

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**PLASTİK CERRAHİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA BEDEN
DİSMORFİK BOZUKLUĞUNUN YAYGINLIĞI, KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE
DİĞER PSİKİYATRİK HASTALIKLARLA BİRLİKTELİĞİ**

DR. FADİME ŞİMŞEK

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2020

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**PLASTİK CERRAHİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA BEDEN
DİSMORFİK BOZUKLUĞUNUN YAYGINLIĞI, KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE
DİĞER PSİKİYATRİK HASTALIKLARLA BİRLİKTELİĞİ**

DR. FADİME ŞİMŞEK

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Nazmiye Kaya

KONYA, 2020

TEŞEKKÜR

Tezimin ve uzmanlık eğitimimin her aşamasında bana yol gösteren ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Nazmiye Kaya'ya,

Asistanlık sürecim boyunca eşsiz bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım kıymetli hocalarım Prof. Dr. Rahim Kucur, Prof. Dr. Faruk Uğuz, Prof. Dr. Mehmet Ak ve Prof. Dr. Adem Aydın'a

İstatistiksel analizlerde ve tezimin yazımı aşamasında her türlü yardımı sağlayan sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Şakir Gıca'ya,

Asistanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım sevgili asistan arkadaşlarım ve diğer tüm psikiyatri kliniği çalışanlarına,

Bugünlere gelmemi sağlayan, varlıklarına her daim şükrettiğim annem Havva Dalboy, babam Hasan Dalboy, kız kardeşlerim Nurcan ve Gülcan'a

Tıp fakültesinin ilk yıllarından bu yana iyi, kötü her anımı paylaştığım her zaman en büyük destekçilerimden biri olan hayat arkadaşım Mustafa Enes'e ve hayatımıza girdiği ilk andan beri her şeyi değiştiren, güzelleştiren, bu süreçte sevgisi ile huzur bulmamı sağlayan biricik oğlum Kerem Kayra'ya sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Haziran, 2020

Dr. Fadime Şimşek

ÖZET

PLASTİK CERRAHİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUNUN YAYGINLIĞI, KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE DİĞER PSİKİYATRİK HASTALIKLARLA BİRLİKTELİĞİ

DR. FADİME ŞİMŞEK

UZMANLIK TEZİ, 2020

Amaç: Beden dismorfik bozukluğun psikiyatri dışı kliniklere başvuru oranı sık olup bu kliniklerde tanınması önem arz etmektedir. Çalışmamızın amacı plastik ve rekonstruktif cerrahi polikliniğine başvuran hastalarda beden dismorfik bozukluk yaygınlığı, klinik özellikleri ve eş tanılarını belirlemektir.

Yöntem: Bu çalışmada Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi polikliniğine başvuran 18-65 yaş aralığındaki hastalara sosyodemografik veri formu, Vücut Algısı Ölçeği, Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği, TEMPS-A Mizaç Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği verildi. Bu ölçekleri doldurmayı kabul edenlerden vücut algısı ölçeğinde 135 puan üstü alan tüm katılımcılar psikiyatrik görüşmeye alındı. Bu çalışma SCID/CV(Structured Clinical Interview for DSM-IV/Clinical Version) ile yapılan psikiyatrik görüşme sırasında DSM-IV tanı ölçütlerine göre BDB tanısı alan hastalar, VAÖ ölçeği yüksek çıkıp tanı almayan olgular ve kontrol grubun karşılaştırılması şeklinde yapılmıştır.

Bulgular: Plastik ve rekonstruktif cerrahi polikliniğine başvuran kişiler içinde BDB yaygınlığı %4,7 olarak bulunmuştur. Başvuru sebebine göre hastaları ayırdığımızda kozmetik cerrahi için başvuranlarda bu oran %8,6 olarak saptanmış olup, BDB tanısı alan tüm hastalar kozmetik cerrahi için başvurmuşlardır. BDB tanısı alan ile diğer gruplar arasında sosyodemografik verilerde anlamlı farklılık saptanmazken, BDB tanısı alan hastaların SGKÖ puanları, Beck depresyon puanları, depresif ve anksiyöz mizaç puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Plastik ve rekonstruktif cerrahiye başvuran hastalarda BDB ek tanısının azımsanmayacak oranda yüksek olduğu görülmüştür ve bu hastaların tanınması gereksiz cerrahi girişimlerin önüne geçeceği için önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: Beden dismorfik bozukluk, plastik ve rekonstruktif cerrahi, klinik özellikler, mizaç

ABSTRACT

Objective: The application rate of body dysmorphic disorder to non-psychiatric clinics is frequent and it is important to be recognized in these clinics. The aim of our study is to determine its prevalence, clinical features and comorbidity in patients admitted to plastic and reconstructive surgery.

Method: In this study, a socio-demographic data form, Body Perception Scale, Social Appearance Anxiety Scale, TEMPS-A Temperament Scale, Beck Depression Scale will be given to the patients between the ages of 18-65 who applied to the Plastic and Reconstructive Surgery outpatient clinic of Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty Hospital. All participants, who scored 135 points in body perception scale, were included in the psychiatric interview. This study was conducted as a comparison of patients diagnosed with BDD according to DSM-IV diagnostic criteria during the psychiatric interview with SCID / CV (Structured Clinical Interview for DSM-IV / Clinical Version), people with high VAS scale and those who were not diagnosed and control group.

Results: The rate of patients diagnosed with BDD among those who applied to the plastic and reconstructive surgery outpatient clinic was found to be 4.7%. When we differentiate the patients according to the reason of application, this rate was found to be 8.6% in those who applied for cosmetic surgery, and all patients diagnosed with BDD applied for cosmetic surgery.

While there was no statistically significant difference in the socio-demographic data between BDD diagnosed and other groups, the SAAS scores, Beck depression scores, depressive and anxious temperament scores of patients diagnosed with BDD were found to be statistically significant.

Conclusion: It is important in patients who applied to plastic and reconstructive surgery that BDD comorbidity is substantially high, and that these patients' recognition will prevent unnecessary surgical procedures.

Key words: Body dysmorphic disorder, plastic and reconstructive surgery, clinical features, temperament.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
TABLolar DİZİNİ	vii
KISALTMALAR.....	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Tanım.....	2
2.2. Tarihçe	2
2.3. Epidemiyoloji	4
2.4. Etiyoloji	4
2.4.1 Nörobiyolojik Etkenler	5
2.4.1.1. Genetik.....	5
2.4.1.2 Nörobiyokimya	6
2.4.1.3 Beyin Görüntüleme ve Fonksiyonel Manyetik Rezonans Çalışmaları	6
2.4.2 Çevresel Faktörler	8
2.5 Klinik Görünüm.....	9
2.6 Tanı Kriterleri	11
2.7 Eş tanı	11
2.8 BDB'nin psikiyatri dışı kliniklerde tanınmasının önemi.....	12
2.9 Ayırıcı Tanı.....	13
2.10 Tedavi	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Örneklem	15
3.2. Yöntem ve Değerlendirme Araçları.....	16
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	16
3.2.2. SCID-I / CV (Structured Clinical Interview for DSM-IV/Clinical Version).....	16
3.2.3. Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)	17
3.2.5. TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) Mizaç Ölçeği	17
3.2.6. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	18
3.3 İstatistiksel Analiz	18
3.4 Etik Kurul	19
4. BULGULAR	19
4.1. Örneklem Sosyodemografik Özellikleri.....	19
4.2 Örneklem Klinik Özellikleri	23
4.3 Katılımcıların Yaşları Ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	27
4.4 BDB Tanısı Alan Hastaların Sosyodemografik, Klinik Özellikleri Ve Psikiyatrik Eş Tanıları.....	30
5. TARTIŞMA	31
6. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI	36
7. SONUÇLAR	36
8. KAYNAKLAR.....	36
9. EKLER.....	45

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. BDB tanısı alan hastaların, VAÖ puanı yüksek olguların ve kontrol grubunun sosyodemografik verileri (kontrol grubu n=526)	21
Tablo 2. BDB tanısı alan hastaların, VAÖ puanı yüksek olguların ve kontrol grubunun sosyodemografik verileri (kontrol grubu n=35)	22
Tablo 3. VAÖ' ye göre üç grupta en çok beğenilmeyen vücut bölgeleri.....	24
Tablo 4. Cinsiyete Göre Beğenilmeyen Vücut Bölgeleri.	25
Tablo 5. SGKÖ ve BDE Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	26
Tablo 6. TEMPS-A Mizaç Envanteri Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	27
Tablo 7. Örneklemin Yaşları ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	28
Tablo 8. Vücut Algısı Ölçeği ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi.....	29
Tablo 9. BDB Tanısı Alan Hastaların Klinik Özellikleri	31

KISALTMALAR

APA:	American Psychiatric Association
BDB:	Beden Dismorfik Bozukluğu
BDT:	Bilişsel Davranışçı Terapi
BDE :	Beck Depresyon Envanteri
DSM-III :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition
DSM-IV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
DSM-V:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
ICD :	International Classification of Diseases
GABA:	Gama-Aminobütrik Asit
OKB:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
SCID-I :	Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR
SGKÖ:	Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği
SNRI :	Serotonin Noradrenaline Reuptake Inhibitors
SSRI :	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
TEMPS-A:	Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Autoquestionnaire
VAÖ :	Vücut Algısı Ölçeği



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB), bireylerin dış görünüşleri ile ilgili hayali bir kusur veya küçük bir fiziksel kusur ile aşırı uğraş içinde olması ve bu kusura ilişkin yoğun bir kaygı duyması ile karakterize, işlevselliğinin önemli ölçüde (kişinin mesleki ve sosyal hayatında önemli derece bozulmalara yol açan) bozulduğu bir psikiyatrik hastalıktır.

BDB, DSM-4 somatoform bozukluk alt grubunda yer alırken, DSM-5'te Obsesif Kompulsif Bozukluğu ile İlişkili Bozukluklar içinde yer verilmiştir. BDB'nin genel özelliği; kişinin var olan yakınmalarını açıklayacak görünürde fizyolojik ya da genel tıbbi bir nedenin bulunmaması, böyle bir neden bulunsa bile, kişinin bununla ilgili kaygısını, var olan semptomlarını açıklayacak düzeyde olmamasıdır.

Fiziki görünümü ile ilişkili bu tarz kaygıları olan kişiler sıklıkla hekime başvurmakta, bir hatta çoğunlukla birden fazla kozmetik cerrahi ya da dermatolojik müdahalelere maruz kalmaktadır. Televizyon, sosyal medya gibi kişilerin kolayca ulaşabildiği kitle iletişim araçlarında belli bir güzellik algısı ile ilgili verilen düşünceler, zayıf, ince ya da belirli bir fiziksel görünümün toplum tarafından beğenilmesi, plastik ve rekonstruktif cerrahi ve ya kozmetik işlem yapan yerlere daha rahat ulaşılması insanların kendilerinde kusur arama davranışında artışa sebep olmuştur.

Bugüne kadar BDB ile ilgili yapılmış yurtdışı kaynaklı birçok yaygınlık çalışması mevcut olmakla birlikte ülkemizde bu alanda yapılmış çalışmalar sınırlıdır. BDB'de hastalarının ilk başvurularının kozmetik cerrahi ya da dermatoloji kliniklerine olduğu, bu hastaların birden çok kozmetik müdahale ya da cerrahi operasyona maruz kaldığı göz önüne alındığında bu hastalığın diğer klinikler tarafından tanınması, gereksiz birçok operasyonların önlenmesi ve hastaların erken psikiyatrik tedaviye yönlendirilmesi açısından önem arz etmektedir. Bu çalışmada plastik ve rekonstruktif cerrahi polikliniklerine başvuran hastalardaki BDB yaygınlığını belirlemek, BDB tanısı alan hastaların sosyodemografik özellikleri, sosyal görünüş kaygısı düzeyleri, mizaç özellikleri ve eşlik eden ek psikiyatrik tanılarını belirlemek amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım

Beden dismorfik bozukluk, kişinin dış görünüşü ile ilgili hayali bir kusurla aşırı uğraş ile karakterize, kişide aşırı sıkıntıya ve işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açan bir hastalıktır. Kişide bir kusur varsa bile, kişinin bu kusur ile ilgili endişesi aşırı derecededir (Karamustafalıoğlu 2018). Bireylerin kendilerinde mevcut olduğunu düşündüğü kusur ya da kusurlarla ilgili düşünceler, kişinin iradesi dışı ortaya çıkabilir ve düşünceler yaşamını olumsuz etkilemeye başlamasına rağmen bu düşünceleri durdurmakta ve dikkatini başka konulara çekmekte zorluk çeker (Sadock ve ark. 2016). Bu düşünceler, obsesif kompulsif bozukluktaki (OKB) obsesif düşüncelerle oldukça benzer özellik göstermekle birlikte BDB’de düşüncelerdeki iç görü düzeyi oldukça önem taşır.

BDB’de iç görü düzeyi sıklıkla yeterli değildir. Kişin kendisinde vücuduna dair düşündüğü kusurlarla ilgili düşünceler genellikle aşırı değer verilmiş düşünce hatta bazen hezeyan boyutundadır. Bu durum kişinin işlevselliğini önemli ölçüde bozmakta sosyal ve mesleki hayatını olumsuz olarak etkilemektedir (Köroğlu 2015). Vücutlarında kusurlu olarak gördükleri bölgelerle ilgili zihinsel ve bedensel uğraşları gün içinde saatlerini alabilir ve genellikle kaçınma davranışları, kendilerini rahatsız eden düşünceyi azaltmak için yaptıkları kompulsif tarzda davranışlar bulunur. Bu davranışlar yaşam kalitesinin daha çok bozulmasına sebep olur (Veale 2004).

2.2. Tarihçe

Beden dismorfik bozukluğun literatürdeki ilk adlandırması 1886 yılında İtalyan psikiyatrist Enrico Morselli tarafından "dismorfofobi" olarak yapılmıştır. "Dismorfofobi" terimi Yunancada çirkin ve çekici olmayan vücut anlamına gelmektedir (Thomas 1984). Bu tanımlamadan sonra Pierre Janet 1903 yılında bu hastalığı “bedenden utanma obsesyonu”olarak tanımlamıştır. Janet tanımlamayı yaparken bedeniyle ilgili düşünceler nedeni ile beş yıldır evinden hiç çıkmayan bir kadını örnek göstermiş, bu tanıyı bedeninden utanma obsesyonu olarak tanımlamış ve obsesif kompulsif nevrozun bir parçası olarak açıklamıştır (Phillips 2005).

Emil Kraepelin, 1909 yılında vücutla ilgili kusur düşüncelerinin, egoya yabancı karakterde ve tekrarlayıcı özellikte olmasından dolayı “kompulsif nevroz” grubunda yer

aldığını öne sürmüştür. Bu bozukluğu “güzellik hipokondriasi” olarak tanımlayan Jahrreiss (1930) ve Ladee (1966) günümüzde kullanılan tanıma oldukça yaklaşmışlardır.

Ayrıca 1950 yılında Zaidens cilt ve saçlarla ilgili olumsuz düşüncelerle giden bir durum tanımlamış ve buna “dermatolojik hipokondriyazis” adını vermiştir (Tihan 2008).

Psikiyatri tarihinin en iyi bilinen vakalarından biri olan “kurt adam” ı tanımlayan Freud bu tanımlamayı yaparken BDB özelliklerinden çok fazla bahsetmemiştir. Hastayı daha sonraki süreçlerde değerlendiren Ruth Brunswick, hastanın hayat kalitesini etkileyecek şekilde burnuyla uğraştığını ve burnunu kontrol etmek için sürekli aynayla dolaştığından söz etmiştir (Phillips 2005, França ve ark. 2017).

Görüldüğü gibi BDB tarih boyunca uzun yıllardır bilinmesine, çeşitli tanımlamalar yapılmasına rağmen ilk olarak 1980 yılında DSM-III içinde yer almış ve “atipik somatoform bozukluk, dismorfofobi” olarak sınıflandırılmıştır. Bozukluğa ait ilk tanı kriterleride DSM-III-R’de, 1987 yılında oluşturulmuştur (DSM-III-R 1987).

Burada bozukluk sanrısız tip ve sanrılı olmayan tip olarak ayrılmış, sanrılı olan tipi sanrılı bozukluk-somatik alt tipi altında sınıflandırılmıştır (American Psychiatric Association. 1987). DSM-IV-TR’ye gelindiğinde BDB, kişinin vücudundaki hayali kusurla aşırı derece uğraşıp durması, hafif bir kusur varsa bile, kişinin uğraşının ve kaygısının abartılı olması, bu uğraşın kişide belirgin derecede sıkıntıya sebep olması, toplumsal ve mesleki işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olması olarak tanımlanmış ve somatoform bozukluk alt grubunda yer almıştır. BDB tanısının konulabilmesi için bu uğraşın başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaması gerekmektedir (Koroğlu 2007).

