

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



CİNSEL İSTİSMAR MAĞDURU ERGENLERDE
BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUK YAYGINLIĞI
VE BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUN ÖZKİYIM
DÜŞÜNCESİ ÜZERİNE ETKİSİ

ARŞ. GÖR. DR. AKIN ALTUĞ ÖZBODUROĞLU

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

2023

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**CİNSEL İSTİSMAR MAĞDURU ERGENLERDE
BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUK YAYGINLIĞI
VE BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUN ÖZKİYIM
DÜŞÜNCESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

ARŞ. GÖR. DR. AKIN ALTUĞ ÖZBODUROĞLU

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**
UZMANLIK TEZİ

PROF. DR. NURSU ÇAKIN MEMİK
ETİK KURUL ONAYI: 09.04.2022 KÜGOKAEK 2022/114
2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	IV
KISALTMALAR DİZELGESİ.....	V
TABLolar DİZELGESİ.....	VI
ŞEKİLLER DİZELGESİ.....	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanım	3
2.2. Tarihçe	3
2.3. Epidemiyoloji.....	5
2.4. Etiyoloji	7
2.4.1. Psikolojik Etmenler	7
2.4.2. Sosyokültürel Etmenler	9
2.4.3. Nörobiyolojik Etmenler.....	10
2.4.3.1. Genetik	10
2.4.3.2. Nörobiyokimya.....	11
2.4.3.3. Nöroanatomi	12
2.4.4. Çevresel Faktörler	14
2.5. Klinik Görünüm	16
2.6 Değerlendirme ve Tanı	22
2.7. Eş tanı	24
2.8. BDB ve İntihar İlişkisi	25
2.9. Psikiyatri dışı kliniklerde BDB.....	26
2.10. Ayırıcı Tanı.....	28
2.11. Tedavi	30
2.11.1. Farmakoterapi.....	31
2.11.2. Bilişsel Davranışçı Terapi	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Örneklem	35
3.2. Yöntem.....	35
3.3. Veri Toplama Araçları	36
3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	36

3.3.2. Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)	36
3.3.3. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)	37
3.3.4. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)	37
3.3.5. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG- ŞY, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie- SADS- Lifetime Version; K-SADSPL):.....	38
3.4. İstatistiksel Analiz.....	39
4. BULGULAR	40
4.1. Araştırmaya katılanların genel özellikleri.....	40
4.2. Katılımcılara ait tanısal özellikler	46
4.3. Katılımcılara ait tedavi özellikleri	48
4.4. Katılımcıların ebeveynlerine ait özellikler.....	49
4.5. Katılımcıların kardeşlerine ait özellikler	51
4.6. Katılımcıların intihar davranışına ait özellikleri	51
4.7. Gruplar arasında Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt boyutları ile Vücut Algısı Ölçeği puan farklarının incelenmesi	54
4.8. Psikofarmakolojik tedavi alan ve almayan hastaların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt boyutları ile Vücut Algısı Ölçeği puanları	55
4.9. Ailede sözel şiddetin olması durumuna göre hastaların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt boyutları ile Vücut Algısı Ölçeği puanları	56
4.10. Ailede fiziksel şiddetin olması durumuna göre hastaların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt boyutları ile Vücut Algısı Ölçeği puanları	57
4.11. Bedeninde güzel ve çekici bulmadığı bölgelerden dolayı duyulan endişe durumuna göre hastaların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt boyutları ile Vücut Algısı Ölçeği puanları	58
4.12. Görünümüyle ilgili düşüncelerinin zihnini meşgul etme durumuna göre hastaların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt boyutları ile Vücut Algısı Ölçeği puanları.....	60
4.13. Katılımcılara ait ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının karşılaştırılması	61
4.14. Eş tanıların intihar olasılığı üzerine etkisi	63
4.15. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği alt boyutları ile Vücut Algısı Ölçeği puanlarının İntihar Etme Olasılığı Ölçeği ve alt boyutlarına etkisinin değerlendirilmesi	64
4.16. Olgu grubunda uğraşılan beden bölgelerinin dağılımı.....	67
5. TARTIŞMA.....	67

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	80
7. ÖZET	82
8. ABSTRACT	83
9. EKLER	86
10. KAYNAKLAR.....	107



TEŞEKKÜR

Bugünlere gelmemi sağlayan, üzerimde büyük emekleri olan, desteklerini, sevgilerini ve özverilerini hiç esirgemeyen, aldığım tüm kararlarda benimle olan sevgili aileme,

Tez çalışmam sırasında bilgi ve deneyimleriyle her zaman yanımda olan, beni yüreklendiren, motive eden, asistanlık eğitimim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nursu Çakın Memik'e,

Asistanlık eğitimim sırasında yetişmemde emekleri olan, bana bilgi ve tecrübelerini aktaran Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri, değerli hocalarım; Prof. Dr. Ayşen Coşkun başta olmak üzere, Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu, Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar, Dr. Öğr. Üyesi İrem Damla Çimen, Dr. Öğr. Üyesi Burcu Kardaş ve Dr. Öğr. Üyesi Ömer Kardaş'a,

Çocuk nörolojisi rotasyonu sürecinde bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, kendisiyle birlikte çalışma fırsatı bulduğum için şanslı hissettiğim Prof. Dr. Bülent Kara'ya

Erişkin psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Prof. Dr. Mustafa Yıldız, Prof. Dr. Aslıhan Polat, Prof. Dr. Cem Cerit, Prof. Dr. Elif Tatlıdil Yaylacı ve Dr. Öğr. Üyesi Bahadır Geniş'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca güzel bir ortam sağlayan, tanımaktan ve birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma, bölümümüzdeki diğer çalışma arkadaşlarıma ve biricik Nursel ablama,

Çalışmaya başladığım ilk günden beri yanımda olan, yüzümü güldüren, günümü bana keyifli kılan, aynı yolu yürüdüğüm eşkıdemlerime,

Aldığım her kararda beni destekleyen, benim için hiç düşünmeden hayatını tamamen değiştiren, bu yoğun günlerde her türlü desteğini esirgemeyen, hayatımı kolaylaştıran, zorlandığımda yanımda olduğunu hissettiren, varlığı ile güç bulduğum canım eşim Orhan ÖZBODUROĞLU'na

Yaşama sevincim, kalbim, ruhum, meleklerim, iyikilerim ilk göz ağrım kızım Ayzam ve biricik oğlum Asafım'a tüm bu süreçte anlayışları ve sabırları için tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Akın Altuğ Özboduroğlu

Temmuz 2023, Kocaeli

KISALTMALAR DİZELGESİ

APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
BDB	Beden Dismorfik Bozukluk
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
ÇÇTÖ	Çocukluk Çağı Travma Ölçeği
ÇDŞG-ŞYDSM-5-T	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM-5 Kasım 2016 - Türkçe Uyarlaması
DB	Davranım Bozukluğu
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM- 5 TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5 Text Revision
fMRI	Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
ICD	International Statistical Classification of Diseases
İÖÖ	İntihar Olasılığı Ölçeği
KOKGB	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
KSADS-PL	Kiddie Schedule For Affective Disorders And Schizophrenia- Present And Lifetime Version
KZVD	Kendine Zarar Verme Davranışı
MDB	Major Depresif Bozukluk
MR	Manyetik Rezonans Görüntüleme
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
SPSS	Statistical Package For The Social Sciences
SSRI	Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
VAÖ	Vücut Algısı Ölçeği
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLÖLAR DİZELGESİ

Tablo 1. Beden Dismorfik Bozukluğu'nun DSM-5'e Göre Tanı Kriterleri

Tablo 2. Cinsel İstismar Mağduru Ergenlerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Tablo 3. Katılımcıların Fiziksel Egzersiz, Diyet ve Tartılma Sıklığına ait Özellikler

Tablo 4. Katılımcıların Beden Algısına Ait Özellikler

Tablo 5. Katılımcılara Ait Tanısal Özellikler

Tablo 6. Katılımcılara Ait Tedavi Özellikleri

Tablo 7. Katılımcıların Annelerine Ait Özellikler

Tablo 8. Katılımcıların Babalarına Ait Özellikler

Tablo 9. Katılımcıların Kardeşlerine Ait Özellikler

Tablo 10. Katılımcıların İntihar Girişimi Oranı ve İntihar Girişiminde Bulunma Sayısı

Tablo 11. Katılımcıların İntihar Davranışına Ait Özellikler

Tablo 12. Katılımcılara ait ÇÇTÖ, İÖÖ ve Alt Boyutları ile VAÖ Puanları

Tablo 13. Psikofarmakolojik Tedavi Alan ve Almayan Hastaların ÇÇTÖ, İÖÖ ve Alt Boyutları ile VAÖ Puanları

Tablo 14. Ailede Sözel Şiddetin Olması Durumuna Göre Hastaların ÇÇTÖ, İÖÖ ve Alt Boyutları ile VAÖ Puanları

Tablo 15. Ailede Fiziksel Şiddetin Olması Durumuna Göre Hastaların ÇÇTÖ, İÖÖ ve Alt Boyutları ile VAÖ Puanları

Tablo 16. Bedeninde Güzel ve Çekici Bulmadığı Bölgelerden Dolayı Duyulan Endişe Durumuna göre Hastaların ÇÇTÖ, İÖÖ ve Alt Boyutları ile VAÖ Puanları

Tablo 17. Görünümüyle İlgili Düşüncelerinin Zihnini Meşgul Etme Durumuna Göre Hastaların ÇÇTÖ, İÖÖ ve Alt Boyutları ile VAÖ Puanları

Tablo 18. Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon

Tablo 19. Eş Tanıların İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi

Tablo 20. ÇÇTÖ Alt Boyutları ile VAÖ Puanlarının İÖÖ ve Alt Boyutlarına Etkisi

ŞEKİLLER DİZELGESİ

Şekil 1. BDB'nin Bilişsel Davranışçı Modeli

Şekil 2. BDB Basamaklı Tedavisi

Şekil 3. Uğraşının odağı olan beden bölgeleri



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Beden dismorfik bozukluk (BDB) kişinin mevcut hafif bir bedensel kusurla ya da var olmayan hayali bir kusurla aşırı uğraş içinde olması ve bu kusura ilişkin aşırı endişeye bağlı sıkıntı duymasıdır. Bu durum yaşam kalitesinin düşük olması, intihar düşünceleri ve girişimi, yüksek oranda hastaneye yatış ile ilişkili olup kişinin akademik, mesleki ve sosyal yaşamında kısıtlamalara neden olmaktadır.¹⁻⁵

Ergenin gelişim döneminde beden imgesinin önemli bir yer tutması BDB'nin ergenlik döneminde başlamasına yol açmaktadır. Beden algısı ergenin özgüveninin gelişiminde en önemli belirleyiciler arasındadır. Ergenlik döneminde olumsuz beden algısı; olumsuz değerlendirilme ve reddedilme korkusu, depresyon ve anksiyete ile ilişkili olabilmektedir.^{6,7}

Genel popülasyondaki çocuklar ve ergenlerdeki BDB yaygınlığına bakılmış iki çalışmanın sonuçlarına göre BDB oranı %1,7- 2,2 saptanmıştır.^{8,9} Psikiyatri yataklı servislerdeki ergen hastalardaki BDB yaygınlığı ise %6,7- 14,3 bulunmuştur.¹⁰

BDB'nin en belirleyici özelliği olan kişinin görünümündeki hayali ya da hafif kusur ya da yeterince çekici olmadığına inandığı bölge hakkındaki obsesif düşünceleri ve preoküpyasyonları kişinin günlük yaşamını birçok yönden etkilemektedir. Bu düşünceler, yoğun sıkıntı hissi ve endişe oluşturmanın yanı sıra kişinin sosyal etkinliklerden, günlük işlerden kaçınmasına, sosyal ortamlardan uzaklaşmasına da yol açabilmektedir.^{5,10,11}

Yazındaki araştırmalar, BDB'li ergenlerin %18-22'sinin eğitim hayatına devam etmediğini, okulu bıraktığını göstermektedir. BDB'li ergenlerde intihar girişimi erişkinlere göre daha yüksektir.^{12,13} BDB tanısı almış hastalarla ilgili olan çalışmaların bir meta-analizi yapılmış ve çalışmalara dahil edilen hastalarda intihar düşüncesinin yaşam boyu yaygınlığının yaklaşık %80 olduğu tespit edilmiştir.¹⁴ Yapılmış bir araştırma sonucuna göre benzer şekilde BDB'si olan kişiler yaş, cinsiyet ve komorbiditeden bağımsız olarak BDB'si olmayanlara göre orta/yüksek intihar riskine daha fazla sahip oldukları saptanmıştır.¹⁵

Geçmişteki travmatik yaşantıların kişinin bedeninden utanç duymasına, bedenle ilgili çarpık algıların oluşmasına ve bunlar sonucunda da bedenden hoşnutsuzluğun ortaya çıkmasına neden olabileceği ileri sürülmektedir. Özellikle cinsel istismarın, mağdurların

dikkatlerini kendi bedenlerine odaklamalarına sebep olabileceği bildirilmektedir.¹⁶

Kişilerde istismardan sonra utanç duygusu ortaya çıkabilmekte ve kişiler bu duyguyu fiziksel görünümüne yansıtabilmektedirler.¹⁷ Bu bilgiler doğrultusunda BDB'nin cinsel istismar mağduru hastalarda fark edilenden daha yaygın olabileceği, BDB ile komorbiditenin daha şiddetli bir klinik gidişe yol açabileceği ve özkıyım düşüncesini ve riskini artırabileceği düşünülmüştür.

Cinsel istismarın ergenler üzerindeki etkileriyle ve eş görülebilen ruhsal bozukluklarla ilgili çok sayıda araştırma olmasına rağmen BDB ile ilişkisi az çalışılmıştır. BDB ergen hastalarda sıklıkla atlanabilen bir bozukluktur ve kişinin işlevselliğini ciddi oranda bozmaktadır. Cinsel istismar ile başvuran hastalarda eş hastalanım olarak BDB'nin erken dönemde değerlendirilmesinin, BDB'nin özkıyım riskini artırıp artırmadığının tespit edilmesinin, BDB var ise etkin tedavisinin yapılmasının ve dolayısıyla gencin işlevselliğinin sürdürülebilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Tüm bu bilgiler ışığında çalışmamızda cinsel istismara uğramış ergenlerde BDB tanı yaygınlığının ve BDB varlığının özkıyım düşüncesi üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım

Beden dismorfik bozukluk, kişinin dış görünüşü ile ilgili hafif veya hayali bir kusurla aşırı derecede uğraş halinde olması ile karakterize, kişiye aşırı sıkıntı veren ve işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açan bir bozukluktur.¹⁸ Bireylerin kendilerinde mevcut olduğunu düşündüğü kusur ya da kusurlarla ilgili düşünceler istem dışı ortaya çıkabilmektedir. Kişiler bu düşünceleri denetim altına almakta, durdurmakta ve dikkatini başka konulara çekmekte zorluk çekmektedirler.¹⁹ Bu düşünceler, obsesif kompulsif bozukluktaki (OKB) düşüncelerle oldukça benzerdir. BDB’de kişinin fiziksel görünüşündeki kusurlarla ilgili düşünceler genellikle aşırı değer verilmiş düşünce şeklinde olmakla birlikte bazen sanrı boyutunda olmaktadır. Bu durum kişinin işlevselliğini önemli ölçüde bozmakta sosyal, mesleki ve akademik hayatını olumsuz yönde etkilemektedir.²⁰

Kusurlu olarak gördükleri vücut bölgeleri ile ilgili zihinsel ve bedensel uğraşları kişilerin gün içinde saatlerini alabilmektedir. Bu uğraşlar arasında kendilerini başkalarıyla kıyaslama, kaçınma davranışları, kendilerini rahatsız eden düşünceyi azaltmak amacıyla yapılan kompulsif davranışlar gibi uğraşlar bulunmaktadır. Bu davranışlar yaşam kalitesinin daha da azalmasına ve kişinin sosyal işlevselliğinin bozulmasına sebep olmaktadır.¹⁰

2.2. Tarihçe

Tarihte ilk kez 1886 yılında İtalyan psikiyatrist Enrico Morselli deformite şüphesi nedeniyle görüşlerini tekrarlayıcı şekilde kontrol eden kişilerden bahsetmiş ve bu bozukluğa dikkat çekmiştir. Morselli bu durumun yazındaki ilk adlandırmasını “dismorfofobi” olarak yapmış ve bu hastalığı “dış görünüşü normal olduğu halde kişinin başkaları tarafından çirkin olduğu için dikkat çektiğini sandığı öznel bir fiziksel kusurluluk” olarak açıklamıştır.^{21,22} Dismorfofobi terimi Yunanca’dan köken almaktadır ve çekici olmayan, çirkin vücut anlamına gelen dysmorpfiadan türetilmiştir.²³ Morselli dismorfofobi kelimesini vücudun bir deformitesi ile ilgili olan bir acı ve bu konuda obsesif bir düşünce olarak ayırtılandırmıştır.²⁴

Daha sonra 1903'te Pierre Janet bu hastalığı "bedenden utanma obsesyonu" olarak tanımlamıştır. Tanımlamayı yaparken bedeniyle ilgili takıntılı düşünceler nedeni ile evinden dışarı beş senedir çıkmayan 27 yaşındaki Nadia adındaki bir kadını anlatmış, düşüncelerinin obsesif özelliğinin yanı sıra utanç duygusundan da bahsetmiştir.²¹ Psikiyatrik tanılama sisteminin atalarından olan Emil Kraepelin 1909 yılında vücutla ilgili bu düşüncelerin tekrarlayıcı nitelikte ve egodistonik karakterde olmasına dikkat çekerek bu hastalığın "kompulsif nevroz" grubunda yer aldığını savunmuştur. 1930'larda Jahreis, benzer kavramlar olan "çirkin olma konusunda endişeli biri" ve "güzellik hipokondriazisi" kavramlarını kullanmış, 1960'lı yıllarda Ladee bu kavramları tanımlamıştır.²⁵ Zaidens 1950'de saçlar ve ciltle ilgili olumsuz düşüncelerle giden bir hastalık tanımlamış ve bunu "dermatolojik hipokondriyazis" olarak adlandırmıştır. 1949 yılında Stekel bedenin herhangi bir bölgesiyle ilgili olan takıntılı düşüncelerden söz ederek BDB'ye gönderme yapmıştır.²⁵

1959 yılında bahsi geçen, psikiyatri tarihinin en iyi bilinen olgularından biri olan "kurt adam", aslında Rus aristokratlarından olan Sergei Pankejeff'tir. Freud, kurtla ilgili tekrarlayan rüyalar gören bu hastanın kimliğini gizlemek için ona bu ismi takmıştır. Hasta burnunun çirkin olduğunu düşünmekte ve bu nedenle sosyal yaşamdan kaçınmakta, burnu ile ilgili yoğun kaygılar yaşamaktadır. Freud burada burnun penisi temsil ettiğini, hastanın kastrasyon anksiyetesi yaşadığını düşünmüş ve bu durumu çocukluk nevrozu olarak tanımlamıştır.^{26,27} Freud bu olguyu anlatırken BDB özelliklerine pek değinmemiştir. Daha sonra hastayı değerlendiren Ruth Brunswick, hastanın sürekli olarak burnuyla uğraştığını, caddelerde kendisine mağazaların vitrinlerinden baktığını, burnunu kontrol etmek için devamlı aynayla dolaştığını ve bu durumun yaşam kalitesini etkilediğini ifade etmiştir.^{21,28}

BDB uzun yıllardır bilinmesine, tarih boyunca çeşitli olgular tanımlanmasına rağmen ilk olarak 1980 yılında DSM-III'te "atipik somatoform bozukluk, dismorfofobi" olarak sınıflandırılmıştır. DSM-III'e göre BDB'nin sanrılı özellikte olan formuna atipik psikoz, atipik somatoform bozukluk veya atipik paranoid bozukluk gibi tanımlar da konulabilmektedir.²⁹ İlk tanı kriterleri 1987 yılında DSM-III-R'de oluşturulmuştur. Burada sanrısız tip ve sanrılı olmayan tip olarak ikiye ayrılmış, sanrılı olan tipi ise sanrılı bozukluk-somatik alt tipi kategorisinde sınıflandırılmıştır.³⁰ DSM-IV-TR'de BDB, kişinin vücudundaki hayali ya da hafif bir kusurla abartılı bir şekilde uğraşının olması, bu uğraşın kişinin toplumsal ve mesleki işlevsellik alanlarında bozulmaya sebep olması olarak

tanımlanmış ve somatoform bozukluklar sınıfında yer almıştır. BDB tanısının konulabilmesi için bu uğraşın başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaması şartı bulunmaktadır.³¹ BDB'deki düşüncelerin istem dışı ve tekrarlayıcı nitelikte olması, kişide belirgin sıkıntıya yol açması ve kişinin bu sıkıntının üstesinden gelmek için ritüelistik davranışlarda bulunması nedeniyle bu bozukluk OKB'ye benzetilmiş ve DSM-5'te Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar sınıflaması altında yerini almıştır.^{1,28}

Diğer bir tanı sınıflama sistemi olan ICD sisteminde BDB ilk kez ICD-10'da kendine yer bulmuş, DSM-IV'te olduğu gibi somatoform bozukluklar sınıfında değerlendirilmiş ve hipokondriyak bozukluk alt grubunda yer almıştır. ICD-10'da BDB; bireyin görünümü ile ilgili memnuniyetsizliğin 6 aydan daha uzun süredir var olması, kişide sürekli sıkıntıya ve sosyal işlevselliğinde bozukluğa yol açması ve düşüncelerin sanrısız özellikte olmaması olarak tanımlanmıştır. Beden dismorfik bozukluktaki düşüncelerin sanrı düzeyinde olduğu tipi sanrılı bozukluklar alt başlığında "sanrılı dismorfofobi" olarak sınıflandırılmıştır.³² ICD-10'da beden dismorfik bozukluk hipokondriyak bozukluğun altında yer alırken, ICD-11'de OKB'ye benzerliğinden dolayı obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar kategorisi altında, ayrı bir tanı olarak yer almıştır. Beden dismorfik bozukluk orta ila iyi içgörü ile birlikte olan ve içgörü olmayan veya zayıf içgörü ile birlikte olan olarak iki farklı şekilde sınıflandırılmıştır.³³

2.3. Epidemiyoloji

BDB'nin toplum içindeki genel yaygınlığını saptamak oldukça güçtür. Bu durum bu hastaların büyük bir kısmının ilk olarak psikiyatri hekimine başvurmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu hastalar genellikle dermatologlara ve sıklıkla plastik cerrahlar olmak üzere diğer cerrahi branşlara başvurmaktadır.³⁴ Epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında beden dismorfik bozukluğun genel popülasyonda yaşam boyu yaygınlığının ortalama %2 olduğu tahmin edilmektedir.³⁵

BDB'nin yaygınlık oranı alınan örnekleme göre oldukça değişmektedir. Öğrenciler arasında yapılan yaygınlık çalışmalarında %2-13 arasında değişen oranlarda yaygınlık bulunmuştur.^{3,36-39} Biby'nin yaptığı bir çalışmada 108 psikoloji öğrencisinde BDB yaygınlığına bakılmış ve yaygınlık %13 oranında bulunmuştur.³⁶ 420 hemşirelik

öğrencisinde yapılan başka bir çalışmada ise BDB yaygınlığı %4,8 saptanmıştır.⁴⁰ Taqui ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, Pakistanlı 156 tıp öğrencisinde BDB yaygınlığının %5,8 oranında olduğu sonucuna varılmıştır.³⁸

Genel toplumdaki çocuklar ve ergenlerdeki BDB yaygınlığı iki çalışmada %1,7-2,2 saptanmıştır.^{8,9} Psikiyatri yataklı servislerdeki ergen hastalardaki BDB yaygınlığı ise %6,7- 14,3 bulunmuştur.⁴¹ 250 kız ve 250 erkek ergenin dahil edildiği bir çalışmada toplam yaygınlık oranı %10,4 bulunmuş ve kız ergenlerde (%14,8) BDB görülme yaygınlığı erkek ergenlerden (%6,8) anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.⁴²

Klinik çalışmalarda ise çalışılan gruba bağlı olarak BDB'nin nokta prevalansı %3 ile %40 arasında değişmektedir.^{37,43-45} Çalışmalar arasında bu kadar farklılık olmasının nedeninin, bazı BDB hastalarının var olan belirtileri hastalık olarak görmemeleri ve zaten düzeltilmesi gereken bir kusur bulunduğunu düşünmeleri ya da utanç duygusundan dolayı bunu doktora söylememelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.⁴³

Psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören toplam 788 erişkin hastanın dahil edildiği dört çalışmayı bir araya getiren bir meta-analizin sonuçlarına göre eşitlikli BDB'nin nokta yaygınlığı yaklaşık %7 saptanmıştır.⁴¹ Aynı araştırmada ayaktan takip ve tedavi edilen toplamda 765 yetişkin psikiyatri hastasının alındığı üç çalışma da analiz edilmiş ve bu hastalarda BDB'nin nokta yaygınlığı yaklaşık %6 bulunmuştur.⁴¹

BDB belirtileri olan hastalar çözüm arayışı için sıklıkla psikiyatri dışı kliniklere başvurumaktadırlar. Bu bilgiye dayanarak diğer kliniklerde çalışmalar yapılmış ve bu çalışmalarda BDB yaygınlığı; dermatoloji polikliniğine başvuran hastalarda %11,3, kozmetik dermatoloji tedavisi için başvuranlarda %9,2, plastik ve rekonstrüktif cerrahi hastalarında ise %7 oranında tespit edilmiştir.^{41,46} Başka bir araştırmada ise BDB yaygınlığı; ortodonti kliniklerinde %8, ağız çene ve yüz cerrahi kliniklerinde %10, dermatoloji kliniklerinde %9-15, kozmetik cerrahi kliniklerinde ise %7-15 olarak bulunmuştur.⁴⁷ Bir meta-analize göre ise, dermatoloji hastalarında BDB yaygınlığı %7-42 arasında değişmektedir.⁴⁸

BDB'nin kadın erkek dağılımı üzerindeki oranlarını inceleyen çalışmalarda çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Yazında BDB'nin genel olarak kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmekle birlikte, bunun aksine kadın ve erkeklerde eşit oranda görüldüğünü gösteren veya erkeklerde kadınlara göre daha sık görüldüğünü gösteren araştırmalar mevcuttur.⁴⁹⁻⁵¹

Yapılan bir çalışmada 200 BDB hastası dahil edilmiş ve olguların %68,5'nin kadın olduğu saptanmıştır.⁵²

2.4. Etiyoloji

BDB'nin etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte genetik, psikolojik, sosyokültürel ve nörobiyokimyasal etkenler gibi birçok etkenin etkili olduğu düşünülmektedir.⁵³

2.4.1. Psikolojik Etmenler

Psikodinamik bakış açısına göre BDB belirtileri aslında çocukluk dönemindeki yaşantılardan kaynaklanmaktadır. Kuramsal olarak beden dismorfik bozukluk belirtileri: bilinç dışındaki suçluluk, eleştirel ebeveynler, kendini aşağı hissetme ve zayıf kendilik imajının bedenın belirli bölgeleriyle yer değiştirmesi sonucu ortaya çıkmaktadır.⁵⁴ Psikodinamik yoruma göre BDB bilinç dışı cinsel ya da emosyonel içerikli çatışmanın, bir beden bölgesine yansıtılmasının sonucudur. Altta yatan sorun baş edilemeyecek kadar sıkıntı verici, anksiyete uyandırıcı ve duygusal açıdan zorlayıcı olduğundan üstesinden gelebilmek için yer değiştirme mekanizması kullanılmaktadır.⁵⁵

Psikodinamik açıdan bakıldığında BDB etiyolojisinde bağlanmanın önemi büyüktür. Bakım verenle güvenli bağlanma sağlıklı bir şekilde gelişmediğinde bu kişiler kendilerini ve nesneleri sevmekte ve kabul etmekte zorluk çekmektedirler. Bu durumdan dolayı kişinin kendi bedenini sevmekte de zorlandığı varsayılmaktadır. Bunların yanı sıra BDB'li hastaların ebeveynlerinin mükemmeliyetçi, aşırı koruyucu, kollayıcı hatta engelleyici tutumları olduğu bildirilmektedir.⁵⁶ Bu tutumların bireyin benlik saygısını olumsuz etkilediğı ve olumsuz duyguların da yer değiştirme ile vücudun bir bölgesine yönlendirildiğı öne sürölmektedir.^{49,57}

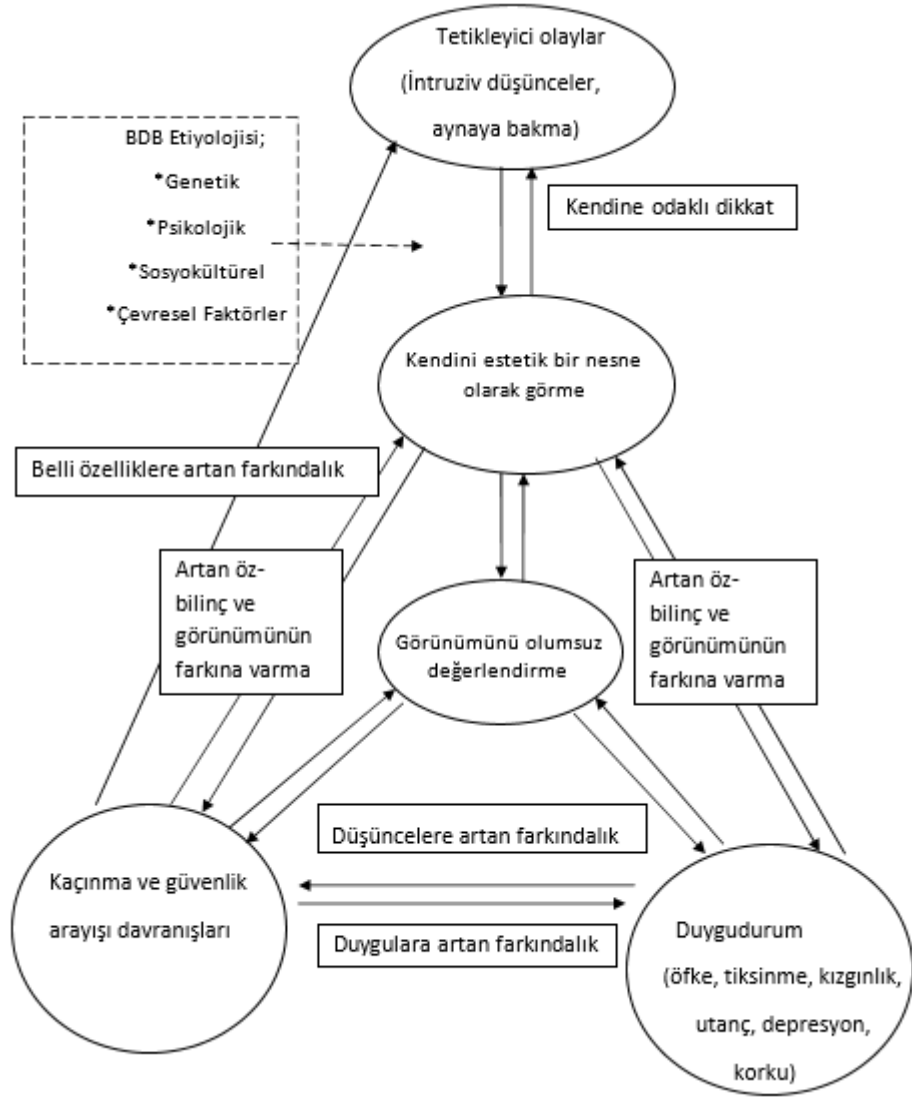
Mükemmeliyetçilik ve anksiyöz kişilik özellikleri BDB için risk oluşturabilmektedir.¹⁰ Ayrıca BDB hastalarında içe kapanık, utangaç, obsesif ve güvensiz kişilik özelliklerinin de kümelandiğı tespit edilmiştir.⁵⁸ BDB tanısı alan bireylerin çoğı düşük benlik saygısına sahip, kendilerinin kabul edilemez olduklarına inanan, eleştirilmeye ve reddedilmeye aşırı duyarlı, duygusal olarak çok fazla tepki veren bireyler oldukları

düşünülmektedir.⁵⁹ Ancak saptanan bu kişilik özelliklerinin mi BDB'nin gelişiminde yoksa BDB'nin mi bu kişilik özelliklerinin oluşmasında rol oynadığı kafa karıştırıcıdır.⁵⁵

Phillips özgüven eksikliğinin, mükemmelliyeçi olmanın, eleştiriye hassasiyet olmasının, utangaç olmanın ve sosyal anksiyetenin BDB'ye zemin hazırladığı hipotezini ileri sürmüştür. Benzer şekilde BDB'nin de bu kişilik özelliklerini güçlendirdiğini savunmuştur. BDB belirtilerinden dolayı ortaya çıkan sosyal ortamlardan kaçınma davranışının sosyal anksiyeteyi ve çekingenliği arttırabileceğini belirtmiştir.²¹

Bilişsel davranışçı modele göre ise daha yüksek estetik duyarlılığa sahip olan toplumlarda kişiler sosyal öğrenmeyle birlikte beden algısına bağlı olarak kendilerine değer vermeyi öğrenmektedirler.^{10,53} Kişinin başkaları tarafından fiziksel açıdan olumsuz yorumlar alması, ergenlik döneminde bu konuda alay edilmesi ve bunların sonucunda da kişinin dış görünüşüyle ilgili olumsuz bir yargıya varması BDB'nin başlamasında tetikleyici bir rol oynamaktadır. Bu süreçte bireyin kendine olan dikkatinin artması ile birlikte kişide olumsuz değerlendirilmekle ilgili korku ortaya çıkmakta ve kişi kendini tamamen estetik bir nesne olarak görmeye başlamaktadır.^{47,60} Bu bireyler kendi bedenlerine yönelik aşırı bir farkındalık oluşturdıkları için kusurlu gördükleri beden bölgelerini, diğer kişilerin de kendilerini kendi gördükleri gibi gördüğünü varsaymaya başlamaktadırlar. Bu durum hastaların birçoğunda referans sanrıları düzeyinde olup başkalarının onların kusurlu bölgelerini farkettiğine inanmaktadırlar.⁶¹

Bunun sonucunda da diğer insanların, beden bölgelerini nasıl gördüklerini aşırı önemseme eğilimine girmektedirler. Kişi görünümünü başkalarınıninkiyle kıyaslayıp kendisinin diğerlerinden daha kötü göründüğünü düşündüğünde ve başkalarının kendisinin görüntüsünü incelediği, kendisine dikkatle baktığı, küçümsediği veya reddettiğiyle ilgili yargıya vardığında kendinden iğrenme, utanç duyma, sosyal ortamlarda kaygı, depresyon, umutsuzluk hissedebilmektedir. Kişi kendi düşüncesindeki estetik standarda ulaşmaya çalışıp bu düzeye ulaşamadıkça öfke duyabilmekte, hayal kırıklığına uğrayabilmekte ve suçluluk duygusu yaşayabilmektedir.⁶² Philips, bunlara ek olarak korkuyu da bilişsel davranışçı modele eklemiştir.⁴⁷ BDB'nin bilişsel davranışçı modeli Şekil-1'de gösterilmektedir.



