



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUNDA
BEDEN ALGISI VE BİLİŞSEL SÜREÇLERİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS PROJESİ

BETÜL BÜKÜLMEZ

İSTANBUL, 2022



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUNDA
BEDEN ALGISI VE BİLİŞSEL SÜREÇLERİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS PROJESİ

**BETÜL BÜKÜLMEZ
(210134011)**

**Danışman
(Prof. Dr. Ayşe Pınar Vural)**

İSTANBUL, 2022

ETİK BİLDİRİM

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Betül Bükülmez

BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUNDA BEDEN ALGISI VE BİLİŞSEL SÜREÇLERİN İNCELENMESİ

Betül Bükülmez

ÖZET

Bu projenin amacı Beden Dismorfik Bozukluğu olan bireylerin beden algısı ve bilişsel süreçlerinin incelenmesidir. Literatür incelemeleri, ulusal ve uluslararası çalışmaların sonuçları dikkate alındığında Beden Dismorfik Bozukluğu olan bireylerin algıladıkları beden görünümü, gerçek beden görünümü ile ideal beden görünümü arasındaki uyumsuzluğun fazla olması nedeniyle olumsuz beden algılarının olduğu söylenebilmektedir. Literatürde yer alan çalışmalar olumsuz beden algısının düşük benlik saygısı, düşük özgüven, psikiyatrik bozukluklar, sosyal görünüş kaygısı, sosyal izolasyon ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Beden Dismorfik Bozukluğunda bilişsel süreçler üzerine yapılan çalışmalar doğrultusunda BDB olan bireylerin bilişsel çarpıtmaları, olumsuz otomatik düşünceleri, bedenle ilgili mükemmeliyetçi düşünce ve memnuniyetsizlikleri, referans düşünceleri, olumsuz sosyal karşılaştırmalarının olduğu söylenebilmektedir.

Anahtar kelimeler: beden dismorfik bozukluğu, beden algısı, bilişsel süreçler, bilişsel-davranışçı model, otomatik düşünce, bilişsel çarpıtma.

EVALUATION OF BODY IMAGE AND COGNITIVE PROCESSES IN BODY DYSMORPHIC DISORDER

Betül Bükülmez

ABSTRACT

The aim of this project is to study the body image and cognitive processes in Body Dysmorphic Disorder. Considering the literature reviews and the results of national and international studies, it can be said that individuals with Body Dysmorphic Disorder have negative body image due to the high inconsistency among perceived body appearance, real body appearance and ideal body appearance. Reviews in the literature show that negative body image is related to low self-esteem, low self-confidence, psychiatric disorders, social appearance anxiety and social isolation. In line with the reviews on cognitive processes in Body Dysmorphic Disorder, it can be said that individuals with Body Dysmorphic Disorder have cognitive distortions, negative automatic thoughts, perfectionist thoughts and dissatisfaction with the body, reference thoughts and negative social comparisons.

Keywords: body dysmorphic disorder, body image, cognitive processes, cognitive-behavioral model, automatic thought, cognitive distortion.

ÖNSÖZ

Bu çalışma Beden Dismorfik Bozukluğu olan bireylerin beden algıları ve bilişsel süreçlerini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Literatürde bu konuda yapılan çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. Beden Dismorfik Bozukluğunda beden algısı ve bilişsel süreçlerle ilgili yapılan çalışmalar derlenmiş olup bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmam süresince ihtiyacım olan desteği esirgemeyen, anlayışla ve sabırla bana vakit ayıran değerli hocam Prof. Dr. Ayşe Pınar VURAL'a teşekkürü borç bilirim.

Her zaman yanımda olan, meslek hayatımda attığım her adımda beni destekleyen ve cesaretlendiren eşim Recep BÜKÜLMEZ'e teşekkür ederim.

Ocak, 2023

Betül Bükülmez

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ.....	v
TABLO LİSTESİ	viii
KISALTMALAR	ix
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
1. KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ LİTERATÜR	4
1.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR.....	4
1.2. BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞU	6
1.2.1. Tarihçesi ve Sınıflandırılması	6
1.2.2. Klinik Özellikleri ve Belirtileri	7
1.2.3. DSM-V Tanı Kriterleri.....	10
1.2.4. Etiyolojisi	11
1.2.5. Epidemiyolojisi.....	13
1.2.6. Diğer Hastalıklarla Birlikteliği (Eş Tanı)	15
1.2.6.1. OKB.....	15
1.2.6.2. Majör Depresif Bozukluk.....	15
1.2.6.3. Sosyal Anksiyete.....	16
1.2.6.4. Madde Kullanım Bozukluğu.....	16
1.2.6.5. Kişilik Bozuklukları.....	17
1.2.7. Ayırıcı Tanı.....	17
1.2.8. Tedavisi	18
1.2.8.1. İlaç Tedavisi.....	18
1.2.8.2. Bilişsel-Davranışçı Terapi İle Tedavi.....	19
1.2.9. Beden Algısı	21
1.2.10. Bilişsel Süreçler	24

İKİNCİ BÖLÜM	26
2. BDB'DE BEDEN ALGISI VE BİLİŞSEL SÜREÇLER İLE İLGİLİ LİTERATÜR.....	26
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	31
KAYNAKÇA	33

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1.1. : BDB'nin Bilişsel Davranışçı Modeli	20
Tablo 2.1. : Beden Algısının Gelişimini Etkileyen Faktörlerin Modeli.....	22

KISALTMALAR

ark.	Arkadaşları
BDB	Beden Dismorfik Bozukluğu
BDT	Bilişsel-Davranışçı Terapi
bs.	Basım
Çev.	Çeviren
diğer.	Diğerleri
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
m-CPP	Meta-klorofenilpiperazin
OKB	Obsesif-Kompulsif Bozukluk
SSRI	Selective Serotonine Reuptake Inhibitor
vd.	Çok yazarlı eserlerde ilk yazardan sonrakiler

GİRİŞ

Beden Dismorfik Bozukluğu; dış görünümde başkalarının gözlenebilir olmayan ya da başkalarının önemsenmeyecek bir ya da birden çok kusur/özür algılama düşünceleriyle uğraşıp durma olarak tanımlanmaktadır (DMS-V, 2014). Tanı için öznel sıkıntı, çalışabilme yeteneği ve sosyal etkileşimdeki işlevselliğin azalması da esastır. BDB olan bireyler fiziksel görünümünde genellikle birden fazla beden bölümünün kusurlu ve çirkin olduğunu, çekici olmadığını düşünmektedir. Tipik şikayetler yüzdeki kusurlar, asimetri, bedenin orantılı olmadığıyla ilgilidir. Estetik cerrahi girişiminden sonra endişelerin doğası değişebilir, endişeler başka bir beden bölümüne kayabilmektedir. BDB'nin bir yönü de algılanan kusuru gizlemek ya da iyileştirmek amacıyla fazla zaman harcanmasıdır (Veale, 2004a).

BDB tanısı alan birçok kişi görünüşlerinden ve görünüşlerine odaklandıkları gerçeğinden utanmaktadır. Bu sebeple BDB semptomlarını klinisyenlere ifade etmemektedir. Psikiyatri hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastaların yalnızca %15.1'inin beden görünümüleriyle ilgili endişelerini klinisyenlere ifade ettikleri, endişelerini açıklamamalarının en yaygın sebebinin %31.3 oranıyla utanma olduğu öğrenilmiştir (Bjornsson, 2010).

BDB olan bireyler bu rahatsızlığın psikolojik değil fiziksel nedenlerden kaynaklandığını düşündükleri için psikiyatri klinikleri yerine dermatologlar ve plastik cerrahlara başvurmaktadır. Dermatologlara başvurma oranının %12, plastik cerrahiye başvurma oranının ise %6-%15 arasında olduğu bildirilmektedir. Veale ve arkadaşlarının 50 BDB vakasıyla yaptığı bir çalışmada vakaların %26'sının bir veya daha fazla kozmetik operasyon geçirdikleri, ancak sonuçlarına dair veri toplanmadığı rapor edilmiştir. Phillips ve arkadaşlarının kozmetik cerrahi arayan 58 BDB vakasıyla yaptığı bir çalışmada ise vakaların %82.6'sının kozmetik cerrahi

operasyonu sonrasında BDB semptomlarının aynı ya da daha kötü olduğunu ifade ettikleri bildirilmiştir. Yine Veale tarafından psikiyatri kliniğinde tedavi gören 25 BDB vakasıyla yapılan başka bir çalışmada ise tekrarlanan cerrahi operasyonların memnuniyetsizliği artırdığı, rinopilasti gibi bazı operasyonların memnuniyetsizlikle daha yüksek ilişkili olduğu, hastaların operasyon sonrasında memnun kalmadıklarında cerraha ve kendilerine karşı suçlu ya da kızgın hissettikleri bildirilmiştir (Veale, 2004a). Yapılan çalışmalardan anlaşılacağı üzere BDB olan bireyler estetik ve kozmetik operasyon arayışında olsalar da operasyon sonrasında BDB semptomları azalmamakla birlikte daha çok artabilmektedir.

Estetik cerrahi girişimi öncesinde konsültasyon sırasında psikolojik değerlendirme çok önemlidir. Cerrahlar hastanın ameliyat motivasyonu, kişisel beklentileri, görünüşünden memnun olup olmadığı, görünüşü hakkında endişeleri olup olmadığıyla ilgili bilgiler edinmelidir. Hastanın BDB olup olmadığını teşhis etmek ve uygun tedaviye yönlendirebilmek için bu bilgilerin edinilmesi önem taşımaktadır (Pavan vd., 2008).

Kültürün beden görünümünü nasıl algıladığımız üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Medyanın verdiği mesajlar kültürün sesi olmakta ve hem kadınlar hem erkeklerin beden algısını etkilemektedir. Çağlar boyunca ideal bedenin tanımı kültürden kültüre farklılık gösterse beden ölçüsü ve şekli her zaman zenginlik ve sosyal statünün işareti olarak görülmüştür. Günümüzde de diyet, kozmetik ve moda endüstrisi güzellik ile ilgili mesajlarını medya aracılığıyla bize ulaştırmaya devam etmektedir. Kimi zaman ulaşılması imkansız görülen güzellik standartları, ideal beden algımız ve kendi beden algımız arasında denge kurmamızı güçleştirmekte ve beden algımızla ilgili memnuniyetsizliğin ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (Claiborn ve Pedrick, 2019). Magazin ve spor dergilerinde, reklamlarda, diziler ve filmlerdeki ideal erkek ve kadın görüntülerinin bireylerin beden algısını olumsuz etkilediği bilinmektedir (Tatar ve ark., 2017).

Çağlar boyunca güzellik önemli bir kavram olsa da günümüzde sosyal medya aracılığıyla insanlar güzellik standartlarıyla ilgili verilen mesajlara daha fazla maruz kalmaktadır. Bununla birlikte insanların dış görünüşlerine daha çok önem verdikleri,

sosyal medya platformlarında güzellik standartlarına uygun olduğuna inanılan ünlüleri takip ettikleri, daha güzel olmak adına bu kişilerin önerdiği ürünleri satın alarak kullandıkları, güzellik standartlarına uygun olarak programlanan filtreli fotoğraflar ve fotoğraf düzenleme için geliştirilen programlardan yararlandıkları, estetik ve kozmetik operasyonların daha ulaşılabilir hale gelmesiyle sıklıkla bu operasyonlara başvurdıkları düşünülmektedir. Özetle; ideal beden algısı ve bireyin sahip olduğu beden algısı arasındaki farkın artmasıyla insanlar güzellik standartlarına ulaşabilmek için daha çok çabalamakta, bu durum bedenden duyulan memnuniyetsizliği ve BDB semptomlarını artırabilmektedir.