BDB’deki düşüncelerin tekrarlayıcı özellik göstermesi, kişide belirgin sıkıntıya yol açması ve kişinin bu sıkıntıyı yenmek için ritüelistik davranışları olması nedeniyle OKB ile yakınlık gösterdiği üzerinde durulmuş ve 2014 yılında bozukluk DSM-5’te Obsesif Kompulsif Bozukluğu ile İlişkili Bozukluklar grubunda yerini almıştır (American Psychiatric Association 2014, Öztürk 2014).

Diğer bir sınıflama sistemi olan ICD sisteminde BDB ilk kez ICD-10 içinde yer almış, bu sınıflama sisteminde somatoform bozukluk sınıfında hipokondriyak bozukluk alt başlığında yer verilmiştir. Düşüncelerin sanrı düzeyinde olduğu türü ise sanrılı bozuklukların içinde “sanrılı dismorfofobi” olarak sınıflandırılmıştır (The ICD-10 Classification 1993).

2.3. Epidemiyoloji

BDB'nin toplum içindeki genel yaygınlığını belirlemek güçtür. Çünkü bu hastaların büyük bir kısmı ilk olarak psikiyatri hekimine başvurmazlar. Genel olarak dermatologlara, cerrahlara ve daha da sıklıkla plastik cerrahlara başvurumaktadırlar (Sungur MZ. 1999).

Epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında beden dismorfik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0.7-2,4 olarak bildirilmektedir (Faravelli ve ark. 1997, Otto ve ark. 2001, Bohne ve ark. 2002, Cansever ve ark. 2003). Öğrenciler arasında yapılan klinik olmayan çalışmalarda %2-13 arasında değişen oranda yaygınlık saptanmıştır (Biby ve ark. 1998, Grant ve ark. 2001, Taqui ve ark. 2008, Bjornsson ve ark. 2010, Möllmann ve ark. 2017). Bu değişen ve geniş aralıklı oranların sebebi BDB hastalarının utanç duygusundan dolayı ya da var olan semptomları hastalık olarak görmedikleri için bunu doktora bildirmemelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Conroy ve ark. 2008). Yapılan bir çalışmada yatan psikiyatri hastalarının bedenleri ile ilgili düşüncelerini klinisyene bildirme oranlarının %15,1 ve bildirmeme sebebi olarak da en çok utanma duygusu (%31,3) tespit edilmiştir (Conroy ve ark. 2008).

Psikiyatri kliniğinde yatan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda BDB yaygınlığı %13,1-16 tespit edilmiştir (Grant ve ark. 2001). BDB'li olan hastalar sıklıkla psikiyatri dışı polikliniklere başvurduğu için bu kliniklerde yapılacak çalışmalar daha çok önem arz etmektedir.

Yapılan çalışmalarda BDB, dermatoloji hastalarında %12 oranında görülmektedir (Philips ve ark. 2000). BDB, plastik ve rekonstrüktif cerrahi hastalarında ise % 7 oranında saptanmıştır (Sarwer ve ark. 1998). Yapılan başka bir çalışmada ise, BDB tanısı alan hasta oranları; dermatoloji için %9-15, kozmetik cerrahi için %7-15, ortodonti kliniklerinde %8, ağız çene ve yüz cerrahi kliniklerinde %10 olarak saptanmıştır (Phillips 2009).

BDB'nin kadın erkek dağılımı üzerindeki oranlarını inceleyen çalışmalarda çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Literatürde genel olarak kadınlarda daha çok görüldüğü ileri sürülmekle birlikte, eşit oranda görüldüğünü gösteren yada erkeklerde daha çok görüldüğünü gösteren çalışmalarda vardır (Aşkın 1994, Herbest ve ark. 2020). BDB tanılı hastalarda bekar ve boşanmış olma oranı sağlıklı popülasyona kıyasla anlamlı oranda yüksektir (Koran ve ark. 2008).

2.4. Etiyoloji

BDB'nin etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Etiyolojide sosyokültürel, genetik, nörobiyokimyasal faktörler gibi birçok faktörün rol oynadığı multifaktöriyel bir yapı içinde olduğu düşünülmektedir (Feusner ve ark. 2010).

Nörobiyokimyasal olarak bakıldığında serotoninin bu hastalık üzerinde etkili bir faktör olduğu düşünülmektedir (Neziroğlu ve ark. 2006). Beyin görüntüleme çalışmaları, nöropsikolojik testler, yüz ile ilgili görüntülerin hastalara gösterilmesi ile yapılan fraksiyonel MR çalışmalarında fronto-striatal ve temporo-parietal-okspital yolakların BDB üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca birinci derece akrabalarında BDB olanlarda bu bozukluğun 4 kat daha fazla görülmesi genetik faktörler üzerinde durulmasına sebep olmuştur (Grant ve ark. 2005). Çocukluk çağı travmaları da BDB için bir risk faktörüdür. Çocukluk döneminde fiziksel şiddete maruz kalmak, cinsel istismar öyküsünün olması, sosyal ve ekonomik desteklerin zayıf olması bu faktörlerin başında gelmektedir (Neziroğlu ve ark. 2006).

2.4.1 Nörobiyolojik Etkenler

2.4.1.1. Genetik

Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında; BDB, birinci derece yakınlarında bu hastalık olanlarda olmayanlara göre daha sık görüldüğü bulunmuştur. Bu da BDB etyopatogenezinde genetik faktörler üzerinde durulmasına sebep olmuştur (Phillips ve ark. 2005). BDB olan kişilerin yakınlarında bu bozukluğun görülme oranının %8 olduğu bu kişilerin genel topluma göre 4-8 kat artmış risk taşıdıklarını göstermektedir (Bienvenu ve ark. 2000). BDB tanısı alan bireylerin birinci derece yakınlarında artmış OKB riski de söz konusudur. Bu da bu iki bozukluk arasında ortak yatkınlık hipotezini güçlendirmektedir (Bienvenu ve ark. 2000).

BDB ile yapılan gen spesifik çalışmalar kısıtlıdır. İkiz çalışmaların sonuçları, BDB benzeri semptomlardaki genetik faktörlerin varyansın yaklaşık %42-44'ünü oluşturduğunu, kalan varyansın paylaşılmayan çevresel etkilerden sorumlu olduğunu göstermektedir (Georgina ve ark. 2017). Phillips ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları bir çalışmada 57 BDB hastası ve 58 sağlıklı kontrolü karşılaştırılmış ve bu çalışmada GABAA- γ 2 (5q31.1-q33.2) geni 1. allelinin BDB'li bireylerde daha sık görüldüğü saptanmıştır. OKB ile ilişkili olan serotonin 5-HT_{1d} reseptörü ile ilgili bir ilişki gösterilmemiştir. Test edilen diğer genler için de bir ilişki gösterilmemiştir (5-HTTLPR, 5-HT_{1A} reseptörü, triptofan

hidroksilaz, serotonin taşıyıcı için VNTR polimorfizmi, dopamin DRD4 veya DRD5 alıcı genleri veya dopamin taşıyıcı genleri) (Phillips 2007).

2.4.1.2 Nörobiyokimya

BDB etyopatogenezinde serotonin rolü tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte gerek tedavide kullanımı gerekse literatürdeki vaka bildirimleri etkili olduğunu göstermektedir. BDB'ye depresif bozukluk, anksiyete bozuklarının sık eşlik etmesi, OKB ile benzer semptomatolojiye sahip olması, hastalığın serotonin geri alım inhibitörlerine cevap vermesi, bu bozukluğunun patofizyolojisinde serotonin de rol oynadığı diğer ruhsal bozukluklarla ilişkili olabileceği konusunda yol göstericidir (Kaplan 2016).

Serotonin öncülü olan triptofan isimli amino asidin diyetle eklenmesiyle BDB ve OKB semptomları arasındaki ilişkiye bakılmış, BDB semptomlarında artış olurken OKB semptomlarının azaldığı gözlenmiştir (Barr 1992). Literatürdeki vaka bildirimlerine bakıldığında psilobin isimli serotonin parsiyel agonistinin BDB belirtilerine iyi geldiğinden bahsedilmiştir. Yine bir vaka da triptofan eksikliği sonrası BDB belirtilerinde artış olduğu ve başka bir vaka bildiriminde serotonin antagonisti olan siproheptadin kötüye kullanımı ile ortaya çıkan BDB vakası bildirilmiştir (Barr ve ark. 1992, Craven ve ark. 1987).

2.4.1.3 Beyin Görüntüleme ve Fonksiyonel Manyetik Rezonans Çalışmaları

BDB hastaları, çoğunlukla yüz ve baş bölgelerindeki “kusurları” algırlarlar. Aynadaki görünümünü sık sık kontrol etme eğilimindedirler ve çoğu zaman başkalarının yüzlerini kendilerinki ile karşılaştırmak için incelerler (Phillips 2005). BDB hastalarının yüzleri parça parça ayrıntılarıyla algıladıkları sağlıklı bireylerin ise daha bütüncül algıladıkları bilinmektedir (Feusner ve ark. 2009). Beyin yapısı ve fonksiyonundaki farklılıklar, özellikle beynin görsel işleme bölgelerinde, temel BDB semptomları olan fiziksel görünümdeki ayrıntılarla işlevsiz meşguliyetin temelini oluşturabilir (Madsen ve ark. 2015). Bu alanda BDB hastaları üzerinde yapılan çalışmalar bir takım beyinsel değişiklikleri ve görsel işleme ile ilgili farklılıkları ortaya koymuştur. Ancak çalışma sayısı sınırlı sayıda olup daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Literatürde 2003 tarihli bir beyin görüntüleme çalışmasında 8 BDB tanılı hasta sağlık kontrolleri ile karşılaştırılmış; BDB hastalarında artmış beyaz cevher hacmi ve kaudat nükleusta sola kayma şeklinde asimetri tespit edilmiştir. Bu bulgular OKB'deki modele benzemekte, spektrum içinde olmasını doğrular niteliktedir (Rauch ve ark. 2003).

Yapılan bir diğer çalışmada, sağlıklı kontrollere göre BDB'li bireylerde beyaz cevher hacmi ve talamik nükleus hacmi daha fazla bulunmuş, buna ek olarak orbitofrontal korteks ve anterior singulat hacimlerinin de daha az olduğu gösterilmiştir (Atmaca ve ark. 2009).

Yine 2009 yılında yapılan bir başka çalışmada yaşları 15-54 arasında değişen 12 BDB'li bireyin 12 kontrol grubu ile karşılaştırılmasında gruplar arasında beyinde morfometrik bir fark gözlenmemiştir (Feusner ve ark. 2009). Bir başka çalışma ise; 20 BDB'li birey sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, sağ orbitofrontal korteks, sol anterior singulat korteks, hipokampus, talamus ve amigdala hacimlerinin kontrol grubuna göre daha küçük olduğu tespit edilmiştir (Buchanan ve ark. 2014).

Yapılan bir diğer çalışmada beyin hacminde anlamlı değişiklikler saptanmazken, bu çalışmada BDB hastalarına eşlik eden ek tanılara bakılmış, anksiyete belirtileri fazla olan hastalarda sol süperior temporal kortekste gri madde hacminde azalma ve sağ kaudat nükleusta gri madde hacminde artma saptanmıştır (Madsen ve ark. 2015). Bu bulgular BDB'ye eşlik eden komorbid durumların etyolojik faktörleri etkilediği, buna bağlı olarak bozukluğa sebep olan faktörler ararırken bozukluğa eşlik eden durumların iyi aydınlatılması gerektiğini göstermektedir. Yirmi BDB hastasının, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada BDB grubunda sol inferior parietal ve sol temporal kortekslerde sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede azalmış kortikal kalınlık gözlemlenmiş ve sol temporal korteksin BDB patofizyolojisindeki potansiyel rolü vurgulanmıştır (Grace 2017). Yine bu çalışmada BDB grubunda klinik özellikler (Hamilton depresyon ve Hamilton anksiyete skorlarına bakılmış) ile gri madde kalınlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. BDB'de mevcut nörogörüntüleme bulguları göz önüne alındığında önemli olan bazı metodolojik konular vardır. Heterojen analiz teknikleri ve örnek özellikleri, bulguların genelleştirilebilirliği üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Yapılan çalışmalarda genel olarak hasta grup sayıları yetersiz, cinsiyet oranları, hasta komorbiditeleri ve ilaç kullanımı tutarsızdır (Grace 2017).

Fonksiyonel MR'ın kullanılmaya başlaması ile BDB ile beyin perfüzyon kanlanma değişikliklerini inceleyen çalışmalar yapılmıştır. Altı vakanın incelediği bir çalışmada parietal bölgede anlamlı kanlanma değişikliklikleri tespit edilmiş, bunların bozukluktaki kusur algısı ile ilişkili olduğu savunulmuştur (Carey ve ark. 2004). Başka bir çalışmada 12 BDB tanılı hasta, 13 sağlıklı gönüllü ile karşılaştırmış, çalışmaya katılanlara bazı resimler gösterilmiş ve bu sıradaki tepkileri fonksiyonel MR ile kaydedilmiştir. BDB tanısı konmuş hastalarda prefrontal, temporal, dorsal anterior singulat girus da sol taraf

aktivasyonu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise hasta grubun aksine sağ taraf aktivasyonun hakim olduğu gösterilmiştir. Bu bölgelerde ki sol taraf aktivasyonun bölgesel ve analitik işleme ayrıntılar üzerinde önemli olduğu, sağ taraf aktivasyonun ise daha bütüncül algılamayı sağladığı bilindiğinden BDB'li bireylerin yüzlerini daha ayrıntılı ve parça parça yorumladıkları savunulmuştur (Feusner ve ark 2007).

Görsel işlemlerin araştırıldığı bir diğer çalışmada ise 17 BDB'li birey ile 16 sağlıklı birey karşılaştırılmıştır. Katılımcılara kendi fotoğrafları, bir aktör fotoğrafı ve oval bir şekil gösterilerek çalışma yapılmıştır. Varsayıldığı gibi, BDB'li bireyler, kendi yüzlerini görüntülerken görsel işleme bölgelerinde anormal beyin aktivitesi göstermiştir (Feusner ve ark. 2010).

2.4.2 Çevresel Faktörler

BDB'nin oluşumunda biyolojik faktörlerin yanı sıra çevresel faktörlerin de önemli rolü vardır. Günümüzde giderek artan sosyal medya araçları ve teknolojinin kullanımı bu ortamlarda dayatılan standart güzellik algısı, kişilerin bunlara çocukluk çağından itibaren maruz kalması BDB için bir risk faktörüdür (Feusner ve ark. 2010).

Psikodinamik yaklaşım özellikle bu bozukluğun etyolojisinde bağlanmanın önemli rol oynadığı üzerinde durmaktadır. Yaşamın ilk yıllarında bakım verenle güvenli bağlanma doğru bir şekilde gelişmediğinde bireyler kendilerini ve nesneleri sevmekte, kabul etmekte ve tatmin edici bir ilişki kurmakta güçlük çekerler. Buna bağlı olarak kişinin bedenini sevmekte zorluk yaşadığı kabul edilir. Aile bireylerinin aşırı koruyucu hatta engelleyici, mükemmeliyetçi tutumları bildirilmiştir (Barr ve ark. 1992). Bu tutumların bireyin benlik saygısını olumsuz etkilemekte, bu olumsuz duygularında vücudun bir bölgesine yöneltildiği savunulmaktadır (Aşkın 1994, Aslan ve ark. 1996, Andersan ve ark. 1977).

Çocukluk çağı travmaları da etyolojide önemli bir faktördür; öyle ki çocukluk çağında sosyal desteği eksik olan, akran zorbalığına maruz kalan, fiziksel olarak şiddet gören, cinsel istismara uğrayan kişilerde ilerleyen yaşlarda estetik kaygıların daha fazla olduğu BDB'ye daha yatkın oldukları literatürde yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Veale ve ark. 2002, Hollander ve ark. 1993). BDB belirtilerinin oluşumunu iyi bir şekilde açıklayan öğrenmenin ve koşullanmanın üzerinde duran bilişsel davranışçı modele göre; çevresel koşullar olarak daha yüksek estetik duyarlılığa sahip toplumlarda olan bireyler sosyal öğrenmeyle kendilerine verdikleri değer beden algısına bağlı hale gelebilir. Bu bireylerin yetiştirildikleri koşullar, maruz kaldıkları fiziksel psikolojik şiddet neticesinde

oluşan olumsuz duygular bedeninin bir bölgesine yansıtılır ve beden algısı ile ilgili oluşan bu olumsuz düşünceler, davranış değişiklikleri, olumsuz yaşam olayları ile iyice pekişir. İlk başlarda oluşan davranışsal değişiklikler kişide sıkıntıyı rahatlatırken daha sonra işlevsellikte ciddi bozulmalara yol açar. Bilişsel davranışçı öğrenme modeli BDB semptomlarının nasıl oluştuğunun yanında nasıl kronikleştiğini de açıklamaya çalışmaktadır (Veale 2004, Feusner ve ark. 2010).