Şekil 1: BDB'nin Bilişsel Davranışçı Modeli^{47,63}

2.4.2. Sosyokültürel Etmenler

Kişinin bulunduğu sosyokültürel ortamda güzellik algısına atfedilen değerin artması, bu konu üzerinde çok durulması, insanların fiziksel görünüşle uğraşlarının artması, bunların sonucunda estetik işlemlere yönelik ilginin artması ve bu işlemlerin yapılmasının normalize edilmiş olması BDB yaygınlığı üzerinde etkili olabilmektedir.⁶² Amerikan Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi Birliği'nin kayıtlarına göre 13-19 yaş arasındaki bireylerde 2019 ile 2020 yılları kıyaslandığında estetik cerrahi işlemlerde %3 artış görülürken kozmetik minimal invaziv işlemlerde %5 artış görüldüğü bildirilmiştir.⁶⁴

Günümüzde teknolojik araçlara ulaşımın kolaylaşması ile birlikte artan sosyal medya kullanımı, bu ortamlarda ön plana çıkarılan standart güzellik algısı ve bunlara çocukluk çağından itibaren maruz kalınması da BDB gelişimi için risk etkenidir.⁵³ Tüm bunların yanı sıra ünlü model, şarkıcı ve oyuncuların bedensel güzelliği ön plana çıkarmaları, estetik yöntemlere sıkça başvurmaları, fiziksel güzellikle ilişkili gerçekçi olmayan kriterlerin benimsenmesi ve bu tutumların toplum tarafından kabul edilip destek görmesinin de hastalığın gelişimine yol açtığı ileri sürülmektedir.⁶⁵

Ancak birçok kişinin güzellikle ilgili sosyokültürel etkenlere maruz kalmasına rağmen çok az kişinin bu durumdan etkilenerek BDB tanısı aldığı görülmektedir. Bu durum BDB'nin etiolojisinde sosyokültürel etkenlerin direkt etkisinin olduğu fikrinden uzaklaştırırken, bu etkenlerin BDB'nin ortaya çıkmasına ya da devam etmesine yol açabileceğini düşündürmektedir.⁶⁶

2.4.3. Nörobiyolojik Etmenler

Beden algısı bozukluğunun nörobiyolojik temelleri olduğu ilk olarak nörologlar tarafından ortaya atılmış olup beden algısı bozukluklarının beynin parietal, oksipital ve temporal loblarının hasarlarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir.⁵⁵ Yayınlanan bir olgu bildiriminde subakut sklerozan panensefalit tanısı ile takip edilen bir hastanın BDB benzeri belirtiler göstermesi de bu hastalığın etiolojisinde nörobiyolojik etmenlerin bulunduğunu destekler niteliktedir.²¹

2.4.3.1. Genetik

Yazındaki çalışmalara bakıldığında; birinci derece akrabalarında BDB tanısı olanlarda, bu hastalığın daha sık görüldüğünün dikkat çekmesi ile birlikte BDB etyopatogenezinde genetik etkenler üzerinde durulmaya başlanmıştır.^{52,53}

Bir araştırmada BDB olan kişilerin yakınlarında bu bozukluğun görülme oranı %8 olarak bulunmuş ve bu kişilerin toplum popülasyonuna göre 4-8 kat daha riskli oldukları saptanmıştır.⁶⁷ Yapılmış olan aile izlem çalışmaları sonucunda da benzer şekilde, BDB

tanısı olan hastaların birinci derece akrabalarında, toplum popülasyonundaki insanlara göre BDB oranının oldukça yüksek (%6-10) görüldüğü tespit edilmiştir.⁶⁸ BDB'li bireylerin birinci derece akrabalarında aynı zamanda artmış OKB riski de bulunmaktadır. Bu durum bu iki bozukluk arasındaki ortak yatkınlık hipotezini desteklemektedir.⁶⁷ BDB üzerinde yapılan gen spesifik çalışma sayısı çok azdır. Phillips ve arkadaşlarının 57 BDB hastası ve 58 sağlıklı kontrol üzerinde yaptıkları bir çalışmada GABAA-y2 (5q31.1-q33.2) geni 1. allelinin BDB'li bireylerde daha sık görüldüğü tespit edilmiştir.⁶⁹

Çoklu ikiz çalışmalarının sonuçlarına bakıldığında BDB'nin kalıtımının orta düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır.⁷⁰ Monozigotik ve dizigotik ikizler üzerinde yapılan bir çalışmada, genetik etkenlerin BDB patogeneğinde %43 oranında etkili olduğu, geriye kalan varyansın çevresel faktörlerden kaynaklandığı tespit edilmiştir.⁷⁰

2.4.3.2. Nörobiyokimya

BDB etyopatogeneğinde serotonin rolü tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte BDB belirtilerinin SSRI tedavisine yanıt vermesi hastalığın etiyolojisinde serotonerjik işlev bozukluğunun rolü olduğunu düşündürmektedir.⁷¹ BDB'nin tedavisinde SSRI'lerden fluvoksamin, fluoksetin ve sitalopramın etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır.⁷²⁻⁷⁴ BDB'nin OKB ile benzer kliniğe sahip olması, hastalığın depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları ile sıkça beraber görülmesi de bu bozukluğun patofizyolojisinde serotoninin rol oynadığı konusunda destekleyicidir.⁷⁵

Yazındaki olgu bildirimlerine bakıldığında BDB belirtileri bulunan bir hastanın psylocybe isimli mantar tüketmesinin ardından şikayetlerinin gerilediği görülmüş, bu durum mantarın içeriğinde bulunan psilosibin isimli serotonin parsiyel agonistinin BDB belirtilerine iyi gelmiş olabileceği ile açıklanmıştır.⁷⁶ Yine bir olguda serotonin öncülü olan triptofan eksikliği sonrası BDB belirtilerinde belirgin artış olduğu belirtilmiştir.⁵⁶ Bunların yanı sıra bildirilen bir olguda serotonin antagonisti olan siproheptadinin kronik kötüye kullanımı sonucu BDB belirtilerinin kötüleşmesi de etiyolojide serotoninin rolünü kanıtlar niteliktedir.⁷⁷

Serotonin yanısıra dopaminin de özellikle sanrısıal tip olmak üzere BDB'nin patofizyolojisinde rol oynayabileceği üzerinde durulmaktadır.⁷⁸ BDB'de striatal dopamin D2/D3 reseptör sayısının azalmış olduğu görülmektedir.⁷⁹

2.4.3.3. Nöroanatomi

BDB hastaları, genel olarak yüz bölgelerindeki kusurları algılamaktadırlar. Görünümlemlerini aynada sık sık kontrol etme eğiliminde olup başka insanların yüzlerini kendilerinki ile kıyaslamak amacıyla incelemektedirler.²¹ BDB'li hastalarda yapılan bir çalışmada görsel-mekansal işlemeyi sağlayan frontostriatal ve temporoparietooksipital alanlarda anormallikler saptanmıştır.⁵¹ Beynin özellikle görsel işleme bölgelerinde yapı ve fonksiyonel açıdan farklılıkların olması, temel BDB belirtisi olan dış görünümdeki ayrıntılarla işlevsiz uğraşının temelini oluşturabilmektedir.⁸⁰

Yapılan fonksiyonel manyetik rezonans (MR) çalışmaları sonucunda, BDB hastalarının yüzleri bir bütün olarak algılamayı sağlayan bütüncül görsel işleme stratejileri yerine, parça parça ayrıntılarıyla algılamaya neden olan anormal görsel işleme ile ilişkili stratejileri kullandıkları öne sürülmektedir.^{70,81} Bir araştırmada BDB'li bireylerde beyaz cevher ve talamik nükleus hacmi daha fazla bulunmuş, aksine orbitofrontal korteks ve anterior singulat hacimlerinin ise daha az olduğu tespit edilmiştir.⁸² Sağlıklı kontrollerle BDB hastalarının kıyaslandığı bir çalışmada BDB'li bireylerde özellikle lateral prefrontal korteks ve lateral temporal loblarda sol hemisfer aktivitesinin daha fazla olduğu belirlenmiş olup bu da bu hastalardaki ayrıntılara daha fazla odaklanan görsel yüz işlemeyi açıklamaktadır.⁵³

Feusner ve arkadaşlarının bir araştırmasında kişilere belirli yüzler gösterilirken fonksiyonel MR çekilmiş ve sonucunda BDB hastalarının sol orbitofrontal korteks ve iki taraflı kaudat nükleus başında hiperaktivite ve görsel işleme alanı olan oksipital kortekste hipoaktivite saptanmıştır.⁸³ Orbitofrontal ve kaudat alanlardaki bulgular, OKB'li hastalardaki bulgularla benzerlik göstermektedir.⁸⁴ Yapılmış bir diğer çalışmada BDB hastalarında kaudat nükleusta asimetride kayma ve beyaz cevher hacminde artma saptanmıştır. Bu bulgular da OKB hastalarındaki bulgularla örtüşmekle birlikte, BDB'nin OKB ve ilişkili Bozukluklar spektrumu içinde olmasını destekler niteliktedir.⁸⁵

Yirmi BDB'li hastanın dahil edildiği bir çalışmada sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında BDB hastalarının sol temporal ve sol inferior parietal kortekslerinde anlamlı derecede incelmeye gözlemlenmiş ve özellikle sol temporal korteksin BDB patofizyolojisinde rol oynayabileceği üzerinde durulmuştur.⁸⁶ Yapılan başka bir çalışmada çalışmaya katılanlara bazı resimler gösterilerek o sırada fonksiyonel MR çekilmiştir. BDB tanısı konmuş hastalarda temporal, prefrontal ve dorsal anterior singulat girusta sol taraf aktivasyonu ön plandayken, sağlıklı kontrol grubunda sağ taraf aktivasyonunun daha belirgin olduğu görülmüştür. Bu bölgelerdeki sol tarafın özellikle ayrıntılar üzerinde önemli olduğu, sağ tarafın ise daha bütüncül algılamayı sağladığı bilindiğinden BDB'li bireylerin sol taraf aktivasyonu ile birlikte yüzlerini parça parça ve bunun sonucunda daha ayrıntılı inceledikleri düşünülmüştür.⁵³

Görsel işlemlerin araştırıldığı 17 BDB'li hasta ve 16 sağlıklı kontrolün dahil edildiği bir çalışmada katılımcıların uyarıları görebilmesi için fMRI uyumlu gözlük takmaları sağlanmış, sonrasında katılımcılara kendi fotoğrafları, tanınmış ünlü bir aktör fotoğrafı ve oval bir şekil gösterilmiştir. BDB'li hastaların, kendi yüzlerine bakarken görsel işleme bölgelerinde anormal beyin aktivitesi göstermeleri dikkat çekmiştir.⁸³ Bu durum BDB'li bireylerin özellikle kendi kafa ve yüz bölgelerine olan duyarlılıklarını açıklamaya yardımcı olabilmektedir.

BDB hastalarında planlama, muhakeme etme ve karar verme gibi yürütücü işlevlerin bozulmuş olduğu bildirilmektedir.⁸⁷⁻⁸⁹ Yürütücü işlevlerdeki bu bozukluklar, frontal lob işlev bozukluğunu göstermektedir. Bu durum BDB'li bireylerin görüşlerini bütüncül değerlendirmek yerine neden bedenlerinin bazı ayrıntıları ile ilgilendiklerini açıklamayı sağlayabilmektedir.⁹⁰

BDB belirti şiddeti ile sağ amigdala hacmi arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Bu ilişkinin nöroanatomik yapıların artan sosyal duyarlılık, patolojik yüz işleme ve aşırı uyarılmışlık ile bağlantılı olabileceği akla gelmektedir.^{91,92}

2015 yılında yapılan bir araştırmada BDB hastalarının eş tanılarına bakılmış, anksiyete belirtileri fazla olan hastalarda sağ kaudat nükleus gri madde hacminde artma, sol süperior temporal korteks gri madde hacminde ise azalma tespit edilmiştir.⁸⁰ Bu bulgular sonucunda komorbid durumların etiyolojik faktörleri etkileyebileceği, bu nedenle bozukluğa sebep olan etmenler aranırken eş tanıların da iyi aydınlatılması gerektiği üzerinde durulmuştur.⁹³

Yazındaki tüm bu çalışmaların yanı sıra Feusner ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada BDB’de beyinde morfolometrik bir farklılık olmadığı gösterilmiştir.⁹⁴

2.4.4. Çevresel Faktörler

BDB’nin oluşumunda çevresel etkenler önemli derecede rol oynamaktadır. Çocukluk çağında sosyal desteği eksik olan, ailesi tarafından ihmale ve fiziksel şiddete uğrayan, akran zorbalığına maruz kalan ve cinsel istismar mağduru bireylerde ilerleyen zamanlarda estetik kaygının daha fazla olduğu ve bu durumların BDB’ye zemin hazırladığı yazındaki araştırmalarla gösterilmiştir.^{10,95} Çocukluk döneminde alaya maruz kalmak, akran ilişkilerinin güçlü olmaması, sosyal izolasyon, sosyal ve ekonomik desteğin yetersiz olması ve estetik açıdan duyarlılığın fazla olması da risk etkenleri arasında yer almaktadır.^{10,17}

Yapılan bir çalışmada BDB hastalarının %60’ının çocukluk ve ergenlik döneminde görüntüleriyle ilgili sürekli alaya maruz kaldıkları gösterilmiştir.²¹ Olumsuz çocukluk deneyimleri ile BDB semptomatolojisi arasındaki ilişkiyi konu alan güncel bir meta-analizin sonuçlarına göre özellikle kadınlarda ve görünüşleri ile ilgili alay konusu olmuş kişilerde BDB başlama riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır.⁹⁶ Yazındaki araştırmalar BDB’li hastaların daha fazla akran zorbalığına uğradıklarını, yaşlıları tarafından daha çok alaya maruz kaldıklarını, çocukluk döneminde daha fazla ihmal ve istismar bildirdiklerini ve algıladıkları bakım düzeylerinin ortalamanın altında olduğunu belirtmektedir.^{47,97}

Çocukluk çağı travmaları da BDB’nin etiyolojisinde önemli bir yer tutmaktadır. Geçmişteki travmatik yaşantıların kişinin bedeninden utanç duymasına, bedenle ilgili çarpık algıların oluşmasına ve bunlar sonucunda da bedenden hoşnutsuzluğun ortaya çıkmasına neden olabileceği ileri sürülmektedir.¹⁶ Duygusal istismarın BDB’de içselleştirilmiş özeleştiriyeye yol açabileceği, cinsel veya fiziksel istismarın ise özellikle beden odaklı utanca neden olabileceği üzerinde durulmaktadır.⁶³ Yazındaki araştırmalara bakıldığında, BDB’li bireylerin %14-55’inin fiziksel istismar veya ihmal, %22-%35’inin ise cinsel istismara maruz kaldıkları tespit edilmiştir.^{17,97,98} Özellikle cinsel istismara maruz kalmanın, mağdurların dikkatlerini kendi bedenlerine odaklamalarına yol açabileceği

bildirilmiştir.¹⁶ Kişilerde istismardan sonra utanç duygusunun ortaya çıkabileceği ve kişilerin bu duyguyu fiziksel görünümüne yansıtabilecekleri bildirilmektedir.¹⁷

BDB hastalarından oluşan 50 katılımcının dahil edildiği bir çalışmada hastaların %28'inin duygusal, %22'sinin cinsel, %14'ünün ise fiziksel istismara uğradıkları saptanmıştır.¹⁷ Didie ve arkadaşlarının 75 BDB hastasını dahil ettikleri bir çalışmada, hastaların %79'u çocukken kötü muameleye maruz kaldıklarını bildirmiş; bu hastalardan %68'i duygusal ihmale, %56'sı duygusal istismara, %35'i fiziksel ihmale, %33'ü fiziksel istismara ve %28'i de cinsel istismara uğradıklarını ifade etmişlerdir.⁹⁷

Bir araştırmada duygusal, fiziksel ve/veya cinsel istismar öyküsü, BDB'si olan hastalarda (%38), OKB'si olan hastalardan (%14) daha fazla bulunmuştur.¹⁷ Bir diğer çalışmada ise BDB'si olan hastaların bildirdikleri travmatik erken yaşam olaylarının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu saptanmıştır.⁹⁹

Geniş bir OKB katılımcısı grubu içinde (N = 605) komorbid BDB'si olan ve olmayan bireyler, travmatik olaya maruz kalma ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) açısından karşılaştırılmıştır. OKB ve BDB grubundaki bireylerin, yaşam boyu en az bir travmatik olay yaşama ve TSSB oranları, sadece OKB'si olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucunda TSSB'nin ve yaşam boyu en az bir travmatik olay yaşamamanın BDB belirtilerinin varlığını anlamlı şekilde yordadığı belirtilmiştir.¹⁰⁰

Tutuklu 696 erkek ergenle yapılmış bir çalışmada örneklem, yaş ortalaması 16,8 olan cinsel suçlardan hüküm giymiş 526 (%75,8) ergen ve cinsel olmayan suçlardan hüküm giymiş 170 (%24,4) ergenden oluşmuştur. Çalışmaya katılan tüm ergenlerde cinsel istismar öyküsü, beden görünümünü onaylamama ve yeme bozukluğu araştırılmış; çalışmanın sonucunda cinsel istismar öyküsü olmasının bedenlerini onaylamama konusunda önemli bir yordayıcı olduğu, ancak yeme bozukluğu konusunda anlamlı bir yordayıcı olmadığı tespit edilmiştir.¹⁰¹

BDB hastalarının travmatik olaylar yaşamalarının yanı sıra, bu hastalar bu olayları daha acı verici ve zorlayıcı olarak algılayıp net olarak hatırlayabilmelerinin de olası olduğu vurgulanmaktadır.^{99,102}

2.5. Klinik Görünüm

BDB'de klinik spektrum oldukça geniştir. Kişi kısıtlı olsa da sosyal işlevlerini yerine getirebilecek düzeyde etkilenmiş ya da işlevselliği ciddi anlamda bozulmuş olabilir. BDB yavaş seyirli bir hastalık olmakla birlikte hastaların çok az bir kısmında ani ve şiddetli başlangıç görülebilmektedir. Bu durum genellikle akranlar tarafından kişi ile dalga geçilmesi sonrası meydana gelmektedir. Bu şekilde gürültülü başlayan BDB olgularında psikiyatriye başvuru oranları daha yüksektir.^{21,103,104}

Hastalık genellikle 13-14 yaşında başlamaktadır ancak hastaların klinisyene başvurup tanı alma süresi ortalama 11-12 yılı bulmaktadır.⁹³ Phillips ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada BDB başlangıç yaşı $16,4 \pm 7$ ve subklinik BDB (kişinin bedeninden hoşnut olmaması hali) başlangıç yaşı ise $12,9 \pm 5,8$ bulunmuştur.⁵² Ülkemizde 420 hemşirelik bölümü öğrencisiyle yapılan bir çalışmada BDB ortalama başlangıç yaşı $15,1 \pm 2,3$ bulunurken⁴⁰ Grant ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada 11,9 olarak tespit edilmiştir.³⁷ Görüldüğü üzere çalışmalar arasında başlangıç yaşı açısından farklılıklar bulunsa da BDB'nin genel olarak ergenlik döneminde başladığı görülmektedir.

BDB'li hastalarla yapılan bir çalışmada, bireylerin bedenlerindeki kusurlarla ilgili düşüncelerini daha önce muayene oldukları klinisyenlerin sadece %15,1-33,7'lik kısmına aktarabildiği tespit edilmiştir. Hastaların belirtilerini söylememelerinin nedenleri arasında bu durumdan dolayı utanç duymaları, anlaşılmayıp yargılanabileceklerinden korkmaları, klinisyen tarafından bu belirtiler hakkında soru sorulmaması, tedavi edilebilir bir durum olduğunu bilmemeleri ve görünümle ilgili kaygılarının gerçek bir sorun olduğunu duymak istememeleri gibi sebepler bulunmaktadır.⁴³ Bu hastalar kusurun gerçekten var olduğuna inandıkları için de psikiyatri kliniklerine başvurmamaktadırlar.^{21,103,105}

BDB'de klinik görünüm; kişinin hayali ya da mevcut olan hafif bir kusur ile orantısız bir şekilde zihinsel uğraş içinde olması ve bu durumun kişinin işlevselliğini bozması ile karakterizedir. Görünümle ilgili endişelere direnç göstermek veya bunları kontrol altında tutmak oldukça zordur ve bu endişeler genellikle kişinin zihnini günde ortalama üç ile sekiz saat meşgul etmektedir.^{106,107}

BDB'de vücuttaki herhangi bir bölge hedef olabilmektedir. Yazına bakıldığında en çok uğraşılan beden bölgeleri değişiklik göstermekle birlikte genel olarak ilk sırada cilt,

ikinci sırada ise saç bulunmaktadır. Bu hastalıkta burun, dişler, gözler, yüz şekli, kaşlar, çene, dudaklar, yanaklar, kulaklar, kalça, bacaklar, karın, göğüsler, genital bölge ve cilt gibi vücudun hemen hemen her bölgesi ile ilgili uğraş olabilmektedir.^{37,52,103,108}

BDB hastaları ile yapılan bir çalışmaya 47 hasta katılmış ve bu çalışmada en sık kaygı uyandıran beden bölgeleri sırasıyla yüz (%28), burun (%26) ve saç (%21) olarak bulunmuştur.¹⁰⁹ Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada en çok kaygı uyandıran ve uğraşılan beden bölgeleri ise kalçalar (%50), yüz (%30), gözler (%30), dişler (%30), saç (%25), kulak (%25), burun (%25), cilt (%10) ve göğüsler (%5) olarak tespit edilmiştir.⁴⁰ Erkek hastaların en çok uğraştıkları beden bölgeleri sıklıkla vücut yapısı, genital organlar ve saç iken kadın hastalarinki ise karın, cilt, meme, kalça ve bacaklardır.⁵

Ergen hastalar tarafından en sık uğraşılan beden bölgelerinin cilt, saç, dişler, vücuttaki tüyler ve karın olduğu, erişkin hastalar tarafından uğraşılan bölgelerin ise cilt, saç ve burun olduğu bildirilmiştir.¹³ Yapılan bir araştırmaya 250 erkek 250 kız olmak üzere toplam 500 ergen katılmış, çalışma sonucunda erkeklerin çoğunun cilt, saç ve burunları ile ilgili endişeli oldukları gözlemlenirken kız ergenlerin cilt, burun ve karın bölgesine yönelik uğraşları olduğu saptanmıştır.⁴² Yazın bize, erkekler ve kadınlar arasında BDB belirtilerinin şiddeti ve komorbid bozukluklar açısından belirgin bir fark olmadığını göstermektedir.¹¹⁰

Bu hastalıkta bireyler genellikle birden fazla vücut bölgesinde kusur bulmaktadırlar.^{47,52,106} Hastaların uğraştıkları vücut bölgelerinin ortalama 5-7 arasında olduğu bildirilmiştir. Hastaların %30'u devamlı olarak aynı vücut bölgesiyle uğraşmakta bazen bu vücut bölgesi ile uğraşı ortadan kalkıp başka bir vücut bölgesine yönelim olmaktadır. Hastaların %40'ında ise hastalık ilerledikçe bu uğraşlara başka vücut bölgelerinin eklenmesi görülmektedir.^{37,52,103,108}

BDB'li kişilerdeki zihinsel uğraş obsesyon düzeyinde olabileceği gibi sanrısız düzeyde olup içgörü tamamen ortadan kaybolabilmektedir. BDB'li hastaların büyük çoğunluğu kusurları ile ilgili düşüncelerinin tamamen doğru olduğuna inanmaktadırlar.¹¹¹ OKB'deki obsesif düşünceler ile BDB'deki düşünceler arasındaki en önemli fark içgörü düzeyidir. Yapılan çalışmalarda BDB hastalarındaki içgörü düzeyleri OKB hastalarına göre oldukça düşük bulunmuştur.^{111,112} BDB'deki içgörü iyi içgörü, zayıf içgörü ve içgörünün olmaması ya da delüzyonel düşünceler olmak üzere üç kademede

sınıflandırılmıştır. İyi içgörü düzeyindeki hastalar görüşlerindeki kusurlarla ilgili düşüncelerinin muhtemelen ya da kesin olarak doğru olmadığını bilmektedirler. Zayıf içgörüye sahip olanlar, inançlarının doğru olabileceğini düşünürken, içgörüye sahip olmayan/delüzyonel düşüncelere sahip olan hastalarsa görüşleriyle ilgili düşüncelerinin kesinlikle doğru olduğuna inanmaktadırlar.^{1,113}

BDB'li hastaların kusurlu buldukları beden bölgelerinin görüşleriyle ilgili olarak içgörü düzeylerine bakılan bir çalışmada hastaların %3'ünde içgörünün tam olduğu, %9'unda iyi düzeyde, %28'inde yeterli ve %18'inde zayıf düzeyde olduğu, %41'inde ise içgörünün hiç olmadığı hastalıkla ilgili düşüncelerin sanrısız düzeyde olduğu saptanmıştır.²¹ Yapılan bir diğer çalışmada hastaların %18'inde zayıf içgörü, %41'inde ise içgörünün olmadığı saptanmıştır.¹¹⁴

BDB'si olan kişi kendindeki kusurun herkes tarafından dikkat çektiğini düşünmektedir. Diğer insanların kusurları ile ilgili olarak konuştuklarını ve alaycı bir şekilde kendilerine baktıklarını düşünmektedirler. Bu düşünceler BDB'li hastalarda kaygı, korku, mutsuzluk, utanç, umutsuzluk, kendinden tiksime, hayal kırıklığı, öfke ve suçluluk gibi duyguların oluşmasına, düşük benlik saygısına yol açabilmektedir.¹¹⁵⁻¹¹⁷ Bu duygularla başedebilmek ve bu durumun verdiği yoğun sıkıntıyı gidermek için kişi OKB'dekine benzer şekilde bir takım davranış biçimleri geliştirmektedir.^{21,118} Bu davranışlardan bazıları uğraştığı beden bölgelerini makyaj yaparak ya da kıyafet seçimi ile kamufle etme, sürekli aynaya bakarak kusurlu vücut bölgesini kontrol etme, kendilerini başka kişilerle kıyaslama, kusurlu gördüğü bölgeye sık sık dokunma, bu bölge ile ilgili onay alma, kusurlu algıladığı bölge ile ilgili branşlara giderek estetik girişimlerde bulunma ve diyet yapma şeklindedir. Bu davranışlara direnç göstermek veya kontrol etmek oldukça zor olabilmektedir.¹¹⁹

BDB hastalarının telafi edici davranışları arasında en sık görülen davranış %96 oranında kendini başkalarıyla kıyaslama, ikinci sıklıkta kamuflej (%93), üçüncü sıklıkta sıkça aynaya bakma (%90), sonrasında ise sırasıyla kişisel bakım (%68), kusurlu olduğu düşünülen beden bölgelerine sık sık dokunma (%59), güven arayışı (%59), kıyafet değişikliği yapma (%44), deri yolma (%40) ve diyet yapmadır (%37). BDB olan hastaların yaşam boyu yaptıkları telafi edici davranışların ortalaması $6,9 \pm 2,4$ olarak saptanmıştır.¹³

Kadınlar erkeklere göre çok daha fazla tekrarlayıcı davranış sergilemekte, kıyafet ve makyajla kusurlu gördükleri bölgelerini daha sık kamufle etmeye çalışmaktadırlar.⁵

BDB’li ergen hastalar da erişkinlerinkine benzer telafi davranışları sergilemektedirler. Kendi beden bölgelerini başkalarınıninkiyle kıyaslama (%91,7), kamufle etme (%89), aynada sık sık beden bölgesini kontrol etme (%89), fazlaca makyaj yapma (%72), onay arama (%56) gibi davranışlarda bulunmaktadır.¹³ Bunların yanı sıra cilt yolma davranışının ergenlerde erişkinlere oranla anlamlı şekilde daha sık olduğu gösterilmiştir.¹³ Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada ise sırası ile ayna kontrolü (%85), kaçınma davranışı (%65), onay alma (%60), başkaları ile kıyaslama (%50), aşırı miktarda makyaj yapma (%50), kaygı uyandıran beden bölgesini kamufle etme (%35) davranışlarının sergilendiği saptanmıştır.⁴⁰

Bu uğraşlar kişinin çok fazla zaman harcamasına neden olmaktadır ve günlük işlevselliği önemli ölçüde bozmaktadır. OKB’de hastalar genellikle korktukları durumun gerçekleşmediğinden emin olmak için telafi edici davranışa yönelirken, BDB’de hastalar kusurlu olarak algıladıkları beden bölgesinin kusurunun hala orada olup olmadığını anlamak için bu kompulsif davranışları yapmaktadırlar. Görünümelerini her kontrol ettiklerinde aynı tabloyla yüzyüze geldikleri için OKB’de olduğu gibi rahatlamaktan ziyade sıkıntıları daha da artmaktadır.^{120,121}

Bu hastalıkta tekrarlayıcı davranışlardan dolayı hastaların aile ve arkadaş ilişkileri etkilenebilmektedir. Özellikle onay arama davranışı nedeniyle hastaların yakınları bu durumu tolere edememekte ve hastalardan uzaklaşabilmektedirler. Çevrelerindeki insanları bu törensel davranışlara ortak etmeleri ve hastaların sosyal etkinliklere katılımının azalması gibi durumlar kişiler arası ilişkilerin bozulmasına neden olabilmekte ve arkadaşlıkların sonlanmasına ve boşanmalara yol açabilmektedir.⁵⁵

Yapılmış olan bir çalışmada hastaların bu davranışlara engel olabilmemesinin, davranışı durdurabilmesinin davranışın tipine göre değiştiği saptanmıştır. Hastaların çoğu başkaları tarafından tuhaf karşılanabileceği için onay arama davranışına engel olabilirken, kamufle etme davranışını durduramamaktadır.⁵⁵ Başka bir çalışmada telafi edici davranışları engellendiği zaman hastaların %26’sı aşırı derecede, %25’i ciddi derecede, %25’i orta derecede, %13’ü hafif derecede anksiyete hissedebileceklerini, yalnızca %13’ü sıkıntı yaşamayacaklarını ifade etmişlerdir.²¹ Bu çalışmada BDB’li hastaların %58’i

kompulsif davranışların işlevselliklerini ileri derecede bozduğunu belirtmişlerdir.²¹ Yapılan bir diğer çalışmada BDB tanısı olan hastaların işlevsellik kayıplarındaki oranlara bakılmış, hastaların %18,8'inde hafif, %50'sinde orta ve de %31,2'sinde ciddi derecede kayıp olduğu saptanmıştır.¹²² Erkek hastaların işlevselliklerinin kadın hastalarla kıyaslandığında belirgin derecede daha düşük olduğu bildirilmektedir.⁵

Ergenlerle yapılan bir çalışmada ise BDB'ye bağlı olarak ergen hastaların %5,7'si ileri derecede, %48,6'sı ciddi derecede ve %40'ı ise orta derecede zorluk yaşadıklarını bildirmişler, %5,7'si ileri derecede, %60'ı ciddi derecede ve %25,7'si orta derecede işlevselliklerinde bozulma olduğunu belirtmişlerdir.¹³

BDB sıklıkla progresif bir seyir göstermekte ve hastalık tedavi edilmedikçe şiddetlenmekte ve kronikleşebilmektedir.^{52,103} Yapılmış olan bir araştırmada BDB hastalarının %80'inin kronik seyir gösterdiği, %50-55'inin ise gittikçe daha da kötüleştiği tespit edilmiştir.⁶⁷ BDB hastalarının bir senelik izleme alındığı bir çalışmada hastaların %84'ü tedavi almıştır, buna rağmen bu hastaların iyileşme oranları çok düşük düzeyde kalmıştır (%9). Kısmi iyileşmenin ise %21 düzeylerinde olduğu saptanmıştır.¹²³

BDB'li hastaların kaygıları sosyal ortamlarda daha fazla ortaya çıktığından, bu hastalarda devamlı evde kalma, sosyal ortamlardan kaçınma, bu nedenlerden dolayı okula veya işe devam edememe gibi sonuçların meydana geldiği bildirilmiştir.^{5,11} BDB hastalarının %74'ünün iş ya da akademik hayatlarında sıkıntılar ortaya çıkabilmektedir.¹²⁴ BDB tanısı almış olan hastaların yaşam kalitesine bakıldığı bir çalışmada, bu hastaların yaşam kalitesinin toplum popülasyonundan, diyabet ve depresyon hastalarından daha düşük çıktığı görülmüştür.³

Prognozu etkileyen etkenler arasında hastanın tanı aldığı andaki hastalığın şiddeti, hastanın yaşı, hastalık belirtilerinin başlamasından tedaviye başvurulana kadar geçen süre bulunmaktadır.¹²⁵ BDB hastalarının takiplerinde en önemli nokta ortaya çıkan intihar düşüncesinin varlığıdır. Yazında BDB'li hastalarda intihar düşüncesinin %40-50, intihar girişiminin ise %17-33 olduğu saptanmıştır.^{12,43,126}

Stockholm ve Londra'da bulunan iki uzman pediatrik obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar polikliniğine art arda başvuran BDB'li 172 gencin dahil edildiği bir çalışmada sistematik olarak klinik veriler toplanmıştır. Örneklem 136 kız, 32 erkek ve 4

trans bireyden (10-19 yaş arası) oluşmuştur. BDB belirtilerinin şiddeti orta ile şiddetli arasında değişmiş, hastaların üçte birinden fazlası şiddetli belirtilerle başvurmuştur. Başvuran hastaların yarısından fazlasının zayıf içgörü/sanrısız inançlar gösterdiği dikkat çekmiştir. Mevcut psikiyatrik eştanı oranının %71,5, kendine zarar verme oranının %52,1, intihar girişimi oranının %11,0, şu anda kozmetik prosedürler için istek belirten hasta oranının %53,7 ve okulu tamamen bırakma oranının ise %32,4 gibi yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Araştırmada kızların öz bildirimine dayanan BDB belirtileri, kendine zarar verme, depresyon ve intihar düşünceleri erkeklere oranla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Daha genç katılımcılarla (14 veya daha genç) karşılaştırıldığında, yaşı daha büyük olan katılımcıların kompulsif davranışları daha şiddetli ve kozmetik işlem istekleri daha fazla saptanmıştır. Bu araştırma sonucuna göre ergenlerde görülen BDB'nin, işlevsellikte önemli bozulmaya sebep olduğu, riskli davranışlar açısından önemli olduğu ve bu durumun üzerinde durulması gereken bir konu olduğu vurgulanmıştır.¹²⁷