Bu çalışmanın amacı Beden Dismorfik Bozukluğu olan bireylerin beden algıları ve otomatik düşünceler, ara inanç ve temel inançlar gibi bilişsel süreçlerini ortaya koymadır. Literatürde bu konuda yapılan çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. Beden Dismorfik Bozukluğunda beden algısı ve bilişsel süreçlerle ilgili yapılan çalışmalar derlenmiş olup bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ LİTERATÜR

1.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Obsesyon zorla ve istenmeden gelen, kişinin iradesiyle zihninden uzaklaştıramadığı, anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, ego-distonik, sürekli ve yineleyici imge ve düşüncelerdir. Kompulsiyon ise obsesyonların meydana getirdiği kaygıyı azaltma amacıyla yapılan yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir (Porgalı Zayman, 2016). Kirlilik, hastalık, bulaşma temaları ve bir eylemin performansı hakkındaki şüpheler en sık görülen obsesyonlardır. Yaygın kompulsiyonlar arasında ise tekrarlayıcı temizlik ve yıkama, istifleme, kontrol etme, düzenleme, tekrarlama yer almaktadır (Okray, 2021).

Obsesyon ve kompulsiyonlar bireyin mesleki ve toplumsal işlevselliğini bozmaktadır. Aynı zamanda bireyde belirgin bir sıkıntıya yol açmaktadır. Birey düşüncelerinden kurtulmak için istek duysa da bunda başarılı olamamakta, kaygı ve sıkıntıyı azaltmak amacıyla kompulsif davranışlar sergilemektedir (Okray, 2021). Obsesyon ve kompulsiyonlar çoğunlukla bir arada bulunmaktadır. Sadece obsesyonların bulunduğu düşünülen vakalar incelendiğinde obsesyonun ortaya çıkardığı kaygıyı azaltmak için zihinsel eylemlere başvurduğu görülmektedir (Porgalı Zayman, 2016).

OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı net olarak saptanamamıştır. 2004 yılında Konya'da yapılan bir çalışmada bir yıllık OKB prevalansı %3 olarak saptansa da bu konuda yapılan çalışmalarda farklı veriler elde edildiği görülmüştür. OKB'nin ortalama başlangıç yaşı 19.5'tir. Erkeklerde daha erken, kadınlarda daha geç başlama eğilimi göstermektedir. Bazı çalışmalarda OKB sıklığı kadınlarda daha fazlayken

bazılarında cinsiyetler arasında fark bulunamamıştır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada OKB'ye %39.5 oranıyla en sık majör depresif bozukluğun eşlik ettiği, 2013 yılında Hollanda'da yapılan bir çalışmada ise %36.6 oranıyla en sık anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği saptanmıştır (Eles, 2022).

OKB DSM-IV-TR'de anksiyete bozuklukları arasında yer almaktayken 2013 yılında yayımlanan DSM-V'te yapılan bir düzenlemeyle anksiyete bozuklukları başlığından çıkarılarak yeni bir başlık olan "Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altına alınmıştır (Porgalı Zayman, 2016).

DSM-V'te yer alan Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar aşağıda maddelenmektedir:

- Obsesif Kompulsif Bozukluk (Takıntı-Zorlantı Bozukluğu)
- Beden Algısı Bozukluğu (Vücut Dismorfik Bozukluğu)
- Biriktiricilik Bozukluğu
- Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu)
- Deri Yolma Bozukluğu
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmış Diğer Bir Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmamış Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk (DSM-V, 2014).

Çalışmamızın temelini Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklardan Beden Dismorfik Bozukluğunda beden algısı ve bilişsel süreçler oluşturmaktadır. Bu amaçla Beden Dismorfik Bozukluğu aşağıda detaylı olarak ele alınmaktadır.

1.2. BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞU

1.2.1. Tarihçesi ve Sınıflandırılması

Dismorfofobi, dismorfi kelimesinden gelmektedir. Dismorfi kelimesi eski Yunanca kökenli olup özellikle yüzü ifade eden çirkinlik anlamı taşımaktadır. Her ne kadar çirkinlik anlamına gelse de sonundaki "fobi" ekinden anlaşılacağı üzere dismorfofobi tanımlanırken bireyde bulunan fiziksel bir kusur ile karakterize olmadığı belirtilmektedir. Birey bedende herhangi bir fiziksel kusur bulunmadığı halde belli bir beden bölümüne odaklanmaktadır. Bu odaklanma nedeniyle bireyin sosyal işlevselliğinde değişen derecelerde bozulmalar meydana geldiği ifade edilmiştir. İlk kez 1891 yılında İtalyan psikiyatrist Enrico Morselli dismorfofobi terimini kullanarak BDB'yi tanımlamıştır. Diğerlerinin normal bir görünüme sahip olduğunu ifade etmesine karşın kişinin çirkin olduğuna dair öznel bir algısının olduğuna ve bu algının kişiyi hasta ettiğine değinilmiştir. Emil Kraepelin BDB'yi "kompulsif nöroz" olarak tanımlamıştır. Janet ise 1903 yılında "bedeninden utanmaya yönelik obsesyon" olarak tanımlamış ve obsesif kompulsif nevrozun bir parçası olarak açıklamıştır (Pavan vd., 2008).

Freud'un "Kurt Adam" olarak bilinen ve Brunswick tarafından analiz edilen vakasının burnuyla ilgili hayali kusurlarla meşgul olduğu belirtilmiştir. Brunswick bu vakanın burnuyla ilgili endişeleri nedeniyle günlük hayatını ve işlerini ihmal ettiğini, caddede yürürken her dükkanın penceresinde kendi yansımasına baktığını, cebinde taşıdığı aynayı birkaç dakikada bir çıkardığını, burnunu pudraladığını, sonra pudrayı silerek gözeneklerinin genişleyip genişlemediğini kontrol ettiğini, sonra tekrar burnunu pudraladığını ifade etmiştir (Veale, 2004a). Freud'un "Kurt Adam" vakasının da BDB semptomları taşıdığı görülmektedir.

Birçok psikiyatrist bu bozuklukla ilgili vaka paylaşımlarında bulunsalar da bu terimin resmiyet kazanması daha sonraki yıllarda olmuştur. DSM-III'te Dismorfofobi, mevcut durumdaki tanı ölçütleri olmadan atipik bir somatoform bozukluk olarak ele alınmıştır. 1987 yılında DSM-III-R'nin yayımlanmasıyla birlikte Beden Dismorfik Bozukluğu terimi çağdaş sınıflandırma sistemlerine girmiştir. DSM-IV'te Somatoform Bozukluk alt grubunda yer alan BDB, DSM-V'in

yayımlanması ile birlikte Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında yer almıştır (Claiborn ve Pedrick, 2019).

1.2.2. Klinik Özellikleri ve Belirtileri

BDB olan bireyler fiziksel görünümünde hayali ya da fazlasıyla abartılmış bir kusurla aşırı meşguldürler. Kusurlu olarak algıladıkları beden bölümleriyle ilgili düşüncelerine kin, tikslenme ve utanç duyguları eşlik etmektedir. En yaygın şikayetler yüz ile ilgili kusurları içerir; kırışıklıklar, lekeler, yara izleri, akne, solgunluk veya ciltte kızarıklık, şişlik, yüz asimetrisi veya orantısızlığı, saç veya sakalda incelmeye gibi anormallikler, eşlik eden kellik korkusu en yaygın olanlarıdır. Burnun şekli, büyüklüğü ya da başka bir yönü, göz kapakları, kaşlar, kulaklar, ağız, dudaklar, dişler, çene, yanaklar, baş şekli yüz ile ilgili yaygın olan diğer meşguliyet alanlarıdır. Yüz dışında cinsel organlar, göğüsler, popo, karın, kollar, eller, ayaklar, bacaklar, kalçalar, omuzlar, omurga veya cilt de endişe odağı olabildiği bildirilmiştir (Phillips, 1991).

BDB olan bireylerle yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre en sık kusurlu olarak tanımlanan beden bölümleri sırasıyla cilt (80.0%), saç (57.5%), burun (39.0%), mide (32.0%), dişler (29.5%), kilo (29.0%), göğüsler (26.0%), kalçalar (21.5%), gözler (21.5%), baldırlar (20.0%), kaşlar (19.5%), yüzün genel görünümü (19.0%), küçük vücut yapıları (18.0%), bacaklar (18.0%), yüzün boyutu ya da şekli (16.0%), çene (14.5%), dudaklar (14.5%), kollar (13.5%), kalça kemiği (12.5%), yanaklar (10.5%), kulaklar (10.5%) olarak bildirilmiştir (Phillips vd., 2005). Yapılan çalışmalar BDB olan bireylerin yalnızca bir beden bölümüyle ilgili kaygılarının olmayabileceğini de göstermektedir. BDB olan bireylerin %68-98'inin birden çok beden bölümüyle ilgili kaygılarının olduğu bildirilmiştir. Hastaların kusurlu olarak nitelendirdikleri beden bölümü sayısı ise ortalama 5-7 arasındadır (Çam Ray vd., 2012).

Kas dismorfisi DSM-V'te BDB'nin bir türü olarak tanıya eklenmiştir. Kas dismorfisi olan bireyler bedeninin küçük olduğu, kas yapısının zayıf olduğuyla ilgili endişeler taşımaktadır. Aşırı ağırlık çalışma, fazla yeme ve protein değeri yüksek yiyecek alımı gibi kompulsif davranışlar gözlenebilmektedir. Kas dismorfisi daha

çok erkeklerde görülmekte olup intihar, yaşam kalitesinde düşme, madde kullanımı kas dismorfisine eşlik edebilmektedir (Kaytan, 2015). BDB bazen kötü koku salgıladığına dair endişe duyma gibi bir beden işleviyle ilgili endişelerden de kaynaklanabilmektedir. Bireyin bu kaygıları sosyal ortamlarda daha da belirginleşmektedir (Çam Ray vd., 2012).

BDB olan bireylerin %93.3'ünde kompulsif davranışların olduğu, aynada görünümünü kontrol etmenin en sık yapılan davranış olduğu bildirilmiştir. BDB olan birey etrafındakileri kusuru olduğuna dair ikna etmeye çalışır ya da kusuruyla ilgili ikna edilmek için başkalarına sıklıkla sorular sorar (Aslan, 2000). Yapılan başka bir çalışmada BDB olan bireylerde en sık görülen kompulsif davranışların kendini başkalarıyla kıyaslama (%96), kamufle etme (%93), sık sık aynaya bakma (%90), kişisel bakım (%68), kusurlu beden bölümlerine dokunma (%59), güven arama (%59), kıyafet değiştirme (%44), cilt yolma (%40), diyet yapma (%37) olarak sıralandığı rapor edilmiştir (Kaytan, 2015).