2.5 Klinik Görünüm

BDB'de klinik görünüm; kişinin hayali bir kusur ya da endişesi ile orantılı olmayan bir kusurla işlevselliğini bozacak düzeyde artmış zihinsel uğraş ile karakterizedir. Kişi kendindeki kusurla herkesin ilgilendiğini düşünür. Bu durum kişiye yoğun sıkıntı vermektedir ve kişi bu sıkıntıyı gidermek için bir takım davranış örüntüleri geliştirir (Veale 2000). BDB'de klinik spektrum geniştir. Kişi kısıtlı olsada sosyal işlevlerini yerine getirebilir ya da işlevselliği ciddi anlamda bozulmuş olabilir. Hastalık genellikle erken yaşlarda başlar ancak bu hastaların doktora başvurması ve tanı alması ileriki yaşlarda olmaktadır. Hastalığın ilk belirtileri 13-14 yaşında başlamakta ancak hastaların ortalama klinisyene başvuru süresi 11-12 yılı bulmaktadır. BDB genel olarak ilerleyici bir seyir gösterir, kişi tedavi için başvurmadıkça tablo ilerleyerek şiddetlenir. Bu hastalar genellikle psikiyatri kliniklerine başvuramazlar (Çalıkları ve ark. 1997, Phillips ve ark.1997, Phillips ve ark. 2005).

Hastaların az bir kısmında aniden şiddetli başlangıç görülebilir, ani başlangıçlar genellikle akran zorbalığı ya da dalga konusu olma sonrası görülür. Bu şekilde gürültülü başlangıçta psikiyatriye başvurma oranları daha yüksektir (Phillips 1997, Phillips 2004, Phillips 2005, Phillips ve ark. 2005, Phillips 2006).

BDB'li kişilerde vücut bölümlerine karşı zihinsel uğraş obsesyon düzeyinde olabileceği gibi bazen iç görünüm tamamen kaybolduğu düzey de olabilir. BDB hastalarının büyük bölümü kusurları ile ilgili düşüncelerinin tamamen doğru olduğuna inanır (Eisen ve ark. 2004, Phillips ve ark. 2012). OKB'deki obsesif düşünceleri BDB den ayıran en önemli fark iç görü düzeyidir. Yapılan çalışmalar BDB hastalarının %32.4'ünde düşüncelerin sanrısız boyutta olduğunu göstermiştir. BDB'de içgörünün çeşitli düzeyde bozulabileceği iç görünümün yeterli olduğu klinik görünümünden sanrısız tipe bir yelpaze içinde bulunabilecek bir hastalık olduğu gösterilmiştir. Bu yelpaze içinde sanrısız özellik gösteren

BDB'nin daha şiddetli seyrettiği de yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Phillips ve ark. 2015).

Hastalar bu düşüncelerin ortaya çıkardığı anksiyeteyi bastırmak için bir takım kompulsif davranış örüntüleri geliştirir (Phillips 2005). Bunlardan bazıları uğraştığı beden bölgelerini kamufule etme (makyaj yaparak, kıyafet seçimi ile, eldiven şapka vb ile), sürekli aynaya bakarak kendini kontrol etme ya da aynalardan kaçınmak, soru sorma onaylama davranışı geliştirme, plastik cerrahi ya da kusurlu bölgesi ile ilgili branşlara giderek estetik girişimlerde bulunma, aşırı egzersiz ve diyet yapma şekline olabilir. Bu uğraşlar kişinin aşırı vaktini alır ve günlük işlevselliğini önemli ölçüde bozar. Bu kompulsif davranışlar OKB'den farklı bir bağlamda gelişir; burada hasta OKB'deki gibi emin olmaktan ziyade kusurlu gördüğü beden bölgesinin kusurunun hala orada olup olmadığını ne kadar kötü gözüktüğünü anlamak için bunları yapar (Mulken ve ark. 2009).

Vücuttaki herhangi bir bölge bu bozuklukta hedef olabilmektedir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında en çok şikayet edilen beden bölgeleri %60-65 ile cilt olmuştur. Bunu %40-50 oranıyla saç izler. Daha sonra burun, diş, karın, göğüsler, gözler, yüz şekli, kaşlar, kalçalar, bacaklar, çene, dudaklar, yanaklar, kulaklar şeklinde vücudun hemen hemen her yeri ile ilgili uğraş olabilir. Bu bozukluğa sahip kişilerlerin kusurlu buldukları vücut bölgeleri genellikle birden fazladır. Ortalama olarak 4-7 arasında olduğu gösterilmiştir. Hastaların %30'luk kısmı sürekli aynı vücut bölgesiyle uğraşırken, %40 kadarında hastalık ilerledikçe başka vücut bölgelerinin eklenmesi görülür. Hastaların %30 kadarında bir vücut bölgesi ile uğraşırken bu kaybolup başka vücut bölgesine yönelim olur (Phillips 1997, Türksöy ve ark. 2000, Grant 2001, Phillips 2005, Phillips 2006).

BDB tedavi edilmediği zaman kronik bir seyir gösterir (Phillips 1997, Phillips ve ark 2005). Retrospektif çalışmalarda hastaların %80'inin kronik gidiş gösterdiği, %50-55'inin giderek kötüleştiği gösterilmiştir (Bienvenu 2000). BDB tanılı hastaların bir senelik izlemlerinde %84'ünün tedavi aldığı, ancak iyileşme oranlarının düşük düzeyde kaldığı (0.09), kısmi iyileşmesinde 0.21 düzeylerinde olduğu gösterilmiştir (Phillips ve ark. 2006). Tedavide prognozu etkileyen faktörlerin; tanı aldığı andaki hastalığın şiddeti, hastanın yaşı, tedaviye başvuralana kadar geçen süre olduğu gösterilmiştir (Phillips ve ark. 2013).

BDB klinikte dikkat edilmesi gereken en önemli konu bu hastalarda görülen intihar düşüncesinin varlığıdır. Yapılan çalışmalarda BDB tanısı alan hastalarda intihar düşüncesi varlığının %40-50, eyleme geçmiş intihar düşüncesi oranının ise %17-33 olduğu bulunmuştur (Phillips ve ark. 1993, Albertini ve ark. 1999, Conroy ve ark. 2008).

2.6 Tanı Kriterleri

BDB tanısal sınıflama sistemi olan DSM-IV içinde “somatoform bozukluklar” grubu içinde yer almıştır.

Beden Dismorfik Bozukluğu’nun DSM-4’e Göre Tanı Ölçütleri

A) Görünümdeki hayali bir kusur ya da hafif bir fiziksel anomali ya da kusur ile aşırı düzeyde uğraş vardır.

B) Bu uğraş klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki veya diğer işlevsel alanlarda bozulmaya neden olur.

C) Hastanın uğraşları diğer bir bozuklukla açıklanamayacak durumdadır (örneğin, anoreksiya nervozadaki beden biçim ya da ölçüleri ile ilgili hoşnutsuzluk gibi).

(Köroğlu 2000)

DSM-5'te ise beden dismorfik bozukluk obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar içinde yer almıştır.

2.7 Eş tanı

BDB tanısına; psikiyatrik eş tanı sıklıkla eşlik etmektedir. Bu bozukluğa sahip kişilerin % 92.3'üne yaşam boyu en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği bildirilmektedir (Çalikuşu ark. 1997). Literatürde farklı sonuçlar olmakla birlikte beden dismorfik bozukluğuna, en sık eşlik eden psikiyatrik tanının major depresyon (yaşam boyu %76-84) olduğu gösterilmiştir (Phillips 1997). İzlem çalışmalarında depresif belirtilerin ortalama 1 yıl sonra başladığı ortaya konmuştur. Bu durum, depresyonun BDB belirtilerine ikincil de olabileceğini düşündürmektedir (Phillips 2006). İkinci en sık eşlik eden durumun %37 ile sosyal anksiyete bozukluğu olduğu belirtilmiştir. Bunu %32 ile OKB izlemektedir (Phillips 1997, Wilhelm 1997). Bir diğer çalışmada da major depresyonun ardından ikinci sıklıkta madde kullanım bozukluklarının olduğu (%48) bildirilmiştir (Veale ve ark. 1996, Grant ve ark. 2001). Bu hastalar belirtilerinin verdiği sıkıntıyla başa çıkmak için self medikasyon olarak madde kullanmaya başladığı ileri sürülmektedir (Conroy ve ark. 2008). Madde kullanım bozuklukları içinde en yüksek oran %29 ile alkol kullanımındır. BDB tanısı olup madde kullanım bozukluğu olan hastalardaki intihar oranları da kullanmayan hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Grant ve ark. 2005).

BDB ile birlikte kişilik patolojileri de sıklıkla görülmektedir. Literatürde yapılan az sayıda çalışmadaki veriler BDB'ye eşlik eden kişilik bozulukluğu oranının %57-72 olduğunu saptamıştır. En sık görülen %38-43'le çekingen kişilik bozukluğudur. Bunu %14-38 ile paranoid kişilik bozukluğu, %14-28 ile obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, %12-15 ile bağımlı kişilik bozukluğu ve %6-8 ile borderline kişilik bozukluğu izlemektedir (Veale ve ark. 1996, Phillips ve ark. 2000, Tükel ve ark. 2013).

2.8 BDB'nin psikiyatri dışı kliniklerde tanınmasının önemi

BDB mevcut klinikle özellikleri nedeniyle hastalar psikiyatri dışı kliniklere sıklıkla başvurumaktadırlar. Bu başvuru görünüşlerinde algıladıkları kusura bir çözüm arayışı için olmaktadır. En sık başvuru klinikleri; dermatoloji, plastik cerrahi, kulak burun boğaz, diş hekimliği, genel cerrahi vb. dir. Bu kliniklerde BDB'li hastalar genelde tanınmamakta, özellikle önemsiz ufak kusurları olan hastalar cerrahi, kozmetik girişimlere maruz kalmaktadır (Phillips ve ark. 1993, Phillips ve ark. 1996, Zimmerman ve ark. 1998, Grant ve ark. 2001, Phillips 2005).

Plastik cerrahi kliniklerine başvuran hastalar arasında yapılan çalışmalarda BDB insidansının %6-20 oranında olduğu gösterilmiştir (Sarwer ve ark.1998, Ishigooka ve ark. 1998, Aouizerate ve ark. 2003, Phillips 2005). Bu başvuruların genel olarak kozmetik cerrahi girişim için olduğu bunlar arasında en çok rinoplasti, abdominoplasti, meme rekonstrüksiyon gibi işlemlerin yer aldığı görülmektedir (Castle ve ark.2004, Lai ve ark. 2010, Alavi ve ark. 2011, Picavet ve ark. 2011).

Dermatoloji kliniklerinde tarama amaçlı yapılan çalışmalarda BDB insidansı %9-12 arasında bulunmuştur. (Phillips ve ark. 2000, Uzun ve ark. 2003, Phillips 2005, Vulink ve ark. 2006). Psikiyatride tanı konulan BDB hastalarının %45.2'sinin daha önceden kozmetik amaçlı dermatoloji kliniklerine başvurdukları görülmüştür. En sık başvuru nedenlerinin; yüzde lekeler, izler ve saç dökülmesi olduğu görülmüştür. Bu hastaların tamamına yakınının daha önceden dermatolojik tedavi aldıkları ve en sık minoksidil, isotretinoin kullanımına başvurulduğu belirlenmiştir (Phillips ve ark. 2000).

Görüldüğü gibi BDB'li hastalar psikiyatri kliniklerine başvurmadan önce büyük çoğunlukla algıladıkları kusurlarıyla ilgili çözüm arayışı için ilgili kliniklere başvurmakta, verilen tedavilerden yapılan işlemlerden memnun olmamakta hatta bazen bu işlemler sorunu daha çok artırmaktadır. Literatürde bir vaka serisinde estetik amaçlı cerrahi prosedür uygulanan BDB hastalarının ilk cerrahi girişim sonrası ortalama memnuniyet

düzeyi (0-10 arası ölçeklendirerek) 3.9 bulunmuştur. Birden çok cerrahi müdahale geçiren hastaların ortalama memnuniyet düzeyi ise 2.8'e inmiştir. Bu yüzden klinisyenin daha dikkatli olması şüphelendiği durumlarda tedavi veya cerrahi işlem öncesi hastaları psikiyatriye yönlendirmesi gerekmektedir (Veale 2000).

2.9 Ayırıcı Tanı

BDB'nin OKB'ye olan benzerlikleri nedeniyle DSM-5 de bu spektrum altında sınıflandırılmıştır (Phillips 1995, Phillips ve ark. 1998, Frare ve ark. 2004). Ancak BDB'deki bedenle ilgili zihinsel uğraşlar obsesyon ve kompulsüyonlara benzemekle birlikte BDB'de iç görü daha zayıftır ve düşünceler beğenilmeyeceği, kabul görmeyeceği, çirkin olduğu ile ilişkilidir (Hollander 1993, McKay 1997). BDB hastalarında sanrısız özellik, intihar riski, depresyon eş tanısı çok daha sık görülür. OKB hastalarında yapılan kompulsif davranışlar sıkıntıyı azaltmakta, ancak BDB'deki ritüeller kaygısı daha çok artırmakta kontrolü kaybetme, yeni kusurlar bulma ile sonuçlanmaktadır (Phillips ve ark.1998, Buhlmann 2002, Eisen 2004).

BDB sanrısız bozukluğun somatik özellikler gösteren tipi ile de karıştırılmaktadır. BDB'de zihinsel uğraşlar sanrı boyutuna varabilmekle birlikte hastalar kusurlarının aslında abarttıkları kadar büyük olmadıklarının farkındadır. Ayrıca sanrısız bozukluk antipsikotiklere iyi yanıt verirken BDB, SSRI lara daha iyi yanıt vermektedir (Leon ve ark. 1989, Phillips ve ark. 1993, Aşkın 1994).

BDB olan hastaların bir kısmı sosyal ortamlara girmekten kaçınabilir ve bu ortamlara girdiklerinde anksiyete belirtileri gösterebilirler. Bu durum sosyal fobi ile karışmakla birlikte BDB hastalarındaki bu durumun sebebi fiziksel görüntülerinin başkalarını dikkatini çekmesinden ve olumsuz eleştiri almaktan korkma ile ilgilidir (Hollander ve ark.1992, Bjornsson ve ark. 2010).

BDB ayırıcı tanısına giren diğer durumlar ise; anoreksiya nervoza ve transseksüelitedir. Fakat bu iki klinik tabloda da bedenin genel imgesi ile ilgili algılamada bir bozukluk vardır. Anoreksiya nervozada kişiler aşırı kilolu olduklarını düşünürlerken, transseksüelitede yanlış bir beden içinde hapsolmuş olduklarını düşünürler. BDB'de ise vücudun genel imgesi ile ilgili bir bozukluk yoktur. Burada beden parçaları veya işlevleri ile ilgili kaygı ve uğraşlar temel klinik patolojidir (Zimmerman ve ark.1998, Aslan 2000, Bjornsson ve ark. 2010).

2.10 Tedavi

BDB işlevsellikte ciddi bozulmalara yol açan, eş tanı oranı yüksek olan, tedavi edilmediği takdirde intihar oranları yüksek olan bir hastalıktır. Bu nedenle erken tanı koymak ve tedavi etmek önemlidir. BDB'de uygun ve yeterli farmakoterapinin hastalığın kristalize olmuş belirtilerini düzeltmede etkili olduğu, aynı zamanda işlevselliği, depresif belirtileri düzeltmesi beklenmektedir. Tedavi başlanması için ilk adım hastayı tedavi için ikna etmektir. BDB hastalarının çoğu psikiyatrliste gelmeyi bile istemezken, bazılarında hastalık belirtileri sanrı düzeyindedir. Bu nedenle bu hastaları psikiyatrliste getirmek ve tedaviyi kabul ettirmek zor olabilir (National Collaborating Centre for Mental Health. Obsessive-Compulsive Disorder 2006).

BDB'de tedavide ilk adım olarak SSRI grubu ilaçlar kullanılmaktadır (Hollander ve ark.1989, Phillips ve ark. 1998, Phillips 2003). SSRI grubu ilaçların BDB semptomlarında gerilemeye sebep olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalarda 10-16 haftalık SSRI kullanımı sonunda semptomlarda %53-73 oranında gerileme olduğu gözlemlenmiştir. (Perugi ve ark. 1996, Phillips ve ark. 1998, Phillips ve ark. 2004, Phillips 2006). Bu grup ilaçların çocukluk ve ergenlik çağında da etkili olduğu gösterilmiştir.