DSM-5'e BDB'nin bir türü olarak eklenen kas dismorfisi, kişinin vücut yapısının ufak olmasıyla veya kas yapısının yeterli olmamasıyla ilgili kaygılı olma halini ifade etmektedir. Kas dismorfisi olan kişiler dış görünüşleri normal olduğu halde kendi bedenlerini çok zayıf ve sıksa olarak algılamaktadırlar.¹²⁸ Bu bireylerde yoğun bir şekilde ağırlık çalışma ve çok fazla hormon alımı sonucunda olağandışı kas yapısı ortaya çıkabilmektedir. Kas dismorfisi erkeklerde daha çok görülmekle birlikte madde kullanımı ve ilişkili bozukluklarla birlikte görülme olasılığı yüksektir.¹¹³ Bir meta-analizin sonuçlarına göre üniversite öğrencilerinde kas dismorfisi yaygınlığı yaklaşık %5,9 bulunmuştur ve çoğunlukla erkeklerde görülmektedir. Aynı meta-analizde erkek haltercilerde kas dismorfisinin yaşam boyu yaygınlığının yaklaşık %13,6-44 oranında olduğu tespit edilmiştir.¹²⁸

Nadiren ise BDB'nin diğer bir biçimi olan, kişilerde başkalarının görünümüyle ilgili kaygı ortaya çıkması ve başkasında algılanan fiziksel kusurla uğraş içinde olunmasını içeren BDB by Proxy görülebilmektedir.^{129,130}

2.6 Değerlendirme ve Tanı

BDB'si olan hastalar başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme korkuları, suçluluk ve utanç duygularından dolayı ve bazen de olan kusurun zaten var olduğuna sanırsal düzeyde inandıkları için bu konudaki belirtilerinden klinisyene bahsetmek istemeyebilirler.^{37,43} Bu nedenle klinisyenlerin bu konuda farkındalıklarının olması ve yeri geldiğinde tarama araçlarını kullanmaları önerilmektedir. Tarama testleri sonucunda hastalığın olma ihtimali yüksek kişilere tanı koyabilmek için klinik görüşme yapılması gerekmektedir. BDB'yi taramak için sıklıkla, dört soru içeren ve uygulanması bir-beş dakika arasında süren özbildirime dayanan Beden Dismorfik Bozukluk Anketi önerilmektedir.⁴⁷

BDB'yi saptayabilmek için, özellikle psikiyatri kliniklerinde, madde kullanım bozukluklarının tedavi edildiği kliniklerde ve kozmetik müdahalelerin yapıldığı bölümlerde klinisyenler hastalarla görüşme yaparken spesifik BDB belirtilerini sorgulamalıdır. Hastalar dış görünüşleri ile ilgili kaygıları olduğunu ifade ederlerse klinisyenler tarafından hastaya empati ile yaklaşılmalı, hastalara bu konuda daha fazla konuşmaları için fırsat tanınmalı, hastanın mevcut sıkıntısının akademik, mesleki ve sosyal açıdan işlevsellikte bozulmaya neden olup olmadığı anlaşılmaya çalışılmalıdır. Hastanın içgörü düzeyi değerlendirilmelidir. Hastanın endişelerini küçümsemek, hasta ile nasıl görüldüğü hakkında tartışmak, iyi görüldüğü ile ilgili hastayı ikna etmeye çalışmak ve hastayı bu konuda haksız olduğuna inandırmaya uğraşmak gibi potansiyel tuzaklardan hasta değerlendirme sırasında uzak durulması önerilmektedir.^{47,131,132}

Tablo 1: BDB'nin DSM-5'e Göre Tanı Kriterleri

A. Dış görünümünde, başkalarınca gözlenebilir olmayan ya da başkalarınca önemsenmeyecek, bir veya birden çok kusur ya da özür algılama düşünceleri ile uğraşıp durma.
B. Kişi bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman, dış görünüşüyle ilişkili kaygılarından ötürü tekrarlayan davranışlarda (aynaya bakıp durma, aşırı boyanma, derisini yolma gibi) ya da zihinsel eylemlerde (dış görünümünü başkalarıyla karşılaştırma gibi) bulunur.
C. Bu düşünsel uğraşlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilişkili 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 kişide, vücut yağı ya da ağırlığı ile ilgili kaygılarla daha iyi açıklanamaz.
Varsa belirtiniz: Kas algısı bozukluğu ile giden: Kişi, vücut yapısının çok küçük ya da yeterince kaslı olmadığı düşüncesi ile uğraşıp durmaktadır. Kişinin, çoğu zaman olduğu gibi, diğer vücut bölgeleriyle ilgili düşünsel uğraşları da olsa bu belirleyici kullanılır. Varsa belirtiniz: Beden algısı bozukluğu inanışlarıyla ilgili içgörü derecesini belirtin (örn. 'Çirkin görünüyorum' ya da 'Biçimsiz görünüyorum'). İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, beden algısı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığının ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır. İçgörüsü kötü: Kişi, beden algısı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür. İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, beden algısı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

BDB: Beden Dismorfik Bozukluk

Beden dismorfik bozukluk DSM-5'te Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili bozukluklar içinde bulunmaktadır.¹

2.7. Eş tanı

BDB tanısı almış olan hastaların %92,3'üne yaşam boyu en az bir psikiyatrik bozukluk eşlik etmektedir.⁹³ Yazına bakıldığında BDB olgularının yaşam boyu %21,7'sinin bir, %28,6'sının iki, %41'inin üç ya da daha fazlasının eksen I eş tanısı aldığı bildirilmektedir.⁵³ BDB'li hastaların sadece %8,6'sında komorbidite bulunmamıştır.¹³³

BDB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik tanının major depresyon (%76-84) olduğu bildirilmektedir.¹⁰³ İkinci en sık eş tanı ise sosyal anksiyete bozukluğudur (%37). Bunu %32 ile OKB takip etmektedir.^{103,134} Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada ise BDB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik tanının %31,9 ile obsesif kompulsif bozukluk olduğu, OKB'yi %21,3 ile majör depresyon ve %17 ile sosyal fobinin izlediği saptanmıştır.¹⁰⁹

BDB hastalarında madde kullanım bozukluklarını araştıran bir çalışmada %48,9 oranında madde kullanım bozukluğunun olduğu gösterilmiştir. Bu hastaların belirtilerin verdiği bunalıyla baş edebilmek için self medikasyon olarak madde kullanmaya başladığı düşünülmektedir. En sık kullanılan maddenin ise %29 ile alkol olduğu saptanmıştır.¹³⁵ BDB'li hastaların yaklaşık yarısı, görünümleri ile ilgili endişelerine tahammül etmekte zorlandıkları için, bu endişeleri ile başedebilmek ya da diğer insanların yanında bu konuda daha rahat hissedebilmek için alkol aldıklarını veya madde kullandıklarını bildirmektedirler.^{136,137} Başka bir çalışmada BDB tanısı olan 36 ergen ve 164 erişkinde eş tanıları değerlendirilmiş ve madde kullanım bozukluğu oranı ergenlerde %44 ve erişkinlerde %49 olarak saptanmıştır.¹³ BDB tanısı olup madde kullanım bozukluğu eşlik eden hastalardaki intihar oranlarının madde kullanmayan hastalara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmektedir.¹³⁸

Psikiyatrik hasta grubunda BDB yaygınlığına bakıldığında BDB komorbiditesinin nadir olmadığı gözlenmiştir. Yazına bakıldığında yatarak tedavi görmekte olan major depresyonlu hastalarda BDB oranı %20 olarak saptanırken, 442 OKB hastasının dahil edildiği bir çalışmada %12, yine OKB'li hastalarda yapılan başka bir çalışmada ise %15 oranında BDB bulunmuştur.^{122,124,139} Bunların yanı sıra sosyal fobi nedeniyle takip edilen hastalarda BDB yaygınlığı %11 olarak tespit edilmiş, 62 trikotillomani hastasının %23'ünde BDB eş tanısı saptanmış ve yatarak tedavi görmekte olan madde kullanım bozukluğu tanısı olan hastalarda ise BDB yaygınlığı %26,2 olarak bildirilmiştir.^{122,140,141}

BDB hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastaların %57'sinde kişilik bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. En sık olarak çekingen kişilik bozukluğu (%43), ikinci sıklıkta bağımlı kişilik bozukluğu (%15) bulunmuş, sonrasında sırasıyla obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (%14), paranoid kişilik bozukluğu (%14), pasif agresif kişilik bozukluğu (%9), sınır kişilik bozukluğu (%8), narsistik kişilik bozukluğu (%5) ve en az ise histrionik kişilik bozukluğu (%4) saptanmıştır.⁵⁸ Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda BDB yaygınlığı %80 olarak tespit edilmiştir.¹⁴²

2.8. BDB ve İntihar İlişkisi

BDB'li bireylerde intihar düşüncesi ve intihar girişimi oranları toplum popölasyonuna göre oldukça yüksektir.¹⁴ Bir meta-analize 14 çalışma dahil edilmiş ve sonuçta BDB hastalarının %53'ünde intihar düşüncesinin, %24'ünde ise daha önceden intihar girişiminin olduğu bulunmuştur.¹⁴³

Yazındaki araştırmalarda BDB'li hastalar sağlıklı kontroller, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, OKB, TSSB ve majör depresyonu olan ancak BDB'si olmayan kontrol grubuyla kıyaslanmış ve BDB'si olanlarda intihar düşüncesinin kontrollere göre dört ile yedi kat, intihar girişimlerinin ise iki ile altı kat daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır.¹⁴³⁻¹⁴⁵ Ayrıca, hastanede yatarak tedavi gerektiren intihar girişimlerinin oranı, BDB'si olanlarda diğer hasta gruplarından yedi kat fazla saptanmıştır.¹⁴⁵ Bunların yanı sıra BDB tanısı olan hastalar çoklu intihar girişiminde bulunabilmektedirler. Yapılmış olan prospektif bir çalışmada, BDB tanısı ile takip edilen ve intihar girişiminde bulunan dokuz hastanın dört yıllık takibi boyunca bu hastaların toplamda 30 kez intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir.¹⁴⁶

Yapılan bir çalışmaya 185 BDB hastası katılmış olup çalışmada hastaların intihar düşünce ve girişimleri araştırılmış, çalışmaya katılan hastaların %58'inin intihar düşüncesinin olduğu (toplum popölasyonunun 10-25 katı), %2,6'sının daha önce intihar girişiminin olduğu (toplum popölasyonunun 7 katı) ve %0,3'ünün intihar girişimlerinin ölümle sonuçlandığı (toplum popölasyonunun 45 katı) saptanmıştır.¹⁴⁶ BDB tanısı ile takip edilen ergenlerde intihar düşünce ve girişim oranlarına bakıldığında ise; hastaların %80,6'sında intihar düşüncesi, %44,4'ünde ise intihar girişiminin olduğu saptanmış olup

BDB tanısı olan yetişkinlerle kıyaslandığında bu yaygınlık oranlarının anlamlı oranda daha yüksek olduğu görülmüştür.¹³ Yazındaki diğer araştırmalarda da BDB'li hastaların %80'inin intihar düşüncesine sahip olduğu ve %22-29'unun daha önceden intihar girişiminde bulunmuş olduğu tespit edilmiştir.^{97,147}

Kısmi yatış programında tedavi edilmekte olan hastaların dahil edildiği bir araştırmada majör depresyon, anksiyete bozuklukları, OKB, TSSB ve BDB hastaları intihar düşünceleri ve girişimleri açısından değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda BDB tanısı ile takip edilen hastaların diğer tüm hastalara göre daha fazla oranda orta/ağır intihar riskinin olduğu tespit edilmiştir. Bunların yanı sıra BDB hastalarında yatarak tedavi gereksiniminin diğer bozukluklara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir.¹⁵

BDB hastalarında intihar girişimleri için başlıca risk etkenleri; hastalığın belirtilerinin 17 yaşından daha önce başlamış olması, hastanın ergen olması, hastalık şiddetinin fazla olması, işlevselliğin oldukça etkilenmiş olması, majör depresyon, OKB, TSSB, madde kullanım bozukluğu gibi komorbid durumların olması, çocukluk dönemi ile ilgili algılanan kötü muamelenin mevcut olması olarak belirlenmiştir.^{14,125,143,148,149} BDB'li bireylerdeki utanç ve suçluluk duyguları, BDB hastalarında intihar düşüncesi ve intihar girişimlerine yol açtığı düşünülmektedir.¹⁴³

2.9. Psikiyatri dışı kliniklerde BDB

BDB hastaları uğraştıkları hayali ya da hafif kusurun gerçekten var olduğuna inandıkları için çözüm aramak ve tedavi olmak üzere psikiyatri yerine diğer kliniklere başvurumaktadırlar. Bu nedenle en sık başvurdıkları klinikler; dermatoloji, plastik cerrahi, kulak burun boğaz hastalıkları ve cerrahisi, genel cerrahi, diş hekimliği vb. dir. BDB'li hastalar bu kliniklerde genelde tanınmamakta ve önemsiz ufak kusurları nedeniyle estetik cerrahi ve kozmetik girişimlere maruz kalmaktadırlar.^{21,37,45,114,126}

Yapılan çalışmalarda plastik cerrahi kliniklerine başvuran hastalardaki BDB sıklığı %6-20 oranında saptanmıştır.^{21,46,150,151} Bu başvurular sonucunda yapılan kozmetik cerrahi girişimler arasında en sık rinoplasti, abdominoplasti ve meme rekonstrüksiyonu gibi işlemler bulunmaktadır.¹⁵²⁻¹⁵⁵ Dermatoloji kliniklerinde yapılan çalışmalarda ise BDB sıklığı %9-12 arasında bildirilmiştir.^{21, 156-158} Psikiyatride tanı konulan BDB hastalarına

bakıldığında hastaların %45,2'sinin önceden kozmetik amacıyla dermatoloji kliniklerine başvurdukları ve en sık başvuru nedenlerinin yüzdeki izler, lekeler ve saç dökülmesi olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada bu hastaların tamamına yakınının tedavi aldıkları ve en sık kullanılan ilaçların isotretinoin ve minoksidil olduğu görülmüştür.¹⁵⁶ Yapılan başka bir çalışmada kozmetik tedavi için başvuran BDB hastalarının oranı ise %64 bulunmuştur.¹⁵⁹ BDB tanısı almış hastaların %26'sının en az bir kere estetik açıdan operasyon geçirdiği bildirilmiştir.⁴

BDB'li hastalar algıladıkları kusurların gerçek olduğuna inandıkları için çözüm aramak amacı ile psikiyatri kliniklerinden önce genellikle başka kliniklere başvurmakta, tedavi arayışı ile cerrahi ya da medikal işlemlere maruz kalmakta, verilen tedavi ya da yapılan estetik işlemlerden memnun kalmamakta, kozmetik prosedürlere yeterli yanıt vermemekte hatta bazen işlemlerden sonra şikayetleri daha da artmakta, hastalar daha da kötüleşebilmektedirler.¹⁶⁰⁻¹⁶² Bu tedavi arayışları hastaların tanı ve tedavisinde gecikmelerin olmasına hatta bazen tedaviye dirence sebep olabilmektedir.¹⁶³ Yapılan bir çalışmada hastaların %81'i kozmetik işlemlerden sonra memnuniyetsizlik bildirmişlerdir.⁴ Başka bir çalışmada kozmetik tedavi alan hastaların %88'inin belirtilerinde kötüleşme olduğu görülmüştür.¹⁶⁴

Estetik cerrahi geçiren BDB'li hastaların memnuniyet düzeylerinin incelendiği bir araştırmada, ilk cerrahi girişim sonrası ortalama memnuniyet düzeyi 10 üzerinden 3,9 bulunurken, birden fazla cerrahi girişim geçiren hastaların ortalama memnuniyet düzeyi 2,8'e düşmüştür. Hastaların bu memnuniyetsizliğine göndermede bulunan İngiliz dermatolog Cotteril, "Hiçbir hastalığın tedavisi beden dismorfik bozuklukta olduğu kadar zor değildir" demiştir.¹⁶⁵ Bu nedenlerden dolayı klinisyenlerin daha dikkatli olup kozmetik tedaviye başvuran hastaları BDB açısından değerlendirmeleri önerilmektedir.¹⁶⁰ Hekimlerin BDB olabileceğinden şüphelendikleri kişileri kozmetik tedavi veya cerrahi işlemlerden önce ruh sağlığı hekimine yönlendirmeleri önemlidir.¹¹⁸

Amerikan Kulak Burun Boğaz Akademisi'nin yayınladığı bir kılavuzda, rinoplasti olma talebi ile başvuran hastaların öncelikle BDB için değerlendirilmesi gerektiği, eğer BDB tanısı varsa BDB'nin elektif rinoplasti için kontrendikasyon olduğu belirtilmektedir.^{161, 162} Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği meme veya labia operasyonu isteği ile gelen 18 yaşından küçük kişilerin BDB açısından taranması

gerektiğini ve BDB olması konusunda kuşkuya düşülürse psikiyatri konsültasyonunun önemini vurgulamaktadır.¹⁶⁶ Bu konudaki son görüş ise genital estetik cerrahisi için başvuran tüm kadınların, ameliyat planı yapılmadan önce BDB açısından değerlendirilmesi yönündedir.¹⁶⁷

2.10. Ayırıcı Tanı

Daha önce bahsedildiği üzere BDB'nin OKB'ye olan benzerliklerinden dolayı BDB DSM-5'te obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar içinde sınıflandırılmıştır.^{168,169} BDB'deki bedenle ilgili zihinsel uğraşlar obsesyonlara, sıkıntıları gidermek için yapılan davranış örüntüleri ise kompulsiyonlara benzemekle birlikte BDB'de içgörü OKB'ye göre daha zayıftır. BDB'de düşüncelerin içeriği genel olarak bireyin çirkin olduğu bu nedenle başkaları tarafından beğenilmeyeceği ve kabul görmeyeceği ile ilişkilidir.^{95,170} OKB'de düşünceler egodistonik iken, BDB'de sıklıkla egosintonik olup hatta bazen sanrısız özellik gösterebilmektedir. İntihar riski ve depresyon eş tanısı BDB hastalarında OKB hastalarına göre çok daha sık görülmektedir. OKB hastalarında kompulsif davranışlar kaygıyı azaltırken, BDB'deki ritüeller hastanın sıkıntısını artırmakla birlikte kişinin kontrolü kaybetmesi ve vücut bölgelerinde yeni kusurlar bulması ile sonuçlanabilmektedir.^{111,169,171} BDB'li hastaya ek olarak OKB tanısı koyabilmek için obsesyon ve kompulsiyonların yalnızca görünümle ilgili endişelerle sınırlı olmaması gerekmektedir.⁵⁵

BDB tanısı olan hastaların bir kısmı sosyal ortamlara girdiğinde anksiyeteleri artabilmekte ve bu nedenle sosyal ortamlardan kaçınabilmektedirler. Bu hastalar sosyal anksiyete bozukluğu ile karıştırılabilmekle birlikte BDB'li hastalardaki bu durumun asıl sebebi, uğraşı halinde oldukları vücut kusurlarının başkalarının da dikkatini çekeceği ve bu nedenden ötürü eleştirileceği ihtimalinden duyulan korku ile ilgilidir.^{3,65} Hem sosyal anksiyete bozukluğunda hem de BDB'de başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme korkusu vardır.¹⁷² Sosyal anksiyete bozukluğu tanısı olan kişiler özellikle davranışlarının ya da söylediklerinin başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmesi konusunda endişelenirken, BDB'li hastalar dış görünüşlerinin olumsuz değerlendirilmesinden kaygı duymaktadırlar.¹³² Sosyal fobisi olan bireyler anksiyete oluşturan ortamlardan uzak durdukları zaman rahatlarlarken BDB'li hastalar her ne kadar sosyal ortamlardan

uzaklaşsalar da kaygıları devam etmektedir.⁵⁵ Komorbid olarak birlikte bulunabilen bu iki bozukluğun ilişkisine yönelik yapılmış çalışmalarda sosyal anksiyete bozukluğu belirtilerinin sıklıkla BDB tanısı konmadan önce başladığı saptanmıştır.^{133,173,174}

BDB klinik olarak sanrısız bozukluğun somatik özellikler gösteren tipi ile de benzerlikler göstermektedir. Sanrısız bozukluk tedavide antipsikotiklere iyi cevap verirken, BDB antipsikotiklere göre SSRI'lara daha iyi yanıt vermektedir.^{49,126,175}

Hem BDB hem de yeme bozuklukları (anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza) çarpık beden algısı ve kişinin dış görünüşünden hoşnutsuzluğu ile ilişkilidir. Yeme bozuklukları ve BDB 'nin diğer bazı ortak belirtileri kilo alma endişesi, diyet ve aşırı egzersiz yapmaktır. BDB'si olan bazı bireylerin fazla kilolu olma ile ilgili endişeleri olsa da asıl görünüm endişeleri genellikle yüz ve baş bölgesi ile ilgilidir. Bir hastanın kaygıları yalnızca şişman olma ile ilgiliyse ve yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılıyorsa, hastaya yeme bozukluğu tanısı konulmalıdır. Bazen yeme bozuklukları ve BDB tanıları birbirine eşlik edebilmektedir.^{107,132}

Trikotillomani tanısı olan hastalar tekrarlayıcı şekilde saçlarını ya da vücut kıllarını yolmakta ve bu yolma davranışına direnmekte ya da bu davranışı denetim altına almakta güçlük çekmektedirler. BDB'si olan bazı hastalar da vücut kıllarını yolabilmektedir. Fakat BDB'deki amaç, çok fazla olan yüz kılı ya da düzensiz kaşlar gibi dış görünüşlerinde algıladıkları kusuru ortadan kaldırmaktır.¹⁷⁶

Deri yolma bozukluğu, tekrarlayan deri yolma davranışı ile giden, sonucunda cilt lezyonlarına ve işlevsellikte bozulmaya yol açan bir hastalıktır. Bazı BDB'li hastalar da derisini yolmaktadır. Ancak BDB'deki deri yolma davranışı kişinin algıladığı cilt kusurlarını düzeltme amacı taşıırken, deri yolma bozukluğunda böyle bir amaç bulunmamaktadır.¹⁷⁷

Hem cinsiyet disforisi hem de BDB'de bireyler hoşnut olmadıkları fiziksel özelliklerinden kurtulmaya yönelik kuvvetli bir istek duymaktadırlar. Cinsiyet disforisinde temel sorun genellikle kişinin doğum cinsiyeti ile kişinin hissettiği veya deneyimlediği cinsiyetin birbiri ile uyuşmaması ve bu nedenle birincil ve ikincil sekonder seks karakterlerinden hoşnut olmaması üzerinedir. Kişi yanlış bir beden içinde hapsolmuş olduğunu hissetmektedir. BDB'de ise asıl uğraş bedeninin genel imgesi ile ilgili değil, beden parçaları ile ilgilidir.^{3,45,178}

Olfaktör referans bozukluğu (koku alma referans bozukluğu) kişinin etrafa başkalarını rahatsız edici kötü bir koku yaydığı ile ilgili bir inanç geliştirmesidir.¹⁷⁹ Hem koku alma referans bozukluğunda hem de BDB'de hastalar bir somatik anormallik algılarlar ve buna tepki olarak kompulsif davranışlar sergilerler. Bu somatik algıdan utanma ve başka insanlarca olumsuz değerlendirilme endişesi nedeniyle kişiler sosyal ortamlardan kaçınmaya başlar.¹⁰⁷ BDB'li hastalardaki zihinsel uğraşlar etrafa kötü ve rahatsız edici bir koku yaydıkları ile ilgili değildir. BDB'li hastalar dış görünüşü ile ilgili hafif ya da hayali bir kusur ile ilgili aşırı derecede uğraş halindedirler. Koku alma referans bozukluğunda ise kişi etrafa başkalarını rahatsız edici kötü bir koku yaydığı ile ilgili düşüncelerle yoğun bir şekilde uğraşmaktadır. Bazı yazarlar bu bozukluğun BDB'nin bir formu olduğunu düşünmektedir.²¹

2.11. Tedavi

BDB psikiyatrik eş tanı oranı oldukça yüksek olan, bireyin işlevselliğinde ciddi bozulmalara yol açabilen, zamanında tedavi edilmediği takdirde gittikçe şiddetlenen, kronikleşebilen ve artmış intihar oranları ile seyreden bir bozukluktur. Bu nedenle bu hastalıkta erken tanı koymak ve tedaviye zamanında başlamak oldukça önemlidir.¹²¹

Tedavi için ilk adım hastaya yeterli psikoeğitim verip hastayı tedaviye dahil edebilmek için empati ile yaklaşmak ve tedavinin fayda sağlayacağı ile ilgili ümit vererek hasta ile terapötik işbirliği sağlamaya çalışmaktır.¹⁸⁰ Hastaların çoğu etkili tedavinin varlığından habersizdir. Hem bu sebeple hem de duydukları utanç veya suçluluk duyguları nedeniyle belirtileri saklama ya da yanlış gösterme eğiliminde olabilmektedirler.¹⁸¹ BDB hastalarının bir kısmında hastalıkla ilgili belirtiler sanrı düzeyindedir. Bu nedenle bu hastaların psikiyatriste gitmelerini sağlamak, bu durumun bir hastalık olduğunu ve tedavi edilmesi gerektiğini kabul ettirmek güç olabilmektedir.¹⁸²

Hastayla görüşme yaparken hastanın nasıl görüldüğü ile ilgili yorum yapmak, bu konuya odaklanmak genellikle yardımcı olmamakla birlikte güven verici ifadeler bile hasta tarafından yanlış anlaşılabilmektedir. Klinisyenler hastaların görünümünde bir problem olduğu konusunda onlar gibi düşünmeseler de onları görünümeleri konusunda ikna etmekle uğraşmamalıdır.^{131,180,183} Bunun yerine, tam olarak anlaşılamamış sebeplerle hastaların

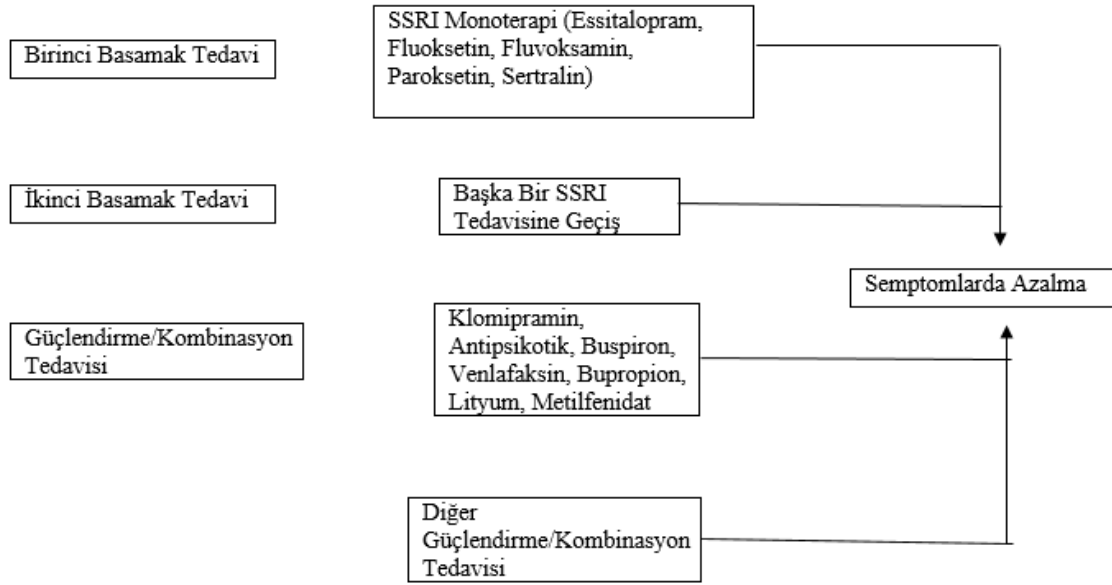
kendilerini, başkalarının onları gördüklerinden daha farklı bir şekilde ve olumsuz gördüklerini ifade edebilirler.

2.11.1. Farmakoterapi

BDB tedavisinde ilk adımda SSRI grubu antidepresanlar kullanılmaktadır.^{71,169,180,184,185} Yapılan çalışmalarda BDB'si olan hastalara 10-16 hafta boyunca SSRI tedavisi verilmiş ve sonrasında belirtilerde %53-73 oranında gerileme olduğu bildirilmiştir.^{104,169,186} SSRI'ların BDB tedavisinde çocuk ve ergenlerde de faydalı olduğu belirtilmektedir. SSRI'ların BDB üzerindeki etkileri; beden algısı ile ilgili takıntılı düşüncelerin düzelmesi, kişinin görünümündeki hayali ya da hafif kusur ile ilgili uğraşlarının azalması, kompulsiyon ve ritüelistik davranışlara direnç gösterebilmesi, bu davranışlar için harcanan sürenin azalması, eş tanı olan depresif belirtilerin ve intihar düşüncelerinin azalması ve de sosyal, mesleki ve akademik alanlarda işlevselliğin artması olarak sıralanabilir.^{55,131,183,184,187,188}

SSRI'lar BDB'nin sanrısız olan tipinde de etkili bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda fluoksetinin sanrısız özellikteki BDB tedavisinde etkili olduğu, bu hastalarda ilk tedavi seçeneğinin düşünülen aksine antipsikotikler değil SSRI'lar olması gerektiği bildirilmiştir.¹⁸⁵ Bu durumun aksine, bir araştırmada essitalopramın sanrısız özellik gösteren BDB'de etkisinin olmadığı, ancak sanrı düzeyinde olmayan hastalarda etkili olduğu saptanmıştır.¹⁸⁹

BDB tedavisinde OKB tedavisinde olduğu gibi SSRI'ların yüksek dozda ve uzun süreli kullanılması önerilmektedir. Klinikte BDB için önerilen ortalama günlük SSRI dozları sertralin için 200 mg/gün, fluoksetin için 70 mg/gün, paroksetin için 60 mg/gün ve essitalopram için 40 mg/gündür.^{73,180,183,189} BDB tedavisinde yüksek dozlar kullanmak gerektiğinden ve yüksek dozlarda sitopramın kardiyak yan etkilere yol açabileceğinden dolayı, tedavide sitopram kullanımı önerilmemektedir. BDB'nin basamaklı tedavisi Şekil 2 'de gösterilmiştir.