Bireyin rahatsız olduğu kusurunun gerçekten var olup olmadığını algılayabilmesine, kusur varsa bu kusurun şiddetini gerçekçi bir şekilde yorumlayabilmesine içgörü denmektedir. BDB olan bireylerin farklı içgörü düzeyine sahip olabildikleri bilinmektedir (Claiborn ve Pedrick, 2019). BDB'nin sanrısız tipinde birey kendisinin çirkin, anormal ve kusurlu olduğuna dair düşüncelerinin tamamen doğru olduğuna inanmaktadır. BDB'nin sanrılı olmayan tipinde birey bedenle ilgili düşüncelerin doğru olmadığını farkında olabilmektedir (Thomas-Aragones ve Marron, 2016). BDB'nin sanrılı olmayan tipinde içgörünün olduğu, sanrısız tipinde ise içgörünün daha az olduğu söylenebilmektedir.

Çoğu insan zaman zaman fiziksel görünümünden hoşnutsuz olabilmektedir. Ancak BDB olan bireyler fiziksel görünümüleriyle ilgili düşüncelerini farklı yöne çevirmekte zorlanmaktadır. Diğer kişilerin yargısına göre BDB olan bireylerin gösterdikleri tepkiler aşırı ve abartılı olsa da BDB olan bireylerin içgörülerinin olmaması nedeniyle kusuru ile ilgili kaygılarında haklı olduğunu düşünmekte ve yardım arama ihtimalleri azalmaktadır. Bu sebeple BDB olan bireylerde tedavi güçleşmektedir (Claiborn ve Pedrick, 2019).

Araştırmalar BDB olan bireylerin yaklaşık %50'sinin bedenlerinde algıladıkları kusuru düzeltmek için plastik cerrahi girişimlerinde bulduklarını bildirmektedir. Ancak plastik cerrahi girişimleri BDB olan bireylerin bedenleriyle ilgili endişelerini sonlandırmamaktadır. Bazı BDB olan bireyler cerrahi operasyon sonrasında beden bölümünde algılanan kusurla daha meşgul olabilmektedir. Aynı kusur nedeniyle birden fazla kez operasyon geçirebilir ya da farklı bir beden bölümündeki kusura odaklanabilmektedir (Phillips, 1991).

Literatürde BDB olan bireylerin sosyal işlevselliğinde bozulma, evlilik ve mesleki hayatında problemler görüldüğü bildirilmektedir. Beden bölümünde algılanan kusurdan kaçma, flört veya cinsel temastan kaçınmanın temelinde genellikle utanç duygusunun olduğu öne sürülmektedir. Birey okula, alışverişe gitmek, çalışmak, yüzmek gibi aktivitelerden kaçınabilmektedir. Sosyal izolasyon bireyin tamamen evden çıkmamasıyla sonuçlanabilmektedir. Kusurlu olarak algılanan beden bölümüyle aşırı uğraşma nedeniyle de bireyin sosyal işlevselliğinde bozulma meydana gelebilmektedir. Literatürde saç kesiminde asimetri olmaması için 8 saatini harcayan ya da sakalını büyüteçle inceleyerek bir gününü geçiren vakaların olduğu bildirilmektedir (Phillips, 1991). BDB olan bireylerin yaklaşık %40'ının kusurlu olarak nitelendirdikleri beden bölümlerini günde 3-8 saat arasında, %25'inin 8 saatten fazla düşündüğü rapor edilmiştir (Bjornsson vd., 2010). Bu veriler kusurlu olarak algılanan beden bölümünden duyulan utanç duygusu nedeniyle kaçınma ya da bu beden bölümüyle aşırı uğraşma nedeniyle BDB'de işlevselliğin bozulabildiğini göstermektedir.

BDB olan bireylerin herhangi bir işte çalışmama olasılıklarının fazla olduğunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada BDB tanısı alan 200 kişilik örnekleme %37.6'sının işsiz olduğu bildirilmiştir (Bjornsson vd., 2010). Bunu sonucu destekleyen bir başka çalışmada BDB olan bireylerin ancak %50'sinin bir işte çalıştığı, tam zamanlı olarak çalışanların oranının %20 olduğu rapor edilmiştir. BDB olan bireylerin %74'ünün mesleki ya da akademik hayatlarında bozulma olmaktadır (Aslan, 2000).

BDB tanısı olan bireylerin medeni durumlarıyla ilgili yapılan çalışmalar çoğunun hiç evlenmediğini, boşandığını ya da eşinden ayrı yaşadığını göstermektedir. BDB olan bireylerle yapılan bir çalışmada %83'ünün hiç evlenmediği, %7'sinin boşandığı, yalnızca %10'unun evli olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada tanı alan bireylerin yalnızca %26'sının evli olduğu, ülkemizde yapılan bir çalışmada ise %15'inin evli olduğu rapor edilmiştir (Aslan 2000). Yine popülasyon temelli yapılan iki çalışmada BDB olan bireylerin evli olma olasılıklarının BDB olan olmayanlara göre daha düşük olduğu, boşanmış olma olasılıklarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Bjornsson vd., 2010). Bu veriler BDB olan bireylerin sosyal ilişkiler kurma ve ilişkilerini sürdürmede güçlükler yaşadıklarını göstermektedir.

BDB'nin seyri ve sonucu hakkındaki veriler sınırlı olsa da tedavi olmayan vakaların çoğunda BDB semptomlarının en az birkaç yıl aralıksız sürdüğü, zaman zaman kötüleşme eğiliminde olduğu bildirilmektedir (Phillips, 1991).

1.2.3. DSM-V Tanı Kriterleri

DSM-V'e göre Beden Dismorfik Bozukluğu tanısı koyabilmek için gereken kriterler aşağıda verilmektedir:

A. Dış görünümünde, başkalarınca gözlenebilir olmayan ya da başkalarınca önemsenmeyecek, bir ya da birden çok kusur ya da özür algılama düşünceleri ile uğraşıp durma.

B. Kişi, bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman, dış görünümüyle ilgili kaygılarından ötürü yinelemeli davranışlarda (örn. aynaya bakıp durma, aşırı boyanma, derisini yolma, güvence arayışı) ya da zihinsel eylemlerde (örn. dış görünümünü başkalarıyla karşılaştırma) bulunur.

C. Bu düşünsel uğraşlar, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Dış görünümle ilgili bu düşünsel uğraşlar, bir yeme bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri olan bir kişide, vücut yağı ya da ağırlığı ile ilgili kaygılarla daha iyi açıklanamaz.

Tanı kriterlerine ek olarak kas dismorfisinin olup olmadığı ve bireyin içgörüsünün derecesinin (iyi ya da oldukça iyi, kötü, yok ya da sanrısız inanışlar) belirtilmesi de istenmiştir (DSM-V, 2014).

1.2.4. Etiyolojisi

BDB'nin nedenleriyle ilgili kesin yargılar bulunmasa da genetik yatkınlığı bulunan bireylerde çevre etkisiyle BDB gelişebileceği bildirilmiştir. Çocuklukta yaşanan istismarın BDB'ye neden olabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. OKB ve BDB olan bireyler ile yapılan bir çalışmada çocuklukta travma öyküsünün BDB'de %38, OKB'de %14 oranında görüldüğü bildirilmiştir (Çam Ray vd., 2012). Çocukluk çağında alay edilen, fiziksel şiddete ve cinsel istismara maruz kalan, sosyal destekten yoksun olan, yaşlılarıyla yeterince ilişki kuramayan bireylerde daha fazla BDB görüldüğü saptanmıştır. 50 BDB olgusu ile yapılan bir çalışmada hastaların %38'inin çocukluk döneminde bir tür istismar geçmişinin olduğu bildirilmiştir. Bu hastalarının %28'inin duygusal, %22'sinin cinsel, %14'ünün ise fiziksel istismara maruz kaldıkları rapor edilmiştir. 75 BDB olgusu ile yapılan başka bir çalışmada hastaların %78.7'sinin çocukluklarında kötü muameleye maruz kaldıkları bildirilmiştir (Kaytan, 2015). Bu çalışmalar BDB'nin ortaya çıkmasında çocukluk döneminde olumsuz yaşantılarının etkili olduğunu göstermektedir.

Endişeli, utangaç, mükemmeliyetçi mizaç özelliklerinin BDB için risk oluşturduğu rapor edilmiştir (Veale, 2004). BDB olan bireylerin çoğunun kendine güveni olmayan, reddedilmeye ve eleştiriye karşı duyarlı, düşük benlik saygısı olan içe dönük kişiler oldukları; bu kişilerin anksiyete, depresyon, nörotisizm, öz-bilinç ve öfke puanlarının yüksek olduğu bildirilmektedir (Kaytan, 2015). Bazı çalışmalar ise BDB olan bireylerin güzelliğe ve uyuma aşırı değer vermeyi ifade eden "estetik duyarlılığı"nın fazla olduğunu göstermektedir. Beden bölümüne verilen öneme göre kültürler arasında BDB belirtileri değişkenlik gösterebilmektedir (Çam Ray vd., 2012).

BDB semptomlarının stresli bir yaşam olayı sonrasında başlayabildiğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda eşle olan ilişkide yaşanan sorunlar ya da bir erkek arkadaş tarafından terk edilme sonrasında BDB semptomlarının akut olarak ortaya çıkabildiği bildirilmektedir (Phillips, 1991).

BDB'nin gelişmesinde genetik faktörlerin de etkili olduğu yapılan çalışmalarla desteklenmektedir. Aile izlem çalışmalarına göre BDB olan bireylerin birinci dereceden yakınlarında %6-10 arasında BDB görülmektedir. Bir alışmada BDB'nin yaşam boyu görölme oranının %1 olduğu, yakınlarında ise %4 olduğu bildirilmiştir (Kaytan, 2015). BDB olan bireylerin %8'inin birinci dereceden yakınlarının BDB tanısı almış olduğu, %8'inin ise OKB tanısı almış olduğunu bildiren çalışmalar bunu desteklemektedir (am Ray vd., 2012). Phillips ve diğer. (2005) yaptığı bir çalışmada ise BDB olan bireylerin %20'sinin birinci dereceden yakınlarının en az birinin BDB olduğu, birinci dereceden tüm yakınlarının %5.8'inde BDB olduğu bildirilmiştir.

BDB'nin ortaya çıkmasında nörobiyolojik etkenlerin de rol oynayabildiği bildirilmektedir. BDB olan hastaların serotonin geri alım inhibitörlerine (SSRI) olumlu yanıt vermesi, m-CPP (serotonin agonisti) verildikten sonra bedendeki imgesel kusurlarla ilgili uğraşlarının artması, BDB'nin depresyon ve OKB ile olan birlikteliği nedeniyle altta yatan serotonerjik işlev bozukluğu düşünülmektedir (Aslan, 2000).

Toplumsal güzellik algısının gerçekçi olmayan ölçüleri benimsemesi, bu ölçülere ulaşmak için plastik cerrahi operasyonlarına başvuruların artması, toplum tarafından bu tutumun kabul görölmesi de BDB'nin gelişimini etkilemektedir (Aslan, 2000). Bununla birlikte sosyokültürel etkiye maruz kalırsa da çok az kişinin BDB tanısı alması nedeniyle sosyokültürel faktörlerin BDB'nin etiyolojisinde etkili olmayabileceği ancak BDB'nin sürdürölmesine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir (Kaytan, 2015).