SSRI'ların BDB üzerindeki etkileri vücut algısı ile ilgili düşüncelerin düzelmesi, kompulsiyon ve ritüalistik davranışların azalması, depresif duygu durumun ve intihar düşüncelerinin azalması ve işlevselliğin artması şeklinde sıralanabilir (Hollander ve ark.1999, Phillips ve ark. 2002, Phillips 2006, Phillipou ve ark. 2016). SSRI'lar sansıral BDB'de etkili bulunmuşlardır. Yapılan çalışmalarda fluoksetinin, sansısal özellikteki BDB de de etkili olduğu, sansısal özellik gösteren hastalarda ilk tedavi seçeneğinin SSRI lar olması gerektiği gösterilmiştir (Phillips ve ark. 2002). Yakın tarihli essitolopram ile yapılan bir çalışmada essitoloram sansısal özellik gösteren BDB'de etkili bulunmazken, sanrı düzeyinde olmayan farklı inanışları olan hastalarda etkili olduğu ileri sürülmüştür (Katharine ve ark. 2016).

BDB tedavisinde SSRI'ların yüksek dozda ve uzun süreli kullanılması önerilir. Kullanılması önerilen en düşük SSRI dozları fluoksetin 40 mg, sertralin 150 mg, paroksetin 40 mg, esstiolopram 20 mg , sitolopram 40 mg olarak tavsiye edilmiştir. Hastanın tolere etme, yan etki durumuna göre tedavi başladıktan 4-8 hafta sonra maximum doza çıkılması, fayda görüp görmediğinden bahsetmek içinde maximum dozda

en az 2-3 hafta olmak üzere hastanın 12-16 hafta tedaviyi kullanmış olması gerekmektedir (Phillips 2005, Phillips 2009).

Serotenerjik yönü olan klomipraminde tedavide bir seçenek olarak gözükmemektedir (Phillips ve ark. 2009).

Antipikotiklerin BDB tedavisindeki rolü ekleme tedavisi şeklindedir. Monoterapide kullanımı önerilmemektedir. genellikle sanrılarının yoğun ve dirençli olduğu, ajite , özkıyım riski ve şiddet eğilimi olan tedaviye direncin kırılmadığı hastalarda tercih edilmesi tavsiye edilir (Phillips 2010).

BDB'de etkili olduğu düşünülen diğer bir tedavide bilişsel davranışçı terapidir (BDT). Bilişsel davranışçı mekanizmaların BDB etyolojisindeki rolü ve yapılan plesabo kontrollü çalışmalara bakacak olursak, BDT plesaboya göre etkin bulunmuş terapi yöntemidir (Geremia ve ark. 2001, Khemlani-Patel ve ark. 2011). SSRI'lar ile kombine yapılan BDT'nin tek başına SSRI kullanımına göre etkin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (National Collaborating Centre for Mental Health 2006).

Son yıllarda BDB tedavisinde intranasal oksitosin uygulamasını araştıran çalışmalar mevcuttur. Bu konuda yapılan yakın tarihli çalışmada BDB hastalarının istirahatte anormal amigdala aktivitesi gösterdiği ve oksitosinin bu konuda etkili olabileceği öne sürülmüştür (Grace ve ark. 2019). Yapılan farklı bir çalışmada da oksitosin tedavisinin etkisi gösterilememiştir (Fang ve ark. 2019).

BDB'de tedavinin ne zaman kesileceği de hala tartışmalı olan bir konudur. Hastaların büyük bir kısmında (%83) tedavi kesilmesi sonrası semptomların tekrarladığı gösterilmiştir. Ciddi özkıyım girişimi zarar verici davranışları olan, hastalığı ağır seyreden kişilerde ömür boyu tedavi kullanılması en uygun seçenek gibi gözükürken, tedavinin kesilmesi hasta bazlı verilecek bir karardır (Phillips ve ark 2001, Phillips 2009).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Bu çalışma 2019 Aralık-2020 Mayıs tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi polikliniğine başvuran hastalarda, BDB yaygınlığını, hastaların klinik özelliklerini ve diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikteliğini araştırmayı amaçlayan bir araştırmadır. Plastik ve rekonstruktif

cerrahi polikliniğine başvuran ardışık hastalardan 18-65 yaş aralığında olup çalışmamıza katılmayı kabul eden ve çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan 579 kişiyle yapılmıştır. Çalışmamıza katılma kriterleri; hastaların plastik ve rekonstruktif cerrahi polikliniğine başvurması, 18-65 yaş aralığında olması ve çalışmaya katılmayı kabul etmesi olarak belirlenmiştir. Dışlama kriterleri; hastaların daha önceden psikiyatrik hastalık tanısı olması, en az ilkokul mezunu olmaması , alkol ve madde bağımlısı olması olarak belirlenmiştir.

3.2. Yöntem ve Değerlendirme Araçları

Çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ), TEMPS-A Mizaç Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği (BDE) verildi. Bu ölçekleri dolduran 579 kişiden VAÖ puanı 135 ve üstü olup ölçek kesme puanına göre beden algısı memnuniyetsizliği yüksek olan 53 kişi ikinci görüşmeye çağırıldı. Bu kişilerle SCID/CV(Structured Clinical Interview for DSM-IV/Clinical Version) ile yapılan psikiyatrik görüşme sonucunda DSM- IV tanı kriterlerini karşılayan 27 kişiye BDB tanısı konuldu. Çalışmamızda kontrol grubunu belirlerlenirken gruplar arasında sayısal olarak büyük fark olması nedeniyle SPSS programı select cases seçeneği ile randomize olarak 526 kişiden 35'i seçildi. Çalışmamızdaki bulgular BDB tanısı alan 27 hasta, VAÖ puanı yüksek olup DSM- IV tanı ölçütlerini kaşılamayan 26 kişi ve kontrol grubu olarak 35 kişinin sosyodemografik özellikleri, ölçek puanlarının karşılaştırılması ve BDB hastalarının klinik özelliklerinin değerlendirilmesini kapsamaktadır.

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Çalışmanın amacına yönelik olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış form; plastik ve rekonstrutif cerrahi polikliniğine başvuran kişilerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, ekonomik durumu ve alışkanlıkları gibi sosyodemografik özellikleri kapsamaktadır (Ek 2).

3.2.2. SCID-I / CV (Structured Clinical Interview for DSM-IV/Clinical Version)

Görüşmeci tarafından uygulanan, eksen I ruhsal bozuklukların tanısını DSM-IV'e göre araştıran yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (First ve ark. 1997). Sosyodemografik veri formu ile başlayan bu ölçek duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol madde ile ilgili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozuklukları modüllerinden oluşmakta olup, 38 ruhsal bozukluğu

tanı ölçütleriyle, 10 ruhsal bozukluğu ise tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Türkçeye uyarlanmış olup, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Özkürkçügil ve ark. 1999).

3.2.3. Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)

VAÖ 1953 yılında Secord ve Jourand tarafından geliştirilmiş, 1989 yılında Hovardaoğlu tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 40 madde içermekte olup, herbir madde bir organ ya da bedenin bir bölümü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgilidir. 1=Çok beğeniyorum, 2=Oldukça beğeniyorum, 3=Kararsızım, 4=Pek beğenmiyorum, 5=Hiç beğenmiyorum şeklinde likert tipi puanlamaya sahip bir ölçeğe araçtır. Buna göre, alınabilecek en düşük toplam puan 40, en yüksek toplam puan 200'dür. Ölçekten alınan toplam puanın artması, kişinin vücut bölümlerinden ya da işlevinden duyduğu memnuniyetin azalmasını, puanın azalması ise memnuniyetin artmasını belirtmektedir. Ölçeğin kesme puanı 135 olup, 135 üstünde puana sahip olanlar beden algısı memnuniyetsizliği yüksek grup olarak tanımlanmıştır (Hovardaoğlu 1990)(Ek-3).

3.2.4. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ)

Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (Social Appearance Anxiety Scale-SAAS), Hart ve arkadaşları (2008) tarafından bireyin görünüşüyle ilgili olarak yaşadığı duygusal, bilişsel ve davranışsal kaygıları ölçmek amacıyla geliştirilmiş öz-bildirim tarzı bir ölçektir. Doğan ve arkadaşları tarafından 2010 yılında geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 16 madde içermekte olup dış görünüşlerine dair ilgili kendilerini nasıl hissettikleriyle ilgilidir. Her bir madde için 1'den 5'e kadar değişen puanlar alan ve "hiç uygun değil", "uygun değil", "biraz uygun", "uygun" ve "tamamen uygun" şeklinde yanıt seçeneği bulunan ölçeğin toplam puanı 16 ile 80 arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksek olması görünüş kaygısının yüksek olduğunu göstermektedir (Doğan 2010)(Ek-4).

3.2.5. TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) Mizaç Ölçeği

Akiskal ve arkadaşları (2005) tarafından baskın affektif mizacı değerlendirmek için düzenlenmiştir. Türkçeye uyarlanmış olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Vahip ve ark. 2005). Orjinal ölçek kadınlar için 110 erkekler için 109 maddeden

oluşurken, ölçeğin Türkçeye uyarlanmış formu 99 maddeden oluşmakta ve depresif, hipertimik, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaçları belirlemektedir. Kişi tüm yaşamını düşünerek maddelere doğru veya yanlış şeklinde yanıt verir. Doğru yanıtlar 1 puan, yanlış yanıtlar 0 puan ile değerlendirilir (Ek-5).

3.2.6. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilen ve depresyonda görülen emosyonel, somatik, kognitif ve motivasyonel belirtileri ölçmekte kullanılan, kendi kendini değerlendirme ölçeğidir (Beck 1961). Ölçekte 21 belirti ifadesi vardır. Her ifade için 0-3 arasında puanlanan 4 seçenek bulunur. Kişinin, uygulama günü de dahil olmak üzere son bir hafta içinde kendini en iyi ifade eden cümleleri işaretlemesi istenir. İşaretlenen seçeneklerin puanlarının toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Bu puan, depresyonun düzeyini ya da şiddetini gösterir. Ölçeğin değerlendirilmesi 0-63 arasında puanlandırılarak yapılır. 0-9 arasındaki değerler en düşük değerlerdir, 10-16 arasındaki değerler ılımlı, 17-29 arasındaki değerler orta, 30-63 arasındaki değerler ciddi depresyonu gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, Hisli ve arkadaşları tarafından 1988 senesinde yapılmıştır (Hisli 1988) (Ek-6).

3.3 İstatistiksel Analiz

İstatistik analizler SPSS programının 20.0 versiyonu ile yapılmıştır. Örneklemdeki sayısal değişkenlerin Kolmogorov-Smirnov testi ve histogram ile normal dağılım gösterip göstermedikleri değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil edilen katılımcılar, vücut algısı ölçek puanına ve klinik psikiyatrik ruhsal durum muayenelerine göre 1)Beden Dismorfik Bozukluğu olan, 2)vücut algısı ölçeği puanı yüksek ancak klinik görüşmeyle tanı kriterlerini karşılamayan 3) vücut algısı ölçeği puanı düşük olan sağlıklı gönüllüler olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Sağlıklı gönüllü sayısı 526 olması nedeniyle karşılaştırma analizlerinin daha sağlıklı yapılabilmesi amacıyla sağlıklı gönüllü grup select cases programı ile randomize olarak %6'si seçilerek kontrol grubunun örneklem büyüklüğü 35 katılımcıya düşürüldü. Oluşturulan 3 bağımsız grubun normal dağılım gösteren sayısal değişkenlerinin karşılaştırılması için One-Way ANOVA testi, normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenlerinin karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi, Kategorik değişkenler için Ki-kare testi ile gerektiğinde Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır. Gruplar arası post-hoc analiz değerlendirmelerinde ikili karşılaştırmalar için anlamlılık değeri bonferroni düzeltmesi yapıldıktan sonra $p < 0.017$ olarak kabul edildi. BDB tanısı

alan hastaların ölçek skorlarıyla diğer klinik ve sosyodemografik sayısal değişkenlerin korelasyonunda Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. BDB tanısı alan hastaların VAÖ skorlarını etkileyen bağımsız değişkenlerin saptanması için multivariate stepwise lineer regresyon modeli oluşturulmuştur. Analizlerde anlamlılık düzeyi olarak $P<0.05$ alınmıştır.

3.4 Etik Kurul

Bu çalışma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığınca 06 Aralık 2019 tarih ve 2019/2195 sayılı kararı ile onaylanmıştır. Etik kurul onay formu Ek-1’de görülmektedir.

4. BULGULAR

4.1. Örneklemenin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya plastik ve rekonstruktif cerrahi polikliniğine ardışık başvuran katılma kriterlerini karşılayan 579 hasta dahil edildi. Çalışmamızda BDB yaygınlığı %4,7 (n=27) tespit edildi.

Sosyodemografik veriler; BDB tanısı alan grup (n=27), VAÖ puanı yüksek olan grup (n=26) ve hem tüm kontrol grubu (n=526) hem de SSPS select case ile randomize seçilen kontrol grubuyla (n=35) karşılaştırıldı (Tablo 1,2).

Bu gruplardaki yaş ortalamaları BDB tanısı alan hastalarda $28,6\pm 8,5$, kontrol grubunda $34,6\pm 14,3$, VAÖ puanı yüksek grupta $33,1\pm 14$ olup gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 1).

Cinsiyet dağılımına bakıldığında; kontrol grubunun 327’ si (%37,8) erkek, 199’u (%62,2) kadın; VAÖ puanı yüksek olan grupta 12’si (%46,2) erkek, 14’ü (%53,8) kadın; BDB tanısı alan hastaların ise önemli bir kısmının kadın olduğu (n=20 %74,1) görülmekte olup, erkek sayısı 7 (%25,9)’dir. Cinsiyet dağılımı açısından da anlamlı fark bulunmadı (Tablo 1).

Medeni durum dağılımına bakıldığında kontrol grubunda 288’si (%54,8) bekar, 238’i (%45,2) evli; VAÖ yüksek olan grubun 13’ü (%50) bekar, 13’ü (%50) evli; BDB tanılı grubun 14’ü (%51,9) bekar, 13’ü (%48,1) evli olduğu görüldü. Gruplar arasında medeni durum yönünden anlamlı fark bulunmadı (Tablo 1).

Eğitim düzeylerine bakıldığında üç grupta da üniversite mezunu en yüksek oranda olup; kontrol grubunda %19,8'inin (n=104) ilkokul mezunu, %17,5'inin (n=92) ortaokul mezunu, %24,7'sinin (n=130) lise mezunu, %38'inin üniversite mezunu olduğu; VAÖ puanı yüksek grupta %23,1'inin (n=6) ilkokul mezunu, %11,5'inin (n=5) ortaokul mezunu, %30,8'inin (n=8) lise mezunu, %34,6'sının üniversite mezunu olduğu; BDB hastası olan grupta %11,1'inin (n=3) ilkokul mezunu, %7,4'ünün (n=2) ortaokul mezunu, %25,9'unun (n=7) lise mezunu, %55,6'sının (n=15) üniversite mezunu olduğu öğrenilmiştir. Gruplar arasında eğitim düzeyleri açısından anlamlı fark bulunmamaktadır (Tablo 1).

Kontrol grubunun 194'ünün (%36,9) çalıştığı 332'sinin (%63,1) çalışmadığı; VAÖ puanı yüksek grupta 8'inin (%30,8) çalıştığı, 18'inin (%69,2) çalışmadığı; BDB hastalarında ise 9'unun (%33,3) çalıştığı, 18'inin (%66,7) çalışmadığı öğrenilmiştir. Gruplar arasında oranlar benzer olup anlamlı bir fark bulunmadı.

Ekonomik duruma bakıldığında kontrol grubunda aylık 2000 tl ve altı geliri olan 339 (%64,5), 2000-5000 tl arası 151 (%28,7), 5000 tl üstü 36 (%6,8); VAÖ puanı yüksek grupta 2000 tl altı geliri olan 15 (%57,7), 2000-5000 tl arası 9 (%34,6), 5000 tl üstü 2 (%7,7); BDB hastası olan grupta 2000 tl altı geliri olan 18 (%66,6), 2000-5000 tl arası 8 (%29,6), 5000 tl üstü 1 (%3,7) kişi olarak saptanmış olup gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (Tablo 1).

Çalışmaya katılanların yaşadıkları yer açısından değerlendirildiğinde; kontrol grubunda 455'inin (%86,5) şehir, 71'inin (%13,5) kırsalda yaşadığı; VAÖ yüksek grupta 26'sının (%84,6) şehir, 4'ünün (%15,4) kırsalda yaşadığı; BDB tanısı alan grupta 25'inin (%92,6) şehir, 2'sinin (%7,4) kırsalda yaşadığı öğrenilmiş olup, yaşadıkları yer açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1).

Sigara ve alkol kullanımına bakıldığında üç grupta da kullanım oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda 133'ünün (%25,3) sigara kullandığı, 393'ünün (%74,7) kullanmadığı; VAÖ puanı yüksek grupta 7'sinin (%26,9) sigara kullandığı, 19'unun (%73,1) kullanmadığı; BDB tanısı alan hastalarda 9'unun (%33,3) sigara kullandığı, 18'inin (%66,7) kullanmadığı öğrenildi. Alkol kullanımına bakıldığında, kontrol grubunda 27'sinin (%5,1) kullandığı, 499'unun (%94,9) kullanmadığı; VAÖ puanı yüksek grupta 2'sinin (%7,7) kullandığı, 24'ünün (%94,3) kullanmadığı; BDB tanısı alan hastalarda 3'ünün (%11,1) kullandığı, 24'ünün (%88,9) kullanmadığı öğrenildi. Üç grupta benzer dağılımda olup anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1).