Şekil 2: BDB Basamaklı Tedavisi¹⁹⁰

Hong ve arkadaşlarının yayınladığı bir makaleye göre BDB tedavisinde, ilaç düşük dozda başlanıp hasta toleransı ve yan etki profili gözönünde bulundurularak yavaş yavaş titre edilmeli, 5 ila 9. haftalarda maksimum doza ulaşılmalıdır.¹⁹⁰ İlaç yanıtının tam olarak ortaya çıkması için ilacın 12-16 hafta kullanılması gerekmektedir.¹⁸³ Bu süreçte belirtilerde gerileme gözlenmezse öncelikle hastanın ilaç uyumunun iyi olduğundan ve yeterince yüksek doz kullanıldığından emin olunduktan sonra farklı bir SSRI tedavisine geçilmesi önerilmektedir.¹⁹⁰ İlk başlanan SSRI tedavisinin yanına başka bir SSRI eklenmesini destekleyen sınırlı sayıda yayın vardır.⁷³

İkinci kuşak antipsikotikler, venlafaksin, buspiron ve klomipramin güçlendirme tedavisi için tercih edilebilmektedir.^{73,131} Augmentasyon tedavisinin etkisinin görülebilmesi için 6-8 hafta süreyle tedaviye devam edilmelidir.¹³¹ Hasta SSRI tedavisinden fayda görmez ise SSRI tedavisi sonlandırılıp BDB tedavisinde bir seçenek olan serotonerjik etkili klomipraminin başlanması önerilmektedir.¹⁸³

Antipsikotiklerin BDB tedavisinde monoterapide kullanımı önerilmemekle birlikte SSRI'lara ek olarak güçlendirme tedavisi şeklinde kullanımının önemi vurgulanmaktadır. Antipsikotikler özellikle sanrılarının yoğun ve dirençli olduğu, belirgin referans sanrılarının

olduğu, şiddet ve özkıyım riski fazla olan, tedaviye rağmen belirtilerinde gerileme olmayan hastalarda tercih edilmesi önerilmektedir.^{191,192}

Tedavi süresinin ne kadar olması gerektiği ile ilgili net bir konsensus bulunmamakla birlikte yapılan bir çalışmada ilacı bıraktıktan sonra hastaların %83,8'inde belirtilerin nüksettiği görülmüştür.⁷³ Kimi çalışmacılar iyileşme döneminden sonra en az bir sene daha medikal tedaviye devam edilmesi gerektiğini önermektedir.⁷³ İdame tedavinin remisyonda kalma süresini uzattığı ve nüksetme riskini azalttığı saptandığından hastalarda idame tedavi önerilmektedir.¹⁹⁰ Özellikle ciddi intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışları olan, hastalığı şiddetli seyreden bireylerde tedavinin ömür boyu devam etmesi en uygun seçenek olarak görülmektedir. Sonuç olarak tedavi süresinin hastaya özgü karar verilmesi gereken bir durum olduğu belirtilmiştir.^{47,73} Tedaviye süresiz devam edilmesinin hastalığın remisyonda kalmasını sağlayabileceği ancak yan etki riski açısından da dikkatli olunması gerektiği bildirilmektedir.¹⁹³

BDB'de uygun ve yeterli farmakoterapi sonucunda hastalığın belirtilerinin düzelmesi, işlevselliğin yerine gelmesi ve depresif belirtilerin gerilemesi beklenmektedir.⁹³

2.11.2. Bilişsel Davranışçı Terapi

BDB'de etkili olduğu düşünülen bir başka tedavi ise bilişsel davranışçı terapidir (BDT). BDB'ye yönelik BDT, hastalıkla ilgili psikoeğitim ve olgu formülasyonu ile başlamaktadır. Hastanın BDB belirtileri bilişsel davranışçı model ışığında formüle edilmektedir. Bilişsel tedavide hastanın çarpık ve gerçekçi olmayan düşünceleri üzerinde durulmakta, sokratik sorgulama yoluyla bu düşüncelerin doğruluğu sorgulanıp işlevsel ve gerçekçi olan düşüncelerle değiştirilmesine yardımcı olunmaktadır.⁶²

Davranışsal terapi ise hastanın kaygı duyduğu ve kaçındığı durumların belirlenmesi, hastanın bu durumlara maruz bırakılması ve sonrasında tepki önlemeyi içermektedir.¹⁷² Tekrarlayıcı davranışlar için ise davranışların neler olduğu ve sıklığı belirlenmeli, ardından hastanın bu davranışı yapma sıklığına göre tedavi yöntemi

belirlenmelidir. Amaç bu davranışların ortadan kaldırılıp yerine sağlıklı davranışların konulmasıdır. Tedavide kullanılan bir başka yöntem ise davranışsal deneylerdir.⁶²

Tedavi sürecindeki en önemli amaçlardan biri de hastanın kusurlu olarak algıladığı beden bölümüne odaklanmış olan dikkatini, bedeninin bütününe çekmek, daha geniş perspektiften bakmasını, bedenini parça parça değil de bir bütün olarak görmesini sağlamaktır. Terapinin son seanslarında hasta ile problem çözme ve baş etme becerileri çalışılıp hastalığın nüksetmesi durumunda belirtiler ilerlemeden hastanın müdahale edebilmesi amaçlanmaktadır.¹⁹⁴

BDB hastaları ile yapılmış bir çalışmada 8 hafta süren bilişsel davranışçı terapi sonrası hastalar değerlendirilmiş ve hastaların %81,5'inde klinik olarak iyileşme görüldüğü tespit edilmiştir. Tedavi içeriğinde; süreç hakkında hastaları bilgilendirme, fiziksel görünümle ilgili bilişsel çarpıtmaların belirlenip işlevsel olmayan ve aşırı değer verilmiş düşüncelerin çalışılması, kusurlu olduğu düşünülen bölgelerin kontrol edilmesi vb. kompulsif davranışların azaltılması gibi yöntemler yer almaktadır.¹⁹⁵ Bir araştırmada 10 BDB hastasına 6 hafta boyunca BDT yapılmış ve sonucunda terapinin bu hastalıkta etkili olduğu belirtilmiştir.¹⁹⁶ Yapılan bir diğer çalışmada ise 8 hafta süresince 27 olgu ile çeşitli BDT teknikleri çalışılmış ve sonucunda belirtilerde anlamlı düzeyde düzelme saptanmıştır.¹⁹⁵ BDT alan ve almayan toplam 299 BDB'li hastanın dahil edildiği yedi çalışmanın meta-analizinin sonuçlarına göre BDT ile BDB kliniğindeki iyileşme, depresif belirtilerdeki düzelme ve içgörüdeki artma kontrol grubuna göre belirgin ölçüde daha fazla bulunmuştur.¹⁹⁷ BDT'nin etki süresini araştırmak amacıyla yapılmış olan bir araştırma ise BDT'nin faydasının 12 aya kadar devam ettiği sonucuna varmıştır.¹⁹⁸

Yapılan bir çalışmanın sonucuna göre BDB hastalarının görünümeleri ile ilgili düşüncelerinin sanrısız düzeyde olması ve bu sanrısız düşüncelerin ciddiyeti hastalığın prognozunu ve nüksetme olasılığını etkilemezken; hastalığın başlangıç yaşının erken olması ve başvuru anındaki belirtilerin şiddeti hastalığın nüksetme olasılığını etkilemektedir.¹²⁵

BDB'de SSRI tedavisine yanıt oranı, BDT tedavisine yanıt oranına benzer şekilde, %50-80 arası bulunmuştur.¹⁹³ BDT ve SSRI kombine tedavisinin tek başına SSRI tedavisine göre daha etkin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.¹⁸²

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez çalışması Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapılmıştır. Çalışmaya katılmadan önce ergenler kendileri için hazırlanmış olan Katılımcılar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu, ebeveynler ise Ebeveynler için Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu okumuş ve onam formunu imzalamışlardır. Etik kurul onayı 12.05.2022 tarihli 2022/114 sayı ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

3.1. Örneklem

Araştırmamızın evreni Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri'ne başvurusunda cinsel istismar mağduru olduğu tespit edilmiş olan veya cinsel istismara uğramış olması nedeni ile adli psikiyatri polikliniğe başvurmuş olan, çalışmaya katılmak için onay veren 15-18 yaş arasındaki 84 hastadan oluşmaktadır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; hastanın 15-21 yaş arasında olması, hastanın ve ebeveyninin çalışmaya katılmayı kabul etmesi ve hastanın polikliniğimize olan başvurusunda cinsel istismar mağduru olduğunun tespit edilmiş olması ya da cinsel istismara uğramış olması nedeni ile adli psikiyatri polikliniğe başvurmuş olması olarak belirlenmiştir.

Dışlama kriterleri ise; hastanın nörolojik bozukluk, organik beyin hasarı, otizm spektrum bozukluğu, şizofreni ve mental retardasyon ek tanılarının olması, okuma yazma bilmemesi ve iletişimi bozacak düzeyde işitme veya konuşma sorununun olması olarak belirlenmiştir.

3.2. Yöntem

Polikliniğimize cinsel istismar nedeni ile başvurmuş ya da takipleri sırasında cinsel istismar mağduru olduğu tespit edilmiş, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalara takip görüşmelerine geldiklerinde yüz yüze ulaşılmış ve çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan ve hastaların ebeveynlerinden formları doldurmaları istenmiştir. Hastalara sosyodemografik ve klinik veri formu, Vücut

Algısı Ölçeği (VAÖ), İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) ve Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) verilmiştir. Çalışmaya katılan kişilerle klinik görüşme yapılmış DSM-5 kriterlerine göre BDB tanısı araştırılmıştır. Tüm hastalarla ve ebeveynleri ile Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG- ŞY, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie- SADS- Lifetime Version; K-SADSPL) ile yapılan psikiyatrik görüşme sonucunda hastaların eş tanıları belirlenmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Çalışmanın amacına yönelik olarak hazırlanmış form katılımcılar hakkında gerekli bilgiyi asgari düzeyde sağlayacak şekilde araştırmacı tarafından düzenlenmiştir. Bu form ile hastanın yaşı, cinsiyeti, kaç kardeş olduğu, ailenin tipi, sosyoekonomik düzeyi, ebeveynlerin yaşı, öğrenim durumu, mesleği ve alışkanlıkları, geçmişte psikiyatrik tanılarının olup olmadığı, hastanın intihar düşüncesi, intihar girişimi ve beden algısı hakkındaki düşünceleri gibi sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilgili bilgiler edinilmiştir.

3.3.2. Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)

Kişinin beden bölgelerine olan beğenisini ele alarak beden memnuniyeti veya memnuniyetsizliğinin düzeyini belirlemek amacıyla Secord ve Jourard tarafından 1953'te geliştirilmiştir.¹⁹⁹ Ölçek 40 madde içermekte olup, her bir madde bedenin bir bölümü (kol, bacak, dişler gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgilidir. Bu ölçek ile katılımcılardan bu beden bölgelerine yönelik 5'li likert derecelendirmesi üzerinden (1=Çok beğeniyorum, 2=Oldukça beğeniyorum, 3=Kararsızım, 4=Pek beğenmiyorum, 5=Hiç beğenmiyorum) değerlendirme yapması istenmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 40, en yüksek toplam puan ise 200 olup, alınan puan arttıkça kişinin bedeninden duyduğu memnuniyetsizlik düzeyi artmaktadır. Ölçek 1990'da Hovardaoğlu

tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Hovardaoğlu'nun çalışmasında VAÖ'nün iki yarım güvenilirliği 0,75 iç tutarlılığı ise 0,91 olarak saptanmıştır.²⁰⁰ Anbar ölçeğin güvenilirlik ve geçerliğini 2013 yılında yaptığı çalışmasında tekrar değerlendirmiştir. Çalışmada 15 yaş ve üzerinde VAÖ'nin ülkemizde kullanılabilecek güvenilir ve geçerli bir ölçme aracı olduğu sonucunu bulmuşlardır.²⁰¹

3.3.3. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

1989 yılında Cull ve Gill tarafından geliştirilmiştir.²⁰² İÖÖ öz bildirime dayanan likert tipi bir ölçektir ve toplam 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçek (1=Hiçbir zaman veya nadiren, 2=Bazen, 3=Sık sık ve 4=Çoğu zaman veya her zaman) 1-4 arası puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 36-144 arasındadır. Puan artması kişinin intihar riskinin yükseldiğini göstermektedir. İÖÖ, ilk kez Eskin tarafından 1993'te Türkçeye uyarlanmış²⁰³, daha sonra 2007 yılında Atlı tarafından klinik örnekleme geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.²⁰⁴

Ölçeğin; düşmanlık, umutsuzluk, olumsuz kendilik algısı ve intihar düşüncesi olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Her alt ölçek intihara ilişkin farklı bir kuramsal yaklaşım temeline dayanmaktadır. Bu nedenle ölçeğin intihar gibi karışık bir durumu pek çok farklı boyutları ile değerlendiren bir araç olduğundan söz edilebilir. Ölçeğin uygulama yaşı 14 yaş ve üzeridir.²⁰⁴

3.3.4. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)

Bernstein 1994 yılında çocukluk ve ergenlik dönemindeki örselenme ve ihmal yaşantılarını ölçmeye yönelik ölçeğin 70 maddelik ilk versiyonunu oluşturmuş, sonrasında 2003 yılında 28 maddelik kısa versiyonunu yayınlamıştır.²⁰⁵ Bu kısa versiyonun Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2012 yılında Şar, Öztürk ve İkikardeş tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.²⁰⁶ Ölçeğin Türkçeye uyarlanmış hali beş alt ölçek şeklinde olup bu alt ölçeklerde beş madde duygusal ihmali, beş madde duygusal istismarı, beş madde fiziksel ihmali, beş madde fiziksel istismarı ve beş madde cinsel istismarı sorgulamaktadır. Ölçekteki üç madde ise travmayı küçümsemeye yönelik sorular içermektedir. Çocukluk ve ergenlikteki ihmal ve istismar yaşantılarını geriye dönük olarak taramaya yarayan bu ölçek

(1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Sıklıkla ve 5=Çok sık) 5’li likert tipindedir. Ölçekteki yüksek puanlar çocukluk çağı travmalarının fazlalığını ifade etmektedir.²⁰⁷

3.3.5. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG- ŞY, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie- SADS- Lifetime Version; K-SADSPL):

K-SADS-PL, çocuk ve ergenlerin DSM-III-R (APA 1987) ve DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla 1997’de Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış, tanısallık görüşme formudur.²⁰⁸ 2016 yılında DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncellenmiş Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (6-18 Years) - Present and Lifetime Version, DSM-5 (K-SADS-PL-DSM-5) olarak yenilenmiştir.²⁰⁹ Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM-5 Kasım 2016 - Türkçe Uyarlaması’nın (ÇDŞG-ŞYDSM-5-T) geçerlik ve güvenirliği Ünal ve arkadaşları tarafından 2019’da yapılmıştır.²¹⁰

Görüşme çizelgesinin ilk kısmında yapılandırılmamış bir görüşme ile çocuğun ve ailesinin sosyodemografik özellikleri, şikayetleri, gelişim öyküsü, genel olarak okuldaki ve evdeki işlevselliği ile ilgili bilgiler sorgulanmaktadır. İkinci kısımda hem geçmişteki hem de şu andaki 200’den fazla özgül belirtiyi sorgulayan tarama soruları yer almaktadır. Üçüncü kısım DSM-5 tanılarını doğrulamak için yapılan değerlendirmelerden oluşmaktadır. Alınan her bir bilgi ayrı ayrı ve klinisyenin gözlemleriyle birleştirilerek puanlanmaktadır. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile taranabilen birincil tanımlar; major depresif bozukluk, mani, hipomani, siklotimi, bipolar bozukluk, şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, panik bozukluk, agorafobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, özgül fobi, sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu, enürezis, enkoprezis, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, otizm spektrumu bozuklukları, geçici tik bozuklukları, Tourette bozukluğu, kronik motor ya da vokal tik

bozukluğu, alkol kötüye kullanımı, madde kötüye kullanımı ve travma sonrası stres bozukluğudur.²¹¹

3.4. İstatistiksel Analiz

Veri analizinde SPSS 26 programı kullanılmıştır. Ölçek güvenirliği Cronbach alfa ile hesaplanmıştır. Çocukluk çağı travma ölçeği için Cronbach alfa değeri 0,894, intihar etme olasılık ölçeği için 0,841 ve vücut algısı ölçeği 0,961 olarak elde edilmiş olup 0,70 üzerinde olduğundan yüksek düzeyde güvenilir olduğu saptanmıştır. Normal dağılıma uygunluk testleri Çarpıklık-Basıklık (Skewness-Kurtosis) testleri ile değerlendirilmiştir.

Araştırmada yer alan sosyodemografik değişkenler ile anket maddelerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımı kontrol ve olgu gruplarında ayrı ayrı belirtilmiştir. İstatistiksel karşılaştırmalarda parametrik ve parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Ölçek puanlarının normallliği hangi yöntemin kullanılması konusunda karar veren önemli bir varsayımdır ve Çarpıklık-Basıklık (Skewness-Kurtosis) değerleri ± 2 arasında ise puan dağılımı normaldir.²¹² Ancak gruplarda veri sayısı yeterli büyüklükte değilse ($N > 25$) gruplara göre karşılaştırmada parametrik olmayan yöntemler kullanılması önerilmektedir.²¹³ Bu bağlamda iki gruba göre veri sayısını her iki grupta yeterli sayıda olduğu değişkenler için normal dağılım gösteren ölçek puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi yöntemi, veri sayısının bağımsız değişkenlerin iki kategorisinde yeterli sayıda olmadığı değişkenler için ise bu yöntemin parametrik yöntemi olmayan Mann-Whitney U analiz yöntemi kullanılmıştır. Üç ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon yöntemi kullanılmıştır. Ayrıca intihar etme olasılığına ve alt boyutlarına diğer ölçek puanları ya da değişkenlerin etkisini değerlendirmek amacıyla çoklu regresyon analiz yöntemi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde karşılaştırılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya katılanların genel özellikleri

Araştırmamızın evreni Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri'ne başvurusunda cinsel istismar mağduru olduğu tespit edilmiş olan veya cinsel istismara uğramış olması nedeni ile adli psikiyatri polikliniğe başvurmuş olan, çalışmaya katılmak için onay veren 15-18 yaş arasındaki 84 hastadan oluşmaktadır. Değerlendirilen hastaların 19'u BDB tanısı almıştır. BDB tanısı alan hastalar, örneklem içindeki BDB tanısı almayan hastalarla kıyaslanmak üzere olgu ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Çalışmamızda BDB yaygınlığı cinsel istismara uğramış ergenlerde %22,6 saptanmıştır.

Çalışmada olgu grubu 19, kontrol grubu ise 65 ergenden oluşmuştur. Çalışmadaki katılımcıların 76'sı kız (%90,5), 8'i erkektir (%9,5). Olgu ve kontrol grupları arasında cinsiyete göre dağılım farkı bulunamamıştır ($p=0,866$).

Çalışmaya katılan ergenlerin yaşları 15-18 arasında olup, olgu grubundaki hastaların yaş ortalaması $15,89 \pm 0,94$ ve kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması $16,11 \pm 0,87$ olup benzerdir. Kontrol ve olgu grubundaki hastaların yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ($p=0,358$).

Çalışmaya katılan hastaların okula gitme durumu sorgulandığında olgu grubundaki ergenlerin %57,9'unun okula devam ettiği, %42,1'inin okula gitmediği öğrenilmiştir. Kontrol grubundaki ergenlerin ise %76,9'unun okula devam ettiği ve %23,1'inin okula gitmediği saptanmıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında okula gitme açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,102$).

Olgu grubunun %63,2'sinin parçalanmış aile, %21,1'inin çekirdek aile ve %15,8'inin geniş ailede yaşadığı, kontrol grubunun %47,7'sinin çekirdek aile, %33,8'inin parçalanmış aile ve %15,4'ünün geniş ailede yaşadığı öğrenilmiştir. Olgu ve kontrol grubunda aile tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p=0,184$). Katılımcılara ait sosyodemografik özellikler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Olgu grubundaki hastaların %94,7'si ve %96,4'ü kontrol grubundaki hastaların %96,9'u olumsuz yaşam olayı yaşadıklarını belirtmiştir. Olgu grubundaki hastaların %36,8'i ve kontrol grubundaki hastaların %33,8'i ailesinde sözel şiddetin olduğunu belirtmiştir.

Olgu grubundaki hastaların %26,3'ünün, kontrol grubundaki hastaların %20'sinin ailesinde fiziksel şiddet bulunmaktadır. Olgu grubundaki hastaların %26,3'ü, kontrol grubundaki hastaların %16,9'u ailesinde suça karışma olduğunu bildirmiştir. Olgu grubundaki hastaların %10,5'i, kontrol grubundaki hastaların %15,4'ü ailede madde kullanımı olduğunu belirtmiştir. Olgu grubundaki hastaların %36,8'i ve kontrol grubundaki hastaların %24,6'sı daha önce kurum bakımında kaldığını ifade etmiştir. Katılımcılara ait bu özellikler açısından olgu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Olgu grubundaki hastaların %89,5'i ve kontrol grubundaki hastaların %43,1'i sigara kullandığını belirtmiştir. Olgu ile kontrol grubu arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,000$). Olgu grubundaki hastaların %47,4'ü, kontrol grubundaki hastaların %15,4'ü alkol kullandıklarını belirtmiş olup karşılaştırma yapıldığında olgu grubunda alkol kullanım oranı istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,015$).

Olgu grubundaki hastaların %5,3'ünde ve kontrol grubundaki hastaların %1,5'inde madde kullanımının olduğu saptanmıştır. Olgu grubundaki hastaların %26,3'ü ve kontrol grubundaki hastaların %24,6'sının herhangi bir sosyal aktiviteye devam ettikleri öğrenilmiştir. Olgu ve kontrol grupları arasında hem madde kullanımı açısından hem de sosyal aktivite açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Katılımcılara ait özellikler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Cinsel istismar mağduru ergenlerin sosyodemografik ve klinik özellikleri

Değişken		Olgu (n=19) n (%)	Kontrol (n=65) n (%)	p
Cinsiyet	Kadın	17 (89,5)	59 (90,8)	0,866*
	Erkek	2 (10,5)	6 (9,2)	
Yaş	Ort±SS	15,89±0,94	16,11±0,87	0,358**
Okula gitme	Evet	11 (57,9)	50 (76,9)	0,102*
	Hayır	8 (42,1)	15 (23,1)	
Aile Tipi	Çekirdek aile	4 (21,1)	31 (47,7)	0,184*
	Geniş aile	3 (15,8)	10 (15,4)	
	Parçalanmış aile	12 (63,2)	22 (33,8)	
	Anne vefat etmiş	0 (0)	1 (1,5)	
	Baba vefat etmiş	0 (0)	1 (1,5)	
Olumsuz Yaşam Olayı	Yok	1 (5,3)	2 (3,1)	0,651*
	Var	18 (94,7)	63 (96,9)	
Ailede Sözel Şiddet	Yok	12 (63,2)	43 (66,2)	0,809*
	Var	7 (36,8)	22 (33,8)	
Ailede Fiziksel Şiddet	Yok	14 (73,7)	52 (80)	0,555*
	Var	5 (26,3)	13 (20)	
Ailede Suça Karışma	Yok	14 (73,7)	54 (83,1)	0,359*
	Var	5 (26,3)	11 (16,9)	
Ailede Madde Kullanımı	Yok	17 (89,5)	55 (84,6)	0,594*
	Var	2 (10,5)	10 (15,4)	
Kurum Bakımı	Hayır	12 (63,2)	49 (75,4)	0,293*
	Evet	7 (36,8)	16 (24,6)	
Sigara Kullanımı	Hayır	2 (10,5)	37 (56,9)	0,000*
	Evet	17 (89,5)	28 (43,1)	
Alkol Kullanımı	Hayır	10 (52,6)	55 (84,6)	0,015*
	Evet, Ayda Birkaç Kez	7 (36,8)	8 (12,3)	
	Evet, Haftada Birkaç Kez	1 (5,3)	2 (3,1)	
	Evet, İki Ayda Bir Kez	1 (5,3)	0 (0)	
Madde Kullanımı	Hayır	18 (94,7)	64 (98,5)	0,155*
	Evet, Ayda Birkaç Kez	0 (0)	1 (1,5)	
	Evet, Haftada Birkaç Kez	1 (5,3)	0 (0)	
Sosyal Aktivite	Yok	14 (73,7)	49 (75,4)	0,825*
	Var	5 (26,3)	16 (24,6)	
Müzik	Yok	18 (94,7)	63 (96,9)	0,651*
	Var	1 (5,3)	2 (3,1)	
Resim	Yok	17 (89,5)	64 (98,5)	0,063*
	Var	2 (10,5)	1 (1,5)	
Spor	Yok	17 (89,5)	58 (89,2)	0,976*
	Var	2 (10,5)	7 (10,8)	
Vücut Geliştirme	Yok	18 (94,7)	63 (96,9)	0,651*
	Var	1 (5,3)	2 (3,1)	
Tiyatro	Yok	19 (100)	64 (98,5)	0,587*
	Var	0 (0)	1 (1,5)	
Dans	Yok	19 (100)	64 (98,5)	0,587*
	Var	0 (0)	1 (1,5)	

*Ki-kare testi **Bağımsız gruplar t testi

Tablo 3’te olgu ve kontrol grubu kıyaslandığında fiziksel egzersiz/spor yapma sıklığı, tartılma sıklığı ve diyet uygulaması açısından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,348$; $p=0,731$; $p=0,789$).

Olgu grubundaki hastaların %21,1’i ve kontrol grubundaki hastaların %4,6’sı vücut geliştirme amaçlı herhangi bir ilaç veya besin takviyesi kullandıklarını bildirmiş olup olgu grubundaki ergenlerin kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla ilaç veya besin kullandıkları bulunmuştur ($p=0,023$).

Tablo 3: Katılımcıların fiziksel egzersiz, diyet ve tartılma sıklığına ait özellikler

Değişken		Olgu n (%)	Kontrol n (%)	p
Hastanın fiziksel egzersiz/spor yapma sıklığı nedir?	Hiç	11 (57,9)	24 (36,9)	0,348
	Arada Sırada	6 (31,6)	22 (33,8)	
	Haftada 1 Kez	0 (0)	4 (6,2)	
	Haftada 2-3 Kez	0 (0)	9 (13,8)	
	Haftada 4-5 Kez	1 (5,3)	2 (3,1)	
	Haftanın Her Günü	1 (5,3)	4 (6,2)	
Hasta haftada kaç kez tartılır?	Hiç	1 (5,3)	2 (3,1)	0,731
	Haftada 1 Kez	12 (63,2)	33 (50,8)	
	Haftada 2-3 Kez	1 (5,3)	5 (7,7)	
	Haftada 4-5 Kez	0 (0)	2 (3,1)	
	Her Gün	0 (0)	5 (7,7)	
	Ayda Bir Kez	5 (26,3)	18 (27,7)	
Hasta Diyet Uyguluyor mu?	Evet	3 (15,8)	12 (18,5)	0,789
	Hayır	16 (84,2)	53 (81,5)	
Hasta vücut geliştirme amaçlı herhangi bir ilaç veya besin takviyesi kullandı mı?	Evet	4 (21,1)	3 (4,6)	0,023
	Hayır	15 (78,9)	62 (95,4)	

Ki-kare testi

Tablo 4’te gösterildiği gibi hastalar nasıl göründükleri ile ilgili endişe durumuna göre karşılaştırıldığında olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,104$). Kontrol grubundaki hastaların %35,4’ü, olgu grubundaki hastaların %68,4’ü görünüşü ile ilgili daha az düşünmeyi dilediklerini belirtmiştir. Olgu ile kontrol grubu arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,010$).

Kontrol grubundaki hastaların %50,8’i ve olgu grubundaki hastaların %52,6’sı görünüşü ile ilgili esas endişesinin yeterince zayıf olmadığı veya aşırı şişmanlayabileceği ile ilgili olmadığını belirtmiştir ($p=0,886$). Bedeninde özellikle güzel ve çekici bölgeler

bulunmadığından dolayı endişe duyma durumuna göre iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmış olup bu fark olgu grubunda daha yüksek bulunmuştur ($p=0,046$).

Hastanın nasıl görüldüğü ile ilgili düşüncelerin zihnini meşgul etme durumu ve hastanın sıradan bir günde nasıl görüldüğü ile ilgili düşünmek için harcadığı süre değerlendirildiğinde olgu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuş, bu fark olgu grubunda daha yüksek saptanmıştır ($p=0,013$; $p=0,001$).

Hastanın nasıl görüldüğü ile ilgili düşüncelerinin aile ve arkadaşlarıyla bir şeyler yapmasını etkileme durumuna göre kıyaslandığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmış, bu fark olgu grubunda daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$).

Görünümünde olduğunu düşündüğü fiziksel kusur sosyal, mesleki ya da diğer önemli yaşam alanlarının işlevselliğinde herhangi bir olumsuz etkiye yol açma durumuna göre olgu ile kontrol grubu kıyaslandığında olgu grubunun istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla etkilendiği bulunmuştur ($p=0,001$). Kontrol grubundaki hastaların %12,3'ü ve olgu grubundaki hastaların %36,8'i görünümüyle ilgili düşüncelerinin okulla ilgili sorunlara sebep olduğunu belirtmiş olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,009$).

Tablo 4: Katılımcıların beden algısına ait özellikleri

Değişken		Olgu	Kontrol	p
		n (%)	n (%)	
Hasta nasıl görüldüğü ile ilgili endişeli mi?	Evet	15 (78,9)	38 (58,5)	0,104
	Hayır	4(21,1)	27(41,5)	
Hasta görünüşü ile ilgili daha az düşünmeyi diler mi?	Evet	13(68,4)	23(35,4)	0,010
	Hayır	6 (31,6)	42 (64,6)	
Görünüşü ile ilgili esas endişesi yeterince zayıf olmadığı veya aşırı şişmanlayabileceği ile ilgili mi?	Evet	9 (47,4)	32 (49,2)	0,886
	Hayır	10 (52,6)	33 (50,8)	
Hasta bedeninde özellikle güzel ve çekici bulmadığı bölgelerden dolayı endişe duyuyor mu?	Hayır	3 (15,8)	24 (36,9)	0,046
	Biraz	3 (15,8)	11 (16,9)	
	Orta Düzeyde	2 (10,5)	15 (23,1)	
	Oldukça	6 (31,6)	6 (9,2)	
	Son Derece	5 (26,3)	9 (13,8)	
Hastanın nasıl görüldüğü ile ilgili düşünceler zihnini meşgul ediyor mu?	Hiç Meşgul Etmiyor	3 (15,8)	27 (41,5)	0,013
	Biraz Meşgul Ediyor	2 (10,5)	18 (27,7)	
	Orta Düzeyde Meşgul Ediyor	6 (31,6)	11 (16,9)	
	Çok Meşgul Ediyor	6 (31,6)	8 (12,3)	
	Son Derece Meşgul Ediyor	2 (10,5)	1 (1,5)	
Hasta sıradan bir günde nasıl görüldüğü ile ilgili düşünmek için ne kadar zaman harcıyor?	Hiç	1 (5,3)	18 (27,7)	0,001
	Az (Günde 1 Saatten Az)	4 (21,1)	31 (47,7)	
	Orta (Günde 1-3 Saat)	12 (63,2)	14 (21,5)	
	Çok (Günde 3-8 Saat)	2 (10,5)	1 (1,5)	
	Aşırı (Günde 8 Saatten Fazla)	0 (0)	1 (1,5)	
Hastanın nasıl görüldüğü ile ilgili bu düşünceler aile veya arkadaşlarıyla bir şeyler yapmasını ne kadar etkiliyor?	Hiç	7 (36,8)	47 (72,3)	0,001
	Biraz	3 (15,8)	10 (15,4)	
	Orta	3 (15,8)	6 (9,2)	
	Çok Fazla	3 (15,8)	2 (3,1)	
	Son Derece	3 (15,8)	0 (0)	
Görünümündeki bu fiziksel kusur sosyal, mesleki ya da diğer önemli yaşam alanlarının işlevselliğinde herhangi bir olumsuz etkiye yol açıyor mu?	Hiç	7 (36,8)	49 (75,4)	0,001
	Ara Sıra	6 (31,6)	12 (18,5)	
	Orta Düzeyde	1 (5,3)	3 (4,6)	
	Sık Sık	2 (10,5)	1 (1,5)	
	Çok Sık	3 (15,8)	0 (0)	
Nasıl görüldüğü ile ilgili bu düşünceler okulla ilgili sorunlara sebep oldu mu?	Evet	7 (36,8)	8 (12,3)	0,009
	Hayır	12 (63,2)	57 (87,7)	

Ki-kare testi

4.2. Katılımcılara ait tanısal özellikler

Katılımcılar fiziksel hastalık açısından karşılaştırıldığında olgu ve kontrol grubu arasında fiziksel hastalık açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,264$).

Katılımcıların ruhsal hastalık durumu sorgulandığında kontrol grubundaki hastaların 60'ında (%92,3) en az bir ruhsal hastalık bulunduğu, 5'inde (%7,7) ruhsal hastalık olmadığı; olgu grubundaki hastaların tümü için en az bir ruhsal hastalık olduğu saptanmıştır. Ancak iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,213$). Katılımcıların ruhsal hastalık dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir.



Tablo 5: Katılımcılara ait tanısal özellikler

Değişken		Olgu	Kontrol	p
		n (%)	n (%)	
Hastada Fiziksel Hastalık	Yok	14 (73,7)	55 (84,6)	0,264
	Var, günlük işlerini yaparken etkiliyor	0 (0)	2 (3,1)	
	Var, günlük işlerini yaparken etkilemiyor	5 (26,3)	8 (12,3)	
Hastada Ruhsal Hastalık	Yok	0 (0)	5 (7,7)	0,213
	Var	19 (100)	60 (92,3)	
MDB	Yok	11 (57,9)	37 (56,9)	0,94
	Var	8 (42,1)	28 (43,1)	
TSSB	Yok	4 (21,1)	26 (40)	0,129
	Var	15 (78,9)	39 (60)	
Eşik Altı TSSB	Yok	17 (89,5)	52 (80)	0,343
	Var	2 (10,5)	13 (20)	
YAB	Yok	18 (94,7)	61 (93,8)	0,885
	Var	1 (5,3)	4 (6,2)	
DEHB	Yok	13 (68,4)	41 (63,1)	0,669
	Var	6 (31,6)	24 (36,9)	
KOKGB	Yok	15 (78,9)	61 (93,8)	0,052
	Var	4 (21,1)	4 (6,2)	
DB	Yok	17 (89,5)	63 (96,9)	0,180
	Var	2 (10,5)	2 (3,1)	
Özgül Fobi	Yok	19 (100)	64 (98,5)	0,587
	Var	0 (0)	1 (1,5)	
Sosyal Fobi	Yok	18 (94,7)	62 (95,4)	0,907
	Var	1 (5,3)	3 (4,6)	
Panik Bozukluk	Yok	19 (100)	63 (96,9)	0,439
	Var	0 (0)	2 (3,1)	
Blumia Nervoza	Yok	19 (100)	63 (96,9)	0,439
	Var	0 (0)	2 (3,1)	
Anoreksiya Nervoza	Yok	19 (100)	63 (96,9)	0,439
	Var	0 (0)	2 (3,1)	
Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	Yok	19 (100)	64 (98,5)	0,587
	Var	0 (0)	1 (1,5)	
OKB	Yok	18 (94,7)	63 (96,9)	0,651
	Var	1 (5,3)	2 (3,1)	
Trikotillomani	Yok	19 (100)	64 (98,5)	0,587
	Var	0 (0)	1 (1,5)	
Primer Enürezis Diürna	Yok	19 (100)	64 (98,5)	0,587
	Var	0 (0)	1 (1,5)	
Konuşma Akıcılığı Bozukluğu	Yok	19 (100)	64 (98,5)	0,587
	Var	0 (0)	1 (1,5)	
Konversiyon Bozukluğu	Yok	18 (94,7)	64 (98,5)	0,349
	Var	1 (5,3)	1 (1,5)	
Cinsel Disfori	Yok	19 (100)	62 (95,4)	0,34
	Var	0 (0)	3 (4,6)	

Ki-kare testi

MDB: Major Depresif Bozukluk, **TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu, **YAB:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu, **DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, **DB:** Davranım Bozukluğu, **OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk

4.3. Katılımcılara ait tedavi özellikleri

Katılımcıların tedavi özellikleri incelendiğinde olgu grubundaki hastaların %73,7'sinin ve kontrol grubundaki hastaların %63,1'inin psikofarmakolojik tedavi aldığı saptanmıştır. Olgu grubundaki hastaların %63,2'sinin, kontrol grubundaki hastaların %54,4'ünün SSRI; olgu grubundaki hastaların ise %36,8'inin, kontrol grubundaki hastaların ise %45,6'sının antipsikotik kullandıkları tespit edilmiştir. Katılımcılara ait tedavi özellikleri ayrıntılı olarak Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6: Katılımcılara ait tedavi özellikleri

Değişken		Olgu n (%)	Kontrol n (%)	p
Hastada İlaç Kullanımı	Yok	5 (26,3)	24 (36,9)	0,392
	Var	14 (73,7)	41 (63,1)	
Hastanın Kullandığı İlaç Grubu	SSRI	12 (63,2)	31 (54,4)	0,504
	Antipsikotik	7 (36,8)	26 (45,6)	
Sertralin	Hayır	11 (57,9)	40 (61,5)	0,775
	Evet	8 (42,1)	25 (38,5)	
Aripiprazol	Hayır	17 (89,5)	57 (87,7)	0,833
	Evet	2 (10,5)	8 (12,3)	
Fluoksetin	Hayır	15 (78,9)	56 (86,2)	0,445
	Evet	4 (21,1)	9 (13,8)	
Risperidon	Hayır	12 (63,2)	56 (86,2)	0,025
	Evet	7 (36,8)	9 (13,8)	
Metilfenidat	Hayır	18 (94,7)	56 (86,2)	0,31
	Evet	1 (5,3)	9 (13,8)	
Atomoksetin	Hayır	18 (94,7)	63 (96,9)	0,651
	Evet	1 (5,3)	2 (3,1)	
Paliperidon	Hayır	19 (100)	64 (98,5)	0,587
	Evet	0 (0)	1 (1,5)	
Olanzapin	Hayır	18 (94,7)	64 (98,5)	0,349
	Evet	1 (5,3)	1 (1,5)	
Ketyapin	Hayır	19 (100)	63 (96,9)	0,439
	Evet	0 (0)	2 (3,1)	
Mirtazapin	Hayır	19 (100)	63 (96,9)	0,439
	Evet	0 (0)	2 (3,1)	
Benzodiazepin	Hayır	19 (100)	64 (98,5)	0,587
	Evet	0 (0)	1 (1,5)	

Ki-kare testi

SSRI: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü

4.4. Katılımcıların ebeveynlerine ait özellikler

Anne eğitim durumuna göre her iki grup kıyaslandığında eğitim düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,222$). Çalışmaya katılan ergenlerin annelerinin mesleklerine bakıldığında olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0,051$).