1.2.5. Epidemiyolojisi

BDB olan bireylerin semptomlarını gizlemeleri, psikiyatrik tedaviye başvurma konusundaki isteksizlikleri, daha çok plastik cerrahi, dermatoloji ve iç hastalıkları kliniklerine başvurması nedeniyle BDB yeterince teşhis edilememekte, BDB'nin toplumda görülme sıklığını belirlemek güçleşmektedir (Phillips, 1991). Buna karşın yapılan çalışmalar BDB'nin genel popülasyonda görülme sıklığının %0.7 ile %2.4 arasında değiştiği bildirmektedir. Bireylerin belirtilerine rağmen BDB tanısının atlanması nedeniyle elde edilen veriler arasında büyük farklar olabildiği düşünülmektedir (Çam Ray vd., 2012).

Yapılan çalışmalar BDB'nin genel popülasyonda görülme sıklığının şizofreni ve anoreksiya nervozadan daha yüksek olduğunu, BDB'nin tanı almış gruplarda tanı almamış gruplara göre daha sık görüldüğünü göstermektedir. BDB'nin klinik ortamlarda yaygın olduğu, dermatolojide %9-%12, estetik cerrahi ortamlarında %3-%58, OKB tanısı almış bireylerde %8-%37, sosyal fobide %11-%13, trikotilomanide %26, majör depresif bozuklukta %14-%42 oranında olduğu bulgulanmıştır. Yapılan çalışmalar yatan psikiyatri hastalarının %13-%16'sında DSM-IV BDB olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada uatarak tedavi gören ergenlerin %4.8'inde BDB olduğu bildirilmiştir (Bjornsson vd., 2010).

Yapılan diğer çalışmalarda BDB yaygınlığının öğrenciler arasında %2-13, psikiyatri kliniğinde ayaktan takibi yapılan hastalarda %3, plastik cerrahi ve dermatoloji kliniklerine başvuran hastalarda %7-14.4 olarak bildirilmiştir (Çam Ray vd., 2012). Bu çalışmalarda BDB olan bireylerin psikiyatri klinikleri dışındaki kliniklere başvurma oranının yüksek olması dikkat çekmektedir. Bu konuda yapılan başka bir çalışmada BDB olan bireylerin dermatologlara başvurma oranının %12, plastik cerrahiye başvurma oranının ise %6-15 arasında olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise akne nedeniyle dermatologlara başvuran 159 hastanın %8.8'ine BDB tanısı konulduğu bulunmuştur (Kaytan, 2015). Başka bir çalışmada ise BDB tanılı hastaların %55'inin geçmişte plastik cerrahi, cildiye ya da diş hekimliği kliniklerine başvurdukları bildirilmektedir (Aslan, 2000).

BDB başlangıç yaşının genellikle 15-20 yaşları arasında olduğu, ortalama başlangıç yaşının ise 16-18 olduğu bildirilmektedir. Bu yaşlarda kişinin bedeni ve fiziksel görünümüne duyarlı olması nedeniyle BDB semptomlarının ortaya çıkabileceği düşünülmektedir (Aslan, 2000). BDB başlangıç yaşının 6 yaşın altına indiğini bildiren çalışmalar da mevcuttur. Yaş dilimine bakılarak yapılan bir çalışmanın sonucuna göre BDB yaygınlığının 5 yaş altı katılımcılarda %3, 6-10 yaş arası %10, 11-15 yaş arası %36, 16-20 yaş arası %32, 21-25 yaş arası %8, 26-30 yaş arası %6, 31-35 yaş arası %3, 36-40 yaş arası %1, 40 yaş ve üzeri ise %1 olarak bildirilmiştir (Kaytan, 2015).

Çalışmalar BDB olan bireylerin psikiyatri kliniklerine ilk kez başvurduklarında ortalama 32-33 yaşında olduklarını bildirmektedir. BDB'nin erken yaşlardan itibaren başladığı düşünüldüğünde psikiyatri kliniğe başvuru yaşının oldukça geç olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin hastaların belirtilerinden utanmaları, bu sebeple gizlemeye çalışmaları, hastalığın psikolojik kökenli olduğunu yadsıyarak psikiyatri dışındaki kliniklere başvurmaları olduğu düşünülmektedir (Aslan, 2000).

Yapılan araştırmalar BDB'nin kadın ve erkekleri eşit oranlarda etkilediğini gösterse de cinsiyet dağılımında farklı oranlar bildiren çalışmalar da mevcuttur. Bazı çalışmalarda kadınlarda daha sık (%75 civarında) BDB bulunduğu bildirilmiştir. Ergen bireylerde BDB'nin kadın oranının daha fazla olduğunu, %80'leri bulduğunu aktaran çalışmalar da mevcuttur (Çam Ray vd., 2012). ABD'de ve Almanya'da BDB ile yapılan en büyük iki popülasyon temelli çalışmada %2.5 kadına karşı %2.2 erkeğin, %1.9 kadına karşı ise %1.4 erkeğin BDB semptomları gösterdiği bildirilmiştir. BDB tanısı alan en büyük klinik örnekleme yapılan çalışmada kadın ve erkek oranının birbirine yakın olduğu (188 kişinin %49'u kadın) ya da kadınların biraz daha yüksek oranda olduğu (200 kişinin %68.5'i kadın) bildirilmiştir (Bjornsson vd., 2010).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da cinsiyet dağılımında birbirleriyle çelişen sonuçlar bildirilmiştir. Bir çalışmada BDB olan hastaların yaklaşık 2/3'ünün kadın, 1/3'ünün erkek olduğu belirtilmiştir. Başka bir araştırmada ise bu oranın tam tersi şeklinde olduğu; 2/3'ünün erkek, 1/3'ünün kadın olduğu bulunmuştur. BDBde

erkek/kadın oranı 1/3 olarak verilmektedir (Aslan, 2000). Yapılan araştırmalara göre BDB'nin kadınlarda mı, erkeklerde mi daha sık grldgn belirlemek gç olsa da her iki cinsiyetin de BDB'den etkilendiğini söylemek mümkündür.

1.2.6. Diğer Hastalıklarla Birlikteliği (Eş Tanı)

BDB'ye eşlik eden tanılar arasında Eksen I ve Eksen II tanılarının olduğu görülse de en sık eşlik eden tanıların majör depresyon, OKB, sosyal anksiyete ve madde kullanım bozukluğu olduğu bildirilmektedir (Çam Ray vd., 2012).

1.2.6.1. OKB

ABD'de yapılan alan taramalarında OKB ve BDB'nin birlikte grlme oranının %37 olduğu rapor edilmiştir. BDB olan hastalarda OKB'nin yaşam boyu yaygınlığının %29 olduğu, OKB hastalarının %7.7'sine BDB tanısı da konuğu bildirilmektedir (Kaytan, 2015). Phillips ve arkadaşlarının 100 vaka ile yaptıkları çalışmada OKB sıklığı %37, Hollander ve arkadaşlarının 50 vaka ile yaptıkları çalışmada ise OKB grlme sıklığı %39 olarak bulunmuştur (Çam Ray vd., 2012).

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında Aşkın ve Çilli'nin bir çalışmasında BDB'ye en çok eşlik eden bozukluğun %31.9 oranıyla OKB olduğu, bunu %21.3 oranı ile majör depresif bozukluğun ve %17 oranı ile sosyal fobinin izlediği bildirilmiştir. Ülkemizde BDB olan 13 bireyle yapılan bir çalışmada %69 oranıyla OKB, %46 oranıyla majör depresif bozukluk, %23 oranıyla sosyal anksiyetenin BDB'ye eşlik ettiği; BDB olan 19 bireyle yapılan başka bir çalışmalar da yine BDB'ye en sık eşlik eden bozukluğun %58 oranla OKB olduğu, bunu %53 ile majör depresyonun, %32 ile sosyal anksiyetenin izlediği bildirilmektedir (Aşkın ve Çilli, 2002). Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan bazı araştırmaların sonuçlarına göre BDB'ye en sık eşlik eden bozukluğun OKB olduğu görülmektedir.

1.2.6.2. Majör Depresif Bozukluk

BDB ile en çok birlikte görülen bozukluğun OKB olduğunu belirten çalışmaların yanı sıra bazı çalışmalar BDB ile en yüksek komorbiditenin majör depresif bozukluk olduğunu bildirmektedir. Bir çalışmada BDB'nin majör depresif bozuklukluk ile birlikte grlme oranı %82, sosyal fobi ile grlme oranı %38,

madde kötüye kullanımı ile %36, OKB ile %30 olarak bildirilmiştir (Kaytan, 2015). Başka bir çalışmada da BDB'ye en sık eşlik eden bozukluğun %75 oranıyla majör depresif bozukluk olduğu bildirilmiştir (Bjornsson vd., 2010). Yatarak tedavi gören majör depresyonlu hastalarda BDB görülme sıklığının %20 olduğunu bildiren bir çalışma mevcuttur (Çam Ray vd., 2012). BDB olan bireylerin %80'inin yaşamları boyunca bir noktada majör depresyon için tedavi aradıkları bildirilmektedir (Claiborn ve Pedrick, 2019).

Literatürde BDB olan bireylerin majör depresyonda da sıklıkla görülen intihar düşünceleri ve intihar girişimi öyküsünün olduğu bildirilmektedir. Phillips ve Menard (2006) tarafından 185 BDB tanısı almış hastayla yapılan 4 yıllık izlem çalışmasında hastaların %58'inin intihar düşüncelerinin olduğu, %2.6'sının intihara teşebbüs ettiği, %0.3'ünde intihar girişimlerinin ölümle sonuçlandığı bildirilmiştir (Phillips ve Menard, 2006). Yapılan araştırmalar ergenlerde intihar oranının yetişkinlere göre fazla olduğunu göstermektedir. Bir çalışmada ergenlerde intihar düşüncesinin %81, intihar girişiminin %44 oranı ile yetişkinlerden fazla olduğu bildirilmektedir (Kaytan, 2015).

1.2.6.3. Sosyal Anksiyete

BDB olan bireyler diğer insanların kusurlarını fark edebilecekleri endişesiyle bazı aktivitelerden ve sosyal ortamlardan kaçınabilmektedir. BDB olan bireylerin %23'üne sosyal anksiyetenin eşlik ettiği, bu bireylerde sosyal anksiyetenin yaşam boyu yaygınlığının %35 olduğu bildirilmektedir (Aslan, 2000). Sosyal anksiyetesi bulunan 53 birey ile yapılan başka bir çalışmada ise BDB eş tanısı %11 olarak bulunmuştur (Çam Ray vd., 2012).

1.2.6.4. Madde Kullanım Bozukluğu

BDB'ye madde kullanım bozukluğunun da eşlik ettiği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada madde kullanım bozukluğu tanısı almış ve yatarak tedavi gören hastalarda BDB yaygınlığı %26.2 olarak bulunmuştur (Kaytan, 2015). Yaşam boyu madde kullanan hastalarda BDB tanısı almış olanların %68'inde madde kullanım nedeni BDB ile ilişkilendirilmiştir. Madde kullanım bozukluğu tanısıyla tedavi gören hastalarda BDB sıklığı %26.2 olarak bildirilmiştir. Yine BDB olan

yetişkin ve ergenlerle yapılan bir çalışmada madde kullanım bozukluğu oranının %45 olduğu bildirilmiştir (Çam Ray vd., 2012).

