen SA. Change in psychosocial functioning and quality of life of patients with body dysmorphic disorder treated with fluoxetine: a placebo-controlled study. *Psychosomatics* 2004; 45:438-444.
67. Phillips KA, Dwight MM, McElroy SL. Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:165-171.
68. Perugi G, Giannotti D, Di Vaio S, Frare F, Sacttoni M, Cassano GB. Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11:247-254.
69. Phillips KA. An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2006; 21:177-179.
70. Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schmeidler J, Wong C et al. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:1033-1039.
71. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:381-388.
72. Heimann SW. SSRI for body dysmorphic disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:868.
73. Hollander E, Liebowitz MR, Winchel R, Klumker A, Klein DF. Treatment of body-dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *Am J Psychiatry* 1989; 146:768-770.
74. Albertini RS, Phillips KA. Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:453-459.
75. Phillips KA, McElroy SL, Dwight MM, Eisen JL, Rasmussen SA. Delusionality and response to open-label fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:87-91.
76. Phillips KA. *Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide*. New York, Oxford University Press, 2009.
77. Phillips KA. *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. New York, Oxford University Press, 2005.

78. Phillips KA. Pharmacotherapy for body dysmorphic disorder. *Psychiatr Ann* 2010; 40:325-332.
79. Phillips KA, Albertini RS, Siniscalchi JM, Khan A, Robinson M. Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:721-727.
80. Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63:263-269.
81. Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R et al. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behav Res Ther* 1996; 34:717-729.
82. Khemlani-Patel S, Neziroglu F, Mancusi LM. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a comparative investigation. *Int J Cogn Ther.* 2011; 4:363-380.
83. Geremia G, Neziroglu F. Cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Clin Psychol Psychother* 2001; 8:243-251.
84. Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D. A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder. *Behav Res Ther* 2006; 44:99-111.
85. Veale D. Cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Psychiatr Ann* 2010; 40:333-340.
86. Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1280-1282.
87. Didie ER, Tortolani CC, Pope CG, Menard W, Fay C, Phillips KA. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder *Child Abuse Negl* 2006; 30:1105-1115.
88. Neziroğlu F, Khemlani-Patel S. A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder. *CNS Spectr* 2002; 7:464-471.

Perihan Çam Ray, Dr., Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Adana; **Mehmet Emin Demirkol**, Dr, Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana; **Lut Tamam**, Prof. Dr. , Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana.

Yazışma Adresi/Correspondence: Perihan Çam Ray, Dr., Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Adana, Turkey. e-mail: pericam20@hotmail.com

The authors reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol4/no4/

Çevrimiçi yayım / Published online 06 Ağustos /August 06, 2012; doi:10.5455/cap.20120432