Katılımcıların annelerinin fiziksel ve ruhsal hastalık durumu sorgulandığında olgu ile kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,482$; $p=0,8$).

Tablo 7: Katılımcıların annelerine ait özellikler

Değişken		Olgu	Kontrol	p
		n (%)	n (%)	
Eğitim	Okuma Yazması Yok	1 (5,3)	3 (4,6)	0,222
	Okur Yazar	1 (5,3)	2 (3,1)	
	İlkokul Mezunu	6 (31,6)	25 (38,5)	
	Ortaokul Mezunu	7 (36,8)	16 (24,6)	
	Lise Mezunu	1 (5,3)	15 (23,1)	
	Üniversite Mezunu	3 (15,8)	2 (3,1)	
	Yüksek Lisans/Doktora	0 (0)	2 (3,1)	
Meslek	Çalışmıyor	7 (36,8)	41 (63,1)	0,051
	Memur	2 (10,5)	1 (1,5)	
	İşçi	7 (36,8)	19 (29,2)	
	Serbest Meslek	3 (15,8)	2 (3,1)	
	Emekli	0 (0)	2 (3,1)	
Fiziksel Hastalık	Yok	12 (63,2)	50 (76,9)	0,482
	Var, Günlük İşlerini Yapmasını Etkiliyor	3 (15,8)	6 (9,2)	
	Var, Günlük İşlerini Yapmasını Etkilemiyor	4 (21,1)	9 (13,8)	
Ruhsal Hastalık	Yok	15 (78,9)	53 (81,5)	0,8
	Var	4 (21,1)	12 (18,5)	
MDB	Yok	16 (84,2)	61 (93,8)	0,181
	Var	3 (15,8)	4 (6,2)	
Kaygı Bozukluğu	Yok	18 (94,7)	61 (93,8)	0,885
	Var	1 (5,3)	4 (6,2)	
Sch	Yok	17 (89,5)	64 (98,5)	0,063
	Var	2 (10,5)	1 (1,5)	
BPB	Yok	19 (100)	64 (98,5)	0,587
	Var	0 (0)	1 (1,5)	
Panik Bozukluk	Yok	19 (100)	63 (96,9)	0,439
	Var	0 (0)	2 (3,1)	

Ki-kare testi

MDB: Major Depresif Bozukluk, **Sch:** Şizofreni, **BPB:** Bipolar Bozukluk

Baba eğitim durumuna göre olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında eğitim düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,746$). Çalışmaya katılan ergenlerin babalarının mesleklerine bakıldığında iki grup arasında babaların meslekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0,059$).

Katılımcıların babalarının fiziksel ve ruhsal hastalık durumuna göre iki grup kıyaslandığında olgu ile kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,937$; $p=0,976$). Babaların eğitim, meslek, fiziksel ve ruhsal hastalık dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların babalarına ait özellikler

Değişken		Olgu n (%)	Kontrol n (%)	p
Eğitim	Okuma Yazması Yok	0 (0)	0 (0)	0,746
	Okur Yazar	1 (5,3)	2 (3,1)	
	İlkokul Mezunu	5 (26,3)	25 (38,5)	
	Ortaokul Mezunu	4 (21,1)	17 (26,2)	
	Lise Mezunu	7 (36,8)	17 (26,2)	
	Üniversite Mezunu	2 (10,5)	3 (4,6)	
	Yüksek Lisans/Doktora	0 (0)	1 (1,5)	
Meslek	Çalışmıyor	3 (15,8)	3 (4,6)	0,059
	Memur	2 (10,5)	1 (1,5)	
	İşçi	6 (31,6)	42 (64,6)	
	Serbest Meslek	7 (36,8)	16 (24,6)	
	Emekli	1 (5,3)	3 (4,6)	
Fiziksel Hastalık	Yok	15 (78,9)	50 (76,9)	0,937
	Var, Günlük İşlerini Yapmasını Etkiliyor	3 (15,8)	10 (15,4)	
	Var, Günlük İşlerini Yapmasını Etkilemiyor	1 (5,3)	5 (7,7)	
Ruhsal Hastalık	Yok	17 (89,5)	58 (89,2)	0,976
	Var	2 (10,5)	7 (10,8)	
MDB	Yok	18 (94,7)	63 (96,9)	0,651
	Var	1 (5,3)	2 (3,1)	
Kaygı Bozukluğu	Yok	19 (100)	63 (96,9)	0,439
	Var	0 (0)	2 (3,1)	
BPB	Yok	18 (94,7)	65 (100)	0,063
	Var	1 (5,3)	0 (0)	
Sch	Yok	19 (100)	64 (98,5)	0,587
	Var	0 (0)	1 (1,5)	
Panik Bozukluk	Yok	18 (94,7)	65 (100)	0,063
	Var	1 (5,3)	0 (0)	
Kişilik Bozukluğu	Yok	19 (100)	64 (98,5)	0,587
	Var	0 (0)	1 (1,5)	

Ki-kare testi

MDB: Major Depresif Bozukluk, **BPB:** Bipolar Bozukluk, **Sch:** Şizofreni

4.5. Katılımcıların kardeşlerine ait özellikler

Katılımcıların kardeşlerinde bulunan fiziksel ve ruhsal hastalıklar karşılaştırıldığında olgu ile kontrol grupları arasında kardeşlerin fiziksel ve ruhsal hastalığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,272$; $p=0,09$). Kardeşlerin fiziksel ve ruhsal hastalık dağılımı Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9: Katılımcıların kardeşlerine ait özellikler

Değişken		Olgu n (%)	Kontrol n (%)	p
Fiziksel Hastalık	Yok	17 (89,5)	60 (92,3)	0,272
	Var, Günlük İşlerini Yapmasını Etkiliyor	0 (0)	3 (4,6)	
	Var, Günlük İşlerini Yapmasını Etkilemiyor	2 (10,5)	2 (3,1)	
Ruhsal Hastalık	Yok	15 (78,9)	60 (92,3)	0,098
	Var	4 (21,1)	5 (7,7)	
DEHB	Yok	16 (84,2)	62 (95,4)	0,096
	Var	3 (15,8)	3 (4,6)	
KOKGB	Yok	19 (100)	64 (98,5)	0,587
	Var	0 (0)	1 (1,5)	
DB	Yok	18 (94,7)	65 (100)	0,063
	Var	1 (5,3)	0 (0)	
Kişilik Bozukluğu	Yok	19 (100)	64 (98,5)	0,587
	Var	0 (0)	1 (1,5)	
Zeka Geriliği	Yok	18 (94,7)	63 (96,9)	0,651
	Var	1 (5,3)	2 (3,1)	
Akraba Evliliği	Yok	1 (5,3)	9 (13,8)	0,31
	Var	18 (94,7)	56 (86,2)	

Ki-kare testi

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, **DB:** Davranım Bozukluğu

4.6. Katılımcıların intihar davranışına ait özellikleri

Ergenler intihar girişimi açısından kıyaslandığında kontrol grubundaki hastaların %56,9’u ve olgu grubundaki hastaların %73,7’si intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. İntihar girişim oranı olgu grubunda daha yüksek bulunsada iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gösterilememiştir ($p=0,188$).

Olgu grubundaki ergenlerin ortalama intihar girişiminde bulunma sayısı $3,2\pm2,1$ iken kontrol grubundakilerin $2,5\pm1,9$ 'dur. Gruplar arasında hastaların intihar girişiminde bulunma sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,186$).

Tablo 10: Katılımcıların intihar girişimi oranı ve intihar girişiminde bulunma sayısı

Değişken		Olgu n (%)	Kontrol n (%)	p
İntihar Girişimi	Hayır	5(26,3)	28(43,1)	0,188*
	Evet	14(73,7)	37(56,9)	
İntihar Girişiminde Bulunma Sayısı	Ort $\pm$ SS	$3,2\pm2,1$	$2,5\pm1,9$	0,186**

**Ki-kare testi*, ** *Mann-Whitney U Testi*

Katılımcıların intihar düşüncesi, intihar girişimi, kendine zarar verme davranışı, aile ya da arkadaşlarında intihar girişiminde bulunma ve aile ya da çevresinde intihar ile ölüm olması özelliklerine bakıldığında her iki grup arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır.

Hastanın bildirdiği intihar olasılığı ve birisine intihar edebileceğini söyleme durumları açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuş, bu farkın olgu grubunda daha yüksek bulunmasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p=0,011$; $p=0,012$). Hastaların intihar davranışına ait özellikler Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11: Katılımcıların intihar davranışına ait özellikleri

Değişken		Olgu n (%)	Kontrol n (%)	P
Hastanın hiç kendini öldürmeyi düşündüğü oldu mu?	Hayır	1 (5,3)	16 (24,6)	0,179
	Evet, Bir Kez	5 (26,3)	19 (29,2)	
	Bazen	5 (26,3)	14 (21,5)	
	Sıklıkla	1 (5,3)	6 (9,2)	
	Çok Sık	2 (10,5)	5 (7,7)	
	Her Zaman	5 (26,3)	5 (7,7)	
Hasta, birisine hiç intihar edebileceğini söyledi mi?	Evet	15 (78,9)	30 (46,2)	0,012
	Hayır	4 (21,1)	35 (53,8)	
İntihar Girişimi	Hayır	5 (26,3)	28 (43,1)	0,596
	Evet, İlaç Alarak	6 (31,6)	12 (18,5)	
	Evet, Kesici Bir Alet İle	2 (10,5)	3 (4,6)	
	Evet, Yüksekten Atlama	0 (0)	1 (1,5)	
	Evet, Asmaya Çalışmak	0 (0)	1 (1,5)	
	Evet, Çoklu Yöntem	6 (31,6)	20 (30,8)	
Vücuduna daha önce zarar verdiği oldu mu?	Hayır	3 (15,8)	21 (32,3)	0,521
	Evet, Kollarını Ya Da Vücudunun Diğer Yerlerini Kesme Ya Da Çizme	6 (31,6)	14 (21,5)	
	Evet, Sigara Ya Da Diğer Yollarla Yakma	0 (0)	2 (3,1)	
	Evet, Saç Yolma	0 (0)	2 (3,1)	
	Evet, Başını, Yumruğunu vb. Şiddetle Sert Yerlere Vurma	0 (0)	1 (1,5)	
	Evet, Çoklu Yöntem	10 (52,6)	25 (38,5)	
İntihar Olasılığı	Hiçbir Zaman Etmem	4 (21,1)	31 (47,7)	0,011
	Şu Anda Düşünmüyorum Ama Gelecekle İlgili Kesin Bir Şey Söyleyemem	8 (42,1)	26 (40)	
	Belki	6 (31,6)	3 (4,6)	
	Mutlaka	1 (5,3)	3 (4,6)	
	Mutlaka Birden Fazla Tekrarlama Olasılığım Var	0 (0)	2 (3,1)	
Ailede intihar girişiminde bulunan var mı?	Evet	4 (21,1)	13 (20)	0,92
	Hayır	15 (78,9)	52 (80)	
Arkadaşları arasında intihar girişiminde bulunan var mı?	Evet	9 (47,4)	16 (24,6)	0,056
	Hayır	10 (52,6)	49 (75,4)	
Aile ya da çevrende intihar ile ölen var mı?	Var	5 (26,3)	14 (21,5)	0,661
	Yok	14 (73,7)	51 (78,5)	

Ki-kare testi

4.7. Gruplar arasında Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt boyutları ile Vücut Algısı Ölçeği puan farklarının incelenmesi

Kontrol ve olgu grubundaki hastaların çocukluk çağı travma ölçeği duygusal istismar ve minimizasyon alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark elde edilmiştir ($p=0,026$; $p=0,03$). Olgu grubundaki hastaların duygusal istismar puan ortalaması kontrol grubuna oranla daha yüksek iken kontrol grubundaki hastaların minimizasyon puan ortalaması olgu grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak kontrol ve olgu grubundaki hastaların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı ile fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve fiziksel istismar alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Kontrol ve olgu grubundaki hastaların intihar olasılığı ölçeği toplam puanı ile umutsuzluk ve düşmanlık alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark elde edilmiş olup olgu grubundaki hastaların puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır. Ancak kontrol ve olgu grubundaki hastaların intihar olasılığı ölçeği intihar düşüncesi ve kendini olumsuz değerlendirme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak herhangi bir fark gösterilememiştir.

Olgu grubundaki hastaların ortalama vücut algısı ölçeği puanları kontrol grubuna göre daha yüksek olsa da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,192$). Katılımcılara ait ölçekler ve alt boyut puanları Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: Olgu ve kontrol grubunun ÇÇTÖ, İÖÖ ve alt boyutları ile VAÖ puanları

Ölçek Puanları	Olgu (n=19)	Kontrol (n=65)	z	p
	Ort±SS	Ort±SS		
ÇÇTÖ Toplam	58,5±12,9	53,6±18,9	-1,054	0,295
Fiziksel İhmal	8,8±3,6	7,4±3,2	-1,58	0,118
Duygusal İhmal	15,1±5,7	13,1±6,1	-1,237	0,22
Cinsel istismar	13,5±4,9	15,4±6,5	1,153	0,252
Duygusal İstismar	13,4±4,9	10,2±5,6	-2,273	0,026
Fiziksel istismar	7,7±4,2	7,5±4,7	-0,177	0,86
Minimizasyon	0,3±0,6	0,8±0,9	2,21	0,03
İÖÖ Toplam	89,9±13,5	80,8±14,9	-2,401	0,019
Umutsuzluk	32,6±7	27,5±7,5	-2,647	0,01
İntihar Düşüncesi	18,9±6,8	16,4±6,7	-1,419	0,16
Kendini Olumsuz Değerlendirme	18,8±5,4	21,6±5,7	1,936	0,056
Düşmanlık	19,6±4,2	15,2±4,3	-3,945	,000
VAÖ	123,8±27,6	112,2±35,6	-1,316	0,192

Mann-Whitney U Testi

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği, VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği

4.8. Psikofarmakolojik tedavi alan ve almayan hastaların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt boyutları ile Vücut Algısı Ölçeği puanları

Psikofarmakolojik tedavi alan ve almayan hastaların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı ile tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanamamıştır ($p>0,05$). Psikofarmakolojik tedavi alan ve almayan hastaların intihar olasılığı ölçeği kendini olumsuz değerlendirme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ve tedavi almayan hastaların ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p=0,03$).

İlaç kullanan ve kullanmayan hastaların vücut algısı ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark elde edilmiştir ve ilaç kullanan hastaların vücut algısı puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p=0,006$). İlaç kullanan ve kullanmayan hastaların ölçek ve alt boyut puanları Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13: Psikofarmakolojik tedavi alan ve almayan hastaların ÇÇTÖ, İÖÖ ve alt boyutları ile VAÖ puanları

Ölçek Puanları	Psikofarmakolojik tedavi alan (n=55)	Psikofarmakolojik tedavi almayan (n=29)	t	p
	Ort±SS	Ort±SS		
ÇÇTÖ Toplam	56±19,2	52,2±14,7	-0,948	0,346
Fiziksel İhmal	8,2±3,7	6,9±2,2	-1,822	0,072
Duygusal İhmal	13,7±6,3	13,3±5,6	-0,313	0,755
Cinsel istismar	14,6±6,3	15,6±6	0,666	0,507
Duygusal İstismar	11,5±5,7	9,8±5,2	-1,351	0,18
Fiziksel istismar	8±4,9	6,8±4	-1,178	0,242
Minimizasyon	0,7±0,9	0,6±0,9	-0,506	0,615
İÖÖ Toplam	83,6±15,6	81,4±14	-0,642	0,522
Umutsuzluk	29,6±7,8	27±7,3	-1,499	0,138
İntihar Düşüncesi	17,4±6,7	16,1±6,9	-0,877	0,383
Kendini Olumsuz Değerlendirme	20±5,3	22,9±6,2	2,205	0,03
Düşmanlık	16,6±4,8	15,5±4,2	-1,018	0,312
VAÖ	122,1±33,1	100,9±32,1	-2,82	0,006

Bağımsız gruplar t testi

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği, VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği

4.9. Ailede sözel şiddetin olması durumuna göre hastaların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt boyutları ile Vücut Algısı Ölçeği puanları

Ailede sözel şiddetin olması durumuna göre hastaların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı ile fiziksel ihmal, duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve minimizasyon alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ailede sözel şiddetin olduğunu belirten hastaların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı ile fiziksel ihmal, duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar puan ortalamaları daha yüksek iken minimizasyon alt boyutu puan ortalaması ailede sözel şiddet olmayan hastalarda daha yüksek bulunmuştur.

Ailede sözel şiddetin olması durumuna göre hastaların intihar olasılığı ölçeği toplam puanı ve tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0,05$). Ailede sözel şiddetin olduğunu söyleyen hastaların intihar ölçeği puan ortalaması ile umutsuzluk, intihar düşüncesi ve düşmanlık alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ailede sözel şiddet olma durumuna göre hastaların ölçek ve ölçek alt boyut puanları Tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 14: Ailede sözel şiddetin olması durumuna göre hastaların ÇÇTÖ, İÖÖ ve alt boyutları ile VAÖ puanları

Ölçek Puanları	Ailede sözel şiddet		t	p
	Var (n=29)	Yok (n=55)		
	Ort±SS	Ort±SS		
ÇÇTÖ Toplam	67,9±15,1	47,8±15	-5,836	,000
Fiziksel İhmal	10±3,5	6,6±2,5	-5,225	,000
Duygusal İhmal	17,4±4,9	11,5±5,6	-4,756	,000
Cinsel istismar	16±5,9	14,4±6,3	-1,115	0,268
Duygusal İstismar	14,4±5	9±4,9	-4,808	,000
Fiziksel istismar	10±5,7	6,3±3,3	-3,846	,000
Minimizasyon	0,2±0,5	0,9±1	3,232	0,002
İÖÖ Toplam	89,2±16	79,5±13,4	-2,951	0,004
Umutsuzluk	32,2±7,5	26,8±7,1	-3,27	0,002
İntihar Düşüncesi	20,9±6,7	14,9±5,9	-4,234	,000
Kendini Olumsuz Değerlendirme	17,5±4,1	22,8±5,7	4,468	,000
Düşmanlık	18,6±4,9	15±4	-3,627	,000
VAÖ	121,2±35,5	111,5±33,2	-1,25	0,215

Bağımsız gruplar t testi

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği, VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği

4.10. Ailede fiziksel şiddetin olması durumuna göre hastaların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt boyutları ile Vücut Algısı Ölçeği puanları

Ailede fiziksel şiddetin olması durumuna göre hastaların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı ile fiziksel ihmal, duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve minimizasyon alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ailede fiziksel şiddetin olduğunu belirten hastaların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı ile fiziksel ihmal, duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Ailede fiziksel şiddetin olması durumuna göre hastaların intihar olasılığı ölçeği tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark elde edilmiştir ($p<0,05$). Ailede fiziksel şiddet olduğunu söyleyen hastaların umutsuzluk, intihar düşüncesi ve düşmanlık alt boyut ortalamaları daha yüksek iken kendini olumsuz değerlendirme alt boyut ortalaması

daha düşük saptanmıştır. Ailede fiziksel şiddetin olması durumuna göre hastaların intihar olasılığı ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterilememiştir ($p=0,051$).

Ailede fiziksel şiddetin olması durumuna göre hastaların vücut algısı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,744$). Ailede fiziksel şiddetin olması durumuna göre hastaların ölçek ve ölçek alt boyutları puanları Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 15: Ailede fiziksel şiddetin olması durumuna göre hastaların ÇÇTÖ, İÖÖ ve alt boyutları ile VAÖ puanları

Ölçek Puanları	Ailede fiziksel şiddet		z	p
	Var (n=18)	Yok (n=66)		
	Ort±SS	Ort±SS		
ÇÇTÖ Toplam	74,1±15,7	49,4±14,3	-6,33	,000
Fiziksel İhmal	11±3,6	6,9±2,6	-5,501	,000
Duygusal İhmal	18,4±4,8	12,2±5,6	-4,284	,000
Cinsel istismar	15,8±5,6	14,7±6,4	-0,627	0,533
Duygusal İstismar	16,2±4,9	9,4±4,8	-5,225	,000
Fiziksel istismar	12,7±5,8	6,2±3	-6,473	,000
Minimizasyon	0,1±0,3	0,8±0,9	3,036	0,003
İÖÖ Toplam	89±17,2	81,2±14	-1,988	0,051
Umutsuzluk	32,2±8,8	27,7±7,1	-2,23	0,028
İntihar Düşüncesi	19,9±6,5	16,2±6,7	-2,107	0,038
Kendini Olumsuz Değerlendirme	17,9±4,3	21,8±5,8	2,633	0,01
Düşmanlık	19±5,1	15,5±4,2	-2,998	0,004
VAÖ	117,2±40,1	114,2±32,6	-0,327	0,744

Mann-Whitney U Testi

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği, VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği

4.11. Bedeninde güzel ve çekici bulmadığı bölgelerden dolayı duyulan endişe durumuna göre hastaların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt boyutları ile Vücut Algısı Ölçeği puanları

Bedeninde güzel ve çekici bulmadığı bölgelerden dolayı duyulan endişe durumuna göre değerlendirildiğinde hastaların çocukluk çağı travma ölçeği cinsel istismar alt boyut

puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,049$). Endişeli olduğunu belirten ergenlerin cinsel istismar alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bedeninde güzel ve çekici bulmadığı bölgelerden dolayı duyulan endişe durumuna göre hastaların intihar olasılığı ölçeği toplam puanları ile umutsuzluk, intihar düşüncesi ve düşmanlık alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmakla birlikte endişe duyan hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir ($p<0,05$).

Bedeninde güzel ve çekici bulmadığı bölgelerden dolayı duyulan endişe durumuna göre hastaların vücut algısı ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ve endişe duyan hastaların vücut algısı puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,000$). Tüm karşılaştırmalar Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16: Bedeninde güzel ve çekici bulmadığı bölgelerden dolayı duyulan endişe durumuna göre hastaların ÇÇTÖ, İÖÖ ve alt boyutları ile VAÖ puanları

Ölçek Puanları	Bedeninde güzel ve çekici bulmadığı bölgelerden dolayı duyulan endişe		t	p
	Evet (n=57)	Hayır (n=27)		
	Ort±SS	Ort±SS		
ÇÇTÖ Toplam	55,9±15,4	52,2±22,1	-0,894	0,374
Fiziksel İhmal	7,9±3,4	7,3±3,1	-0,797	0,428
Duygusal İhmal	13,3±5,8	14,1±6,4	0,616	0,539
Cinsel istismar	15,9±5,7	13±6,9	-1,999	0,049
Duygusal İstismar	11,4±5	9,9±6,6	-1,128	0,263
Fiziksel istismar	7,4±4,3	7,9±5,3	0,382	0,703
Minimizasyon	0,7±0,9	0,6±0,9	-0,175	0,861
İÖÖ Toplam	88,5±12,5	70,9±12,8	-5,97	,000
Umutsuzluk	31,6±6,5	22,6±6,2	-5,961	,000
İntihar Düşüncesi	18,8±6,6	13±5,5	-3,964	,000
Kendini Olumsuz Değerlendirme	20,4±5,8	22,2±5,5	1,347	0,182
Düşmanlık	17,7±4,3	13,1±3,6	-4,83	,000
VAÖ	123,8±29	95,9±36,8	-3,759	,000

Bağımsız gruplar t testi

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, **İÖÖ:** İntihar Olasılığı Ölçeği, **VAÖ:** Vücut Algısı Ölçeği

4.12. Görünümüyle ilgili düşüncelerinin zihnini meşgul etme durumuna göre hastaların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt boyutları ile Vücut Algısı Ölçeği puanları

Görünümüyle ilgili düşüncelerinin zihnini meşgul ettiğini belirten hastaların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanları ile cinsel istismar ve duygusal istismar alt boyut puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek iken minimizasyon alt boyut ortalaması daha düşük bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Görünümüyle ilgili düşüncelerinin zihnini meşgul etme durumuna göre hastaların intihar olasılığı ölçeği toplam puanları ile tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark elde edilmiştir ($p<0,05$). Görünümünün zihnini meşgul ettiğini belirten hastaların intihar olasılığı ölçeği toplam puan ortalaması ile umutsuzluk, intihar düşüncesi ve düşmanlık alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Görünümüyle ilgili düşüncelerinin zihnini meşgul etme durumuna göre hastaların vücut algısı ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmekle birlikte görünümünün zihnini meşgul ettiğini belirten hastaların vücut algısı ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu gösterilmiştir ($p=0,000$).

Tablo 17: Görünümüyle ilgili düşüncelerinin zihnini meşgul etme durumuna göre hastaların ÇÇTÖ, İÖÖ ve alt boyutları ile VAÖ puanları

Ölçek Puanları	Zihnini meşgul etme		t	p
	Evet (n=54)	Hayır (n=30)		
	Ort±SS	Ort±SS		
ÇÇTÖ Toplam	58,3±15,7	48,2±19,6	-2,573	0,012
Fiziksel İhmal	7,9±3,3	7,4±3,4	-0,725	0,471
Duygusal İhmal	14,4±5,5	12,1±6,7	-1,719	0,089
Cinsel istismar	16,3±5,7	12,6±6,5	-2,665	0,009
Duygusal İstismar	12±5,3	8,8±5,6	-2,603	0,011
Fiziksel istismar	7,7±4,2	7,4±5,3	-0,302	0,763
Minimizasyon	0,5±0,8	0,9±1	2,165	0,033
İÖÖ Toplam	88,6±12,3	72,5±14	-5,453	,000
Umutsuzluk	31,3±6,5	23,9±7,4	-4,747	,000
İntihar Düşüncesi	19,1±6,4	13±5,6	-4,37	,000
Kendini Olumsuz Değerlendirme	20±5,6	22,7±5,8	2,101	0,039
Düşmanlık	18,1±4	12,8±3,6	-5,942	,000
VAÖ	125±28,9	96,5±35,5	-3,983	,000

Bağımsız gruplar t testi

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği, VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği

4.13. Katılımcılara ait ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı ile intihar olasılığı ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde; vücut algısı ölçeği puanı ile pozitif yönde ve düşük düzeyde ilişki elde edilmiştir. Hastaların çocukluk çağı travma ölçeği puanları arttıkça hem intihar etme olasılığı ölçeği puanları hem de vücut algısı ölçeği puanlarının arttığı saptanmıştır.

Çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı ile intihar olasılığı ölçeği umutsuzluk, intihar düşüncesi ve düşmanlık alt boyutları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde ilişki elde edilmiştir. Hastaların çocukluk çağı travma ölçeği puanları arttıkça umutsuzluk, intihar düşüncesi ve düşmanlık alt boyut puanlarının arttığı saptanmıştır.

Çocukluk çağı travma ölçeği fiziksel ihmal alt boyutu ile intihar olasılığı ölçeği genel puanı, intihar düşüncesi ve düşmanlık alt boyut puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde ilişki var iken umutsuzluk alt boyutu ile orta düzeyde ve pozitif yönde ilişki elde

edilmiştir. Hastaların çocukluk çağı travma ölçeği fiziksel ihmal alt boyut puanları arttıkça intihar olasılığı toplam puanı ile umutsuzluk, intihar düşüncesi ve düşmanlık alt boyut puanlarının arttığı bulunmuştur. Çocukluk çağı travma ölçeği fiziksel ihmal boyutu ile vücut algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çocukluk çağı travma ölçeği duygusal ihmal alt boyutu ile intihar olasılığı ölçeği toplam puanı, umutsuzluk, intihar düşüncesi ve düşmanlık alt boyut puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde ilişki elde edilmiştir. Hastaların çocukluk çağı travma ölçeği duygusal ihmal alt boyut puanları arttıkça intihar olasılığı toplam puanı ile umutsuzluk, intihar düşüncesi ve düşmanlık alt boyut puanlarının arttığı saptanmıştır. Çocukluk çağı travma ölçeği duygusal ihmal boyutu ile vücut algısı ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çocukluk çağı travma ölçeği cinsel istismar alt boyutu ile intihar olasılığı ölçeği toplam puanı, umutsuzluk ve düşmanlık alt boyutları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde bir ilişki saptanmış iken intihar düşüncesi alt boyutu ile pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki elde edilmiştir. Hastaların çocukluk çağı travma ölçeği cinsel istismar alt boyut puanları arttıkça intihar olasılığı toplam puanı ile umutsuzluk, intihar düşüncesi ve düşmanlık alt boyut puanlarının arttığı bulunmuştur. Çocukluk çağı travma ölçeği cinsel istismar alt boyutu ile vücut algısı ölçeği puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Hastaların çocukluk çağı travma ölçeği cinsel istismar alt boyut puanları arttıkça vücut algısı ölçeği puanlarının da arttığı görülmüştür.

Çocukluk çağı travma ölçeği duygusal istismar alt boyutu ile intihar olasılığı ölçeği toplam puanı, umutsuzluk, intihar düşüncesi ve düşmanlık alt boyutları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde ilişki elde edilmiştir. Hastaların çocukluk çağı travma ölçeği duygusal istismar alt boyutu puanları arttıkça intihar olasılığı ölçeği umutsuzluk, intihar düşüncesi ve düşmanlık alt boyut puanlarının arttığı bulunmuştur. Çocukluk çağı travma ölçeği duygusal istismar alt boyutu ile vücut algısı ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çocukluk çağı travma ölçeği fiziksel istismar alt boyutu ile intihar olasılığı ölçeği toplam puanı ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$). Ayrıca çocukluk çağı travma ölçeği fiziksel istismar alt boyutu ile vücut algısı

ölçeği puanları arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gösterilememiştir ($p>0,05$). Ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 18’de gösterilmektedir.

Tablo 18: Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.Travma Toplam	1												
2.Fiziksel İhmal	,667**	1											
3.Duygusal İhmal	,750**	,585**	1										
4.Cinsel İstismar	,467**	0,008	0,02	1									
5.Duygusal İstismar	,888**	,512**	,670**	,255*	1								
6.Fiziksel İstismar	,693**	,462**	,332**	0,108	,630**	1							
7.Minimizasyon	-,511**	-,429**	-,663**	0,022	-,477**	-,252*	1						
8.İntihar Olasılık Toplam	,451**	,312**	,220*	,379**	,432**	0,19	-0,202	1					
9.Umutsuzluk	,529**	,408**	,369**	,330**	,519**	0,186	-,310**	,906**	1				
10.İntihar Düşünce	,490**	,279*	,330**	,423**	,440**	0,154	-,309**	,835**	,782**	1			
11.Olumsuz Değerlendirme	-,487**	-,377**	-,538**	-0,194	-,454**	-0,093	,452**	-,272*	-,524**	-,582**	1		
12.Düşmanlık	,474**	,395**	,287**	,305**	,460**	0,199	-,253*	,858**	,787**	,672**	-,405**	1	
13.Vücut Algısı	,234*	0,134	0,145	,342**	0,189	-0,082	-0,132	,458**	,556**	,534**	-,529**	,440**	1

** $p<0,01$; * $p<0,05$

Pearson korelasyon testi

4.14. Eş tanıların intihar olasılığı üzerine etkisi

Eş tanıların intihar olasılığı üzerine etkisi değerlendirildiğinde değişkenlerden BDB, MDB, TSSB ve eşik altı TSSB değişkenlerinin tüm gruptaki hastaların intihar etme olasılıklarına olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. BDB, MDB, TSSB ve eşik altı TSSB değişkenlerinin intihar etme olasılıklarına olan etkisi pozitif yönde bulunmuştur ($p=0,04$; $p=0,022$; $p=0,001$; $p=0,017$).

Bu değişkenler haricindeki diğer değişkenlerin hastaların intihar etme olasılığı genel düzeylerine olan etkisi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 19: Eş tanıların intihar olasılığı üzerine etkisi

	Eş Tanı	β	t	p	ANOVA istatistik	R2
Tüm Hastalar	BDB	0,214	2,086	0,04	F=3.587 p<.01	0,304
	MDB	0,264	2,331	0,022		
	TSSB	0,44	3,357	0,001		
	Eşik Altı TSSB	0,313	2,438	0,017		
	YAB	-0,107	-1,041	0,301		
	DEHB	-0,032	-0,285	0,776		
	KOKGB	0,066	0,526	0,601		
	DB	-0,094	-0,826	0,412		
	Sosyal Fobi	0,072	0,7	0,486		

Çoklu doğrusal regresyon analizi

BDB: Beden Dismorfik Bozukluk, **MDB:** Major Depresif Bozukluk, **TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu, **YAB:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu, **DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, **DB:** Davranım Bozukluğu

4.15. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği alt boyutları ile Vücut Algısı Ölçeği puanlarının İntihar Etme Olasılığı Ölçeği ve alt boyutlarına etkisinin değerlendirilmesi

Çocukluk çağı travma ölçeği alt boyutları ile vücut algısı ölçeğinin, intihar etme olasılığı genel düzeylerine olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Vücut algısı ölçeği ve çocukluk çağı travma ölçeği duygusal istismar alt boyutu puanlarının hastaların intihar etme olasılıklarına olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yöndedir ($p<0,05$).

Çocukluk çağı travma ölçeği alt boyutları ile vücut algısı ölçeği puanlarının intihar etme olasılığı ölçeğinin umutsuzluk alt boyut puanına olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Vücut algısı ölçeği ve çocukluk çağı travma ölçeği duygusal istismar ve fiziksel ihmal alt boyutu puanlarının hastaların intihar olasılığı ölçeği umutsuzluk alt boyut puanına olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yöndedir ($p<0,05$). Vücut algısının intihar etme olasılığı ölçeği umutsuzluk alt boyut puanına etkisi fiziksel ihmal ve duygusal istismar alt boyut puanlarına göre daha yüksek saptanmıştır.