1.2.6.5. Kişilik Bozuklukları

BDB'ye eşlik eden tanılar arasında kişilik bozukluklarının da olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Hastaların %72'sinde en az 1, %48'inde iki ya da daha fazla kişilik bozukluğunun bulunduğu bildirilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada BDB'ye herhangi bir kişilik bozukluğunun eşlik etme oranının %92 olduğu tespit edilmiştir. En sık görülen kişilik bozukluklarının histrionik, çekingen, narsisistik, paranoid, pasif agresif, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Aslan, 2000).

Phillips ve Susan'ın BDB olan bireylerle yaptıkları çalışmada hastaların %57'sinde bir ya da birden fazla kişilik bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Hastaların %43'ünde çekingen kişilik bozukluğu, %15'inde bağımlı kişilik bozukluğu, %14'ünde obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, %14'ünde paranoid kişilik bozukluğu, %9'unda pasif agresif kişilik bozukluğu, %8'inde sınır kişilik bozukluğu, %5'inde narsisistik kişilik bozukluğu, %4'ünde histrionik kişilik bozukluğu bulgulanmıştır. Gustand ve Phillips ise kişilik bozukluklarının BDB'ye %57 ile %100 oranları arasında eşlik ettiğini, en sık eşlik eden kişilik bozukluğunun çekingen kişilik bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir (Kaytan, 2015).

1.2.7. Ayırıcı Tanı

OKB ve BDB arasında benzer özellikler bulunsa da BDB olan bireylerde obsesyon ve kompulsyonların fiziksel görünümle ilgili olması nedeniyle OKB'den farklılaşmaktadır. BDB'de intihar oranları ve depresyon eş tanısı OKB'ye göre yüksektir. Ayrıca BDB'de bireylerin içgörüsü OKB'ye göre daha azdır (Çam Ray vd., 2012). OKB'de kompulsif davranışlar bireyin kaygısını azaltırken BDB'de bu davranışlar kaygıyı artırmaktadır (Aslan, 2000). Bu yönleriyle BDB ve OKB'nin birbirinden farklılaştıkları görülmektedir.

Sanrısız bozukluğun somatik alt tipi ve BDB arasında da düşüncenin sanrısız boyutta olması nedeniyle benzerlikler bulunmaktadır. Ancak sanrısız bozukluğun somatik alt tipinde antipsikotik ilaçlar faydalı olurken BDB olan bireylerde SSRI

grubu ilaçların fayda sağladığı bildirilmiştir. (Çam Ray vd., 2012). Sanrısız bozukluğun somatik alt tipi ve BDB bu yönüyle ayırt edilebilmektedir.

Sosyal anksiyete ve BDB'de sosyal ortamlardan kaçınılması nedeniyle benzerlik bulunsa da sosyal anksiyetesi olan bireyler kendilerinde kaygı oluşturan sosyal ortamlardan uzak durdukları sürece rahattırlar, kaygılarının anlamsız olduğunu bilmektedirler. BDB olan bireyler ise kaygılarının anlamsız olduğunu düşünmemektedir. Sosyal ortamlara girmek istememelerinin sebebi kusurlu olarak algıladıkları beden bölümleridir. Sosyal anksiyetenin aksine sosyal ortamlardan uzak durmak BDB olan bireylerin kaygısını azaltmamaktadır (Çam Ray vd., 2012).

Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza ile BDB'de sık sık aynaya bakma, vücudun bölümlerini ölçme gibi kompulsif davranışlar ve beden görünümüne dair endişeler mevcuttur. Ancak BDB olan bireylerin fiziksel görünümleri yeme bozukluğu olanlara göre diğerleri tarafından normal olarak nitelendirilmektedir. Ayrıca BDB'de bedende belli bölgelere odaklanılırken yeme bozukluğu olan bireyler daha çok bedenin ağırlığıyla meşgul olmaktadır (Pavan vd., 2008).

1.2.8. Tedavisi

BDB'nin sinsi başlangıç, düzelme ve alevlenme dönemleriyle seyrettiği görülmektedir. Uygun şekilde tedavi edilmediğinde kronik bir seyir gösterebilmektedir. Yapılan araştırmalar BDB tedavisinde ilaç tedavisi ve psikoterapi yöntemlerinden bilişsel-davranışçı terapinin fayda sağlanan tedavi yöntemleri olduğunu göstermektedir (Çam Ray vd., 2012).

1.2.8.1. İlaç Tedavisi

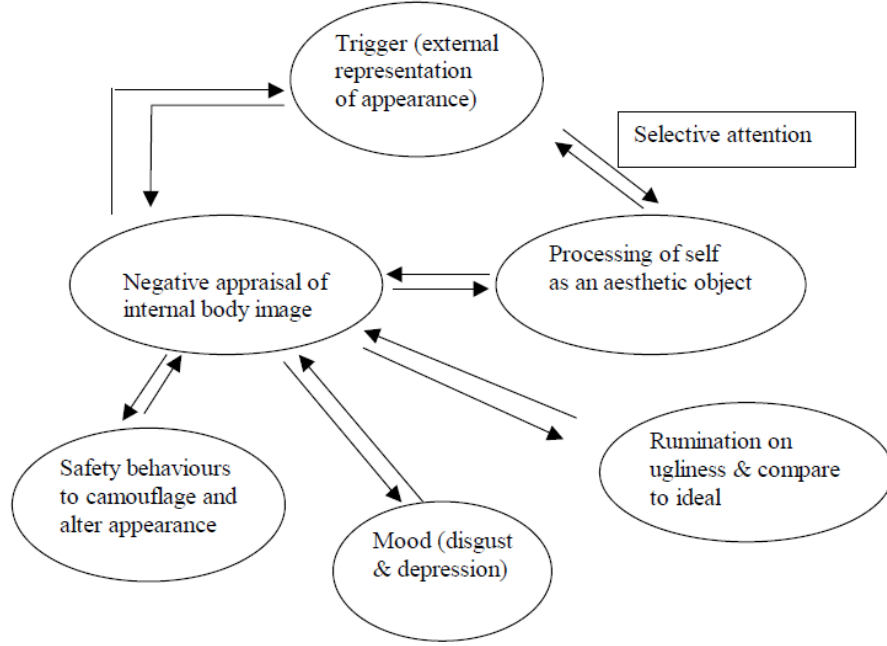
BDB'nin ilaçla tedavisinde serotonin geri alım inhibitörleri olarak bilinen SSRI'lar kullanılmaktadır. İlacın etkisini göstermesi için tedavi yaklaşık 12 haftayı bulabilmektedir. SSRI'ların hem depresyonu hem de BDB semptomlarını hafiflettiği görülmektedir (Claiborn ve Pedrick, 2019). BDB tedavisinde SSRI grubu ilaçların etkisini araştıran bir çalışmada BDB belirtilerinin SSRI kullanımından sonra %53-73 oranında hafiflediği bildirilmiştir. SSRI grubu ilaçların BDB olan bireylerin kaygı, kompulsif davranış, depresif belirtiler, öfke ve saldırganlık, intihar düşüncelerinin azalmasını sağladığı; bireyin içgörü kazanmasına ve yaşam kalitesinin yükselmesine

yardımcı olduğu gözlenmiştir. Çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda da SSRI grubu ilaçların etkili olduğu bildirilmiştir (Çam Ray vd., 2012). SSRI'lardan fluoksetin ve fluvoksaminin BDB tedavisinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Phillips, 1991).

Etkili bir ilaç tedavisinin sonlanması ardından hastaların %83'ünde BDB belirtilerinin yeniden ortaya çıktığı, intihar girişimlerinin gözlenebildiği rapor edilmiştir. Bu sebeple ilaç tedavisini sonlandırırken BDT'den yararlanılmasının uygun olacağı düşünülmektedir (Çam Ray vd., 2012). Depresyon gibi bozuklukların BDT ile tedavisinde nüks oranının azaldığı gözlenmiş olmasına karşın BDT'nin ilaç tedavisi sonlandıktan sonra BDB semptomlarının nüksetmesini engellediğine dair çalışmalar henüz yapılmamıştır (Claiborn ve Pedrick, 2019).

1.2.8.2. Bilişsel-Davranışçı Terapi İle Tedavi

Bilişsel davranışçı modele göre BDB'nin oluşmasında bazı genetik, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörler risk oluşturmaktadır. BDB'nin ortaya çıkmasını sağlayan ise tetikleyici bir durum ya da olaydır. Bireyin aynaya bakması, diğer insanların olumsuz değerlendirmeleri, kendi fiziksel görünümüyle ilgili bir his ya da otomatik düşünceler tetikleyici olabilmektedir. Bu tetikleyiciler bireyin kendisine ve hoşlanmadığı beden bölümüne yönelik dikkatinin artması, olumsuz değerlendirmelere karşı daha duyarlı hale gelmesine neden olmaktadır. Kendine yönelik dikkatin artması da bireyin kendisini estetik bir nesne olarak algılamasına yol açmaktadır. Bireyin öz-bilinci artmakta, kendisini olumsuz olarak değerlendirmekte, başkalarının kendisi hakkında düşündükleriyle daha çok ilgilenmektedir. Birey mevcut durumunu tolere etmek için insanlardan uzaklaşmak, aynalarda uzak durmak gibi bazı güvenlik davranışları sergilemektedir. Bireyin duygu durumu da yaşanan durum ve olayları değerlendirmesine bağlı olarak değişmektedir (Kaytan, 2015). BDB'nin bilişsel-davranışçı modeli Tablo 1.1.'de sunulmaktadır.



Tablo 1.1. BDB'nin Bilişsel Davranışçı Modeli (Veale, 2004).

BDT, semptomların neden sürdürüldüğüne dair cevaplar aramaktadır. "Neden diğer insanlar BDB olan bireyi çekici olarak nitelendirirken BDB olan birey aynada büyük ölçüde bozulmuş bir beden görüntüsü görür?" gibi sorular sormaktadır. Ayrıca bireyin deneyimlerine alternatif açıklamalar sunarak, süreç içerisinde bireyin katılımını sağlayarak ve terapide kullanılacak stratejilere rehberlik ederek bilişsel-davranışçı modelin birey tarafından anlaşılmasını istemektedir (Veale, 2004).

BDB tedavisiyle ilgili yapılan çalışmalarda BDT ile yapılan tedavinin hiç tedavi uygulanmamasından daha etkili olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada tek başına BDT ve tek başına SSRI tedavisi karşılaştırılmış olup BDT'nin daha etkili olduğu tespit edilmiştir (Çam Ray vd., 2012).

Günümüzde BDB tedavisinde en etkili psikolojik müdahale yönteminin BDT olduğu bilinmektedir. Bilişsel terapide işlevsel olmayan düşünce yerine işlevsel düşünce konulurken davranışçı terapide rahatsız edici durumlara maruz kalma amaçlanır. Bilişsel-davranışçı yaklaşım fiziksel görünümle ilgili düşünce ve davranışların birey tarafından izlenmesi, bilişsel stratejiler, davranış egzersizleri,

psikoeğitim, sosyal beceri eğitimi, rol oynama gibi teknikleri içermektedir (Pavan vd., 2008).