Tablo 1. BDB tanısı alan olguların, VAÖ puanı yüksek olguların ve kontrol grubunun sosyodemografik verileri (kontrol grubu n=526)

		BDB tanılı (n=27)	VAÖ yüksek (n=26)	Kontrol Grubu (n=526)	df	p değeri
Yaş		28,6 ± 8,5	33,1 ± 14,0	34,6 ± 14,3	2	0,227*
Cinsiyet	Kadın	%74,1 (n=20)	%53,8 (n=14)	%62,2(n=327)	2	
	Erkek	%25,9 (n=7)	%46,2 (n=12)	%37,8(n=199)		0,303**
Medeni hal	Bekar	%51,9 (n=14)	%50 (n=13)	%54,8 (n=288)	2	
	Evli	%48,1 (n=13)	%50 (n=13)	%45,2 (n=238)		0,861**
Eğitim düzeyi	İlkokul	%11,1 (n=3)	%23,1 (n=6)	%19,8(n=104)	6	
	Ortaokul	%7,4 (n=2)	%11,5 (n=3)	%17,5 (n=92)		0,458**
	Lise	%25,9 (n=7)	%30,8 (n=8)	%24,7 (n=130)		
	Üniversite	%55,6 (n=15)	%34,6 (n=9)	%38 (n=200)		
Meslek	Çalışmıyor	%66,7 (n=18)	%69,2 (n=18)	%63,1 (n=332)	4	0,849**
	Çalışıyor	%33,3 (n=9)	%30,8 (n=8)	% 36,9 (n=194)		
Ekonomik durum	<2000	%66,6 (n=18)	%57,7 (n=15)	%64,5 (n=339)	6	
	2000-5000	%29,6 (n=8)	%34,6 (n=9)	%28,7 (n=151)		0,341**
	>5000	%3,7 (n=1)	%7,7 (n=2)	% 6,8 (n=36)		
Anne/ yaşantısı	baba Beraber	%66,7 (n=18)	%61,5 (n=16)	%62,2(n=327)	2	
	Diğer	%33,3 (n=9)	%38,5 (n=10)	%37,8(n=199)		0,892**
Yaşadığı yer	Şehir	%92,6 (n=25)	%84,6 (n=26)	%86,5 (n=455)	2	
	Kırsal	%7,4 (n=2)	%15,4 (n=4)	%13,5 (n=71)		0,628**

Sigara kullanımı	Kullanıyor	%33,3 (n=9)	%26,9 (n=7)	%25,3 (n=133)	2	0,641**
	Kullanmıyor	%66,7 (n=18)	%73,1 (n=19)	%74,7 (n=393)		
Alkol kullanımı	Kullanıyor	%11,1 (n=3)	%7,7 (n=2)	%5,1 (n=27)	2	0,367**
	Kullanmıyor	%88,9 (n=24)	%92,3 (n=24)	%94,9 (n=499)		

*Kruskal-Wallis Test $p < 0.05$

**Pearson Chi-Square Testi $p < 0.05$

BDB: Beden Dismorfik Bozukluk VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği

Tablo 2. BDB tanısı alan olguların, VAÖ puanı yüksek olguların ve kontrol grubunun sosyodemografik verileri (kontrol grubu n=35)

		BDB tanılı	VAÖ yüksek	Kontrol Grubu	df	P değeri
		(n=27)	(n=26)	(n=35)		
Yaş		28,6 ± 8,5	33,1 ± 14,0	30,7 ± 13,1	2	0,571*
Cinsiyet	Kadın	%74,1 (n=20)	%53,8 (n=14)	%51,4 (n=18)	2	
	Erkek	%25,9 (n=7)	%46,2 (n=12)	%48,6 (n=17)		0,161**
Medeni hal	Bekar	%51,9 (n=14)	%50 (n=13)	%54,3 (n=19)	2	
	Evli	%48,1 (n=13)	%50 (n=13)	%45,7 (n=16)		0,945**
Eğitim düzeyi	İlkokul	%11,1 (n=3)	%23,1 (n=6)	%22,9 (n=8)	6	
	Ortaokul	%7,4 (n=2)	%11,5 (n=3)	%11,4 (n=4)		0,763**
	Lise	%25,9 (n=7)	%30,8 (n=8)	%22,9 (n=8)		
	Üniversite	%55,6 (n=15)	%34,6 (n=9)	%42,9 (n=15)		
Meslek	Çalışmıyor	%66,7 (n=18)	%69,2 (n=18)	%57,1 (n=20)	4	0,743**
	Çalışıyor	%33,3 (n=9)	%30,8 (n=8)	%42,8 (n=15)		

Ekonomik durum	<2000	%66,6 (n=18)	%57,7 (n=15)	%65,7 (n=23)	6	
	2000-5000	%29,6 (n=8)	%34,6 (n=9)	%31,4(n=11)		0,513**
	>5000	%3,7 (n=1)	%7,7 (n=2)	% 2,9(n=1)		
Anne/ baba	Beraber	%66,7 (n=18)	%61,5 (n=16)	%77,1(n=27)	2	
yaşantısı	Diğer	%33,3 (n=9)	%38,5 (n=10)	%22,9(n=8)		0,339**
Yaşadığı yer	şehir	%92,6 (n=25)	%84,6 (n=26)	%94,3(n=33)	2	
	Kırsal	%7,4 (n=2)	%15,4 (n=4)	%5,7 (n=2)		0,402**
Sigara kullanımı	Kullanıyor	%33,3 (n=9)	%26,9 (n=7)	% 37,1(n=13)	2	
	Kullanmıyor	%66,7 (n=18)	%73,1 (n=19)	%62,9 (n=22)		0,702**
Alkol kullanımı	Kullanıyor	%11,1 (n=3)	%7,7 (n=2)	%5,7 (n=2)	2	
	Kullanmıyor	%88,9 (n=24)	%92,3 (n=24)	%94,3 (n=33)		0,737**

* Kruskal-Wallis Test $p<0.05$

**Pearson Chi-Square Testi $p<0.05$

BDB: Beden Dismorfik Bozukluk VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği

4.2 Örneklemin Klinik Özellikleri

Çalışmaya katılan plastik ve rekonstruktif cerrahi polikliniğine başvuran 579 hastanın, 27 kişi BDB tanısı aldı. Bu hastalarda BDB yaygınlığı % 4,7 olarak bulundu. Çalışmaya katılan 579 hastanın 313'ü (%54) kozmetik amaçlı cerrahi girişim için başvurduğu, 266'sı (%46) ise diğer sebep ile (travma, deri kanserleri, tırnak batması, kitle eksizyonu gibi) başvurmuş olduğu öğrenildi. BDB tanısı alan hastaların tamamının kozmetik cerrahi amaçlı başvurduğu görüldü. Bu verilere göre kozmetik cerrahi amaçlı polikliniğe başvuran hastalarda BDB yaygınlığı %8,6 olup, polikliniğe başvuran tüm hastalar içindeki yaygınlığın neredeyse 2 katı olduğu görülmektedir. VAÖ puanı yüksek olan grupta ise 13'ü (%50) estetik amaçlı, 13'ü (%50) diğer sebeplerle başvurmuşlardır.

BDB tanısı alan hastaların VAÖ'ye göre en çok beğenmedikleri vücut bölgelerine bakıldığında; ilk sırada %77 ile (n=21) göğüslerini beğenmediklerini belirtmişlerdir. Daha

sonra kilolarını (%74), sindirim sistemlerini (%66,7), cinsel organlarını (%66,7), profillerini (%63), burunlarını (%48,1) “hiç beğenmediğini” belirtmişlerdir. VAÖ puanı yüksek olan grupta bu sıralama göğüsler (%73), sindirim sistemleri (%61,5), kiloları (%50), cinsel organlarını (%42,3), iştahları (%42,3) şeklindedir. Kontrol grubunda en beğenilmeyen vücut bölgeleri kilo (%25,9), kıl dağılımları (%17,1), göğüsler (%14,3), uyku düzeni (%8,6) olmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. VAÖ'ye göre üç grupta en çok beğenilmeyen vücut bölgeleri

	BDB tanısı alanlar (n=27)	VAÖ puanı yüksek olanlar (n=26)	Kontrol (n=35)	grubu
Göğüsler	n=21 (%77)	n=19 (%73)	n=5 (%14,3)	
Kilo	n=20 (%74)	n=13 (%50)	n=9 (%25,9)	
Sindirim sistemi	n=18 (%66,7)	n=16 (%61,5)	n=1 (%2,9)	
Cinsel organlar	n=18 (%66,7)	n=11 (%42,3)	n=0 (%0)	
Profil	n=17 (%63)	n=8 (%30,8)	n=2 (%5,7)	
Burun	n=13 (%48,1)	n=6 (%23,1)	n=5 (%14,3)	
İştah	n=9 (%33,3)	n=11 (%42,3)	n=1 (%2,9)	
Kıl dağılımı	n=10 (%37)	n=8 (%30,8)	n=6 (%17,1)	
Uyku düzeni	n=9 (%33,3)	n=10 (%38,5)	n=3 (%8,6)	

BDB: Beden dismorfik bozukluk VAÖ: Vücut algısı ölçeği

Beğenilmeyen vücut bölgelerine göre cinsiyet dağılımındaki farklılıklara bakıldığında kadınlarda en sık beğenilmeyen vücut bölgeleri göğüsler (%63,5), kilo (%48,1), sindirim sistemleri (%42,3), cinsel organları (%38,5) ve kıl dağılımları (%32,7) olduğu görülmektedir. Erkeklerde ise sindirim sistemleri (%36,1), göğüsleri (%33,3),

profilleri (%30,6), burunları (%27,8) ve cinsel organları (%25) idi. Kadınlarda göğüslerle ilgili beğenmeme oranı yüksek olup anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Cinsiyete Göre Beğenilmeyen Vücut Bölgeleri

	Kadın (n=52)	Erkek (n=36)	df	P
Göğüsler	%63,5 (n=33)	%33,3 (n=12)	4	,017
Kilo	%48,1 (n=25)	%25 (n=9)	4	,261
Sindirim sistemi	%42,3 (n=22)	%36,1 (n=13)	4	,236
Cinsel organlar	%38,5 (n=20)	%25 (n=9)	4	,692
Kıl dağılımı	%32,7 (n=17)	%17,1 (n=7)	4	,398
Profil	%30,8 (n=16)	%30,6 (n=11)	4	,540
Burun	%26,9 (n=14)	%27,8 (n=10)	4	,548

Pearson Chi-Square Testi $p<0.05$

Çalışmamıza katılan kişilerde SGKÖ puanı ortalamasına bakıldığında; BDB tanısı alan hastalarda $56,7\pm9,8$, VAÖ puanı yüksek olan kişilerde $58,3\pm9,1$, kontrol grubunda $29,2\pm8,9$ olarak bulunmuştur. BDB tanısı alan, VAÖ puanı yüksek olan ve kontrol grubu arasında karşılaştırma yapıldığında; BDB tanısı alan grubun SGKÖ puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı derece yüksek bulunmuş ($p<0.001$), VAÖ puanı yüksek grupla arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. VAÖ puanı yüksek grubun SGKÖ puanı ortalaması kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 5).

BDE puanları ortalamaları BDB hastalarında $16,9\pm5,5$, VAÖ puanı yüksek grupta $15,8\pm6,1$, kontrol grubunda $6,7\pm5,5$ olarak bulunmuş, BDB tanısı alan grubun BDE puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı derece yüksek bulunmuş ($p<0.001$), VAÖ puanı yüksek grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. VAÖ puanı yüksek grupla kontrol grubu kıyaslandığında, VAÖ puanı yüksek grubun BDE puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 5).

Tablo 5. SGKÖ ve BDE Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Veri	BDB tanısı alan grup (n:27)	VAÖ puanı yüksek olan grup (n:26)	Kontrol Grubu (n=35)	Df	P
Sosyal Görünüş	56,7 ± 9,2 ^a	58,3 ± 9,8 ^b	29,2 ± 8,9	2	<0,001
Kaygısı ölçeği					
Beck Depresyon	16,9 ± 5,5 ^a	15,8 ± 6,1 ^b	6,7 ± 5,5	2	<0,001
Envanteri					

Kruskal Wallis test, p<0.001

p<0,017 for Mann-Whitney Test (bonferroni correction)

a: p< 0.017 Kontrol grubuyla BDD tanısı alanlar kıyaslandığında anlamlı

b: p<0,017 Kontrol grubuyla VAÖ puanı yüksek grup kıyaslandığında anlamlı

c: p<0.017 BDD tanısı alan ile VAÖ yüksek grup karşılaştırıldığında anlamlı

BDB: Beden dismorfik bozukluk VAÖ: Vücut algısı bozukluğu

BDB tanısı alanlarda TEMPS-A mizaç envanteri puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek anksiyöz mizaç puanı olup 14,4±3,1'dir. Bunu depresif mizaç (12,7±3,9), siklotimik mizaç (7,6±5,1), irritabl mizaç (5,5±3,8) ve hipertimik mizaç (5,2±7,5) izlemektedir. VAÖ puanı yüksek grubunda en yüksek TEMPS-A mizaç puanı ortalaması; anksiyöz mizaç 14,5±3,6, ikinci sırada depresif mizaç 10,8±3,0 olarak görülmektedir. Bunu siklotimik mizaç 9,6±5,3, hipertimik mizaç 7,3±10,6 ve irritabl mizaç 5,5±4,9 izlemektedir. Kontrol grubunda birinci sırada 8,17±5,5 puanla hipertimik mizaç yer almakta, ikinci sırada anksiyöz mizaç 7,9±5,7, üçüncü sırada siklotimik mizaç 7,6±5,4, dördüncü depresif mizaç 6,2±3,6 ve son olarak da irritabl mizaç 3,6±3,0 izlemektedir.

BDB tanısı alan hastalar, VAÖ puanı yüksek olan kişiler ve kontrol grubu ile kıyaslandığında; BDB tanısı alan grubun depresif ve anksiyöz mizaç puan ortalaması kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek saptanmış (p<0,001), VAÖ puanı yüksek grupla ise anlamlı fark saptanmamıştır. VAÖ yüksek grubunda depresif ve anksiyöz mizaç puan ortalaması kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 6).

Tablo 6. TEMPS-A Mizaç Envanteri Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Veri	BDB tanısı alan grup (n:27)	VAÖ ölçeği yüksek grup (n:26)	Kontrol grup (n=526)	Df	P
Depresif	12,77±3,94 ^a	10,80±3,03 ^b	6,25±3,61	2	<0.001
Siklotimik	7,66±5,14	9,65±5,38	7,68±5,40	2	0,279
Hipertimik	5,25±7,52	7,34±10,61	8,17±5,54	2	0.022
İrritabl	5.55±3,88	5.53±4.90	3,68±3,00	2	0.190
Anksiyöz	14,48±5.58 ^a	14,57±3,65 ^b	7,91±5,78	2	<0.001

Kruskal Wallis test, $p<0.001$

$p<0,017$ for Mann-Whitney Test (bonferroni correction)

a: $p<0.017$ Kontrol grubuyla beden dismorfik bozukluk tanısı alanlar kıyaslandığında

b: $p<0,017$ Kontrol grubuyla vücut algısı puanı yüksek grup kıyaslandığında

c: $p<0.017$ BDD tanısı alan ile VAÖ yüksek grup karşılaştırıldığında

BDB: Beden dismorfik bozukluk VAÖ:Vücut algısı bozukluğu

4.3 Katılımcıların Yaşları ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmaya alınan 579 kişinin yaş ve ölçek puanları arasında ilişki incelendiğinde; VAÖ puanı ile ($p<0.001$) ile SGKÖ puanı ($p<0.001$), depresif mizaç puanı ($p<0.001$), anksiyöz mizaç puanı ($p<0.001$), Beck depresyon puanı ($p<0.001$) ile pozitif yönde, hipertimik mizaç puanı ($p<0.001$) ile negatif yönde kolerasyon saptanmıştır. SGKÖ puanı ($p<0.001$) ile depresif mizaç puanı ($p<0.001$), anksiyöz mizaç puanı ($p<0.001$), Beck depresyon puanı ($p<0.001$) ile pozitif yönde, hipertimik mizaç puanı ($p<0.05$) ile negatif yönde ilişki saptanmıştır. Yaş ile siklotimik mizaç puanı ($p<0.05$) arasında negatif yönde ilişki mevcutken, diğer ölçek puanları arasında ilişki saptanamamıştır. Depresif mizaç

puanı ile siklotimik mizaç puanı ($p<0.001$) arasında pozitif yönde ilişki saptanırken hipertimik mizaç puanı, irritabl mizaç puanı, anksiyöz mizaç puanı ve Beck depresyon puanı arasında ilişki saptanmamıştır. Siklotimik mizaç puanı, hipertimik mizaç puanı ($p<0.01$) , irritabl mizaç paunu ($p<0.01$), anksiyöz mizaç puanı ($p<0.001$) ve Beck depresyon puanı ($p<0.001$) ile pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir. Hipertimik mizaç puanı, irritabl mizaç puanı ($p<0.001$) arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. İrritabl mizaç puanı ile anksiyöz mizaç puanı ($p<0.001$), BDE puanı ($p<0.001$) arasında pozitif yönde kolerasyon saptanmıştır. Anksiyöz mizaç puanı ile Beck depresyon puanı arasında da ($p<0.001$) pozitif yönde ilişki saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Örneklemen Yaşları Ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Veri	VAÖ	SGKÖ	Yaş	Temps-A Depresif	Temps-A Siklotimik	Temps-A Hipertimik	Temps-A İrritabl	Temps-A Anksiyöz	Beck depresyon ölçeği
VAÖ	1								
SGKÖ	.48**	1							
Yaş	-.05	-.07	1						
Temps-A Depresif	.35**	.18**	-.06	1					
Temps-A Siklotimik	.06	.01	-.10*	.40**	1				
Temps-A Hipertimik	-.22**	-.10*	-.06	-.01	.43**	1			
Temps-A İrritabl	.05	.07	-.03	-.03	.49**	.28**	1		
Temps-A Anksiyöz	.30**	.23**	.02	.02	.30**	.04	.34**	1	