Çocukluk çağı travma ölçeği alt boyutları ile vücut algısı ölçeği puanının intihar olasılığı ölçeğinin intihar düşüncesi alt boyut puanına olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Vücut algısı ölçeği ve çocukluk çağı travma ölçeği cinsel istismar alt boyutu puanlarının hastaların intihar düşüncesi alt boyut puanına olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yöndedir ($p<0,05$). Vücut algısı ölçeğinin intihar etme olasılığı ölçeği intihar düşüncesi puanına etkisi cinsel istismar alt boyut puanına göre daha yüksek saptanmıştır.

Çocukluk çağı travma ölçeği alt boyutları ile vücut algısı puanlarının intihar etme olasılığı ölçeğinin kendini olumsuz değerlendirme alt boyut puanına olan etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Vücut algısı ölçeği ve çocukluk çağı travma ölçeği duygusal ihmal alt boyutu puanlarının intihar olasılığı ölçeği kendini olumsuz değerlendirme alt boyut puanına olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde saptanmış olup vücut algısı ölçeği puanının etkisi daha yüksek bulunmuştur.

Çocukluk çağı travma ölçeği alt boyutları ile vücut algısı ölçeğinin intihar etme olasılığı düşmanlık alt boyut puanına olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,001$). Vücut algısı ölçeği puanı ve çocukluk çağı travma ölçeği fiziksel ihmal ve duygusal istismar alt boyut puanlarının hastaların düşmanlık alt boyut puanına olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bulunmuştur ($p<0,05$). Duygusal istismar alt boyutunun en etkili bağımsız değişken olduğu saptanmıştır ($p=0,008$).

Tablo 20: ÇÇTÖ alt boyutları ile VAÖ puanlarının İÖÖ ve alt boyutlarına etkisi

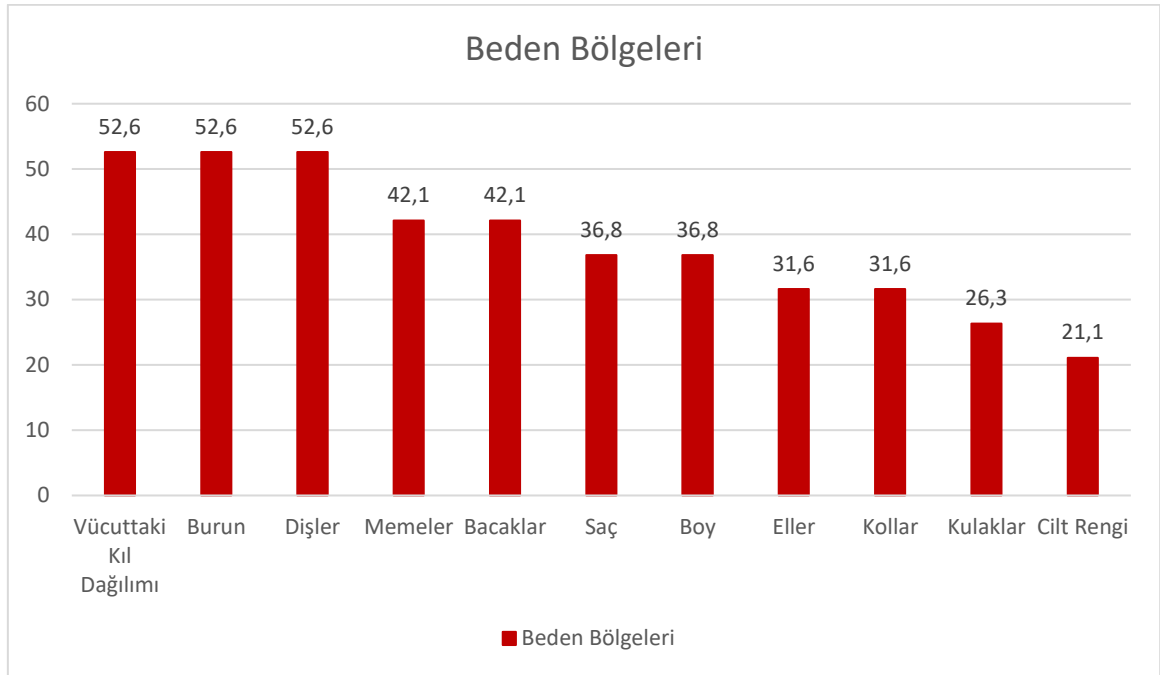
Bağımlı	Bağımsız	β	t	p	ANOVA istatistik	R2
İÖÖ Toplam	Vücut Algısı	0,31	3,118	0,003	F=8.355, p<.001	0,347
	Fiziksel İhmal	0,222	1,88	0,064		
	Duygusal İhmal	-0,2	-1,471	0,145		
	Cinsel istismar	0,181	1,821	0,072		
	Duygusal İstismar	0,41	2,603	0,011		
	Fiziksel istismar	-0,098	-0,778	0,439		
Umutsuzluk	Vücut Algısı	0,405	4,618	,000	F=14.443, p<.001	0,53
	Fiziksel İhmal	0,246	2,364	0,021		
	Duygusal İhmal	-0,083	-0,694	0,49		
	Cinsel istismar	0,094	1,068	0,289		
	Duygusal İstismar	0,45	3,245	0,002		
	Fiziksel istismar	-0,161	-1,444	0,153		
İntihar Düşüncesi	Vücut Algısı	0,379	4,003	,000	F=10.562, p<.001	0,451
	Fiziksel İhmal	0,084	0,743	0,46		
	Duygusal İhmal	0,066	0,507	0,614		
	Cinsel istismar	0,231	2,436	0,017		
	Duygusal İstismar	0,266	1,774	0,08		
	Fiziksel istismar	-0,067	-0,558	0,578		
Kendini Olumsuz Değerlendirme	Vücut Algısı	-0,414	-4,646	,000	F=13.572, p<.001	0,514
	Fiziksel İhmal	-0,09	-0,853	0,396		
	Duygusal İhmal	-0,35	-2,872	0,005		
	Cinsel istismar	-0,014	-0,152	0,879		
	Duygusal İstismar	-0,185	-1,314	0,193		
	Fiziksel istismar	0,149	1,313	0,193		
Düşmanlık	Vücut Algısı	0,295	2,982	0,004	F=8.601, p<.001	0,401
	Fiziksel İhmal	0,302	2,576	0,012		
	Duygusal İhmal	-0,173	-1,278	0,205		
	Cinsel istismar	0,112	1,13	0,262		
	Duygusal İstismar	0,424	2,712	0,008		
	Fiziksel istismar	-0,139	-1,104	0,273		

Çoklu doğrusal regresyon analizi

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği, VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği

4.16. Olgu grubunda uğraşılan beden bölgelerinin dağılımı

Olgu grubunda vücut bölgeleri içinde memnuniyetsizlik oranı en yüksek olan üç bölge; vücuttaki kıl dağılımı (%52,6), burun (%52,6) ve dişlerin şekli (%52,6) olarak saptanmıştır. Her hastanın uğraşısı birden fazla beden bölgesi olduğu için uğraşılan beden bölgesi toplamı %100’den fazladır. Bölgelere ait açıklamalar Şekil 3’te verilmiştir.



Şekil 3: Uğraşının odağı olan beden bölgeleri

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri’ne başvurusunda cinsel istismar mağduru olduğu tespit edilmiş olan veya cinsel istismara uğramış olması nedeni ile adli psikiyatri polikliniğine başvurmuş olan, yaşları 15-18 arasındaki ergenlerde BDB tanı yaygınlığının belirlenmesi ve BDB’nin özkıyım düşüncesi üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Cinsel istismarın ergenler üzerindeki etkileriyle ve eş görülebilen ruhsal bozukluklarla ilgili çok sayıda araştırma olmasına rağmen BDB ile ilişkisi çok daha az

çalışılmıştır. BDB ergen hastalarda sıklıkla atlanabilen bir bozukluktur ve kişinin işlevselliğini ciddi oranda bozmaktadır.²⁰ Cinsel istismar ile başvuran hastalarda eş hastalanım olarak BDB'nin erken dönemde değerlendirilmesinin, BDB varlığı durumunda özkıyım riskini artırıp artırmadığının tespit edilmesinin, BDB var ise etkin tedavisinin yapılmasının ve dolayısıyla gencin işlevselliğinin sürdürülebilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Yapmış olduğumuz çalışmada BDB tanısı klinik görüşme ile DSM-5 kriterlerine göre konulmuştur. Değerlendirilen 84 hastanın 19'u BDB tanısı almıştır. BDB tanısı alan hastalar, örneklem içindeki BDB tanısı almayan hastalarla karşılaştırmak üzere olgu ve kontrol grubu olarak iki gruba ayrılmıştır. Çalışmada olgu grubu 19, kontrol grubu ise 65 ergenden oluşmuştur.

Çalışmamızda cinsel istismara uğramış ergenlerde BDB yaygınlığı %22,6 saptanmıştır. Epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında ise BDB'nin genel popülasyonda yaşam boyu yaygınlığının ortalama %2 olduğu tahmin edilmektedir.³⁵ BDB'nin yaygınlık oranı alınan örnekleme göre oldukça değişmektedir. Genel popülasyondaki çocuklar ve ergenlerdeki BDB yaygınlığı iki çalışmada %1,7- 2,2 saptanmıştır.^{8,9} Klinik çalışmalarda ise çalışılan gruba bağlı olarak nokta prevalansı %3 ile %40 arasında değişmektedir.^{37 43-45} Yazındaki araştırmalara bakıldığında, BDB'li bireylerin %14-55'inin fiziksel istismara veya ihmale, %22-%35'inin ise cinsel istismara maruz kaldıkları tespit edilmiştir.^{17,97,98} Özellikle cinsel istismara maruz kalmanın, mağdurların dikkatlerini kendi bedenlerine odaklamalarına yol açabileceği bildirilmiştir.¹⁶ Kişilerde istismardan sonra utanç duygusunun ortaya çıkabileceği ve kişilerin bu duyguyu fiziksel görünümüne yansıtabilecekleri bildirilmektedir.¹⁷ Bir araştırmada duygusal, fiziksel ve/veya cinsel istismar öyküsü, BDB'si olan hastalarda (%38), OKB'si olan hastalardan (%14) daha fazla bulunmuştur.¹⁷ Yapılan başka bir çalışmada ergenlerde cinsel istismar öyküsü, beden görünümünü onaylamama ve yeme bozukluğu araştırılmış; çalışmanın sonucunda cinsel istismar öyküsü olmasının bedenlerini onaylamama açısından önemli bir yordayıcı olduğu, ancak yeme bozukluğunu yordamadığı tespit edilmiştir.¹⁰¹ Tüm bunlardan yola çıkarak cinsel istismar mağduru ergenlerde BDB yaygınlığının daha fazla görülebileceği hipotezini öne sürmüştük. Çalışmamızın sonucundaki BDB yaygınlığı oranı da hipotezimizi destekler niteliktedir.

Çalışmamız sonucunda BDB yaygınlığı kız ergenlerde erkeklere göre daha fazla saptanmış ancak olgu ve kontrol grupları arasında cinsiyete göre dağılımda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. BDB'nin kadın erkek dağılımı üzerindeki oranlarını inceleyen çalışmalarda çelişkili sonuçlar görülmektedir. Yazında BDB'nin genel olarak kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmekle birlikte, bunun aksine kadın ve erkeklerde eşit oranda görüldüğünü gösteren veya erkeklerde kadınlara göre daha sık görüldüğünü gösteren araştırmalar da mevcuttur.^{49,50} Bizim çalışmamızda örneklem cinsel istismar mağduru ergenlerden oluştuğu ve cinsel istismarın kız cinsiyete yönelik daha fazla gerçekleştiği bilindiğinden bu veri beklediğimiz bir veri olmuştur. Ek olarak sınırlı sayıda hasta olduğu için çalışmadaki kız erkek dağılımının eşit olmadığı düşünülmüştür. Tüm bu etkenlere bağlı olarak BDB tanısı kız ergenlerde daha yaygın bulunmuş olabilir.

Olgu ve kontrol grupları arasında okulu bırakma açısından anlamlı bir fark saptanmasa da olgu grubunda okulu bırakma oranı (%42,1), kontrol grubuna (%23,1) göre daha yüksek saptanmıştır. Yazındaki araştırmalar, BDB'li ergenlerin %18-22'sinin eğitim hayatına devam etmediğini, okulu bıraktığını göstermektedir.^{12,13} Bizim çalışmamızın sonucu da yazındaki çalışmaları destekler niteliktedir. Bunun sebebinin BDB'li hastaların kusurlu olarak algıladıkları vücut bölgesine odaklanmalarından, bu durumla ilgili yoğun zihinsel uğraşlarının olmasından, bu nedenle okul derslerine odaklanamamalarından, telafi edici davranışlarının zaman alıyor olmasından, kendilerinin kusurlu bulunduğu bölgelerin başkaları tarafından da dikkat çektiğini düşünmelerinden ve sosyal kaygılarının artmasından, bu kaygı nedeni ile okula devam konusunda zorluklar yaşamalarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların özelliklerine bakıldığında aile tipi, ailede sözel ve fiziksel şiddet ile ailede suça karışma açısından BDB tanısı alanlar ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmazken, sigara kullanımı ve alkol kullanımı açısından BDB'li hastaların kontrol grubuna göre daha fazla alkol ve sigara kullandıkları gösterilmiştir. Laurence ve arkadaşlarının 2017'de yaptıkları bir çalışmada vücut memnuniyetsizliğinin ergenlikte sigara içme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir ve bu durumun sigarayı önleme stratejilerinde dikkate alınması gerektiği vurgulanmıştır.²¹⁴ Bizim çalışmamızda da olgu grubundaki hastaların kontrol grubuna göre daha fazla sigara kullanımının olmasının vücut memnuniyetsizliği ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. BDB tanısı alan bireylerin çoğunun düşük benlik saygısına sahip, kendilerinin kabul edilemez olduklarına inanan,

eleştirilmeye ve reddedilmeye aşırı duyarlı, duygusal olarak çok fazla tepki veren bireyler oldukları düşünülmektedir.⁵⁹ Yazındaki çalışmalarda, sigara kullanımı ile benlik saygısı arasındaki ilişki araştırılmış ve sigara kullanan kişilerin düşük benlik saygısına sahip oldukları gösterilmiştir.²¹⁵ Düşük özsaygı sebebi ile kendilerini basit ve değersiz görerek, sigara içmeyi bir özerklik simgesi olarak değerlendirebildikleri düşünülmektedir.²¹⁶ Bunlardan yola çıkarak BDB’li ergenlerin vücut memnuniyetsizlikleri sebebi ile düşük benlik saygısına sahip oldukları, bu durumla başa çıkabilmek ve özerkliklerini göstermek amaçlı sigara kullanımına başladıkları akla gelmektedir. Bunun yanı sıra beden algısı ile ilgili kaygıları arttığında kaygılarının üstesinden gelebilmek amacıyla da sigara kullanmaya yöneldikleri düşünülmüştür. Yazındaki bir meta-analizin sonuçlarına göre yüksek oranda kaygısı olanların sigara içme olasılığının yüksek olduğu vurgulanmıştır.²¹⁷ Fluharty ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kaygının sigara içmeye başlama ile önemli ölçüde ilişkili olduğu saptanmıştır.²¹⁸ BDB hastalarında madde kullanım bozukluklarını araştıran bir çalışmada %48,9 oranında madde kullanım bozukluğunun olduğu gösterilmiştir. Bu hastaların belirtilerin verdiği bunalıyla baş edebilmek için self medikasyon olarak madde kullanmaya başladığı düşünülmektedir. En sık kullanılan maddenin ise %29 oranla alkol olduğu bildirilmiştir.¹³⁵ BDB’li hastaların yaklaşık yarısı, görünüşleri ile ilgili endişelerine tahammül etmekte zorlandıkları için, bu endişeleri ile başedebilmek ya da diğer insanların yanında bu konuda daha rahat hissedebilmek için alkol aldıklarını veya madde kullandıklarını bildirmektedirler.^{136,137} Bizim çalışmamızda da yukarıda bahsedilen çalışmaların sonuçları ile uyumlu olarak BDB tanısı alan ergenlerin kontrol grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek (%47,4) alkol kullandıkları görülmüştür.

Bedeninde özellikle güzel ve çekici bölgeler bulunmadığından dolayı endişe duyma durumuna göre iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuş olup olgu grubundaki hastalar kontrol grubuna göre görünüşleri ile ilgili daha fazla endişelendiklerini bildirmişlerdir. Kişinin görünümündeki hayali ya da hafif kusurun, yeterince çekici olmadığına inandığı bölge hakkındaki obsesif düşüncelerinin ve preoküpyasyonlarının BDB için belirleyici olduğu, kişide yoğun sıkıntı hissi ve endişe oluşturduğu bilinmektedir.¹⁸ Kontrol grubundaki hastaların %35,4’ü, olgu grubundaki hastaların %68,4’ü bu duruma uygun olarak görünüşü ile ilgili daha az düşünmeyi dilediklerini belirtmişler ve iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark

saptanmıştır. Olgu grubundaki hastalar kontrol grubuna göre görünüşünü düşünmekle ilgili daha fazla zorluk yaşamaktadırlar. BDB tanısı olanlar hayali veya önemsiz olan bir veya daha fazla görünüm kusuru hakkında düşünerek uzun saatler harcarlar.²¹⁹ Araştırmalar BDB'li hastaların görünüşleri ile ilgili endişelere direnç göstermenin veya bunları kontrol altında tutmanın oldukça zor olduğunu vurgulamaktadırlar.¹⁰⁷ Bunlardan yola çıkarak çalışmamızda da olgu grubundaki hastaların görünüşleri ile ilgili düşünceleri durdurmakta zorluk çektikleri ve bu nedenle kontrol grubuna göre bu konuda daha az düşünmeyi diledikleri düşünülmüştür.

Hastanın nasıl görüldüğü ile ilgili düşüncelerin zihnini meşgul etme durumuna göre olgu ve kontrol grubu arasında karşılaştırma yapıldığında BDB tanısı alan hastaların istatistiksel açıdan anlamlı olarak bu düşüncelerle daha çok uğraştıkları ve bir günde bu düşüncelere harcadıkları sürenin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Çoğu insan ara sıra kendi görünüşüyle ilgili memnuniyetsizlik yaşayabilir. İnsanların görünüşleri hakkında günde bir saatten fazla düşünmeleri BDB'yi normal kaygılardan ayırmaktadır.²¹⁹ BDB'de klinik görünüm; kişinin hayali ya da mevcut olan hafif bir kusur ile orantısız bir şekilde zihinsel uğraş içinde olması ve bu durumun işlevselliğini bozması ile karakterizedir. Yazındaki araştırmalar görünümle ilgili endişelere direnç göstermenin veya bunları kontrol altında tutmanın oldukça zor olduğunu ve bu endişelerin kişinin zihnini günde ortalama üç ile sekiz saat meşgul ettiğini belirtmektedir.^{106,107} Bizim çalışmamızda da BDB tanısı alan hastaların %84,2'si bu endişelerin zihnini meşgul ettiğini ifade etmiş; bu hastaların %63,2'si düşünmek için 1-3 saat ve %10,5'i 3-8 saat harcadıklarını belirtmişlerdir.

BDB'nin bilişsel davranışçı modeline göre, kişi düşünce ve davranışlarındaki artan farkındalıkla birlikte, mevcut durumunu tolere etmek için insanlardan, aynalardan, sosyal ortamlardan kaçınmaktadır.^{47,63} BDB tanısı alan hastaların bir kısmı sosyal ortamlara girdiğinde anksiyeteleri ortaya çıkabilmekte ve bu durum sosyal ortamlardan kaçınmayı artırabilmektedir. BDB'li hastalardaki bu durumun asıl sebebi, uğraşı halinde oldukları vücut kusurlarının başkalarının da dikkatini çekeceği ve bu nedenden ötürü eleştirileceği ihtimalinden duyulan korku ile ilgilidir.^{3,65} Bu hastalarda devamlı evde kalma, sosyal ortamlardan kaçınma, bu nedenlerden dolayı okula veya işe devam edememe gibi sonuçların meydana geldiği bildirilmiştir.^{5,11} Çalışmamızda da olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olarak BDB tanısı alan hastaların aile ve arkadaşlarıyla birşeyler yapmaktan daha fazla kaçındığı, görünümündeki kusur nedeni ile

sosyal, mesleki ve diğer önemli yaşam alanlarında işlevselliğinin daha fazla bozulduğu görülmüştür.

Katılımcıların ruhsal hastalık durumu sorgulandığında; BDB olan ergenlerde ruhsal hastalık daha fazla olmakla birlikte kontrol grubundaki ergenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Anlamlı bir farkın saptanmamasının nedeninin örneklem sayısının küçüklüğünden kaynaklanıyor olabileceği gibi her iki grubun cinsel istismara uğramış bireylerden oluşması, bunun da tek başına ruhsal bozukluk gelişimini artıran bir etken olması ve hastaların Çocuk ve Ergen Psikiyatri polikliniğinde takipli ergenlerden seçilmiş olmasıyla ilişkili olabilir.

Katılımcıların tıbbi ve ruhsal hastalık durumu kıyaslandığında olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamakla birlikte en sık bulunan eş tanı TSSB olarak belirlenmiştir. Yazında BDB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik tanının major depresyon (%76-84) olduğu bildirilmektedir.¹⁰³ İkinci en sık eş tanı sosyal anksiyete bozukluğu (%37) olmakla birlikte bunu %32 ile OKB takip etmektedir.^{103,134} Bizim çalışmamızda BDB'ye en sık eşlik eden tanının TSSB (%78,9), ikinci en sık eş tanının ise MDB (%42,1) olarak saptanmasının sebebinin örneklem travmaya maruz kalmış cinsel istismar mağduru ergenlerden oluşmasından dolayı olduğu akla gelmektedir.

Psikofarmakolojik tedavi açısından incelendiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Her iki grupta en çok kullanılan ilaç grubunun SSRI olduğu saptanmıştır. Olgu grubunun %63,2'sinin SSRI kullandığı görülmüştür. Bunun sebebinin her iki grubun ruhsal bozukluk tanısına sahip gençlerden seçilmiş olmasından dolayı olabileceği düşünülmüştür. Bilindiği üzere BDB tedavisinde ilk adımda SSRI grubu antidepresanlar kullanılmaktadır.^{71,169,180,184,185} Yapılan çalışmalarda BDB'si olan hastalara 10-16 hafta boyunca SSRI tedavisi verilmiş ve sonrasında belirtilerde %53-73 oranında gerileme olduğu bildirilmiştir.^{104,169,186} Bu bilgilere dayanarak olgu grubundaki hastaların SSRI kullanmıyor olması halinde BDB belirtilerinin daha belirgin olabileceği, hastaların işlevselliğinin daha kötü olabileceği ve BDB yaygınlık oranının artabileceği söylenebilir. Çalışmamızda bulunan %22,6'lık BDB yaygınlığının, hastaların SSRI tedavisi alıyor olmaları nedeniyle, olduğundan daha az çıkmasına yol açmış olabileceği akla gelmiştir. Bu veri bize tedavi almamış bir örneklem grubunda BDB

yaygınlık çalışması yapılmasının daha sağlıklı yaygınlık oranına ulaşmamızı sağlayabileceğini düşündürmüştür.

BDB'nin kas algısı bozukluğu ile giden tipinde kişiler dış görünüşleri normal olduğu halde kendi bedenlerini çok zayıf ve sıksa olarak algılamaktadırlar. Bu bireylerde yoğun bir şekilde ağırlık çalışma ve çok fazla hormon alımı sonucunda olağandışı kas yapısı ortaya çıkabilmektedir.¹²⁸ Yapılan bir çalışmada anabolik-androjenik steroid kullanıcılarının daha fazla kas dismorfisi belirtileri gösterdiği, beden algısı ile ilgili daha fazla endişelerinin olduğu, bu endişeleri nedeniyle vücutlarının toplum içinde görülmesine izin vermedikleri ve eğlenceli aktivitelerden vazgeçtikleri gösterilmiştir.²²⁰ Anabolik-androjenik steroid kullanan 500 erkekten oluşan bir örnekleme anabolik-androjenik steroid kullanımı için ilk üç motivasyon nedeni; kas kütlesini artırmak, fiziksel görünümü iyileştirmek ve fiziksel gücü artırmak olarak gösterilmiştir.²²¹ Olumsuz beden imajı, anabolik-androjenik steroid kullanımı için birincil risk faktörüdür.²²⁰ Yazındaki çalışmalarla uyumlu şekilde bizim çalışmamızda da olgu grubundaki hastaların %21,1'i vücut geliştirme amaçlı herhangi bir ilaç veya besin takviyesi kullandıklarını bildirmiş olup kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla ilaç veya besin kullandıkları bulunmuştur ($p=0,023$). Bu sonuç da olgu grubundaki BDB'li hastaların beden algısı ile ilgili endişelerinin kontrol grubuna göre daha fazla olduğunu ve fiziksel görünümünü iyileştirmek için ilaç veya besin takviyesi kullandıklarını düşündürmüştür.

Rautio ve arkadaşlarının 2022 yılında 172 BDB'li çocuk ve ergen üzerinde yaptığı bir araştırmada hastaların %52,1'i geçmişte veya şu anda kendine zarar verme davranışı sergilediklerini ifade etmişlerdir ve bu davranışın çoğunlukla kesme davranışı olduğu saptanmıştır.¹²⁷ Bizim çalışmamızda da olgu grubunun %84,2'si kendine zarar verme davranışı bildirmiştir. BDB tanısı alan hastaların %31,6'sı kesme davranışı bildirirken, %52,6'sı birden fazla yöntem kullandıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmaya alınan katılımcıların zorlukları ve eş tanıları dikkate alındığında olgu grubundaki ergenlerin kendine zarar verme davranışı oranlarının yazındaki araştırmalardan daha fazla oranda gözleniyor olması anlaşılır olmaktadır. Olgu grubundaki hastaların görünümündeki hayali ya da hafif kusur ile ilgili zihinsel uğraşlarının ortaya çıkarmış olduğu anksiyetelerini azaltmak ya da algıladıkları kusurlu beden bölgelerinin görünüşünü düzeltmek amacıyla kendilerine daha fazla zarar veriyor olabilecekleri düşünülmüştür. Kendine zarar verme davranışı aracılığıyla kusurlu olarak algıladıkları beden bölgeleri ile ilgili ortaya çıkan

endişelerinden geçici olarak rahatlamayı ve istenmeyen duygusal durumlardan kaçınmayı amaçladıkları, bu nedenle sıkça bu davranışa başvurdukları akla gelmektedir.

Yapılmış olan çalışmalarda BDB’li bireylerde intihar düşüncesi ve intihar girişimi oranlarının toplum popülasyonuna göre oldukça yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.¹⁴ Bu bilgiyle uyumlu şekilde çalışmamızda BDB’nin intihar etme olasılıklarına olan etkisi pozitif yönde bulunmuştur. Araştırmamızın sonucunda görünümünden endişe duyan ve bu durumun zihnini meşgul ettiğini belirten hastaların intihar olasılığı ölçeği toplam puanları ile umutsuzluk, intihar düşüncesi ve düşmanlık alt boyut puan ortalamalarının endişe duymayan ergenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğunun gösterilmiş olması da bu durumu destekler niteliktedir. Yapılmış olan bir çalışmada BDB’li hastaların yaklaşık %60’ı intihar düşüncesi olduğunu ve %11’i daha önce intihar girişiminde bulunduğunu bildirmiştir.¹²⁷ Çalışmamızda katılımcıların intihar davranışlarına ait özellikleri incelendiğinde intihar girişim oranı ve intihar girişiminde bulunma sayısı açısından olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış olsa da, olgu grubunda hem intihar girişim oranı hem de intihar girişiminde bulunma sayısı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç yazındaki bulgularla benzerlik göstermektedir. Hastanın bildirdiği intihar olasılığı ve birisine intihar edebileceğini söylemesi olgu grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Kontrol ve olgu grubundaki hastaların intihar olasılığı ölçeği toplam puanı ile umutsuzluk ve düşmanlık alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiş olup olgu grubundaki hastaların ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Ancak kontrol ve olgu grubundaki hastaların intihar olasılığı ölçeği intihar düşüncesi ve kendini olumsuz değerlendirme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak herhangi bir fark gösterilememiştir. Farkın istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamış olması intihar düşüncesi ve kişinin kendini olumsuz değerlendirmesinin cinsel istismara uğramış hastalarda da yüksek olabileceğinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

On dört çalışmanın incelendiği bir meta-analizin sonuçlarına göre BDB hastalarının %53’ünde intihar düşüncesinin, %24’ünde ise daha önceden intihar girişiminin olduğu bulunmuştur.¹⁴³ BDB tanısı ile takip edilen ergenlerde yapılan bir çalışmada hastaların %80,6’sında intihar düşüncesi, %44,4’ünde ise intihar girişiminin olduğu saptanmış olup yetişkinlerle kıyaslandığında istatistiksel açıdan farkın anlamlı oranda daha yüksek olduğu görülmüştür.¹³ Bizim çalışmamızın sonucunda BDB tanısı alan hastaların %73,7’si daha

önceden intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. Araştırmalar MDB, sosyal fobi, OKB ve madde kullanım bozuklukları gibi eksen I bozukluklarının beden dismorfik bozukluğa eşlik etmesinin daha kötü işlevsellik ve daha yüksek intihar girişimleri oranları ile ilişkili olduğunu göstermiştir.^{133,222} Olgu grubumuzdaki tüm hastalarda en az bir ruhsal bozukluğun olması intihar girişim oranının yazındaki çalışmalara kıyasla daha yüksek olmasında bir etken olabilir. Kontrol grubundaki hastaların intihar girişim oranı da oldukça yüksek saptanmıştır. Bunun nedeninin hastaların cinsel istismar mağduru olan gruptan oluşmasından ve her iki grubun ruhsal bozukluk tanısına sahip gençlerden seçilmiş olmasından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmüştür. BDB hastalarında intihar girişimleri için başlıca risk etkenleri; hastalığın belirtilerinin 17 yaşından daha önce başlamış olması, hastanın ergen olması, hastalık şiddetinin fazla olması, işlevselliğin oldukça etkilenmiş olması, majör depresyon, OKB, TSSB, madde kullanım bozukluğu gibi komorbid durumların olması, çocukluk dönemi ile ilgili algılanan kötü muamelenin mevcut olmasıdır.^{14,125,143,148,149} Çalışmamızdaki olgu grubu bu risk etmenlerinin çoğunu karşıladığından intihar girişim oranlarının oldukça yüksek saptanmış olması beklediğimiz bir bulgu olmuştur.

BDB tanısı olan hastalar çoklu intihar girişiminde bulunabilmektedirler. Yapılmış olan prospektif bir çalışma, BDB tanısı ile takip edilen ve intihar girişiminde bulunan dokuz hastanın dört yıllık takibi boyunca toplamda 30 kez intihar girişiminde bulunduklarını bildirmiştir.¹⁴⁶ Bizim çalışmamızda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında intihar girişim sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış olsa da BDB tanısı alan hastalarda daha fazla olduğu saptanmıştır. Farkın istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamış olması intihar düşüncesi ve girişiminin cinsel istismara uğramış hastalarda da yüksek olabileceğinden kaynaklanabilir. BDB hastalarının ortalama intihar girişimi sayısı $3,2 \pm 2,1$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç da yazındaki BDB hastalarının çoklu intihar girişiminde bulundukları bilgisi ile uyumlu görünmektedir. BDB'li bireyler, yüksek oranda psikiyatri servisine yatış, yüksek komorbidite, zayıf sosyal destek, düşük benlik saygısı, çocukluk dönemi ile ilgili algılanan kötü yaşam deneyimleri, yüksek düzeyde kaygı ve depresyon gibi birçok intihar risk faktörüne sahiptirler.¹⁴⁹ Bizim çalışmamızda da BDB'li hastaların bu nedenlerden dolayı çoklu intihar girişiminde bulundukları düşünülmüştür.

Çocukluk çağı travma ölçeği cinsel istismar alt boyutu ile intihar olasılığı ölçeği toplam puanı, umutsuzluk ve düşmanlık alt boyutları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde ilişki var iken intihar düşüncesi alt boyutu ile pozitif yönde ve orta düzeyde ilişki elde edilmiştir. Hastaların çocukluk çağı travma ölçeği cinsel istismar alt boyut puanları arttıkça intihar olasılığı toplam, umutsuzluk, intihar düşüncesi ve düşmanlık alt boyut puanlarının arttığı saptanmıştır. Cinsel istismarın intihar davranışına hem doğrudan hem de dolaylı etkileri vardır.²²³ Yapılan bir çalışmada cinsel istismara maruz kalmış hastaların intihar düşüncelerinin daha genç yaşta başladığı, kendine zarar verme ve intihar girişiminde bulunma olasılıklarının daha yüksek olduğu ve daha fazla intihar girişiminde bulundukları bildirilmiştir.²²⁴ Çalışmamızın örnekleminin tamamının travmaya maruz kalmış cinsel istismar mağduru ergenlerden oluşmuş olması hastaların intihar olasılığının daha fazla olmasına yol açmış olabilir.