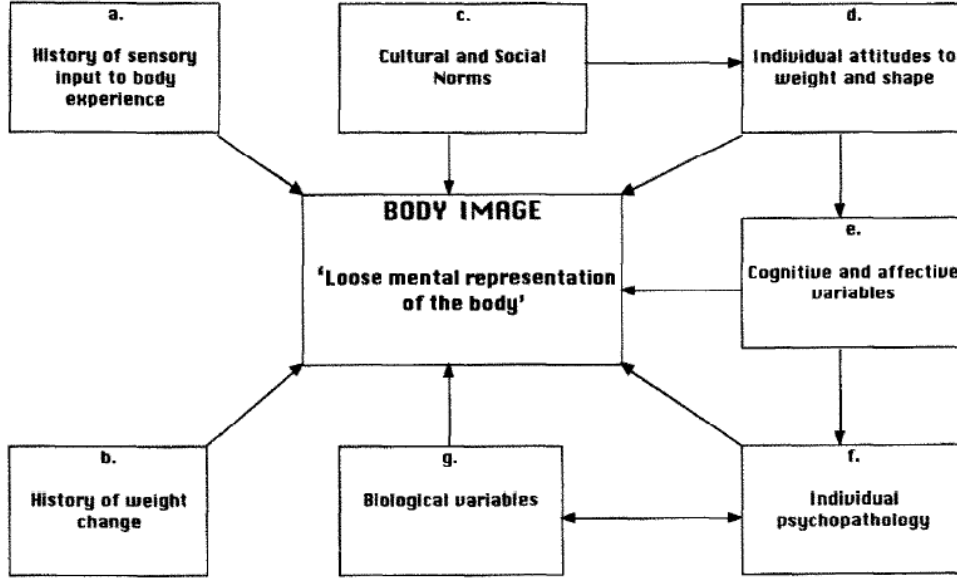
En etkili BDT tekniğinin maruz bırakma olduğu, BDB semptomlarını ve BDB'deki depresif semptomlarını azalttığı, maruz bırakma ile tedavide 2 yıla kadar iyileşme sağlanabildiği bildirilmektedir. Yapılan çalışmalar bilişsel-davranışçı teknikler kullanıldığında BDB olan bireylerin bedenlerindeki küçük ayrıntılara daha az odaklandıklarını, bedenlerini bir bütün olarak görebildiklerini, BDB semptomları ve depresyonda azalma ile benlik saygısında artmanın görüldüğünü desteklemektedir. (Bjornsson vd., 2010)

1.2.9. Beden Algısı

Beden algısı psikolojik bir kavram olarak ilk kez 1935 yılında Schilder tarafından gündeme gelmiştir. Schilder beden algısını "zihinde şekillendirilen beden görüntüsü" olarak tanımlamıştır. Son zamanlarda beden algısı "bedenimizin büyüklüğü ve şeklinin zihnimizdeki görüntüsü, beden bölümlerimize dair duygularımız" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre beden imajımız "algısal bileşen" ve "tutumsal bileşen" olmak üzere iki ana bileşenden oluşmaktadır. Literatürde bir bireyin beden görünümünü nasıl algıladığı ve kendi bedenine dair sahip olduğu tutumlar ve duygular olarak ayırım yapılmaktadır. İlk bileşen bedene dair algısal yönü, ikinci bileşen ise tutumsal, duygusal ve bilişsel yönleri yansıtmaktadır (Slade, 1994). Beden algısı kişinin kendi bedeni hakkındaki düşüncelerine, duygu ve davranışlarına yönelik dinamik bir algıdır. Kişinin duygu durumu, deneyimleri ve çevresine bağlı olarak gelişip değişebilmektedir (Abak ve Güzel, 2021).

Beden algısının oluşumunda; bedende yaşanan duyuşsal deneyimler, vücut ağırlığında yaşanan değişiklikler, sosyokültürel normlar, beden şekli ve ağırlığına ilişkin bireysel tutumlar, bilişsel ve duygusal değişkenler, psikopatoloji, biyolojik değişkenler olmak üzere 7 bileşenin etkili olduğu düşünülmektedir (Slade, 1994). Beden algısının gelişimini etkileyen faktörlerin modeli Tablo 2.1.'de sunulmaktadır. Beden algısı oluşumunda cinsiyet, yaş, vücut yapısı, vücut ağırlığı, benlik saygısı, bedene karşı duyarlılık, bedene verilen anlam, medya baskısı, toplumun beden

görünümüne verdiği değerin de rol oynadığı belirtilmektedir (Tural Büyük ve Özdemir, 2018).



Tablo 2.1. Beden Algısının Gelişimini Etkileyen Faktörlerin Modeli (Slade, 1994).

Sosyal ve kültürel değerlere göre her ülkenin güzellik anlayışı farklılık gösterebilir de dünyadaki ülkelerin çoğunda güzelliğin kadınlar için ince bir bedene sahip olmakken erkekler için kaslı bedene sahip olmakla eş değer görüldüğü bildirilmektedir (Ata ve ark., 2014). Yapılan araştırmalarda kişinin beden algısının sosyal deneyimler ve kültürel değerlerden etkilendiğini desteklenmektedir. Araştırmalarda çoğu insanın beden algısıyla ilgili bilgiler sağlayan arkadaşlar, aile, medya gibi referans gruplarının olduğu bildirilmektedir. Bu sebeple beden algısının sosyokültürel bağlamdan bağımsız ele alınmaması gerektiği vurgulanmaktadır (Tomas-Aragones ve Marron, 2016).

Sosyal ve kültürel değerler bedenle ilgili toplumsal beklentilere ulaşılması için bedende ne gibi değişiklikler yapılabileceğini de belirlemektedir. Örneğin diyet yapmak, egzersiz yapmak, vücut geliştirmek, güzellik ve moda ürünleri kullanmak, cerrahi operasyonlara başvurmak bunlardan bazılarıdır (Cash, 2012).

Olumlu beden algısı bedeninin olduğu gibi kabul edilmesi ve sağlıklı ilgilenilmesi olarak tanımlanmaktadır. Kendi bedenimiz ile etkileşim içerisinde olma hali olumlu olduğu kadar olumsuz sonuçlar da doğurabilmektedir. Bireyin fiziksel görünümünde kabullenemediği bir durum (sakatlık, görünüşü etkileyen hastalık gibi) olduğunda ya da kendi beden görünümüyle idealindeki beden görünümü uyuşmadığında olumsuz beden algısı ortaya çıkabilmektedir. Bireyin algıladığı beden yapısı, sahip olduğu beden yapısı ve hayalindeki beden arasındaki fark arttıkça olumsuz beden algısına sahip olma ihtimali artmaktadır (Acarer, 2019). Diğer bir deyişle bireyin sahip olduğu beden, olumsuz beden algısı oluşumunu tek başına açıklamaya yetmemektedir. Bireyin kendi bedeninin sahip olduğu özelliklerin zihninde nasıl görüldüğü beden algısını oluşturmaktadır. Bireyin bedenini nasıl algıladığı onun davranışlarını etkilemektedir.

Beden algısıyla ilgili yapılan çalışmalarda beden algısı problemlerinin çoğunlukla ergenlik döneminde başlamasına karşın daha küçük yaşlarda da ortaya çıkabildiği bildirilmektedir. Olumsuz beden algısına sahip çocukların özgüvenlerinin daha düşük olduğu rapor edilmektedir (Ata, ve ark., 2014). Beden algısı kavramının benlik ve psikolojik iyi oluş hali ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bir çalışmada benlik saygısı ile beden algısı arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir (Okumuşoğlu, 2017). Literatürde olumsuz beden algısının benlik saygısının azalması ve başta depresyon olmak üzere psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu durumun bireyin sosyal ortamlardan kaçınmasına neden olan sosyal görünüş kaygısına neden olabileceği belirtilmektedir (Abak ve Güzel, 2021). Bireyin bedenine dair tutum ve algılarının dışadönüklük ile pozitif yönde, duygusal denge ile negatif yönde ilişkili olduğu bildirilmektedir. Dışadönüklük puanı arttıkça, duygusal denge puanı düştükçe bireyin bedenine dair memnuniyetinin arttığı görülmektedir. Olumsuz beden algısına sahip bireylerin kendilerine yönelik yıkıcı davranışlar sergileme eğiliminin olduğu bildirilmektedir (Tatar ve ark., 2017). Olumlu benlik saygısı kişinin bedenini olumlu değerlendirmesini ve beden algısını tehdit eden durumlara karşı tampon görevi görmesini sağlamaktadır. Düşük benlik saygısı ise beden algısına karşı savunmasızlığı artırabilmektedir (Tomas-Aragones ve Marron, 2016).

Olumsuz beden algısının depresyon, sosyal fiziksel kaygı, yeme bozuklukları; olumlu beden algısının ise düzenli beslenme, fiziksel aktivitelerde bulunma, meyve ve sebze tüketimi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Nevrotik bireylerin yaşadıkları duygusal süreçler nedeniyle olumsuz beden algısı geliştirme ihtimalleri daha yüksektir. Dışadönük bireylerin ise sosyallik, iyimserlik gibi özellikleri nedeniyle olumlu beden algısına sahip olma ihtimallerinin daha yüksek olduğu rapor edilmektedir (Bekiroğlu, Özdemir ve Tatar, 2019).

Akne gibi cilt sorunları, yaşlanma bireyin beden algısını olumsuz etkileyebilmektedir. Akne problemi genellikle estetik olmamakla birlikte sosyal damgalanmaya yol açabilmektedir. Sonucunda okul başarısızlıkları, sosyal izolasyon, işle ilgili sorunlar ve psikolojik sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Gençler beden algısıyla ilgili bozukluklar için yüksek risk altındadır, sonucunda özgüven kaybı görülebilmektedir. Yaşlanma yaşam boyu gelişim dönemleri içerisinde normal bir evre olup daha yaşlı bir cilt görünümü ile karakterizedir. Yaşlı bir cilt sosyal kaygı ve sosyal izolasyona neden olabilmektedir. Yaşlı ciltle ilgili duyulan aşırı kaygı olumsuz beden algısı ile ilişkilendirilebilmektedir (Tomas-Aragones ve Marron, 2016).

Kanser hastaları, farklı bölgelerinden estetik operasyon geçirmiş bireyler, kalp hastaları, kistik fibroz hastaları, skleroderma hastaları, bigoreksiya hastaları, kafa travması geçiren bireyler, yeme problemleri olan bireyler ve bigoreksiya hastalarının beden algısında bozukluk olduğu; bu grupların kaygı, depresyon, benlik saygısında azalma gibi problemlerinin bulunduğu bildirilmektedir (Tatar ve ark., 2017).

1.2.10. Bilişsel Süreçler

1960'lı yılların başında Aeron Beck "Bilişsel Terapi" olarak adlandırılan bir psikoterapi yöntemi geliştirmiştir. Günümüzde bu kavram alanda çalışan kişiler tarafından "Bilişsel Davranışçı Terapi" olarak kullanılmaktadır. Aeron Beck'in geliştirmiş olduğu yöntem *bilişsel modele* dayanmaktadır. Bilişsel model; bireyin duygu, davranış ve fizyolojisinin olaylara karşı algılarından etkilendiğini savunmaktadır. İnsanların bir durumu nasıl yorumladıkları ve o durum hakkında

nasıl düşündükleri onların duygu ve davranışlarını belirlemektedir. Bir durumla karşılaşıldığında oldukça hızlı ve kendiliğinden ortaya çıkan, çoğu zaman genel ve düşünme sonucu ortaya çıkmayan düşünceler otomatik düşünceler olarak tanımlanmaktadır. Bu otomatik düşünceler durumlar karşısında duygu ve davranışlarımızı belirlemektedir. Bilişsel model, bireyin duygu durumunu ve davranışlarını etkileyen olumsuz otomatik düşüncenin tüm psikolojik bozukluklarda görüldüğünü savunmaktadır (Beck,2021).