Beck	.40**	.22**	-.00	-.00	.27**	-.05	.34**	.46**	1
depresyon									
ölçeği									

Pearson/Spearman korelasyon testi *p<0,05 **p<0,001
VAÖ: Vücut algısı ölçeği SGKÖ: Sosyal görünüş kaygısı ölçeği

VAÖ puanını etkileyen faktörlere multifaktoriyel lineer regresyon analizi ile bakıldığında yaş, cinsiyet, medeni durum, siklotimik mizaç ve anksiyöz mizaç özelliğinin istatistiksel olarak etkilemediği, SGKÖ puanının, depresif mizaç puanının ve BDE puanının VAÖ puanını artıracak yönde etkili olduğu (p<0.001), hipertimik mizaç puanının da VAÖ puanını azaltacak yönde etkilediği (p<0.001) görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 8. VAÖ puanı ve ilişkili Faktörlerin İncelenmesi

Veri	B	S.E	Beta	95.0% C.1.for β coefficient	P
Yaş	-0.903	0.704	-0.045	-0.238 – 0.052	0,207
Cinsiyet	0.487	1.722	0.008	-2.894– 3.869	0,777
Medeni hal	0.938	2.067	0.016	-3.122 - 4.999	0,650
SGKÖ	1.061	0.069	0.476	0.926 - 1.195	<0,001
Temps-A Depresif	1.570	0.284	0.202	1.013- 2.127	<0,001
Temps-A Hipertimik	-0.987	0.149	-0.209	-1.280 – -0.694	<0,001
Temps-A Siklotimik	-0.221	0.208	-0.039	-0.630 – 0.189	0.290

Temps-A	-0.267	0.294	-0.033	-0.844-0.310	0.364
İrritabl					
Temps-A	0.554	0.199	0.102	0.164-0.944	0.005
Anksiyöz					
BDE puanı	0.929	0.158	0.208	0.620-1.239	<0.001

4.4 BDB Tanısı Alan Hastaların Klinik Özellikleri Ve Psikiyatrik Eş Tanıları

BDB tanısı alan 27 hasta ile yapılan psikiyatrik görüşmede hastalara hastalık hakkında bilgi verilmiş ve psikiyatrik tedavi ve takip önerisinde bulunulmuştur. Hastaların yarısından fazlası (n=14 ,%51,8) tedaviyi kabul etmemiştir. On üç (%48,2) kişi tedaviyi kabul etmiş ve takibe alınmıştır. BDB tanısı alan hastaların 8'inde (%29,6) vücudu ile ilgili düşünceler sanrı boyutunda olup, bu 8 hastanın tamamı tedaviyi reddeden grup içinde yer almaktadır (Tablo 9).

Çalışmada BDB hastalarında en sık görülen kompulsif davranışlar kamufule etme (%92,5, n=25), ayna kontrolü (%81,5, n=22), soru sorma (%11,3, n=3), diyet ve egzersiz (%7,4, n=2) şeklindedir (Tablo 9). Bu kompulsif davranışlar hastaların günde ortalama 2-3 saat vaktini aldığı öğrenilmiştir.

BDB hastaların plastik ve rekonstruktif cerrahi polikliniğine başvurma nedenlerine bakıldığında; 12'si (%44,4) rinoplasti ameliyatı, 5'i (%18,5) cilt problemleri (skar, nevüs aldırma), 4'ü (%14,8) meme ameliyatı, 4'ü (%14,8) liposuction ameliyatı, 2'sinin (%7) bişektomi ameliyatı için başvurduğu öğrenildi (Tablo 9).

Çalışmamızda BDB tanısı alan 27 hastadan 8'i (%29,6) 3 ve üstü sayıda, 7'si (%25,9) ise 1 ya da 2 sayıda estetik cerrahi girişim geçirmiştir. Hastaların 12'si (%44,5) hiç cerrahi girişim geçirmemiş olup bu amaçla plastik cerrahi polikliniğine başvurmuşlardır. Bu verilere göre hastaların %55,5'i en az bir cerrahi girişime maruz kaldığı görülmektedir (Tablo 9).

Hastaların psikiyatrik eş tanılarına bakıldığında ilk sırada major depresyon (n=9 %33,3) tespit edilmiştir. Bunu sosyal fobi (n=3 %11,1), OKB (n=2 %7,4) ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) (n=2, %7,4) izlemektedir (Tablo 9).

Tablo 9. BDB Tanısı Alan Hastaların Klinik Özellikleri ve Eş Tanıları

	N	%
Başvuru Nedeni	Rinoplasti ameliyatı:12 Cilt problemleri:5 Meme ameliyatı:4 Liposuction:4 Bişektomi:2	%44 %18,5 %14,8 %14,8 %7
Cerrahi girişim sayısı	>3 : 8 1-2 : 7 0 : 12	%29,6 %25,9 %44,5
Sanrısız özellik gösterme	Var : 8 Yok :19	%29,6 %70,4
Tedaviyi kabul etme	Evet : 13 Hayır : 14	%48,2 %51,8
Eş tanı	Major depresyon: 9 Sosyal fobi : 3 OKB : 2 YAB : 2	%33,3 %11,1 %7,4 %7,4
En sık görülen kompulsif davranışlar	Kamufule etme:25 Ayna kontrolü:22 Soru sorma:3 Diyet ve egzersiz:2	%92,5 %74,1 %11,1 %7,4

5. TARTIŞMA

BDB işlevsellikte ciddi bozulmalara yol açan, eş tanı oranı yüksek olan, tedavi edilmediği takdirde intihar oranları yüksek olan bir hastalıktır. Aynı zamanda bu hastaların psikiyatri dışı kliniklere başvuru oranları son derece fazla olmakta gereksiz birçok dermakozmetik, cerrahi girişime maruz kalmakta, ilaç kullanmakta yapılan tedavilerden memnun olmamakta ve psikiyatriye başvuru zamanı gecikmektedir. Bu nedenle BDB'nin psikiyatri dışı kliniklerce tanınması erken tanı ve tedaviye uyumda son derece önemlidir (Bouman ve ark. 2017).

Bizim çalışmamızda plastik ve rekonstruktif cerrahiye başvuran hastalarda BDB yaygınlığı %4,7 (n=27) olarak bulundu. Bu 27 hastanın tamamı kozmetik amaçlı başvurduğu, kozmetik amaçlı başvuranlar arasındaki yaygınlığın %8,6 olduğu bulunmuştur.

Yapılan çalışmalara bakıldığında plastik ve rekonstrüktif cerrahi polikliniğine başvuran hastalarında %6-7 oranında, kozmetik cerrahi için başvuranlarda %13-19 oranında tespit edilmiştir (Sarwer ve ark. 1998, Dey ve ark. 2015, Singh ve Veale 2019). Verilerimiz literatüre göre daha düşük yaygınlık göstermekle birlikte buna örneklemin sosyokültürel özelliklerinin farklılığı, kullanın yöntemin farklılığı sebep olmuş olabilir.

BDB'de hastalığın ilk belirtileri 13-14 yaşında başlamakta ancak hastaların ortalama psikiyatri hekimine başvuru süresi 11-12 yılı bulmaktadır (Çalikuşu ve ark. 1997, Phillips ve ark.1997, Phillips ve ark. 2005). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların ruhsal sağaltım için başvurdıkları ortalama yaşın $26,5 \pm 7,4$ olduğu bulunmuştur (Çalikuşu ve ark. 1997). Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 28 ± 8 'dir. Veriler literatürle paralellik göstermekte olup hastaların hiç biri daha önceden psikiyatriye başvurmamıştır. Kontrol grubu ve VAÖ puanı yüksek grupla yaş ortalaması kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte BDB tanısı alan grupta yaş ortalaması daha düşük ortalama bulunmuştur.

BDB'de cinsiyet dağılımı üzerindeki oranlarını inceleyen çalışmalarda çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Literatürde genel olarak kadınlarda daha çok görüldüğü ileri sürülmekle birlikte, eşit oranda görüldüğünü gösteren ya da erkeklerde daha çok görüldüğünü gösteren çalışmalarda mevcuttur (Aşkın 1994, Andrew ve ark.2016, Herbest ve ark. 2020). Bizim çalışmamızda anlamlı fark olmamakla birlikte kadın hasta sayısı daha fazladır. BDB hastalarındaki kadın çoğunluğunun sebebi, kadınların araştırmaya katılmaya daha istekli olması veya Türkiye'de yapılmış çalışmalarda psikiyatri hekimine başvurma oranlarının kadın popülasyonunda daha yüksek olması bu farkı açıklayabilir (Özmen 1994, Tümkeya 2005, Yağcı 2014, Arslan 2019).

Yapılan çalışmalarda BDB tanılı hastalarda bekar ve boşanmış olma oranı kontrol grubuna kıyasla anlamlı oranda yüksektir (Phillips ve ark. 1993, Veale ve ark. 1996, Koran ve ark. 2008). Çalışmamızdaki hastaların 14 (51,9%) tanesi bekâr, 13'ü (%48,1) ise evli olup kontrol grubuyla arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Bu veriler literatürdeki verilerden farklı olup sebebi sosyokültürel farklılıklar olabilir.

Literatürdeki verilerde BDB hastalarında çalışma oranları oldukça düşüktür. Hastaların %50 sinin herhangi bir işte çalışmadığı, sürekli tüm gün bir işte çalışma oranının %20'lerde olduğu, %74'ünün hastalık sonrası iş ve akademik başarısının etkilendiği görülmüştür (Phillips ve ark. 1993, Philips ve ark. 1995, Veale ve ark. 1996, Nicewicz ve ark. 2020). Bizim çalışmamızda hastaların 18'i ($n=66,7$) çalışmamaktaydı. Kontrol grubu

ile anlamlı fark olmamakla birlikte hasta gruptaki çalışmama oranı yüksektir. Bu verilerin de literatür ile uyumlu olduğu gözükmemektedir.

BDB'de hastaların büyük çoğunluğu; yüz bölgesine, cildine, burnuna, memelerine, kalçalarına, bacaklarına ve cinsel organlarına dair takıntılı düşüncelere sahiptir (Veale ve ark. 1996, Çalikuşu ve ark. 1997, Phillips ve ark. 1998). Dermatoloji kliniğine başvuran hastalarda en sık başvuru nedeni olan vücut bölgeleri; cilt ve saçlar olurken, plastik cerrahiye başvuran hastalarda; burun, memeler, kalçalar ve karın bölgesi ile uğraşın daha fazla olduğu görülmektedir (Veale ve ark. 2003, Picavet ve ark. 2011, Metcalfe ve ark. 2014). Çalışmamızda VAÖ ölçeğine göre beğenilmeyen vücut kısımları göğüsler (%77), kilo (%74), sindirim sistemi (%66,7), cinsel organlar (%66,7), profil (%63) ve burun (%48,1) olmuştur.

Plastik ve rekonstruktif cerrahi polikliniğine başvuru nedenlerine bakıldığında, hastaların neredeyse yarısı burunlarını beğenmedikleri için plastik ve rekonstruktif cerrahi polikliniğine başvurmuşlardır (n=12 %44,4). İkinci sırada cilt problemleri (skar, nevüs aldırma) (n=5 %18,5), daha sonra meme ameliyatı (n=4 %14,8), liposuction işlemi (n=4 %14,8) bişektomi ameliyatı (n=2, %7) gelmektedir. Çalışmamızdaki verilere bakacak olursak VAÖ ölçeğindeki beğenilmeyen vücut bölgeleri ve hastaların plastik ve rekonstruktif cerrahiye başvurma nedenleri literatürdeki bilgilerle paralellik göstermektedir.

VAÖ puanı üzerinde etkili olan faktörlere bakıldığında literatürde çok sayıda çalışma olmamakla birlikte yapılan çalışmalarda anksiyete ve depresyon düzeyi artıkcça vücut algısı olumsuz yönde etkilenmekte, yaşamdan alınan doyun düzeyi artıkcça da olumlu yönde etkilenmektedir. Yine aynı çalışmada cinsiyetin vücut algısını etkilediği kadın olmanın olumsuz vücut algısı için risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (Anbar 2013). Yakın tarihli yapılan bir çalışmada ise anksiyete, depresyon belirtilerinin varlığının, vücut dismorfik bozukluğunu öngörmekte etkili olduğu ileri sürülmüştür (Akinboro ve ark. 2019). Çalışmamızda cinsiyet vücut algısı üzerine etkili bir faktör olarak bulunmazken, sosyal görünüşle ilgili kaygıların, depresyonun, depresif mizaç özelliklerinin de vücut algısı memnuniyetsizliğini artırdığı, hipertimik mizaç özelliklerinin olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Bu veriler literatürdeki az sayıda ki çalışma ile uyumlu olup, depresyon ve yüksek anksiyete düzeylerinin kişiyi kendisi hakkında olumsuz düşüncelere ittiği bu durumun kişinin bedeni ile ilgili algılarını da olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülebilir.

Sosyal görünüş kaygısı, kişilerin dış görünüşlerinin başkaları tarafından değerlendirilirken yaşadıkları kaygı olarak tanımlanmaktadır. Sosyal görünüş kaygısı kişinin vücuduyla ve görünümüyle ilgili olumsuz beden algısının bir sonucu gibi

görülmektedir (Doğan 2010). Sosyal görünüş kaygısı aynı zaman da beden memnuniyetsizliği, bulimik belirtiler ve aşırı yeme ile ilişkili görülmektedir (Levinson ve ark. 2012). Sosyal görünüş kaygısı ve BDB arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar literatürde az sayıdadır. Çalışmaların birinde BDB tanısı olan bireylerin sosyal görünüş kaygısı düzeyinin, sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu, BDB hastalarının sağlıklı kişilere göre, başkalarının kendi görünüşleriyle ilgili düşüncelerinden kaynaklanan anksiyete düzeylerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Anson ve ark. 2012). BDB ile BDE puanı arasındaki ilişkiyi inceleyen yakın tarihli bir çalışmada BDB hastalarında BDE puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Pavan ve ark. 2006). Çalışmamızda eş tanı oranları düşük olmakla birlikte BDB hastalarının SGKÖ puanı ortalaması ve BDE puanı ortalaması normal popülasyona göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Tanı kriterlerini karşılamasa bile hastalarda sosyal anksiyete ve depresif semptomların yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bilgiler literatürdeki az sayıda veri ile uyumlu gözükmemektedir.

Mizaç, genetik yolla geçen ve hayat boyu çok az değişen kişinin davranış örüntüleri ve bağlanma stili üzerine etki eden yapısal özellikler olarak tanımlanmıştır (Sayın ve Aslan 2004). BDB ile mizaç ilişkisine bakan çok az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalarda da farklı mizaç kişilik envanterleri kullanılmıştır. Literatürde BDB hastalarının mükemmeliyetçi, içe dönük, utangaç, nevrotik, sosyal olarak kaçınma eğilimi daha fazla olan, güvensiz ve yüksek düşmanlık düzeyine sahip oldukları öne sürülmektedir (Phillips 2000). Üç Boyutlu Kişilik Anketi (TPQ) kullanan BDB hastalarında mizacı değerlendiren bir çalışmada; hastaların daha yüksek beklenti anksiyetesine ve daha yüksek kronik yorgunluk semptomlarına sahip olduklarını göstermiştir (Pavan ve ark. 2006).

Bizim çalışmamız ulaşabildiğimiz kadarıyla BDB'de TEMPS-A mizaç envanterini kulanan ilk çalışmadır. Çalışmamızda BDB tanısı alan grupta depresif ve anksiyöz mizaç puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Literatürde benzer çalışma olmasa da farklı mizaç ölçeklerini kullanan çalışmalarla veriler benzerlik göstermektedir.