Olgu ve kontrol grubundaki hastaların çocukluk çağı travma ölçeği duygusal istismar alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiş olup olgu grubundaki hastaların duygusal istismar puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Araştırmalar BDB tanısı alan kişilerin %28 ile %68'inin duygusal ihmal ve duygusal istismar yaşadıklarını bildirmektedir.^{17,97,98} Yapılan bir çalışmada 50 BDB hastasının %28'inin duygusal, %22'sinin cinsel, %14'ünün ise fiziksel istismara uğradıkları saptanmıştır.¹⁷ Bizim çalışmamızda da benzer şekilde olgu grubundaki hastalar duygusal istismara uğradıklarını kontrol grubuna göre daha fazla bildirmişlerdir. Yapılan bir çalışmada BDB hastalarının %60'ının çocukluk ve ergenlik döneminde görüntüleriyle ilgili sürekli alaya maruz kaldıkları gösterilmiştir.²¹ Başka bir çalışmada özellikle kadınlarda ve görünümleri ile ilgili alay konusu olmuş kişilerde BDB başlama riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır.⁹⁶ Duygusal istismar BDB'de içselleştirilmiş özeleştiriyeye neden olabilmektedir.⁶³ Alaya maruz kalma ve fazla eleştirilme gibi olaylar sonucunda kişinin kendine söylenenleri içselleştirebileceği, içselleştirmiş olduğu özeleştirisi sonucunda benlik saygısının düşebileceği, kişinin kendinin kabul edilemez olduğunu düşünebileceği, bunlar sonucunda eleştirileri bedenine yöneltebileceği ve beden algısının bozulabileceği akla gelmektedir. Bizim çalışmamızda da olgu grubunun duygusal istismarı daha fazla bildirmesinin bu nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. İki grup arasında çocukluk çağı travma ölçeği cinsel istismar alt boyutunda fark bulunamamıştır. Bu durum

örneklemin tamamının cinsel istismar mağduru ergenlerden oluşmasından kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızın sonucunda vücut algısı ölçeği ve çocukluk çağı travma ölçeği duygusal istismar ve fiziksel ihmal alt boyutu puanlarının hastaların intihar etme olasılıklarına olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bulunmuştur. Duygusal istismar en çok etkili olan bağımsız değişken olarak saptanmıştır. Konuyla ilgili yazındaki araştırmalar incelendiğinde ergenlerin algıladıkları duygusal istismarın intihar düşüncesi ve davranışlarıyla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.^{225,226} Bu doğrultuda bu bulgunun ilgili alanyazındaki çalışmaların bulguları ile tutarlılık gösterdiği görülmektedir. Vücut algısı ölçeğinin yüksek olması ise hastanın BDB tanısı alma ihtimalini, BDB tanısı ise yukarıda bahsedildiği üzere hastaların intihar olasılığını artırmaktadır. Çalışmamızdaki vücut algısı ölçeğinin yüksek olmasının intihar olasılığını artırması bulgusu yazındaki araştırmalarla uyumludur.¹⁴ Beden memnuniyetsizliği olan bireylerde ortaya çıkan sosyal izolasyon ve dışlanma artmış intihar riski ile ilişkilendirilmiştir.²²⁷ Yapılmış olan bu çalışma sonucunda beden memnuniyeti ile intihar düşüncesi arasında önemli bir negatif ilişki olduğu görülmüştür.²²⁷ Bizim çalışmamızın sonuçları da ergenlerin beden memnuniyetsizliği sonucu yoğun bir stres ve ruhsal çökkünlük yaşadıklarını, bu durumun depresyona yol açabileceğini ve intihar olasılığını artırabileceğini akla getirmektedir.

Çalışmamızda olgu grubundaki hastaların ortalama vücut algısı ölçeği puanları kontrol grubuna göre daha yüksek olsa da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu durum ergenin gelişim döneminde beden imgesinin önemli bir yer tutmasından dolayı olabileceği gibi, hasta gruplarının tümünün maruz kaldığı cinsel istismarın, mağdurların dikkatlerini kendi bedenlerine yöneltmelerine sebep olabileceği ile de ilişkili olabilir. Çalışmamızın sonucunda bu bilgi ile uyumlu olarak çocukluk çağı travma ölçeği cinsel istismar alt boyutu ile vücut algısı ölçeği puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Hastaların çocukluk çağı travma ölçeği cinsel istismar alt boyut puanları arttıkça vücut algısı ölçeği puanlarının da arttığı görülmüş, bu bulgunun da cinsel istismar sonucu kişinin bedeninden utanç duyması, bedenle ilgili çarpık algıların oluşması ve bunlar sonucunda da bedenden hoşnutsuzluğun ortaya çıkması ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

Bedeninde güzel ve çekici bulmadığı bölgelerden dolayı endişeli olduğunu belirten ergenlerin çocukluk çağı travma ölçeği cinsel istismar alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fallon ve arkadaşları 2002 yılında cinsel istismar ve beden algısı konusunda yayınladıkları bir el kitabında cinsel istismarın, bireylerin dikkatlerini kendi bedenlerine odaklamalarına sebep olabileceği üzerinde durmuşlardır.¹⁶ Cinsel istismar alt boyut puan ortalaması daha yüksek olan ergenlerin bedenlerinde güzel ve çekici bulmadığı bölgelerden dolayı daha endişeli olmaları da dikkatlerini kendi bedenlerine vermiş olmalarından kaynaklanmış olabileceğini akla getirmektedir. Benzer şekilde görünümüyle ilgili düşüncelerinin zihnini meşgul ettiğini belirten hastaların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanları ile cinsel istismar ve duygusal istismar alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu durum cinsel istismar gibi travmatik yaşantılar sonrası kişinin bedeninden utanç duyması, duygusal istismar sonucu ortaya çıkan özeleştirilerin bedene yöneltilmesi ve beden algısında olumsuz düşüncelerin oluşması ile ilişkili olabilir.

Geçmişteki travmatik yaşantıların kişinin bedeninden utanç duymasına, bedenle ilgili çarpık algıların oluşmasına ve bunlar sonucunda da bedenden hoşnutsuzluğun ortaya çıkmasına neden olabileceği ileri sürülmektedir.¹⁶ Duygusal istismarın BDB'de içselleştirilmiş özeleştiriyeye yol açabileceği, cinsel veya fiziksel istismarın ise özellikle beden odaklı utanca neden olabileceği üzerinde durulmaktadır.⁶³ Araştırmamızın sonucunda bu durumu destekler nitelikte çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanı ile vücut algısı ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ilişki elde edilmiştir. Çocukluk çağı travma ölçeği puanı arttıkça vücut algısı ölçeği puanı da artmaktadır. Bu durum travmatik yaşantıların olumsuz beden imajı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmaları destekler niteliktedir.²²⁸ Bir araştırmada travmatik yaşantılarla birlikte özellikle beden sınırının ihlalinin beden memnuniyetsizliğine yol açabileceği vurgulanmıştır.²²⁹ Bizim çalışmamızda da hastaların tümünde travmatik yaşantı öyküsü bulunması beden algısının bozulmasına ve vücut algısı ölçeği puanlarının artmasına yol açmış olabilir.

Çalışmamızda çocukluk çağı travma ölçeği cinsel istismar alt boyutu ile vücut algısı ölçeği puanları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Hastaların çocukluk çağı travma ölçeği cinsel istismar alt boyut puanları arttıkça vücut algısı ölçeği puanları da artmaktadır. Kişilerde cinsel istismardan sonra utanç duygusu ortaya çıkabilmekte ve kişiler bu duyguyu

fiziksel görünümlerine yansıtabilmektedirler.¹⁷ Bu bilgiler BDB'nin cinsel istismar mağduru hastalarda fark edilenden daha yaygın olabileceği hipotezimizi destekler niteliktedir.

Araştırmamızda vücut algısı ölçeği ve çocukluk çağı travma ölçeği cinsel istismar alt boyutu puanlarının hastaların intihar düşüncesi alt boyut puanlarına olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde saptanmıştır. Vücut algısı ölçeği ve cinsel istismar ölçek alt boyutu puanları arttıkça hastaların intihar düşüncesinin de arttığı gösterilmiştir. Vücut algısı ölçeğinin intihar düşüncesi ölçek alt boyut puanına etkisi cinsel istismara göre daha yüksek bulunmuş olup vücut algısının intihar düşüncesini cinsel istismara göre daha fazla etkilemesi örneklemimizdeki hastaların hepsinin cinsel istismar mağduru ergenler olmasına karşın olgu grubunun intihar düşünce ve girişim oranlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olmasının sebebini göstermektedir. Beden memnuniyetsizliği ergenlerde depresif duygu durum için risk faktörü olabilmektedir.²³⁰ Yapılan araştırmalar olumsuz beden imgesinin ergenlerde intihar düşüncesini önemli ölçüde yordadığını göstermiştir.²³¹ Ergenlerde benlik saygısının büyük ölçüde beden imajından etkilendiği ve düşük benlik saygısının intiharla ilişkili olduğu vurgulanmıştır.²³¹ Orbach ve arkadaşları intihara meyilli ergenlerin intihara meyilli olmayan ergenlere göre vücutları hakkında önemli ölçüde daha fazla olumsuz duygu ve tutuma sahip olduklarını saptamışlardır.²³² Bu ilişki BDB'li hastaların içselleştirilmiş özeleştiriyeye ve yüksek düzeyde kaygıya sahip olmalarından, benlik saygılarının daha düşük olmasından, TSSB'li hastalara göre daha fazla ruhsal hastalık taşımalarından kaynaklanıyor olabileceğini akla getirmektedir. BDB tanısı almış olan hastaların %92,3'üne yaşam boyu en az bir psikiyatrik bozukluk eşlik ederken⁹³ TSSB'de yaşam boyu komorbid psikiyatrik bozukluk gelişme riski %70 civarındadır.²³³ Yazındaki araştırmalarda BDB'li hastalar sağlıklı kontroller, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, OKB, TSSB ve majör depresyonu olan ancak BDB'si olmayan kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve BDB'si olanlarda intihar düşüncesinin kontrollere göre dört ile yedi kat, intihar girişimlerinin ise iki ile altı kat daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır.¹⁴³⁻¹⁴⁵ Bizim çalışmamızda da yazındaki verilere uygun şekilde BDB'si olan ergenlerde intihar düşüncesi ölçek alt boyut puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmanın Kısıtlılıkları:

Pek çok çalışmada olduğu gibi bu çalışmanın da birtakım sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması, neden-sonuç ilişkisi kurmayı engellemekte, bunun için uzunlamasına takip çalışmalarına gereksinim

duyulmaktadır. Çalışmamızın diğer bir sınırlılığı kullanılan ölçeklerle ilgilidir.

Kullandığımız öz bildirim ölçeklerinde madde sayısının fazla olması ölçeklerin doldurulma süresinin uzamasına neden olmuş, bu da ölçekleri doldururken katılımcıların dikkatlerinin dağılmasına ve sıkılıp motivasyonlarının düşmesine yol açmış olabilir.

Çalışmamızın bir başka sınırlılığı da örneklem sayısının az olmasıdır. Bu durum bazı verilerde gruplar arasında fark bulunmasına rağmen bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı düzeye ulaşmamasına neden olmuş olabilir. Çalışmamızın örneklemini kliniğe başvuran cinsel istismar mağduru ergenlerden oluşturmuştur. Bu nedenle örnekleme dahil edilen hastaların cinsiyet dağılımı eşit olmamıştır. Bu durum çalışmamızda BDB tanısını kız ergenlerde daha yaygın bulmamıza yol açmış olabilir.

Çalışmamızda bulunan %22,6'lık BDB yaygınlığı örneklemdaki hastaların büyük çoğunluğunun SSRI tedavisi alıyor olması nedeni ile olduğundan daha az çıkmış olabilir. Bu verinin tedavi almamış bir örneklem grubunda yapılmasının daha sağlıklı yaygınlık oranına ulaşılmasını sağlayabileceği düşünülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

“Cinsel İstismar Mağduru Ergenlerde Beden Dismorfik Bozukluk Yaygınlığı ve Beden Dismorfik Bozukluğun Özkıyım Düşüncesi Üzerine Etkisi” başlıklı çalışmamızda elde edilen bulgulardan aşağıdaki sonuçlar çıkarılmıştır:

1. Çalışmamızda cinsel istismar mağduru ergenlerde BDB yaygınlığı %22,6 saptanmıştır. Bu oran toplum örneklemine göre oldukça yüksektir. Bu nedenle cinsel istismar nedeni ile başvuran ergenlerde BDB tanısı sorgulamak hastaların tanılarının atlanmasını engelleyecektir.

2. Okulu bırakma açısından olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark saptanmasa da kontrol grubunda okulu bırakma oranı %23,1 iken olgu grubunda %42,1 saptanmıştır. Hastaların erken tanı alıp tedavi edilebilmesi sayesinde bu yüksek okul bırakma oranlarının düşebileceği düşünülmektedir.

3. Çalışmamızda sigara kullanımı ve alkol kullanımı değerlendirildiğinde BDB'li hastaların kontrol grubuna göre daha fazla alkol ve sigara kullandıkları gösterilmiştir.

Yazında da benzer şekilde beden memnuniyetsizliği ile baş edebilmek için hastaların alkol ve sigara kullanımına başlayabildikleri bildirilmiştir. Poliklinik başvurusunda bulunan hastalarda sigara ve alkol kullanımının sorgulanması, kişi eğer kullanıyorsa beden memnuniyetsizliği açısından daha dikkatli davranılması bağımlılıkların önüne geçilebilmesi için önemli olabilir.

4. Çalışmamızda BDB tanısı alan hastaların aile ve arkadaşlarıyla etkinlikler yapmaktan daha fazla kaçındığı, görünümündeki kusur nedeni ile sosyal, mesleki ve diğer önemli yaşam alanlarında işlevselliklerinin daha fazla bozulduğu gösterilmiştir. Sosyal olarak kaçınma davranışı gösteren hastalarda BDB belirtilerinin sorgulanması, varsa tanının konup tedavisinin sağlanması hastaların işlevselliği açısından önemlidir.

5. Araştırmamızda olgu grubunun %84,2'sinde kendine zarar verme davranışı olduğu saptanmıştır. Kendine zarar verme davranışı oldukça yüksek oranlarda bildirildiği için KZVD ile başvuran ergenlerde BDB tanısının sorgulanması ve eş tanının atlanmaması KZVD tedavisinde etkin rol oynayabilir.

6. Çalışmamızın sonucunda BDB tanısı alan hastaların %73,7'si daha önceden intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiş olup ortalama intihar girişimi sayısı $3,2 \pm 2,1$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç bize bu hastaların her görüşmede intihar düşüncesi ve girişim planı açısından değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

7. Çalışmamızda BDB'ye en sık eşlik eden tanı TSSB olarak saptanmıştır. Bu nedenle TSSB tanısı ile takip edilen ergenlerde BDB tanısı sorgulamak hastaların tedavisi ve işlevselliği açısından önemlidir.

8. Ergenlik döneminde cinsel istismar mağduru olup olmamasına bakılmaksızın tüm kişilerin BDB açısından değerlendirilmesi, erken müdahale açısından önemli bulunmuştur.

Sonuç olarak çalışmamız; cinsel istismar mağduru ergenlerde BDB yaygınlığının toplum örneklemine göre oldukça fazla olduğunu, BDB eş tanısının intihar düşünce ve girişimlerini artırıp sosyal ve akademik açıdan işlevselliği bozabileceğini göstermesi açısından önemli bir çalışmadır. Bununla birlikte ergenlerde sorgulanması oldukça sık atlanan BDB'nin fark edilip tedavi edilmesi önemlidir. Çalışmamız özellikle travma

öyküsü olan ve TSSB bulguları eşlik eden ergenlerde BDB'nin de araştırılması gerektiğini göstermekte ve farkındalığı artırmaktadır.

7. ÖZET

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada cinsel istismar mağduru ergenlerde beden dismorfik bozukluk (BDB) yaygınlığının ve BDB'nin özkıym düşüncesi üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri'ne başvurusunda cinsel istismar mağduru olduğu tespit edilmiş veya cinsel istismara uğramış olması nedeni ile adli psikiyatri polikliniğine başvurmuş olan 15-18 yaş arasındaki 84 ergen dahil edilmiştir. Hastalara sosyodemografik ve klinik veri formu, Vücut Algısı Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) ve Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) verilmiştir. Çalışmaya katılan kişilerle klinik görüşme yapılmış DSM-5 kriterlerine göre BDB tanısı araştırılmıştır. BDB tanısı alan hastalar, örneklem içindeki BDB tanısı almayan hastalarla karşılaştırılmak için olgu ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Tüm hastalarla ve ebeveynleri ile Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu ile yapılan psikiyatrik görüşme sonucunda hastaların eş tanıları belirlenmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda değerlendirilen hastaların 19'u BDB tanısı almış; olgu grubu 19, kontrol grubu ise 65 ergenden oluşmuştur. Çalışmamızda cinsel istismar mağduru ergenlerde BDB yaygınlığı %22,6 saptanmıştır. BDB tanısı alan hastaların kontrol grubuna göre aile ve arkadaşlarıyla birşeyler yapmaktan daha fazla kaçındığı, görünümündeki kusur nedeni ile akademik, sosyal, mesleki ve diğer önemli yaşam alanlarında işlevselliğinin daha fazla bozulduğu, BDB'li hastaların kontrol grubuna göre daha fazla alkol ve sigara kullandıkları görülmüştür. Araştırmamızda BDB'li hastaların %84,2'sinde kendine zarar verme davranışı olduğu, %73,7'sinin daha önceden intihar girişiminde bulunduğu saptanmış olup ortalama intihar girişimi sayısı $3,2 \pm 2,1$ olarak bulunmuştur. Araştırmamızda BDB'nin intihar etme olasılığına olan etkisi pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Çalışmamızda bedeninde güzel ve çekici bulmadığı bölgelerden dolayı endişeli olduğunu belirten ergenlerin ÇÇTÖ cinsel istismar alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Vücut algısı ölçeği ve ÇÇTÖ cinsel istismar alt boyutu puanları arttıkça hastaların intihar düşüncesinin de arttığı gösterilmiştir. Vücut algısı ölçeğinin İÖÖ intihar düşüncesi alt boyut puanına etkisi ÇÇTÖ cinsel istismar alt boyutu puanına göre daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamız cinsel istismar mağduru ergenlerde BDB yaygınlığının toplum örneklemine göre oldukça fazla olduğunu, BDB eş tanısının intihar düşünce ve girişimlerini artırıp sosyal ve akademik açıdan işlevselliği bozabileceğini göstermesi açısından önemlidir. Bununla birlikte BDB tanısı alan ergenlerin intihar düşünce ve girişim oranlarının yüksek olması bu ergenlerde intihar olasılığı açısından dikkatli olunması gerektiğini düşündürmektedir. Sorgulanması oldukça sık atlanan BDB'nin fark edilip tedavi edilmesi oldukça önemlidir. Çalışmamız; özellikle travma öyküsü olan ergenlerde BDB açısından farkındalığın artmasına yardımcı olabilir. Cinsel istismar mağduru olan ergenlerde BDB açısından psikiyatrik değerlendirme ve sağaltımlarının sağlanması, işlevselliği artırmaya yönelik çalışmaların olması, intihar davranışına yönelik önleyici ruh sağlığı politikalarının ve etkili müdahale programlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Mevcut çalışmamız kesitsel desende olduğu için, neden sonuç ilişkisinin daha derinlemesine incelenebilmesi açısından daha geniş örneklemde, uzunlamasına takip çalışmalarına gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Beden dismorfik bozukluk, cinsel istismar, intihar, travma, yaygınlık.

8. ABSTRACT

Objective: This study aims to investigate the prevalence of Body Dysmorphic Disorder (BDD) and its impact on suicidal ideation in adolescents who are victims of sexual abuse.

Method: The study included 84 adolescents aged 15-18 who had either been identified as victims of sexual abuse and sought treatment at the Child and Adolescent Psychiatry Clinics of Kocaeli University Medical Faculty, or who had sought treatment at the forensic

psychiatry clinic due to being victims of sexual abuse. The participants were given sociodemographic and clinical data forms, the Body Image Scale, the Suicide Probability Scale (SPS), and the Childhood Trauma Scale (CTS). Clinical interviews were conducted with the participants to investigate the diagnosis of BDD according to DSM-5 criteria. Patients diagnosed with BDD were divided into two groups, case and control groups, and compared to BDD non-diagnosed patients within the sample. All patients and their parents were interviewed using the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) to determine comorbid diagnoses.

Results: Out of the evaluated patients, 19 were diagnosed with BDD; the case group consisted of 19 individuals, while the control group consisted of 65 adolescents. The prevalence of BDD in sexually abused adolescents was found to be 22.6%. It was observed that BDD-diagnosed patients were more likely to avoid engaging in activities with friends and family, had more impairment in academic, social, occupational, and other important life areas due to perceived flaws in appearance, and used alcohol and tobacco more than the control group. In the study, 84.2% of BDD-diagnosed patients engaged in self-harm behaviors, and 73.7% had attempted suicide previously, with an average of 3.2 ± 2.1 suicide attempts. The study found a positive correlation between BDD and suicide probability.

In our study, it was found that adolescents who expressed concern about areas of their body they did not find attractive or appealing had higher scores on the Childhood Trauma Scale (CTS) sexual abuse subscale. As scores on the Body Image Scale and the CTS sexual abuse subscale increased, it was demonstrated that patients had an increase in suicidal ideation. The influence of the Body Image Scale on the Suicide Probability Scale (SPS) subscale related to suicidal ideation was found to be higher compared to its influence on the CTS sexual abuse subscale.

Conclusion: This study is important in highlighting the high prevalence of BDD among sexually abused adolescents and its potential to exacerbate suicidal ideation and impair functionality in social and academic domains. The high rates of suicidal ideation and attempts among adolescents diagnosed with BDD warrant careful attention to suicide risk. Detection and treatment of often overlooked BDD are crucial. The study could contribute to raising awareness about BDD, particularly in adolescents with a history of trauma.

Psychiatric evaluations and interventions for BDD in sexually abused adolescents, as well as the development of preventive mental health policies and effective intervention programs for suicide behavior, are necessary. Given the cross-sectional design of our study, larger and longitudinal studies are needed to explore deeper causal relationships.

Keywords: Body Dysmorphic Disorder, sexual abuse, suicide, trauma, prevalence.



9. EKLER

1. EK – ETİK KURUL ONAYI



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, 3. Kat, 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ	
	Tel / Faks / E-posta	0262 303 74 50 - 0262 303 74 63, gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr	
Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Cinsel istismar mağduru ergenlerde Beden Dismorfik Bozukluk yaygınlığı ve özkıyım düşüncesi üzerine etkisi	
	Sorumlu Araştırmacı	Prof. Dr. Nursu Çakın Memik	
	Sorumlu Arş. Uzmanlığı	Çocuk Psikiyatrisi	
	Araştırma Merkez(ler)i	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	
	Destekleyici		
	Araştırmacının Türü		
	Araştırmacının Tipi		
Karar ve Dayanak	Tarih : 12/05/2022	Karar No: KÜ GOKAEK-2022/09.04	Proje No: 2022/114
	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi ilgili maddelerine göre; yukarıda ismi geçmekte olan araştırmacının sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmacının gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmacının ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik ve bilimsel açıdan, ☒ Uygun bulunmuştur. ☐ Uygun bulunmamıştır. ☐ Kapsam dışı olarak değerlendirilmiştir.		

ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Toplantıda Bulunma	İmza
Prof. Dr. Nurettin Özgür DOĞAN Başkan	Acil Tıp	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Erkek	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Cem CERİT Başkan Yardımcısı	Psikiyatri	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Erkek	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Canan BAYDEMİR Üye	Biyoistatistik	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Yusufhan YAZIR Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Erkek	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Evren DEMİRİSOY Üye	Dermatoloji	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Doç. Dr. Çiğdem VURAL Üye	Patoloji	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Doç. Dr. Ceyla ERALDEMİR Üye	Biyokimya	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Doç. Dr. Enver Alper SİNANOĞLU Üye	Ağız Diş ve Çene Radyolojisi	Kocaeli Üni. Diş Hek. Fak.	Erkek	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Aslıhan AKPINAR Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒ H ☐	

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	09.02.2021/KOGOEK01.6	1/1

2. EK – ERGEN ONAM FORMU



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

ERGEN (15-18 yaş) BİLGİLENDİRME FORMU

1. Çalışmanın adı:

Cinsel istismar mağduru ergenlerde Beden Dismorfik Bozukluk yaygınlığı ve özkıyım düşüncesi üzerine etkisi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Araş.Gör.Dr. Akin Altuğ Özboduroğlu, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. [Tel:02623038702](tel:02623038702),

Prof.Dr. Nursu Çakın Memik, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. [Tel:02623038702](tel:02623038702).

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Bir araştırma projesine davet edilmektesin. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamak çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayır ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice oku, istersen başkalarıyla tartış. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyac duyuyorsan lütfen bizi ara. Ancak araştırmaya katılmak isteyip istemediğine karar vermek için lütfen biraz düşün.

Bu çalışmada; olumsuz yaşantı deneyimi olarak cinsel istismara maruz kalan ergenlerde Beden Dismorfik Bozukluğu tanı belirtilerinin ortaya çıkıp çıkmadığının ve eğer ortaya çıkmışsa özkıyım düşüncesi üzerine etkisinin olup olmadığının araştırılması hedeflenmektedir.

4. Neden ben seçildim?

15-22 yaş arasında olduğun ve daha önce cinsel istismara maruz kaldığın için bu çalışmaya seçildin.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılmak isteğe bağlı olup, istediğin zaman çalışmadan ayrılabilirsin, katılmak istemezsen bu herhangi bir ceza ya da herhangi bir soruna yol açmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da tedavi sürecinle ilgili soruna yol açmadan araştırmadan çekilebilirsin.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Yaklaşık 20-25 dakikanı ayırıp sana verilen formlardaki sorulara cevap vereceksin. Tüm formlar doktorlar tarafından toplanıp, dosyalarda tutulacaktır. Çalışmaya katılan doktorlar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Her yeni araştırma için yeniden etik kurul izni alınacak ve formlar ticari amaçla kullanılmayacaktır.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?

Uygulanacak olan formların herhangi bir zararı yoktur.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Değerlendirme sonunda Beden Dismorfik Bozukluk saptanması durumunda sana ve aİene gereken önerilerde bulunabileceğiz ve bu bozuklukla ilgili tedavini düzenleyebileceğiz.

9. **Araştırma masrafları:** Araştırma için sadece sana verilen formları doldurman istenecek ve araştırma için uygulanacak hiçbir şey için senden veya bağılı olduğı sosyal güvenlik kurumundan ücret istenmeyecektir. Araştırmada ihtiyaç duyulan malzemelerin giderleri araştırmacılar tarafından karşılanacaktır.

10. **Araştırmada ters giden bir şey olursa?**

Araştırmadan istediğın zaman ayrılabilirsin

11. **Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliğı nasıl sağlanacak?**

Tüm formlar doktorlar tarafından toplanıp, dosyalarda tutulacaktır. Kimlik bilgileri çalışmaya katılan doktorlar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır.

12. **Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?**

Bilgi istemen halinde araştırma bittiğinde araştırmayı yapan doktorlardan bilgi alabilirsin.

13. **Araştırma sonuçlarına ne olacak?**

Değerlendirme sonuçları tez olarak yayınlanacak, ilgili bilim alanında ileriki dönemlerde yapılacak araştırma ve alınacak önlemlere ışık tutacaktır.

14. **Daha ayrıntılı bilgi için,**

Araş.Gör.Dr. Akın Altuğ Özboduroğlu, [Tel:02623038702](tel:02623038702), akinaltug@hotmail.com, 05052911927

Prof.Dr. Nursu Çakın Memik, [Tel:02623038702](tel:02623038702)

Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 0262 303 71 64

15. **Teşekkür:**

Araştırmamıza katıldığın için teşekkür ederiz.

16. **Şikâyet için başvuru adresi;**

Araş.Gör.Dr. Akın Altuğ Özboduroğlu, [Tel:02623038702](tel:02623038702), akinaltug@hotmail.com, 05052911927

Prof.Dr. Nursu Çakın Memik, [Tel:02623038702](tel:02623038702)

Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 0262 303 71 64



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Araştırmanın Adı: Cinsel istismara uğramış ergenlerde Beden Dismorfik Bozukluk yaygınlığı ve özkıyım düşüncesi üzerine etkisi.

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

3. EK – EBEVEYN ONAM FORMU



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

EBEVEYN BİLGİLENDİRME FORMU

1. Çalışmanın adı:

Cinsel istismar mağduru ergenlerde Beden Dismorfik Bozukluk yaygınlığı ve özkıyım düşüncesi üzerine etkisi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Araş.Gör.Dr. Akın Altuğ Özboduroğlu, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. [Tel:02623038702](tel:02623038702),

Prof.Dr. Nursu Çakın Memik, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. [Tel:02623038702](tel:02623038702).

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, isterseniz başkalarıyla tartışın. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız lütfen bizi arayın. Ancak araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün. Bu çalışmada; olumsuz yaşantı deneyimi olarak cinsel istismara maruz kalmış olan 15-22 yaş arasındaki ergenlerde ruhsal bir bozukluk olan 'Beden Dismorfik Bozukluğu' tanı belirtilerinin ortaya çıkıp çıkmadığının ve eğer ortaya çıkmışsa özkıyım düşüncesi üzerine etkisi olup olmadığının araştırılması hedeflenmektedir.

4. Neden ben seçildim?

Çocuğunuz 15-22 yaş arasında olduğu ve daha önce cinsel istismara maruz kaldığı için bu çalışmaya seçildi.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılmak isteğe bağlı olup, istediğiniz zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz, katılmak istemezseniz bu herhangi bir ceza ya da çocuğunuzun tedavi süreciyle ilgili bir soruna yol açmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da tedavi sürecinizle ilgili soruna yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacaktır?

Çocuğunuzdan yaklaşık 20-25 dakika ayırıp verilen formlardaki sorulara cevap vermesi istenecektir. Tüm formlar doktorlar tarafından toplanıp, dosyalarda tutulacaktır. Çalışmaya katılan doktorlar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Her yeni araştırma için yeniden etik kurul izni alınacak ve formlar ticari amaçla kullanılmayacaktır.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?

Uygulanacak olan formların herhangi bir zararı yoktur.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Değerlendirme sonunda çocuğunuzda Beden Dismorfik Bozukluk saptanması durumunda size ve çocuğunuza bilgi verebilecek, gereken önerilerde bulunabileceğiz ve çocuğunuzun bu bozuklukla ilgili tedavisini düzenleyebileceğiz.

9. Araştırma masrafları: Araştırma için çocuğunuzdan verilen formları doldurması istenecek ve araştırma için uygulanacak hiçbir şey için sizden veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumundan ücret istenmeyecektir. Araştırmada ihtiyaç duyulan malzemelerin giderleri araştırmacılar tarafından karşılanacaktır.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?

Araştırmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz.

11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Tüm formlar doktorlar tarafından toplanıp, dosyalarda tutulacaktır. Kimlik bilgileri çalışmaya katılan doktorlar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Bilgi istemeniz halinde araştırma bittiğinde araştırmayı yapan doktorlardan bilgi alabilirsiniz.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Değerlendirme sonuçları tez olarak yayınlanacak, ilgili bilim alanında ileriki dönemlerde yapılacak araştırma ve alınacak önlemlere ışık tutacaktır.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,

Araş.Gör.Dr. Akın Altuğ Özboduroğlu, [Tel:02623038702](mailto:akinaltugg@hotmail.com), akinaltugg@hotmail.com, 05052911927

Prof.Dr. Nursu Çakın Memik, Tel:02623038702

Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 0262 303 71 64

15. Teşekkür:

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

16. Şikâyet için başvuru adresi;

Araş.Gör.Dr. Akın Altuğ Özboduroğlu, Tel:02623038702, akinaltugg@hotmail.com, 05052911927

Prof.Dr. Nursu Çakın Memik, Tel:02623038702

Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 0262 303 71 64



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Araştırmanın Adı: Cinsel istismara uğramış ergenlerde Beden Dismorfik Bozukluk yaygınlığı ve özkrım düşüncesi üzerine etkisi.

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

4.EK- SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Hastanın cinsiyeti:

() Kız () Erkek

2. Doğum Tarihi:

3. Boy:..... Kilo:.....

4. Okula gidiyor mu?

() Evet

() Hayır, Okula gitmiyor (Okulu bıraktığı sınıf:..... Bırakma

nedeni:.....)

5. Kaçıncı Sınıfa Gidiyor?

6. Kardeş sayısı(kendisi dışında):

7. Kaçıncı çocuk:

8. Aile yapısı:

() Çekirdek aile

() Geniş aile

() Parçalanmış aile(boşanmış/ ayrı)

() Anne ve/veya baba vefat etmiş

9. Ailenin aylık geliri:

() 0-2500 TL

() 2500-4000 TL

() 4000-6000 TL

() 6000 TL'den fazla

10. Anne yaşı:

11. Annenin eğitim durumu:

() Okuma-yazma bilmiyor

() Okur-yazar

() İlkokul mezunu

() Ortaokul mezunu

() Lise mezunu

() Üniversite mezunu

() Yüksek Lisans/Doktora

12. Annenin iş durumu:

() Çalışmıyor

- ☐ Çalışıyor , Memur
- ☐ Çalışıyor, İşçi
- ☐ Çalışıyor, Serbest Meslek
- ☐ Emekli

13. Annede bilinen fiziksel hastalık var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, günlük işlerini yapmasını etkiliyor.
- ☐ Evet, günlük işlerini yapmasını etkilemiyor.

14. Annede bilinen ruhsal hastalık var mı? (Doktor tarafından tanısı konulmuş.)

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, Depresif Bozukluk
- ☐ Evet, Kaygı Bozukluğu
- ☐ Evet, Psikotik Bozukluk (Şizofreni vb.)
- ☐ Evet, Bipolar Duygudurum Bozukluğu
- ☐ Evet, Kişilik Bozukluğu
- ☐ Evet, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)
- ☐ Evet, Diğer.....

15. Baba yaşı:

16. Babanın eğitim durumu:

- ☐ Okuma-yazma bilmiyor
- ☐ Okur-yazar
- ☐ İlkokul mezunu
- ☐ Ortaokul mezunu
- ☐ Lise mezunu
- ☐ Üniversite mezunu
- ☐ Yüksek Lisans/Doktora

17. Babanın iş durumu:

- ☐ Çalışmıyor

- ☐ Çalışıyor, Memur
- ☐ Çalışıyor, İşçi
- ☐ Çalışıyor, Serbest Meslek
- ☐ Emekli

18.Babada bilinen fiziksel hastalık var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, günlük işlerini yapmasını etkiliyor.
- ☐ Evet, günlük işlerini yapmasını etkilemiyor.

19.Babada bilinen ruhsal hastalık var mı? (Doktor tarafından tanısı konulmuş.)

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, Depresif Bozukluk
- ☐ Evet, Kaygı Bozukluğu
- ☐ Evet, Psikotik Bozukluk (Şizofreni vb.)
- ☐ Evet, Bipolar Duygudurum Bozukluğu
- ☐ Evet, Kişilik Bozukluğu
- ☐ Evet, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)
- ☐ Evet, Diğer.....

20.Kardeşte/kardeşlerde bilinen fiziksel hastalık var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, günlük işlerini yapmasını etkiliyor.
- ☐ Evet, günlük işlerini yapmasını etkilemiyor.

21.Kardeşte/kardeşlerde bilinen ruhsal hastalık var mı? (Doktor tarafından tanısı konulmuş.)

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
- ☐ Evet, Depresif Bozukluk
- ☐ Evet, Kaygı Bozukluğu
- ☐ Evet, Davranım Bozukluğu
- ☐ Evet, Şizofreni

- ☐ Evet, Bipolar Duygudurum Bozukluğu
- ☐ Evet, Otizm Spektrum Bozukluğu
- ☐ Evet, Yeme Bozukluğu
- ☐ Evet, Zeka Geriliği
- ☐ Evet, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)
- ☐ Evet, Diğer.....