Otomatik düşünceler temel inançlar ve ara inançlar tarafından şekillenmektedir. Temel inanç insanların çocukluk döneminden itibaren diğer insanlar, dünya ve kendileri hakkında oluşturdukları fikirler olarak tanımlanmaktadır. Ara inançlar ise insanların tutum, kural ve varsayımlarından oluşmaktadır (Beck,2021).

Çalışmanın temelini oluşturan Beden Dismorfik Bozukluğunda bireylerin beden algısı ve bilişsel süreçleri ile ilgili literatür aşağıda ele alınmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

2. BDB'DE BEDEN ALGISI VE BİLİŞSEL SÜREÇLER İLE İLGİLİ LİTERATÜR

Beden algısı bireyin fiziksel görünümüne dair öznel algılarını ve zihinsel imgelerini içermektedir. Bu algılar kimi zaman gerçeği yansıtmamaktadır. Birey bir kusura odaklanarak fiziksel görünümüyle ilgili yanlış değerlendirmelerde bulunabilmektedir. Örneğin orta derecede saç dökülmesi olan biri saçsızlığın derecesini aşırı olarak algılayabilmekte, yüzünde yara izi olan biri ise yara izini çok ciddi olarak değerlendirebilmektedir (Cash, 2012). BDB olan bireylerin de fiziksel görünümünü olumsuz değerlendirdikleri yapılan çalışmalar tarafından desteklenmektedir. BDB olan bireylerin beden algısında aşırı bozulma olduğu ve beden görünümünden hoşnutsuzluk duydukları bilinmektedir (Allen ve Hollander, 2000).

Beden algısıyla ilgili bozukluklarda fiziksel görünüme dair çarpık bir algının olduğu görülmektedir. BDB olan bireyler de fiziksel görünümündeki hafif bir kusurun önemli ölçüde ve fark edilir şekilde kusurlu ya da çirkin olduğuna dair çarpık bir algıya sahiptirler. Bu çarpık algı bireyin fiziksel görünümüyle ilgili olumsuz değerlendirmelerinin olmasını anlaşılır kılmaktadır (Cash, 2012).

Bireyin fiziksel görünümünü vurgulayan durumlar, fiziksel görünüm hakkında diğer insanların geri bildirimleri, aynaya maruz kalma, idealize edilmiş görüntülere medya tarafından maruz kalma gibi olay ya da durumlar tetikleyicilerdir. Tetikleyici olay/duruma maruz kaldığında birey geçmiş deneyimlerinin sonucu olarak belirli duygu ve düşünce kalıplarıyla olay/duruma yanıt vermektedir. Bazen uyaran dışsal değil içsel de olabilmektedir. Dışsal ve içsel uyaranlar fiziksel görünüm hakkındaki otomatik düşünceleri, varsayımları, yorumları ve sonuçları ortaya çıkarır. Olumsuz beden algısına sahip bireylerde bu düşünceler hatalı ve disforiktir. Düşünce süreçlerinde ikili düşünme, keyfi çıkarsama, duygusal çıkarsama, aşırı genelleme

gibi hatalar görülebilmektedir. Bu düşünceler olumsuz duyguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Cash, 2012).

Bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre olumsuz beden algısına sahip insanlar düşünce ve duygularıyla baş edebilmek için bazı stratejiler kullanırlar. Kaçınma bu stratejilerden biridir. Örneğin saç dökülmesini gizlemek için şapka takan, vücudunu gizlemek için belirli kıyafetler giyen bireyler bir tür kaçınma davranışı sergiler. Bir başka strateji kozmetik veya estetik cerrahi operasyonları gibi algılanan fiziksel kusuru değiştirmeye yönelik yapılan eylemlerdir. Sosyal geri bildirim ve güvence aramak da bir diğer stratejidir. "Bu kıyafet içinde şişman görünüyor muyum?" gibi sorularla diğer insanlardan güvence arayabilirler. Olumsuz pekiştirme nedeniyle bireyler bu davranışları sergilemeye devam ederler. Kaçınma davranışlarının uzun vadede bedenle ilgili daha fazla memnuniyetsizliğe ve mükemmeliyetçiliğe, fiziksel görünümü değiştirmeye yönelik girişimlerin daha fazla artmasına neden olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde kaçınmayla birlikte bilişsel çarpıtmaların ve kompulsif eylemlerin de arttığı rapor edilmiştir (Cash, 2012).

BDB olan bireyin tipik varsayımları şu şekildedir: "Çekici değilsem hayat yaşamaya değmez.", "Kusurluysam hayatım boyunca yalnız olacağım.", "Yalnızca görünüşüm hakkında rahat hissettiğimde bir şeyler yapabilirim." BDB'de bireyin fiziksel görünümü hakkındaki koşullu varsayımları ve kurallarının, fiziksel görünümün kimlik için önemi hakkındaki değerleri tarafından şekillendirildiği görülmektedir (Veale, 2004).

BDB olan bireyler kendisine edilen iltifatları "Bana iyi davranmak için öyle söylüyorlar.", "Beni sevmek zorundalar çünkü onlar benim ailem." şeklinde düşünerek kolaylıkla reddedebilmektedir. Alternatif düşünceler genellikle olumsuz düşünce ve referans düşünceleri şeklindedir (Veale, 2004). Diğer insanlara bedenleriyle ilgili endişelerinden bahsettiklerinde insanlar "Ne hakkında konuştuğunu bilmiyorum, ben bir şey görmüyorum, bu durum bir sorun oluşturmamakta." gibi ifadelerle yanıt vermektedirler. Ancak BDB olan birey "Onlar sadece bana karşı nazik olup duygularımı incitmek istemiyor." diye düşünmektedir (Claiborn ve Pedrick, 2019).

BDB olan bireyler kusurlu olarak algıladıkları beden bölümlerine odaklanarak algıladıkları bu kusur ya da hafif kusurları abartma eğilimi göstermektedirler. BDB'de görülen yüksek standartlar ve mükemmeliyetçilik bireyin kendini olumsuz değerlendirmesine ve düşük özgüvene neden olmaktadır. BDB olan bireyler kendi fiziksel görünümünü başkalarınınkiyle kıyaslamaktadır. Bu da daha fazla mükemmeliyetçilik ve olumsuz sosyal karşılaştırmalara neden olmaktadır. Yapılan klinik gözlemlerde BDB olan bireylerin "Fiziksel görünümüm mükemmel olmalı.", "Mükemmel olmadığım sürece mutlu olamayacağım." gibi düşüncelere sahip oldukları bildirilmektedir. (Buhlmann vd., 2008). BDB olan bireylerin bilişsel süreçlerinden bazılarının bir meşguliyet belirlemek için biçimsiz görüntülere odaklanma, olumsuz değerlendirmeler, ideal beden üzerine sıklıkla düşünmek, diğer insanlarla kendisini kıyaslamak, gelecekle ilgili endişeler olduğu tespit edilmiştir (Veale, 2004).

BDB olan bireyler narsisistik düşünceler, vücut geliştirme ya da mükemmel olma arzusundan ziyade utanç duygusuna sahiptirler. BDB olan bireyler bedenlerinin kabul edilebilir ve normal olduğunu hissetmek istemektedirler. Bu bireylerde referans düşünceleri görülmektedir. Başkalarının bakışları, gülmeleri ya da ifadelerinden fiziksel kusurlarını görebildiklerini, kendisini yargıladıklarını ve kınadıklarını düşünmektedirler. BDB olan bireyler kendi bedenlerindeki fiziksel kusurlarla sıklıkla meşgul olsalar da başkalarının kusurlarına müsamaha gösterebilmektedirler (Pavan vd., 2008).

Buhlmann ve ark.(2008) tarafından BDB'de mükemmeliyetçi düşünme ve yüzleri çekici olarak değerlendirme ile ilgili 19 BDB olgusu, 21 OKB olgusu ve sağlıklı kontrol grubu ile yapılan bir çalışmada BDB olan bireylerin güzellik algılarının OKB ve kontrol grubundan farklı olmadığı ancak BDB olan bireylerin çekici olan yüzleri diğer katılımcılara göre daha çekici olarak değerlendirdikleri, kendileriyle ilgili daha katı fiziksel çekicilik değerlendirmelerinin olduğu, kendi yüzlerinin çekiciliğini OKB olan bireyler ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük değerlendirdikleri bildirilmektedir.

Claiborn ve Pedrick (2019) bazı BDB vakalarını değerlendirmişlerdir. Yapılan değerlendirmelerde bir vakanın gözlerinin çok küçük olduğunu, yanaklarının ise onu güçsüz ve çocukça gösterecek kadar kırmızı olduğunu düşündüğü, zayıf ve çocukça görünümü nedeniyle reddedilmekten korktuğu; başka bir vakanın geçmiş dönemde kopardığı yaranın hala izi olduğunu düşündüğü, bu iz ve gözlerinin altındaki morluklar nedeniyle insanların yüzüne bakıp kalmasından korku duyduğu; başka bir vakanın ise kollarının çok kısa ve tiksindirici şekilde biçimsiz olduğunu düşündüğü, zamanla bileklerinin de biçimsiz olduğunu düşünmeye başladığı, kendi kollarını vücut geliştirme dergilerinde yer alan mankenlerle kıyasladığı, kolları iyi bir şekle girerse hayatının mükemmel olacağını düşündüğü görülmektedir. Yine başka bir vaka ellerinin büyüklüğü nedeniyle arkadaşlarının rahatsız olup kendisinden tiksindiklerini düşündüğü, durumunu dile getirmekten ve neden dışarı çıkmadığını anlatmaktan çok utandığı tespit edilmiştir.

Aydın ve ark. (2015) tarafından BDB tedavisinde bilişsel-davranışçı psikoterapinin kullanıldığı bir araştırmada ele alınan vakanın ergenlik döneminden itibaren penisinin boyunun kısa olduğunu ve eşini memnun edemeyeceğini düşündüğü, bu düşüncelerin son bir yıldır günün her vakti aklına geldiği, sıklıkla internetten penis boyu ile ilgili araştırmalar yaptığı, penis boyunu parmak uzunluğuyla ilişkilendiren bir haber görmesi üzerine diğer erkeklerin ellerine bakarak penis uzunluklarını tahmin etmeye çalıştığı, penisini büyütme için ürolojiye başvurduğu, ürologun psikiyatri kliniğine kendisini yönlendirmesine karşın herhangi bir psikiyatrik yardım aramadığı bildirilmiştir. Vaka ile yapılan görüşmelerde penisinin küçük olduğuna dair otomatik düşüncesinin olduğu; "Eşimin tatmin olması için penisim uzun olmalı.", "Eşim beni güçlü görmesi için tatmin olmalı." gibi ara inançlarının bulunduğu; temel inancının ise "Yetersizim ve güçsüzüm." olduğu tespit edilmiştir.