BDB hastaları vücutları ile ilgili düşüncelerin ortaya çıkardığı anksiyeteyi bastırmak için bir takım kompulsif davranış örüntüleri geliştirirler (Phillips 2005). Bunlardan bazıları uğraştığı beden bölgeleri kamufule etme (makyaj yaparak, kıyafet seçimi ile, eldiven sapka vb ile), sürekli aynaya bakarak kendini kontrol etme ya da aynalardan kaçınma, soru sorma onaylama davranışı geliştirme, plastik cerrahi ya da kusurlu bölgesi ile ilgili branşlara giderek estetik girişimlerde bulunma, aşırı egzersiz ve

diyet yapma şekline olabilir. Hastaların bu kompulsif davranışlara harcadıkları süre günlük 2-8 saat arasında değişmektedir (Mulkens ve ark. 2009, Nicewicz 2020). Çalışmamızda BDB hastalarının en sık kullandığı kompulsif davranış kamufule etme (makyaj yaparak, kıyafetle vb) olmuştur. Hastaların bu davranışlar için geçirdikleri ortalama süre 2-3 saattir. Bulgularımız literatürdeki verilerle paralellik göstermektedir.

BDB hastalarının %32,4'ünde düşüncelerin sanrısız boyutta olduğunu ileri sürülmüştür. Çalışmamızda da BDB tanısı alan hastaların 8'inde (%29,6) düşüncelerin sanrısız boyutta olduğu görülmüştür. BDB'de düşüncelerin sanrısız boyutta olması tedaviyi güçleştiren bir faktör olarak görülmektedir.

BDB tanısı konan hastaların yarısından fazlası (%51,8) tedaviyi reddetmiştir. Literatürde bu hastaların vücudu ile ilgili düşüncelerde iç görünümün düşük olması nedeniyle psikiyatrik tedaviye inanmadıkları için tedaviyi reddetme oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Mufaddel 2013). Çalışmamızda ki sanrısız özellik oranları ve bu hastaların tamamın psikiyatrik tedaviyi reddetmesi literatürdeki çalışmalarla uyumlu gözükmemektedir.

Literatürde BDB hastalarının 1 veya daha fazla cerrahi girişime maruz kaldıkları bu hastalarda yapılan girişim miktarı artıkça memnuniyet oranının düştüğü, yapılan cerrahi yada diğer müdahalelerinin sorunu daha da büyüttüğü öne sürülmektedir (Veale 2000). Çalışmamızda ki BDB hastalarına uygulanan cerrahi girişim sayılarına bakıldığında hastaların yarısından fazlası (n=15, %55,5) cerrahi girişime maruz kalmış olup bulgularımız literatürdeki verilerle uyumlu gözükmemektedir.

BDB tanılı kişilerin % 92,3'üne yaşam boyu en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği en sık eşlik eden psikiyatrik tanının major depresyon %76-84 olduğu, ikinci en sık eşlik eden durumun %37 ile sosyal anksiyete bozukluğu ve %32 ile OKB olduğu bildirilmiştir (Phillips 1997). Yine bir çalışmada majör depresif bozukluk, alkol veya madde kullanım bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluğun en sık eşlik eden ek tanımlar olduğu belirtilmiştir (Hardardottir ve ark. 2019). Bizim çalışmamızdaki eş tanımlara bakıldığında hastaların 9'unda (%33,3) major depresyon tanı kriterlerini karşılayan depresif bozukluk tespit edilmiştir. Hastaların 3'ünde (%11,1) sosyal fobi, 2'sinde (%7,4) OKB, 2'sinde (%7,4) yaygın anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir. Bilgiler literatürle uyumlu olup eş tanı oranlarının çalışmamızda daha az olduğu görülmüştür. Bu durum kullanılan yöntemlerdeki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir. Yine literatürde self medikasyon olarak madde bağımlılığının sık görüldüğü bu grup içinde de en çok alkol kullanımının görüldüğü bildirilmiş olmakla birlikte bizim çalışmamızda alkol

kullanan 3 kişi (%11,1), kullanmayan 24 (%88,9) kişi, sigara kullanan 9 (%33,3) kişi, kullanmayan 18 (%66,7) kişi olduğu görölmüştür. Verilerimiz literatürle çelişmekle birlikte bu farklılığın sebebi; çalışmanın kısıtlı bir bölgede yapılması, sosyokültürel değerklerin farklı olması, alkol kullanımının toplum genelinde hoş karşılanmaması nedeniyle saklama eğilimin yüksek olması olabilir.

6.ÇALIşMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmaya plastik ve rekonstruktif cerrahi polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar kabul edilmiş olup sadece VAÖ puanına göre beden algısında memnuniyetsizliği yüksek grupla yüzyüze görüşme yapılp psikiyatrik olarak değerklendirilmiştir. Bu durum ölçek kesme puanının altında kalıp BDB belirtileri gösteren kesimin tanı alamaması anlamına gelmektedir. Yapılan psikiyatrik değerklendirmeler sadece bireylerin kendileri ile yapılmış olup yakınlarından bilgi alınmamış olması da tanı koymada eksiklik yaratabilir. Bu alanda Türkiye'de yapılan çalışmalar kısıtlı olması benzer kültürel ortamlarda yetişen bireylerin kıyaslanması açısından eksiklik yaratmıştır.

7. SONUÇLAR

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi Polikliniğine başvuran yapılan ölçek değerklendirmesinde beden algısı memnuniyetsizliği olanlarla SCID/CV(Structured Clinical Interview for DSM-IV/Clinical Version) ile yapılan psikiyatrik görüşme ile DSM-IV tanı ölçütlerine göre BDB tanısı hasta oranı %4,7 olarak bulunmuştur. Plastik ve rekonstruktif cerrahi polikliniğine başvuru sebebine göre hastaları ayırdığımızda kozmetik cerrahi için başvuranlarda bu oran %8,6 olarak saptanmış olup, BDB tanısı alan tüm hastalar kozmetik cerrahi için başvurmuşlardır. BDB tanısı alan ile diğer gruplar arasında sosyodemografik verilerde istatistiksel anlamlı farklılık saptanmazken, BDD tanısı alan hastaların SGKÖ puanları, BDE puanları, depresif ve anksiyöz mizaç puanları anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur.

8. KAYNAKLAR

Akinboro AO, Adelufosi AO, Onayemi O, Asaolu S. Body dysmorphic disorder in patients attending a dermatology clinic in Nigeria: sociodemographic and clinical correlates. 2019. Anais Brasileiros de Dermatologia.

Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF, Manning JS, Connor PD. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation

of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. Journal of affective disorders. 2005;85(1-2):3-16.

Alavi M, Kalafi Y, Dehbozorgi GR, Javadpour A. Body dysmorphic disorder and other psychiatric morbidity in aesthetic rhinoplasty candidates. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. 2011. 64:738p-41p.

Albertini RS, Phillips KA. Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1999. 38 : 453p-9p.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). 3th. Ed. American Psychiatric Association. 1980.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association. 1994.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association. 2000.

Anbar H. Lise Öğrencilerinde Vücut Algısı Değişkeninin Çeşitli Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi Ve Vücut Algısı Ölçeğinin Geçerlik-Güvenirlik Çalışması. 2013.

Andreasen NC, Bardach J. Dysmorphophobia: symptom or disease? American Journal Psychiatry .1977. 134:673p-75p.

Andrew W, Ishii L, Shannon S, Jane I, Bater K, Boahene K, Kontis T, Christine. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder and Surgeon Diagnostic Accuracy in Facial Plastic and Oculoplastic Surgery Clinics. 2016. JAMA Facial Plastic Surgery

Anson M, Veale D, Silva P. Social-Evaluative Versus Self-Evaluative Appearance Concerns in Body Dysmorphic Disorder. Behaviour Research and Therapy. 2012. 50(12). 753p-760p

Aouizerate B, Pujol H, Grabot D. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. European Psychiatry. 2003. 18(7):365p–368p.

Arslan Ü. Bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ile tanı grupları arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2019. Usaysad Dergisi. 5(3):271p-279p.

Aslan SH, Evlice YE. Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları içinde yer alan depersonalizasyon ve vücut dismorfik bozukluğu: Olgu sunumu. Psikiyatri Bülteni. 1996. 3:139p-42p.

Aslan H. Beden dismorfik bozukluğu: bir gözden geçirme. Düşünen Adam. 2000. 13:33p-41p.

- Aşkın R. Vücut dismorfik bozukluğu. 9 olgu. Türk Psikiyatri Dergisi. 1994. 1:45-51.
- Atmaca M, Bingol I, Aydın A, Yildirim H, Okur I, Yildirim MA. Brain morphology of patients with body dysmorphic disorder. Journal of Affective Disorders .2010. 123:258p-263p.
- Barr L, Goodman W, Price L. Acute exacerbation of body dysmorphic disorder during tryptophan depletion. American Journal of Psychiatry .1992. 149:1406p-1407p.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Archives Of General Psychiatry. 1961. 4:53p-63p.
- Biby EL. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Psychology .1998. 54:489p-499p.
- Bienvenu O, Samuels J, Riddle M, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. Biol Psychiatry. 2000. 48:287p-293p.
- Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA . Body dysmorphic disorder. Dialogues Clinical Neuroscience.2010. 12: 221p-232p
- Bouman TK, Mulken S, van der Lei B. Cosmetic Professionals' Awareness of Body Dysmorphic Disorder. 2017.Plastic Rekonstruktif Surgery. 139(2):336p-342p.
- Buhlmann U, Wilhelm S, McNally RJ, Tuschen-Caffer B, Baer L, Jenike MA. Interpretive biases for ambiguous information in body dysmorphic disorder. CNS Spectrum. 2002. 7:435p-443p.
- Castle DJ, Molton M, Hoffman K, Preston NJ, Phillips KA. Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2004. 38:439p-44p.
- Craven J, Rodin G. Cyproheptadine dependence associated with an atypical somatoform disorder. Canadian Journal of Psychiatry. 1987. 32:143p-145p.
- Conroy M, Menard W, Fleming-Ives K. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in adult inpatient setting. General Hospital Psychiatry. 2008. 30:67p-72p
- Çalikuşu C, Tükel R, Karalı ve ark. Beden dismorfik bozukluğunda klinik özellikler: 13 olgunun değerlendirilmesi. 33.Ulusal Psikiyatrik Kongresi Bildiri Metin Kitabı .1997. 29p-34p
- Demir T. Çalikuşu C. Beden dismorfik bozukluğu. 1997. (ek sayı 1):33p-38p
- Doğan T. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlikve Güvenirlilik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.2010. 39:151p-159p.

- Eisen JL, Phillips KA, Coles ME ve ark. Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2004. 45:10p-5p
- Fang A, Lawson EA, Wilhelm S. Intranasal Oxytocin Modulates Higher Order Social Cognition in Body Dysmorphic Disorder. 2019. *Depression&Anxiety*
- Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1997. 32:24p–9p.
- Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, McKinley M, Moller H, Bookheimer S. Regional brain volumes and symptom severity in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*. 2009. 172:161p-167p.
- Feusner JD, Neziroglu, F. Wilhelm S. Mancusi L. Saxena S. What causes BDD: research findings and a proposed model. *Psychiatry Annals*. 2010. 40:349p-355p.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams J. 1997. Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-IV). Washington, C American Psychiatry Press.
- França K, Roccia MG, Castillo D, ALHarbi M, Tchernev G, Chokoeva A, Lotti T, Fioranelli M. Body dysmorphic disorder: history and curiosities. 2017. *Wien Medical Wochenschr*. 167:5p-7p.
- Frare F, Perugi G, Ruffolo G, Toni C. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *European Psychiatry* . 200. 19:292p-298p.
- Hardardottir H, Hauksdottir A, Bjornsson AS. Body Dysmorphic Disorder: Symptoms, Prevalence, Assessment and Treatment. 2019. *Laeknabladid*. 105(3):125p-131p.
- Hanes K. Serotonin, psilocybin, and body dysmorphic disorder: a case report. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 1996. 16:188p-189p.
- Herbest I, Jemec G. Body Dysmorphic Disorder in Dermatology.2020. *Psychiatric Quarterly*
- Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1988. 6: 118p-122p
- Hollander E, Liebowitz MR, Winchel R, et al: Treatment of body dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *American Journal Psychiatry*.1989. 146:768p-70p
- Hollander E, Neville D, Frenkel M. Body dysmorphic disorder-diagnostic issues and related disorders. *Psychosomatics*.1992. 33:156p-65p.
- Hollander E, Cohen LJ, Simeon D. Body dysmorphic disorder. *Psychiatry Annals*.1993. 23: 359-64.
- 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. JAMA Psychiatry .1999. 56:1033p-1039p.

Hovardaoğlu S. Vücut algısı ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. İçinde: Özdemir YD . Şizofrenik ve major depresif hastaların beden imgelerinden doyum düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Sosyal Bilimler Enstitüsü. 1990.

Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 1998. 52(3):283p–287p.

Grace SA, Abuschagne I, Castle DJ, Rosell SL. Intranasal Oxytocin Alters Amygdala-Temporal Resting-State Functional Connectivity in Body Dysmorphic Disorder: A Double-Blind Placebo-Controlled Randomized Trial. 2019. American Journal Psychiatry

Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. Journal Clinical Psychiatry. 2001.

Grant JE, Phillips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. Annals of Clinical Psychiatry. 2005. 17(4): 205p-210p.

Jacob K. Dey, BS; Masaru Ishii, MD, PhD; Maria Phillis, JD; Patrick J. Byrne, MD; Kofi D. O. Boahene, MD; Lisa E. Ishii, MD. American Medical Association. 2015

Kaplan HI, Sadock BJ, Ruiz P. Psikiyatri Davranış Bilimleri-Klinik Psikiyatri . 11. Baskı, Baltimore: Williams and Wilkins. 2016.

Karamustafalıoğlu K.O. Temel ve Klinik Psikiyatri, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi. 2018.

Katharine A, Phillips MD,, Keshaviah A, Dougherty D, Robert L, William M, Sabine W. Pharmacotherapy Relapse Prevention in Body Dysmorphic Disorder: A Double-Blind Placebo-Controlled Trial. 2016. American Journal Psychiatry. 173(9): 887p–895p

Krebs G, Cruz F, Mataix-Cols D, Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder. Evid Based Mental Health. 2017. August. Vol 20. No 3.

Koran LM, Abujaoude E, Large MD. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United State adult population. CNS spectrums. 2008. 13:316p-22p.

Köroğlu E (Çeviri Ed.), Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı (DSM-IV-TR).(2000) Yeniden gözden geçirilmiş.

Köroğlu E. Klinik Psikiyatri, ikinci Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2015. 250p-61p.

- Lai CS, Lee SS, Yeh YC, Chen CS. Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery. *The Kaohsiung Journal of Medical Science*. 2010. 26:478p–82p
- Leon J, Bott A, Simpson GM: Dysmorphophobia: body dysmorphic disorder or delusional disorder, somatic subtype. *CompressivePsychiatry*. 1989. 30:457p-72p.
- Levinson Cheri A, Rodebaugh Thomas L. Social Anxiety and Eating Disorder Comorbidity: the Role of Negative Social Evaluation Fears. *Eating Behaviors*. 2012. 13(1) 27p-35p.
- Madsen SK, Zai A, Pirnia T ve ark. Cortical thickness and brain volumetric analysis in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*. 2015. 232: 115p-22p.
- McKay D, Neziroğlu F, Yaryura-Tobias JA: Comparison of clinical characteristics in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Journal Anxiety Disorder*.1997. 11:447p-54p.
- Metcalf DB, Duggal CS, Gabriel A, Nahabedian MY, Carlson GW, Losken A. Prevalence of body dysmorphic disorder among patients seeking breast reconstruction. *Aesthetic Surgery Journal*. 2014. 8;34:733p-7p.
- Morselli E, Sula dismorfofobia e sula tafefobia. *Bulletino Accademia della scienze Mediche di Genova*.2006. 110p-119p.
- Möllmann A, Dietel FA, Hunger A, Buhlmann U. Prevalence of body dysmorphic disorder and associated features in German adolescents: A self-report survey. 2017. *Psychiatry Research* 254: 263p–267p.
- Mufaddel A, Osman OT, Almugaddam F, Jafferany M. A. Review of body dysmorphic disorder and its presentation in different clinical settings. 2013. *Primer Care Companion CNS Disorder*. 15(4), 15p.
- Mulkens S, Jansen A. Mirror gazing increases attractiveness in satisfied, but not in dissatisfied women: A model for body dysmorphic disorder?. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2009. 40: 211p–218p.
- Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Yaryura-Tobias JA. Rates of abuse in body dysmorphic disorder and obsessive compulsive disorder. *Body Image*. 2006. 3:189p-193p.
- Nicewicz HR, Boutrouille JF. *Body Dysmorphic Disorder (BDD, Dysmorphobia, Dysmorphic Syndrome)*.2020. StatPearls Publishing.
- Otto M, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow BL. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *American Journal Psychiatry*. 2001. 158: 2061p–3p.
- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. 1999. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 12: 233p-36p.

- Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, (11.Basım) Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2008. 480p-496p.
- Özmen E, Demet M.M, İçelli İ, Yolaşığmaz G, Kültür S. Eğitim Veren Bir Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Tanı Gruplarına Göre Sosyodemografik Özellikleri.1994. Kriz Dergisi. 2(1): 235p-240p
- Pavan C, Vindigni V, Semenzin M, Mazzoleni F, Gardiolo M, Simonato P, Marini M. Personality, temperament and clinical scales in an Italian Plastic Surgery setting: what about body dysmorphic disorder. 2006. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 10(2): 91p-96p
- Perugi G, Giannotti D, Di Vaio S, Frare F, Sacttoni M, Cassano GB. Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). International Clinical Psychopharmacology.1996. 11:247p-254p.
- Picavet V, Prokopakis EP, Gabriels L, Jorissen M, Hellings PW. High prevalence of body dysmorphic disorder symptoms in patients seeking rhinoplasty. Plastic and Reconstructive Surgery. 2011. 128:509p-17p.
- Phillipou A, Rossell SL, Wilding HE, Castle DJ. Randomised controlled trials of psychological & pharmacological treatments for body dysmorphic disorder: A systematic review. 2016. Psychiatry Research. 245:179p-185p.
- Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Hudson JI. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. American Journal Psychiatry. 1993. 150(2):302p-308p.
- 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. Journal Clinical Psychiatry. 1995. 56:41p-52p.
- Phillips KA, Nierenberg AA, Brendel G, Fava M. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. Journal of Nervous and Mental Disease. 1996. 184(2):125p-129p.
- Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. Journal of Nervous and Mental Disease.1997. 185 (9):570p-577p.
- Phillips KA, Dwight MM, McElroy. Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. Journal Clinical Psychiatry.1998. 59:165p-71p.
- Phillips KA, Gunderson CG, Mallya G, McElroy SL, Carter W. A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. Journal Clinical Psychiatry. 1998. 59:568p-575p.
- Phillips KA, Dufresne RG Jr. Wikel CS. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. Journal of the American Academy of Dermatology. 2000. 42:436p-41p.

- Phillips KA, McElroy SL. Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2000. 41(4):229p-36p.
- Phillips KA. Body dysmorphic disorder. In *Somatoform and Factitious Disorders*. American Psychiatric Publishing. 2001.
- 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. 45:438p-444p.
- Phillips KA. *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. Review edition New York. Oxford University Press. 2005.
- 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(4):317p-325p.
- Phillips KA, Menard W, Pagano ME, Fay C, Stout RL. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness. *Journal of Psychiatric Research*. 2006. 40(2): 95-104.
- Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2006. 47(2).77p-87p
- Phillips KA, Kaye WH. The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive-compulsive disorder. *CNS spectrums*. 2007. 12:347p-358p.
- Phillips KA. *Understanding Body dysmorphic disorder. An Essential Guide*. New York. Oxford University Press. 2009.
- Phillips KA, Menard W, Quinn E ve ark. A 4-years prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine*. 2013. 43: 1109p-17p
- Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. American Psychiatric Publishing. 2015. 57p-98p
- Rauch SL, Phillips KA, Segal E, Makris N, Shin LM, Whalen PJ. A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*. 2003. 122:13p-19p.
- Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S. The Prevalence of Body Dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychological Medicine*. 2006. 36:877p-85p.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri 11. Baskı (Çeviri editörü: Bozkurt A.). Güneş Tıp Kitabevi. Ankara 2016;418p-427p.
- Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plastic Rekonstruktif Surgery*. 1998. 101:1644p-1649p

- Sayın A, Aslan S. The relationship between mood disorders and temperament, character and personality. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004. 16(4): 276p-83p.
- Singh AR, Veale D. Understanding and treating body dysmorphic disorder. 2019. *Indian Journal Psychiatry*. 61:131p-135p.
- Sungur MZ. Beden dismorfik bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*. 1999. 1:19p-22p.
- Taqui AM, Shaikh M, Gowani SA, Shadid F, Khan A, Tayyeb SM . Body dysmorphic disorder: gender differences and prevalence in a Pakistani medical student population. *BMC Psychiatry*. 2008. 8:20p.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization. 1993.
- Thomas CS. Dysmorphophobia: a question of definition. *British Journal Psychiatry*.1984. 144:513p-16p.
- Türksoy NK, Tükel R, Çalığışu C, Olgun TÖ, Keser V, Demir T. Beden Dismorfik Bozukluğunda Klinik Özellikler. 19 Olgunun Değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2000. 37: 87p-92p.
- Tümkiye S, Özdel O, Değirmenci T, Oğuzhanoglu N. K. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniği HastalarındaPsikiyatrik Tanı ve Tedavi: Bir Yıllık Geriye Dönük Araştırma. 2005. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 6:36p-40p
- Uzun O, Basoglu C, Akar A. Body dysmorphic disorder in patients with acne. *Compressive Psychiatry*. 2003. 44(5):415p-419p.
- Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazici O, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *Journal of affective disorders*. 2005;85(1-2):113p-25p.
- Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Wilson R. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 1996. 9: 717p-729p.
- Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry* .1996. 169(2):196p-201p.
- Veale D. Body dysmorphic disorder. *Postgrad Med Jornal*. 2004 80:67p-71p.
- Veale D. Outcome of cosmetic surgery and “DIY” surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatric Bulletin*.2000. 24:218p-221p.
- Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *British Journal of Plastic Surgery*. 2003. 56:546p-51p.

- Vulink NC, Sigurdsson V, Kon M, Bruijnzeel-Koomen CA, Westenberg HG, Denys D. Body dysmorphic disorder in 3–8% of patients in outpatient dermatology and plastic surgery clinics. 2006. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 150(2):97p–100p.
- Wilhelm S, Otto MW, Zucker BG, et al: Prevalence of body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders. Journal Anxiety Disorder. 1997. 11:499p-502p.
- Yağcı İ, Akbulut N, Kıvrak Y, Özçetin A, Ataoğlu A. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Tanı Grupları Arasındaki İlişki. 2014. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 4 (3): 14p-18p.
- Zimmerman M, Mattia JJ. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. Comprehensive Psychiatry. 1998. 39(5):265p–270p.

9. EKLER

9.1. ETİK KURUL (EK-1)

T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI	
Toplantı Sayısı:99	Toplantı Tarihi: 06 Aralık 2019
Karar Sayısı:2019/2195:Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nazmiye KAYA' nın "Plastik cerrahi polikliniğine başvuran hastalarda beden dismorfik bozukluğunun yaygınlığı, klinik özellikleri ve diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikteliği" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili 02.12.2019 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Arş. Gör. Dr. Fadime ŞİMŞEK' in uzmanlık tez çalışmasının Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nazmiye KAYA' nın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir. Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir. Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Nazmiye KAYA Yardımcı Araştırmacılar: Arş. Gör. Dr. Fadime ŞİMŞEK, Doç. Dr. Zeynep ALTUNTAŞ, Arş. Gör. Dr. Majid İSMAYILZADE	
ASLI GİBİDİR 06.12.2019 Ömer KONDU İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Sekreteri	

9.2. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU (EK-2)

Dosya no:

Yaşı:

Cinsiyet: 1. ERKEK 2. KADIN

Eğitim düzeyi: 1. 1-5 yıl 2. 6-8 yıl 3. 9-11 yıl 4. 12 yıl ve üzeri

Meslek: 1. Öğrenci 2. İşçi 3. Ev hanımı 4. Memur 5. Emekli

6. işsiz **Medeni hali:** 1. Bekar 2. Evli 3. Eşi vefat etmiş 4.

Boşanmış- ayrı yaşıyor **Çocuk sayısı:** 1. Çocuğu yok 2. 1-33.

3'ten fazla

Ekonomik durum (TL): 1. 1000 tl altı 2. 1000-2000 3. 2000-5000
4. 5000 üstü

Sigara kullanımı: 1. Kullanmıyor 2. Ara sıra 3. Düzenli kullanıyor

Alkol kullanımı: 1. Kullanmıyor 2. Ara sıra 3. Düzenli kullanıyor

Aile yapısı: 1. Çekirdek 2. Geniş aile 3. Yalnız yaşıyor

Anne-baba: 1. Beraber 2. Boşanmış 3. Ayrı yaşıyor 4. Anne ölmüş 5. Baba ölmüş

6. Her ikisi de ölmüş

Şu an yaşadığınız yer?

a) köy b) kasaba c) şehir d) diğer..... belirtiniz

9.3 VÜCUT ALGISİ ÖLÇEĞİ (EK-3)

Aşağıda vücudunuzun bazı bölümleri yazılmıştır. Bu vücut bölümleri ile ilgili beğeni durumunuzu size en uygun gelen kutucuğa işaretleyerek belirtiniz

	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
Saçlarım					
Yüzümün rengi					
İştahım					
Ellerim					
Vücudumdaki kıl dağılımı					
Burnum					
Fiziksel gücüm					
İdrar – dışkı düzenim					
Kas kuvvetim					
Belim					
Enerji düzeyim					
Sırtım					
Kulaklarım					
Yaşım					
Çenem					
Vücut yapım					
Profilim					
Boyum					
Duyularımın keskinliği					
Ağrıya dayanıklılığım					
Omuzlarımın genişliği					
Kollarım					
Göğüslerim					
Gözlerimin şekli					
Sindirim sistemim					
Kalçalarım					
Hastalığa direncim					
Bacaklarım					
Dişlerimin şekli					
Cinsel gücüm					
Ayaklarım					
Uyku düzenim					
Sesim					
Sağlığım					
Cinsel faaliyetlerim					
Dizlerim					
Vücudumun duruş şekli					
Yüzümün şekli					
Kilom					
Cinsel organlarım					

9.4. SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI ÖLÇEĞİ (EK-4)

Aşağıdaki ifadeleri okuyup size en uygun gelen durumun altındaki kutucuğu işaretleyiniz

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
Dış görünüşüm ile ilgili kendimi rahat hissedirim.					
Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissedirim					
İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim.					
İnsanların görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacakları konusunda endişelenirim.					
Yanlarında olmadığımında insanların, görünüşümle ilgili kusurlarımı konuşacaklarından endişelenirim.					
Görünüşümden dolayı insanların benle beraber vakit geçirmek istemeyeceklerinden endişelenirim.					
İnsanların beni çekici bulmamalarından korkarım.					
Görünüşümün yaşamımı zorlaştırmasından endişe duyarım.					
Karşıma çıkan fırsatları görünüşümden dolayı kaybetmekten kaygılanırım.					
İnsanlarla konuşurken görünüşünden dolayı gerginlik yaşarım.					
Diğer insanlar görünüşümle ilgili bir şey söylediklerinde kaygılanırım.					
Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişeleniyorum.					
İnsanların görünüşümü olumsuz olarak değerlendirecekleri konusunda endişelenirim.					
Diğer insanların görünüşümdeki bir kusurun farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissedirim.					
Sevdiğim kişinin görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum.					
İnsanların görünüşümün iyi olmadığını düşünmelerinden endişeleniyorum.					

9.5. TEMPS-A MİZAÇ ENVANTERİ (EK-5)

Aşağıdaki soruları, yaşamınızın büyük bir bölümü için size kesinlikle uyuyorsa doğru (D), tam olarak uymuyor ya da yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa yanlış (Y) olarak cevaplayınız.

1. (D) (Y) Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. (D) (Y) İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. (D) (Y) Hayatım boyunca çok çektim.
4. (D) (Y) İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. (D) (Y) Kolay pes ederim.
6. (D) (Y) Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. (D) (Y) Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. (D) (Y) Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
9. (D) (Y) Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. (D) (Y) Grup içinde konuşmaktansa başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. (D) (Y) Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. (D) (Y) Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. (D) (Y) Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. (D) (Y) Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. (D) (Y) Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. (D) (Y) İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. (D) (Y) Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. (D) (Y) Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. (D) (Y) Normal olarak günde dokuz saatten fazla uykuya ihtiyacım vardır.
20. (D) (Y) Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
21. (D) (Y) Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
22. (D) (Y) Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
23. (D) (Y) Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
24. (D) (Y) Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
25. (D) (Y) Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
26. (D) (Y) Sıklıkla bir şeye başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
27. (D) (Y) Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
28. (D) (Y) Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gidip gelirim.
29. (D) (Y) Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
30. (D) (Y) Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşamaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
31. (D) (Y) Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
32. (D) (Y) Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.

-
33. (D) (Y) Dışa dönüklükle içe kapanıklık arasında gider gelirim.
 34. (D) (Y) Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
 35. (D) (Y) Bazen her şeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarımla.
 36. (D) (Y) Aynı anda hem mutsuz, hem mutlu olabilen bir kişiyim.
 37. (D) (Y) Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
 38. (D) (Y) Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
 39. (D) (Y) Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
 40. (D) (Y) Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
 41. (D) (Y) Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
 42. (D) (Y) Her şeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
 43. (D) (Y) Kendime müthiş güvenirim.
 44. (D) (Y) Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
 45. (D) (Y) Her zaman bir şeylerle meşgulümdür.
 46. (D) (Y) Birçok işi, hem de yorulmadan yapabilirim.
 47. (D) (Y) Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
 48. (D) (Y) Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
 49. (D) (Y) Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
 50. (D) (Y) Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
 51. (D) (Y) İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
 52. (D) (Y) İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
 53. (D) (Y) Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.
 54. (D) (Y) Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
 55. (D) (Y) Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissederim.
 56. (D) (Y) İşin patronu, “tepedeki adam” olmayı seven tipte bir kişiyim.
 57. (D) (Y) Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
 58. (D) (Y) Cinsel isteklerim daima fazladır.
 59. (D) (Y) Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
 60. (D) (Y) Bir türlü hoşnut olmayan tabiatla bir kişiyim.
 61. (D) (Y) Çok yakınımla.
 62. (D) (Y) Başkalarını çok eleştiririm.
 63. (D) (Y) Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
 64. (D) (Y) Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.
 65. (D) (Y) Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönetiyor.
 66. (D) (Y) Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiçbir şey görmüyor.
 67. (D) (Y) Terslendiğimde kavga edebilirim.
 68. (D) (Y) İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
 69. (D) (Y) Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.

-
70. (D) (Y) İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
 71. (D) (Y) O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
 72. (D) (Y) Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
 73. (D) (Y) Küfürbaz olarak bilinirim.
 74. (D) (Y) Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
 75. (D) (Y) Çok kuşkucu bir kişiyim.
 76. (D) (Y) Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
 77. (D) (Y) Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
 78. (D) (Y) Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
 79. (D) (Y) Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
 80. (D) (Y) Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
 81. (D) (Y) Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
 82. (D) (Y) Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
 83. (D) (Y) Gevşemeyi beceremiyorum.
 84. (D) (Y) Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissedirim.
 85. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
 86. (D) (Y) Sık sık midem bozulur.
 87. (D) (Y) Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
 88. (D) (Y) Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissedirim.
 89. (D) (Y) Heyecanlandığımda tuvalete daha sık gitmek zorunda kalırım.
 90. (D) (Y) Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
 91. (D) (Y) Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.
 92. (D) (Y) Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacağımı gibi geliyor.
 93. (D) (Y) Uykum dinlendirici değil.
 94. (D) (Y) Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.
 95. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
 96. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
 97. (D) (Y) Kendimi güvende hissetmiyorum.
 98. (D) (Y) Günlük işleştiki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
 99. (D) (Y) Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.
 100. (D) (Y) Ani sesler beni kolayca irkiltir.

9.6. BECK DEPRESYON ENVANTERİ (EK-6)

Aşağıdaki gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bugün dahil, geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlelerin yanındaki numarayı daire içine alınız. Eğer bu grupta durumunuzu anlatan birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
-
0. Gelecekte umutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecekte karamsarım.
 2. Gelecekte hiçbir şey beklemiyorum.
 3. Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
-
0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Kendimi çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızmışım gibi hissediyorum.
 2. Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
-
0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Her şeyden eskisi gibi hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
-
0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman, zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
-
0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
-
0. Kendimden hoşnutum.
 1. Kendi kendimden hoşnut değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanlarım veya hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
-
0. kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman, zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
-
0. İçimden her zamankinden fazla ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman, zaman içimden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
-
0. Şimdi her zaman olduğundan daha sinirli değilim.
 1. Eskisine göre daha kolay kızıyor veya sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
-
0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1. Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma, görüşme isteğimi kaybettim.
 3. Hiç kimse ile görüşüp konuşmak istemiyorum.
-
0. Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine göre çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
-
0. Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
-
0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapmam için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Bir şeyler yapabilmem için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
-
0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyanamıyorum.

0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

0. İştahım her zamanki gibi,
1. İştahım eskisi kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla verdim.
2. Dört kilodan fazla verdim.
3. Altı kilodan daha fazla verdim.

Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum. Evet..... Hayır.....

0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmem zorlaşıyor.
3. Sağlığımdan o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim
3. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.