Han Almış ve ark. (2011) BDB ve psikoz ilişkisini değerlendirme amacıyla çalışma yapmıştır. Yapılan çalışmada değerlendirilen vakanın 23 yaşında olduğu, 9 yaşından itibaren ağzından kötü bir koku yayıldığına dair düşüncesinin bulunduğu, bu sebeple 9 yaşından itibaren günde ortalama 10 kez dişlerini fırçaladığı, harçlığının çoğunu ağız hijyeni ile ilgili malzemeler almak için kullandığı, ağız kokusu

nedeniyle sosyal ortamlardan uzak durmaya çalıştığı, ağız kokusunun tedavi edilmesi için psikiyatri kliniği dışında farklı kliniklere başvurduğu bildirilmiştir. Yine Elbozan ve ark. (2003) tarafından yapılan bir çalışmada değerlendirilen 24 yaşındaki bir vakanın 6 yıldır dışkı koktuğuna dair düşüncesinin bulunduğu, kokunun anüsüyle ilgili bir sorundan kaynaklandığını düşündüğü, sık sık iç çamaşırını kontrol ettiği tespit edilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç

Yapılan çalışmalar ışığında; bireyin algıladığı beden görünümü, sahip olduğu beden yapısı ve idealindeki beden görünümü arasındaki fark arttıkça olumsuz beden algısının ortaya çıkabildiği bilinmektedir. BDB olan bireylerin beden algısıyla ilgili bozukluklarda görülen fiziksel görünüme dair çarpık bir algıya sahip oldukları, beden algılarında aşırı bozulma olduğu, fiziksel görünümünü olumsuz olarak değerlendirdikleri ve beden görünümünden hoşnutsuzluk duydukları görülmektedir.

BDB olan bireyler bedenlerinde algıladıkları kusurları abartma eğilimi göstermekte, yüksek standartlar ve mükemmeliyetçilik nedeniyle kendilerini daha fazla olumsuz olarak değerlendirmekte olup düşük özgüvene sahiptirler. Fiziksel görünümünü sıklıkla başkalarıyla kıyaslamaları nedeniyle daha fazla mükemmeliyetçilik ve sosyal karşılaştırma ortaya çıkmaktadır.

BDB olan bireylerde bazı içsel ve dışsal uyaranlar fiziksel görünümle ilgili otomatik düşünceleri, varsayımları, yorumları ve sonuçları ortaya çıkarmakta olup bu düşünceleri hatalı ve disforiktir. "Çekici değilsem hayat yaşamaya değmez.", "Kusurluysam hayatım boyunca yalnız olacağım." gibi düşünceler görülebilmektedir. Düşünce süreçlerinde ikili düşünme, keyfi çıkarsama, duygusal çıkarsama, aşırı genelleme gibi hatalar bulunmaktadır. BDB olan bireyler fiziksel görünümün kimlik için önemli olduğunu düşünmekte olup fiziksel görünüm hakkındaki koşullu varsayımları ve kuralları bu düşünce etrafında şekillenmektedir. BDB olan bireylerde görülen kaçınma davranışlarının bilişsel çarpıtmaları daha fazla artırdığı bildirilmektedir.

BDB olan bireylerin alternatif düşünceleri genellikle olumsuz düşünce ve referans düşünceleri şeklindedir. Kendisine edilen iltifatların doğru olmadığını, insanların kendisine karşı nazik davranmak ve kendisini incitmek istemedikleri için iltifat ettiklerini düşünmektedirler. Başkalarının bakışları, gülmeleri ya da

ifadelerinden fiziksel kusurlarını görebildikleri, kendisini yargıladıkları ve kınadıkları sonucunu çıkarmaktadırlar. BDB olan bireylerin kendi bedenlerini olumsuz değerlendirmelerine karşın başkalarının kusurlarını tolere edebildikleri, kendileriyle ilgili daha katı fiziksel çekicilik değerlendirmelerinin olduğu, kendi yüzlerinin çekiciliğini daha düşük değerlendirdikleri görülmüştür.

Literatürde yer alan çalışmalar doğrultusunda; BDB olan bireylerin beden algısının bozulduğu, olumsuz beden algısına sahip oldukları, bedenle ilgili mükemmeliyetçi düşünce ve memnuniyetsizliğin görüldüğü, olumsuz sosyal karşılaştırmalar yaptıkları, bilişsel çarpıtmalar, referans düşünceleri ve olumsuz otomatik düşüncelerinin olduğu söylenebilmektedir.

Öneriler

Literatür taraması yapıldığında özellikle ülkemizde Beden Dismorfik Bozukluğu ile ilgili yapılan araştırmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Beden Dismorfik Bozukluğunun tanı almasının güç olduğu da düşünüldüğünde bu alanda daha fazla çalışma yapılması Beden Dismorfik Bozukluğunun bilinmesini ve hastaların tanı almasını kolaylaştıracaktır.

Beden Dismorfik Bozukluğu olan bireylerin ruh sağlığı alanında çalışan uzmanlara başvurmak yerine sıklıkla dermatoloji, estetik cerrahi, iç hastalıkları kliniklerine başvurmaları nedeniyle ruh sağlığı alanında olmayan uzmanlara BDB ile ilgili eğitimler düzenlenmesi önerilmektedir.

Beden Dismorfik Bozukluğunda beden algısı üzerine yapılan çalışmaların literatürde az sayıda yer aldığı görülmektedir. Birbiriyle oldukça ilişkili olan bu kavramların birlikte ele alındığı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Beden Dismorfik Bozukluğunda bireylerin bilişsel süreçlerini değerlendirmek adına yapılan çalışmaların da oldukça sınırlı olduğu görülmüştür. BDB'yi daha iyi anlayabilmek adına BDB olan bireylerin bilişsel süreçlerini ortaya koyan çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abak, E. ve Güzel, H. Ş.** (2021). Ruminatif düşünme stili, beden algısı ve sosyal görünüş kaygısının romantik ilişki ve partner odaklı obsesif kompulsif semptomlarla ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 24:368-382
- Acarer, E.** (2019). *Üniversite öğrencilerinde obsesif inanışlar ve beden imgesi ile baş etme stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayınlanmış yüksek lisans tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
- Allen, A. ve Hollander, E.** (2000). Body dysmorphic disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 617-628.
- Amerikan Psikiyatri Birliği.** (2014). *Ruhsal bozuklukların tanınması ve sayımsal elkitabı* (DSM-5). (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Orijinal çalışma basım tarihi 2013).
- Aslan, S. H.** (2000). Beden dismorfik bozukluğu: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 13(13), 33-41.
- Aşkın, R. ve Çilli, A. S.** (2002). Ayaktan psikiyatrik hastalarda vücut dismorfik bozukluğu: Tanı, yaşam boyu başka ruhsal hastalık varlığı, demografik ve klinik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 197-203.
- Ata, A., Vural, A. ve Keskin, F.** (2014). Beden algısı ve obezite. *Ankara Medical Journal*, 14(3), 74-84.
- Aydın, M. S., Semiz, M. ve Gülsün, M.** (2015). Beden algısı bozukluğu tedavisinde bilişsel davranışçı psikoterapi: Bir olgu sunumu. *Literatür Sempozyum Dergisi*, 8: 11-13.
- Beck, J. S.** (2021). *Bilişsel davranışçı terapi: Temelleri ve ötesi* (2. bs.). (M. Şahin, Çev.) Ankara: Nobel Yayın Grubu.
- Bekiroğlu, B. Özdemir, H. ve Tatar, A.** (2019). Benlik saygısı ve beden imgesinin iş yaşamında psikolojik yıldırma algısını açıklamadaki rolünün incelenmesi. *Smart Journal*, 16, 428-442.
- Bjornsson, A. S., Didie, E. R. ve Phillips, K. A.** (2010). Body dysmorphic disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(2), 221-232.

- Buhlmann, U., Ectoff, N. L. ve Wilhelm, S.** (2008). Facial attractiveness ratings and perceptionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 540-547.
- Cash, T. F.** (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, 1:334-342.
- Claiborn, J. ve Pedrick, C.** (2019). *Beden dismorfik bozukluğu* (2. bs.). (C. Erker Güven, E. Bayraktar, Z. Özmeydan, Çev.). İstanbul: Psikonet Yayınları. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 2012).
- Çam Ray, P., Demirkol, M. E. ve Tamam, L.** (2012). Beden dismorfik bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4), 547-565.
- Elbozan, B., Karlıdağ, R. ve Ünal, S.** (2003). Beden dismorfik bozukluğu: Risperidon kullanılan bir olgu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4: 237-242.
- Eles, V.** (2022). *Obsesif kompulsif bozuklukta bilinçsiz işleme ve bilince erişim* (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- Han Almış, B., Elbozan Cumurcu, B., Karlıdağ, R., Kartalçı, Ş. ve Göğcegöz Gül, I.** (2011). Beden dismorfik bozukluğu-psikoz ilişkisi: Bir vaka sunumu. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 18(3), 190-193.
- Kaytan, M.** (2015). *Beden dismorfik bozukluğu belirtilerinin bilişsel davranışçı model doğrultusunda tanı almamış yetişkin bir örneklemede incelenmesi* (Yayınlanmış yüksek lisans tezi). Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Okumuşoğlu, S.** (2017). Diyet yapan kadınlarda beden algısı, benlik saygısı, yaş ve vücut kitle indeksi ilişkisinin araştırılması. *Ulakbilge Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(13), 1171-1181.
- Okray, Z.** (2021). COVID-19 pandemisi ve obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(3), 588-604.
- Pavan, C., Simonato, P., Marini, M., Mazzoleni, F., Pavan, L. ve Vindigni, V.** (2008). Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: A literature review. *Aesthetic Plastic Surgery*, 32(3), 473-484.
- Phillips, K. A.** (1991). Body dysmorphic disorder: The distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry*, 148(9), 1138-1149.
- Phillips, K. A. ve William Menard, B. A.** (2006). Suicidality in body dysmorphic disorder: A prospective study. *Am J Psychiatry*, 163(7), 1280-1282.
- Phillips, K. A., William Menard, B. A., Fay, C. B. A. ve Weisberg, R.** (2005). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and

family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46(4), 317-325.

Porgalı Zayman, E. (2016). DSM-5'te obsesif kompulsif bozukluk. *Çukurova Medical Journal*, 41(2), 360-362.

Slade, P. D. (1994). What is body image?. *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 497-502.

Tatar, A. Saltukoğlu, G. Aksu, F. Dindar Haşlak, F. Zekioğlu, A. Kılıç, N. ve Bekiroğlu, B. (2017). İki boyutlu beden imgesi ölçeğinin genel örnekleme uyarlanması, psikometrik özelliklerinin madde cevap kuramı ile incelenmesi ve cinsiyet farklılıklarının karşılaştırılması. *Researcher*, 5(4), 21-40.

Tomas-Aragones, L. ve Marron, S. E. (2016). Body image and body dysmorphic concerns. *Acta Derm Venereol*, 217:47-50.

Tural Büyük, E. ve Özdemir, E. (2018). Lise öğrencilerinin beden algısı ve yeme tutumu arasındaki ilişki. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 4(2), 1-12.

Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body image*, 1(1), 113-125.

Veale, D. (2004). Body dysmorphic disorder. *Postgraduate Medical Journal*, 80(940), 67-71.