22. Anne baba arasında akraba evliliği var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

23. Hastanın bilinen fiziksel hastalığı var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, günlük işlerini yapmasını etkiliyor.
- ☐ Evet, günlük işlerini yapmasını etkilemiyor.

24. Hastanın bilinen ruhsal hastalığı var mı? (Doktor tarafından tanısı konulmuş.)

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
- ☐ Evet, Depresif Bozukluk
- ☐ Evet, Kaygı Bozukluğu
- ☐ Evet, Davranım Bozukluğu
- ☐ Evet, Şizofreni
- ☐ Evet, Bipolar Duygudurum Bozukluğu
- ☐ Evet, Otizm Spektrum Bozukluğu
- ☐ Evet, Yeme Bozukluğu
- ☐ Evet, Zeka Geriliği
- ☐ Evet, Diğer.....

25. Hastanın sürekli kullandığı ilaç var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet (İsmi:..... Süresi:.....)

.....
.....
.....

26.Hastanın yaşadığı olumsuz yaşam olayı var mı?

() Hayır () Evet

Evet ise nedir? Açıklayınız.

.....
.....
.....
.....

27.Aile içinde sözel şiddet var mı?

a.Hayır

b.Evet (Kim tarafından:.....Kime karşı:.....)

28.Aile içinde fiziksel şiddet var mı?

a.Hayır

b.Evet (Kim tarafından:.....Kime karşı:.....)

29.Ailede suçla karışma öyküsü var mı?

() Hayır

() Evet (Çocuğa yakınlığı:.....

Suçun türü:.....)

30.Ailede madde kullanımı öyküsü var mı?

() Hayır

() Evet (Çocuğa yakınlığı:.....

Maddenin türü:.....)

31.Hastanın kurum bakımında kalma durumu var mı?

() Hayır

() Evet Süresi:

Kurum bakımına alınma nedeni:.....

32.Hasta sigara kullanıyor mu?

() Hayır

() Evet, miktarını belirtiniz.....

33.Hasta alkol kullanıyor mu?

() Hayır

() Evet, ayda birkaç kez

() Evet, haftada birkaç kez

() Evet, her gün

34.Hasta madde kullanıyor mu?

() Hayır

() Evet, ayda birkaç kez

() Evet, haftada birkaç kez

() Evet, her gün

Evet ise hangi maddeleri kullandın ya da kullanıyorsun?

.....
.....

35.Hastanın gittiği bir sosyal aktivite var mı (Örnek; futbol, resim, tiyatro, gitar kursu vb.)?

() Hayır

() Evet; Vücut Geliştirme Programı

() Evet, Spor

() Evet, Müzik

() Evet, Resim

() Evet, Tiyatro

() Evet,

Diğer.....

36.Hastanın fiziksel egzersiz/ spor yapma sıklığı nedir?

- ☐ Hiç
- ☐ Arada sırada
- ☐ Haftada 1 kez
- ☐ Haftada 2 – 3 kez
- ☐ Haftada 4 – 5 kez
- ☐ Haftanın her günü

37.Hasta haftada kaç kez tartılır?

- ☐ Haftada 1 kez
- ☐ Haftada 2-3 kez
- ☐ Haftada 4-5 kez
- ☐ Her gün

38.Hastanın uyguladığı bir diyet var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

39.Vücut geliştirme amaçlı herhangi bir ilaç veya besin takviyesi kullandı mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

40.Nasıl görüldüğü hakkında endişeli mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

41. Eğer evet ise görünüşüyle ilgili daha az düşünmeyi diler mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

42. Nasıl görüldüğüyle ilgili esas endişesi yeterince zayıf olmadığı veya aşırı şişmanlayabileceğiyle mi ilgili?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

43. Bedeninde özellikle güzel veya çekici bulmadığı bölge/bölgelerden dolayı endişe duyuyor mu (Bu endişe cildin, saçların, burnun, ağzın, dudakların, eklemlerin,

ellerin, göğüslerin, genital bölgen ya da vücudunun herhangi bir bölümü ile ilgili olabilir.)?

- ☐ Yok
- ☐ Biraz
- ☐ Orta düzeyde
- ☐ Oldukça
- ☐ Son derece endişe duyuyorum

Varsa görünümüyle ilgili bu endişeler nelerdir? Bu bölgelerin görünümünde hastayı özellikle endişelendiren şeyler nelerdir?

.....
.....
.....
.....

44. Nasıl görüldüğü ile ilgili düşünceler hastanın zihnini meşgul ediyor mu?

- ☐ Zihnimi hiç meşgul etmiyor
- ☐ Zihnimi biraz meşgul ediyor
- ☐ Zihnimi orta düzeyde meşgul ediyor
- ☐ Zihnimi çok meşgul ediyor
- ☐ Zihnimi son derece meşgul ediyor

45. Sıradan bir günde nasıl görüldüğüyle ilgili düşünmek için ne kadar zaman harcıyor?

- ☐ Hiç
- ☐ Az (günde 1 saatten daha az)
- ☐ Orta (günde 1-3 saat)
- ☐ Çok (günde 3-8 saat arası)
- ☐ Aşırı (günde 8 saatten fazla)

46. Nasıl görüldüğüyle ilgili bu düşünceler aile veya arkadaşlarıyla bir şeyler yapmasını ne kadar etkiliyor?

- ☐ Hiç

- ☐ Biraz
- ☐ Orta
- ☐ Çok fazla
- ☐ Son derece

47. Görünümündeki bu fiziksel kusur/kusurların sosyal, mesleki ya da diğer önemli yaşam alanlarında işlevselliğinde herhangi bir bozulmaya/olumsuz etkiye yol açıyor mu?

- ☐ Hiç
- ☐ Ara sıra
- ☐ Orta düzeyde
- ☐ Sık sık
- ☐ Çok sık

48. Nasıl görüldüğüyle ilgili düşünceler okulla ilgili sorunlara sebep oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Olduysa ne gibi sorunlara sebep oldu?

.....
.....

49. Hiç kendini öldürmeyi düşündüğü oldu mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, bir kez
- ☐ Bazen
- ☐ Sıklıkla
- ☐ Çok sık
- ☐ Her zaman

50. Hasta, birisine hiç intihar edebileceğini veya edeceğini söyledi mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

51.Hasta daha önce intihar girişiminde bulundu mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, İlaç alarak
- ☐ Evet, Kesici bir alet ile
- ☐ Evet, Yüksekten atlama
- ☐ Evet, Asmaya çalışmak
- ☐ Evet, diğer

Evet ise kaç kez intihar girişiminde bulundun?.....

52.Vücuduna daha önce zarar verdiği oldu mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, kollarını ya da vücudunun diğer yerlerini kesme ya da çizme
- ☐ Evet, sigara ya da diğer yollarla yakma
- ☐ Evet, saç yolma
- ☐ Evet, başını, yumruğunu vb. şiddetle sert yerlere vurma
- ☐ Evet, diğer

53.Bir gün intihara teşebbüs etme olasılığı nedir?

- ☐ Hiç bir zaman etmem
- ☐ Şu anda düşünmüyorum ama gelecekle ilgili kesin bir şey söyleyemem.
- ☐ Belki
- ☐ Mutlaka
- ☐ Mutlaka birden fazla tekrarlama olasılığım var.

54.Ailede intihar girişiminde bulunan var mı?

- ☐ Evetse kim?.....
- ☐ Hayır

55.Arkadaşları arasında intihar girişiminde bulunan var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

56.Aile ya da çevrende intihar ile ölen var mı?

()Varsa kim?

() Yok



5.EK- ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ

EK 2: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ-28)

Bu sorular çocukluğunuzda ve gençliğinizde (18 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

1. Hiçbir zaman
2. Nadiren
3. Zaman zaman
4. Sıklıkla
5. Çok sık olarak

Sıra	Sorular	1	2	3	4	5
1	Yeterli yemek bulamazdım.					
2	Ailemdelikler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tıpaiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
3	Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
4	Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusuna hissetmeme yardımcı olan birisi vardır.					
5	Kirli giysiler içinde dolanmak zorunda kalırdım.					
6	Sevdiğimi hissediyordum.					
7	Anne-babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
8	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora gitmem gerekmişti.					
9	Ailemden birisi bana o kadar şiddetle vuruyordular ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
10	Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
11	Ailemden tam olarak memnundum.					
12	Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
13	Ailemdelikler bana karıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
14	Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
15	Ailemdelikler beni her türlü kötülüğten korumaya çalışırlardı.					
16	Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiğini oluyordu.					
17	Ailemden birisi benden nefret ederdi.					
18	Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissedirlerdi.					
19	Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
20	Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
21	Çocukluğum mükemmeldi.					
22	Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
23	Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
24	Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
25	Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
26	Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum					
27	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağıydı.					
28	İhtiyacım olduğun da beni doktora götürecek birisi vardı.					

6.EK- VÜCUT ALGISI ÖLÇEĞİ

	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					

7.EK- İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki her cümleyi dikkatle okuduktan sonra, her ifadenin yanındaki kutulardan size en uygun olan birinin içine (x) işareti koyunuz. Lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz.

1	Tepem atınca bir şeyler fırlatırım	1	2	3	4
2	Benimle candan ilgili pek çok kişi olduğuna inanıyorum	1	2	3	4
3	Düşüncesizce hareket etmeye eğilimli olduğumu sanıyorum	1	2	3	4
4	Başkalarına anlatılmayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum	1	2	3	4
5	Çok fazla sorumluluğumun olduğunu düşünüyorum	1	2	3	4
6	Yapabileceğim faydalı pek çok şey olduğuna inanıyorum	1	2	3	4
7	Başkalarını cezalandırmak için intiharı düşünüyorum	1	2	3	4
8	Başkalarına karşı düşmanca duygular duyuyorum	1	2	3	4
9	Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum	1	2	3	4
10	İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerini hissediyorum	1	2	3	4
11	Ölürsem pek çok kişinin üzüleceğine inanıyorum	1	2	3	4
12	Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum	1	2	3	4
13	İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu hissediyorum	1	2	3	4
14	Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapardım	1	2	3	4
15	Pek çok şeyi iyi yapmadığımı sanıyorum	1	2	3	4
16	Sevdiğim bir işi bulmakta ve sürdürmekte güçlük çekiyorum	1	2	3	4
17	Ölürsem hiç kimsenin beni özleyeceğini sanmıyorum	1	2	3	4
18	İşlerim yolunda gidiyora benziyor	1	2	3	4
19	İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum	1	2	3	4
20	Yaptığım, düşündüğüm şeyler için cezalandırılmam gerektiğini düşünüyorum	1	2	3	4
21	Dünyanın yaşamaya değer bir yer olmadığını düşünüyorum	1	2	3	4
22	Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaparım	1	2	3	4
23	Güvenebileceğim pek fazla arkadaşım olmadığını hissediyorum	1	2	3	4
24	Ölsem insanların daha iyi olacağını hissediyorum	1	2	3	4
25	Böyle yaşamaktansa ölmenin daha az acı verici olduğunu düşünüyorum	1	2	3	4
26	Kendimi anneme yakın hissediyorum/hissediordum	1	2	3	4
27	Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum	1	2	3	4
28	Bir şeylerin iyi olacağı konusunda umutsuzum	1	2	3	4
29	İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissediyorum	1	2	3	4
30	Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünüyorum	1	2	3	4
31	Para konusu beni endişelendiriyor	1	2	3	4
32	İntihar etmeyi düşünüyorum	1	2	3	4
33	Kendimi yorgun ve kayıtsız hissediyorum	1	2	3	4
34	Tepem atınca (kızınca) bir şeyler kırarım	1	2	3	4
35	Kendimi babama yakın hissediyorum/hissediordum	1	2	3	4
36	Nerede olursam olayım mutlu olamayacağımı sanıyorum	1	2	3	4

10. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). Washington DC: APA Press. 2013.
2. Phillips KA. Body dysmorphic disorder. In somatoform and factitious disorders. American Psychiatric Publishing. 2001.
3. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. Dialogues Clinical Neuroscience. 2010;12:221-232.
4. Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, Walburn J. Body dysmorphic disorder: A survey of fifty cases. British Journal of Psychiatry. 1996;169:196–201.
5. Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. Comprehensive Psychiatry. 2006;47(2):77-87.
6. Harter S, Marold DB, Whitesell NR. Model of psychosocial risk factors leading to suicidal ideation in young adolescents. Development and Psychopathology. 1992;4:167-188.
7. Levine MP, Smolak M. Body image development in adolescence. In: Cash TF, Pruzinsky T, ed. Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice. New York: The Guilford Press. 2002:74–82.
8. Mayville S, Katz RC, Gipson MT, Cabral K. Assessing the prevalence of body dysmorphic disorder in an ethnically diverse group of adolescents. J Child Fam Stud. 1999;8:357-362.
9. Schneider SC, Turner CM, Mond J, Hudson JL. Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. Aust NZJ Psychiatry. 2017;51:595-603.
10. Veale D. Body dysmorphic disorder. Postgrad Med Jornal. 2004;80:67-71.
11. Weingarden H, Renshaw KD, Wilhelm S, Tangney JP, DiMauro J. Anxiety and shame as risk factors for depression, suicidality, and functional impairment in body dysmorphic disorder and obsessive compulsive disorder. J Nerv Ment Dis. 2016;204(11):832–839.
12. 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;38:453-459.

13. Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay CW, Weisberg RB. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res.* 2006;141(3):305-314.
14. Phillips KA. Suicidality and aggressive behavior in body dysmorphic disorder. In: Phillips KA, ed. *Body dysmorphic disorder: Advances in research and clinical practice.* New York: Oxford University Press. 2017:155-170.
15. Snorrason I, Beard C, Christensen K, Bjornsson AS, Björgvinsson T. Body dysmorphic disorder is associated with risk for suicidality and inpatient hospitalization: A replication study. *Psychiatry Res.* 2020;293:113478.
16. Fallon P, Ackard D. Sexual abuse and body image. In: Cash TF, Pruzinsky T, ed. *Body image: A handbook of theory, research, & clinical practice.* New York: The Guilford Press. 2002;117–124.
17. Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Yaryura-Tobias JA. Rates of abuse in body dysmorphic disorder and obsessive compulsive disorder. *Body Image.* 2006;3:189-193.
18. Karamustafalıoğlu KO. *Temel ve klinik psikiyatri.* Ankara: Güneş Tıp Kitabevi. 2018.
19. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan&Sadock Psikiyatri/Davranış Bilimleri Klinik Psikiyatri. 11. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi. 2016.
20. Köroğlu E. *Klinik Psikiyatri.* 2. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2015.
21. Phillips KA. *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder.* Review edition. New York: Oxford University Press. 2005.
22. Morselli E. Sula dismorfofobia e sula tafefobia. *Bull Accad Med.* 1886;6:110-119.
23. Thomas CS. Dysmorphophobia: a question of definition. *British Journal Psychiatry.* 1984;144:513-516.
24. Jerome L. Dysmorphophobia and taphephobia: Two hitherto undescribed forms of insanity with fixed ideas. *History of Psychiatry.* 2001;12(45):103–114.
25. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: The distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry.* 1991;148:1138-1149.
26. Freud S. Three case histories: the“Wolf Man”, the“Rat Man” and the psychotic Doctor Schreber. New York: Collier Books. 1963.
27. Davis W. *Drawing the dream of the wolves: homosexuality, interpretation, and Freud's “Wolf Man”.* Bloomington: Indiana University Press. 1995.

28. Frana K, Roccia MG, Castillo D, ALHarbi M, Tchernev G, Chokoeva A, Lotti T, Fioranelli M. Body dysmorphic disorder: History and curiosities. *Wien Medical Wochenschr.* 2017;167(1):5-7.
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition ed (DSM-III). Washington DC: APA Press. 1980.
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition revised ed (DSM-III-R). Washington DC: APA Press. 1987.
31. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatrik hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-R). Köroğlu E, ev. ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2001.
32. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. World Health Organization. 1993.
33. Organization World Health. ICD-11: International classification of diseases for mortality and morbidity statistics: 11th revision. 2021.
34. Sungur MZ. Beden dismorfik bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası.* 1999;1999:19-22.
35. Veale D, Akyüz EU, Hodson J. Prevalence of body dysmorphic disorder on a psychiatric inpatient ward and the value of a screening question. *Psychiatry Res.* 2015;230(2):383–386.
36. Biby EL. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology.* 1998;54:489-499.
37. Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *Journal Clinical Psychiatry.* 2001;62(7):517-522.
38. 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.
39. Möllmann A, Dietel FA, Hunger A, Buhlmann U. Prevalence of body dysmorphic disorder and associated features in German adolescents: A self-report survey. *Psychiatry Research.* 2017;254:263–267.
40. Cansever A, Uzun O, Donmez E, Ozsahin A. The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: A study in a Turkish sample. *Compr Psychiatry.* 2003;44(1):60-64.

41. Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodson J. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*. 2016;18:168–186.
42. Rajabi S, Kamran L, Joukar KamalAbadi M. Epidemiology of body dysmorphic disorder among adolescents: A study of their cognitive functions. *Brain Behav*. 2022;12(4):e01710.
43. Conroy M, Menard W, Fleming-Ives K. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in adult inpatient setting. *General Hospital Psychiatry*. 2008;30(1):67-72.
44. Kelly MM, Phillips KA. Phenomenology and epidemiology of body dysmorphic disorder. In: Steketee G, ed. *The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders*. New York: Oxford University Press. 2011.
45. Zimmerman M, Mattia JI. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: Recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry*. 1998;39(5):265–270.
46. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plastic Reconstructif Surgery*. 1998;101:1644-1649.
47. Phillips KA. *Understanding body dysmorphic disorder. An essential guide*. New York: Oxford University Press. 2009.
48. Crerand CE, Sarwer DB, Ryan M. Cosmetic medical and surgical treatments and body dysmorphic disorder. In: Phillips KA, ed. *Body dysmorphic disorder: Advances in research and clinical practice*. New York: Oxford University Press. 2017:431.
49. Aşkın R. Vücut dismorfik bozukluğu. 9 olgu. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1994;1:45-51.
50. Herbest I, Jemec G. Body dysmorphic disorder in dermatology. *Psychiatric Quarterly*. 2020;91(4):1003-1010.
51. Mufaddel A, Osman OT, Almugaddam F, Jafferany M. A review of body dysmorphic disorder and its presentation in different clinical settings. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2013;15(4):PCC.12r01464.
52. 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):317–325.
53. Feusner JD, Neziroglu F, Wilhelm S, Mancusi L, Saxena S. What causes BDD: research findings and a proposed model. *Psychiatry Annals*. 2010;40(7):349-355.

54. Zaidens SH. Dermatologic hypochondriasis; a form of schizophrenia. *Psychosom Med.* 1950;12(4):250-253.
55. Göksan B. Ergenlerde beden imajı ve beden dismorfik bozukluğu. İstanbul: Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi. Uzmanlık tezi. 2007.
56. Barr L, Goodman W, Price L. Acute exacerbation of body dysmorphic disorder during tryptophan depletion. *American Journal of Psychiatry.* 1992;149:1406-1407.
57. Aslan SH, Evlice YE. Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları içinde yer alan depersonalizasyon ve vücut dismorfik bozukluğu: Olgu sunumu. *Psikiyatri Bülteni.* 1996;139-142.
58. Phillips KA, Mcelroy SL. Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry.* 2000;41(4):229-236.
59. Kelly MM, Didie ER, Phillips KA. Personal and appearance-based rejection sensitivity in body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2014;11(3):260-265.
60. Neziroğlu F, Khemlani-Patel S, Veale D. Social learning theory and cognitive behavioral models of body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2008;5(1):28-38.
61. Phillips KA, Kim JM, Hudson JI. Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders. Obsessions or delusions? *Psychiatr Clin North Am.* 1995;18(2):317-334.
62. Kaytan M. Beden dismorfik bozukluğu belirtilerinin bilişsel davranışçı model doğrultusunda tanı almamış yetişkin bir örnekleme incelenmesi. Bursa: Uludağ Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. 2015.
63. Veale D, Neziroğlu F. *Body dysmorphic disorder: A treatment manual.* Wiley-Blackwell Publication. 2010.
64. Surgery American Society for Aesthetic&Plastic. *Cosmetic surgery national databank statistics: Expanded data for 2010.*
65. Hollander E, Neville D, Frenkel M, Josephson S, Liebowitz MR. Body dysmorphic disorder. Diagnostic issues and related disorders. *Psychosomatics.* 1992;33(2):156-165.
66. Greenberg JL. *Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder in adolescents: Development of a treatment protocol.* The State University of New Jersey. 2008.
67. 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;4:287-293.

68. Richter MA, Tharmalingham S, Burroughs E. A preliminary genetics investigation of BDD and OCD. *Neuropsychopharmacology*. 2004;29(1).
69. Phillips KA, Kaye WH. The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*. 2007;12:347-358.
70. Monzani B, Rijdsdijk F, Harris J, Mataix-Cols D. The structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-5 obsessive-compulsive spectrum disorders. *JAMA Psikiyatri*. 2014;71.
71. Hollander E, Liebowitz MR, Winchel R, Klumker A, Klein DF. Treatment of body dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *Am J Psychiatry*. 1989;146(6):768-770.
72. Phillips KA, Dwight MM, Mcelroy S. Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(4):165-171.
73. Phillips KA, Albertini RS, Siniscalchi JM, Khan A, Robinson M. Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: A chart-review study. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(9):721-727.
74. Phillips KA, Najjar F. An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:715-720.
75. Kaplan HI, Sadock BJ, Ruiz P. *Psikiyatri/Davranış Bilimleri Klinik Psikiyatri*. 11. baskı . Baltimore: Williams and Wilkins. 2016.
76. Hanes KR. Serotonin, psilocybin, and body dysmorphic disorder: A case report. *J Clin Psychopharmacol*. 1996;188-189.
77. Craven JL, Rodin GM. Cyproheptadine dependence associated with an atypical somatoform disorder. *Can J Psychiatry*. 1987;32(2):143-145.
78. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: Diagnosis and treatment of imagined ugliness. *J Clin Psychiatry*. 1996;57(8):61-64.
79. Vulink NC, Planting RS, Figee M, Booij J, Denys D. Reduced striatal dopamine D2/3 receptor availability in body dysmorphic disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016;26(2):350–356.
80. Madsen SK, Zai A, Pirnia T, Arienzo D, Zhan L, Moody TD, Thompson PM , Feusner JD. Cortical thickness and brain volumetric analysis in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*. 2015;232:115-122.
81. Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, Bookheimer S. Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64.

82. Atmaca M, Bingol I, Aydin A, Yildirim H, Okur I, Yildirim MA. Brain morphology of patients with body dysmorphic disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2010;123:258-263.
83. Feusner JD, Moody T, Hembacher E, Townsend J, McKinley M, Moller H, Bookheimer S. Abnormalities of visual processing and frontostriatal systems in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:197-205.
84. Adler CM, McDonough-Ryan P, Sax KW, Holland SK, Arndt S, Strakowski SM. fMRI of neuronal activation with symptom provocation in unmedicated patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2000;34(4-5):317-324.
85. 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;122:13-19.
86. Grace SA, Buchanan BG, Maller JJ, Toh WL, Castle DJ, Rossell SL. Reduced cortical thickness in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2017;259:25-28.
87. Hanes KR. Neuropsychological performance in body dysmorphic disorder. *J Int Neuropsychol Soc*. 1998;4.
88. Deckersbach T, Savage CR, Phillips KA, Wilhelm S, Buhlmann U, Rauch SL, Baer L, Jenike MA. Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. *J Int Neuropsychol Soc*. 2000;6.
89. Buhlmann U, Hartmann AS. Cognitive and emotional processing in body dysmorphic disorder. In: Phillips KA, ed. *Body dysmorphic disorder: Advances in research and clinical practice*. New York: Oxford University Press. 2017:285.
90. Dunai J, Labuschagne I, Castle DJ, Kyrios M, Rossell SL. Executive function in body dysmorphic disorder. *Psychol Med*. 2010;40.
91. Tasios K, Michopoulos I. Body dysmorphic disorder: Latest neuroanatomical and neuropsychological findings. *Psychiatriki*. 2017;28(3):242–250.
92. Grant JE, Fineberg N, van Ameringen M, Cath D, Visser H, Carmi L, Pallanti S, Hollander E, van Balkom AJLM. New treatment models for compulsive disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016;26(5):877–884.
93. Şimşek F. Plastik cerrahi polikliniğine başvuran başvuran hastalarda beden dismorfik bozukluğunun yaygınlığı, klinik özellikleri ve diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikteliği. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi. Uzmanlık Tezi. 2020.

94. 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;172:161-167.
95. Hollander E, Cohen LJ, Simeon D. Body dysmorphic disorder. *Psychiatry Annals*. 1993;23:359-364.
96. Longobardi C, Badenes-Ribera L, Fabris MA. Adverse childhood experiences and body dysmorphic symptoms: A meta-analysis. *Body Image*. 2022;40:267-284.
97. Didie ER, Tortolani CC, Pope CG, Menard W, Fay C, Phillips KA. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse and Neglect*. 2006;30:1105-1115.
98. Semiz U, Başoğlu C, Çetin M, Ebrinç S, Uzun O, Ergün B. Body dysmorphic disorder in patients with borderline personality disorder: prevalence, clinical characteristics, and role of childhood trauma. *Acta Neuropsychiatrica*. 2008;20:33-40.
99. Buhlmann U, Marques LM, Wilhelm S. Traumatic experiences in individuals with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2012;200:95-98.
100. Valderrama J, Hansen SK, Pato C, Phillips K, Knowles J, Pato MT. Greater history of traumatic event exposure and PTSD associated with comorbid body dysmorphic disorder in a large OCD cohort. *Psychiatry Res*. 2020:289.
101. O'Brien JE, Li W, Burton DL. Eating disordered behaviors and body disapproval in adolescent males adjudicated for sexual and nonsexual crimes. *J Child Sex Abus*. 2015;24 (8):922-942.
102. Buhlmann U, Cook LM, Fama JM, Wilhelm S. Perceived teasing experiences in body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2007;4(4):381–385.
103. Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1997;185(9):570–577.
104. Phillips KA, Rasmussen SA. Change in psychosocial functioning and quality of life of patients with body dysmorphic disorder treated with fluoxetine: A placebocontrolled study. *Psychosomatics*. 2004;45:438-444.
105. Çalığışu C, Tükel R, Karalı N. Beden dismorfik bozukluğunda klinik özellikler: 13 olgunun değerlendirilmesi. 1997.
106. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition text revision (DSM-5-TR). Washington DC. 2022.
107. Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM et al. Body dysmorphic disorder: Some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010:27.

108. Türksoy NK, Tükel R, Çalıkları C, Olgun TÖ, Keser V, Demir T. Beden dismorfik bozukluğunda klinik özellikler. 19 Olgunun Değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2000;87-92.
109. Aşkın R, Çilli AS. Ayaktan psikiyatrik hastalarda vücut dismorfik bozukluğu: Tanı, yaşam boyu başka ruhsal hastalık varlığı, demografik ve klinik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002;13:197-203.
110. Schneider SC, Mond J, Turner CM, Hudson JL. Sex differences in the presentation of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2019;48(3):516–528.
111. Eisen JL, Phillips KA, Coles ME, Rasmussen SA. Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2004;45:10-15.
112. Phillips KA, Pinto A, Menard W, Eisen JL, Mancebo M, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: A comparison study of two possibly related disorders. *Depress Anxiety*. 2007;24(6):399–409.
113. Phillips KA, Stein DJ. Handbook on obsesif and related disorders. Arlington: American Psychiatric Association. 2015.
114. 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):125–129.
115. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: Recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry*. 2004;3:12-17.
116. Weingarden H, Renshaw KD. Shame in the obsessive compulsive related disorders: a conceptual review. *J Affect Disord*. 2015;171:74–84.
117. Simmons R, Phillips KA. Core clinical features of body dysmorphic disorder: Appearance preoccupations, negative emotions, core beliefs, and repetitive and avoidance behaviors. In: Phillips KA, ed. *Body dysmorphic disorder: Advances in research and clinical practice*. New York: Oxford University Press. 2017.
118. Veale D. Outcome of cosmetic surgery and “DIY” surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatric Bulletin*. 2000;24:218-221.
119. Greenberg JL, Mothi SS, Wilhelm S. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder by proxy. *Behav Ther*. 2016;47(4):515–526.
120. 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;40:211–218.

121. Tihan AK. Beden dismorfik bozukluğunda klinik, sosyodemografik verilerin incelenmesi ve bilişsel işlevlerin nöropsikolojik testlerle değerlendirilmesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi. Uzmanlık Tezi. 2010.
122. Grant JE, Suck WK, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:517-522.
123. 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.
124. Phillips KA, Mcelroy SL, Hudson JI, Pope HG Jr. Body dysmorphic disorder: An obsessive compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both? *J Clin Psychiatry*. 1995;56:41-52.
125. Phillips KA, Menard W, Quinn E et al. A 4-years prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine*. 2013;43:1109-1117.
126. 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):302-308.
127. Rautio D, Jassi A, Krebs G, Andrén P, Monzani B, Gumpert M, Lewis A, Peile L, Sevilla-Cermeño L, Jansson-Fröjmark M, Lundgren T, Hillborg M, Silverberg-Morse M, Clark B, Fernández de la Cruz L, Mataix-Cols D. Clinical characteristics of 172 children and adolescents with body dysmorphic disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31(1):133-144.
128. Santos Filho CA, Tirico PP, Stefano SC, Touyz SW, Claudino AM. Systematic review of the diagnostic category muscle dysmorphia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50.
129. Karamustafalıoğlu O, Karamustafalıoğlu N. Beden dismorfik bozukluğu. *Düşünen Adam*. 2000;13(2):107-109.
130. Singh AR, Veale D. Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(1):131-135.
131. Phillips KA, Hollander E. Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions and a suggested approach. *Body Image*. 2008;5(1):13-27.
132. Phillips KA, Feusner J. Assessment and differential diagnosis of body dysmorphic disorder. *Psychiatr Ann*. 2010;40.

133. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2003;44:270–276.
134. Wilhelm S, Otto MW, Zucker BG et al. Prevalence of body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders. *Journal Anxiety Disorder*. 1997;11:499-502.
135. Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA. Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(3):309-316.
136. Kelly M, Simmons R, Wang S, Kraus S, Donahue J, Phillips KA. Motives to drink alcohol among individuals with body dysmorphic disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2017;12:52-57.
137. Houchins JR, Kelly MM, Phillips KA. Motives for illicit drug use among individuals with body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Pract*. 2019;25.
138. Grant JE, Phillips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2005;17(4):205-210.
139. Simeon D, Hollander E, Stein DJ, Cohen L, Aronowitz B. Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152(8):1207-1209.
140. Brawman-Mintzer O, Lydiard RB, Phillips KA, Morton A, Czepowicz V, Emmanuel N et al. Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression: A comorbidity study. *Am J Psychiatry*. 1995;152(11):1665-1667.
141. Soriano JL, O'Sullivan RL, Baer L, Phillips KA, McNally RJ, Jenike MA. Trichotillomania and self-esteem: A survey of 62 female hair pullers. *J Clin Psychiatry*. 1996;57(2):77-82.
142. Semiz ÜB, Başoğlu C, Ebrinç S, Ergün BM, Noyan CO, Çetin M. Sınır kişilik bozukluğu hastalarında vücut dismorfik bozukluğu, travma ve disosiyasyon: Bir önçalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2005;15:65-70.
143. Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016;49:55–66.
144. Snorrason I, Beard C, Christensen K, Bjornsson AS, Björgvinsson T. Body dysmorphic disorder and major depressive episode have comorbidity-independent associations with suicidality in an acute psychiatric setting. *J Affect Disord*. 2019:259.
145. Krebs G, Fernández de la Cruz L, Rijdsdijk FV et al. The association between body dysmorphic symptoms and suicidality among adolescents and young adults: A genetically informative study. *Psychol Med*. 2022:52.
146. Phillips KA, Menard W, Fay C. Suicidality in body dysmorphic disorder: A prospective study. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1280-1282.

147. Neziroğlu F, Khemlani-Patel S. A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder. *CNS Spectrums*. 2002;7:464-471.
148. Bjornsson AS, Didie ER, Grant JE, Menard W, Stalker E, Phillips KA. Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2013;54.
149. Phillips KA, Coles ME, Menard W, Yen S, Fay C, Weisberg RB. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66.
150. 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):283–287.
151. Aouizerate B, Pujol H, Grabot D. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *European Psychiatry*. 2003;18(7):365–368.
152. 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;38:439-444.
153. Lai CS, Lee SS, Yeh YC, Chen CS. Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery. *The Kaohsiung Journal of Medical Science*. 2010;26:478–482.
154. 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;64:738-741.
155. 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;128:509–517.
156. Phillips KA, Dufresne RG, Jr. Wikel CS. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2000;42:436-441.
157. Uzun O, Basoglu C, Akar A. Body dysmorphic disorder in patients with acne. *Compressive Psychiatry*. 2003;44(5):415–419.
158. 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. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2006;150(2):97–100.
159. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 2005;46:549–555.

160. Sarwer DB, Crerand CE, Magee L. Body dysmorphic disorder in patients who seek appearance-enhancing medical treatments. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2010;22.
161. Ishii LE, Tollefson TT, Basura GJ et al. Clinical practice guideline: Improving nasal form and function after rhinoplasty. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;156.
162. Ishii LE, Tollefson TT, Basura GJ et al. Clinical practice guideline: Improving nasal form and function after rhinoplasty executive summary. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;156.
163. Elbozan B, Karlıdağ R, Ünal S. Beden dismorfik bozukluğu: Risperidon kullanılan bir olgu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2003;237-242.
164. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2001;42:504–510.
165. Harth W, Gieler U, Kusnir D, Tausk FA. Clinical management in psychodermatology. Berlin: Springer. 2008.
166. Committee Opinion No. 686 Summary: Breast and labial surgery in adolescents. *Obstet Gynecol.* 2017.
167. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Elective female genital cosmetic surgery. 2020;135(1):36-42.
168. Frare F, Perugi G, Ruffolo G, Toni C. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: A comparison of clinical features. *European Psychiatry.* 2004;19:292-298.
169. 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;59:568-575.
170. McKay D, Neziroğlu F, Yaryura-Tobias JA. Comparison of clinical characteristics in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Journal Anxiety Disorder.* 1997;11:447-454.
171. 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;7:435-443.
172. Buhlman U, Reese HE, Renaud S, Wilhelm S. Clinical considerations for the treatment of body dysmorphic disorder with cognitive-behavioral therapy. *Body Image.* 2008;5:39-49.
173. Pinto A, Phillips KA. Social anxiety in body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2005;2:401-405.

174. Coles ME, Phillips KA, Menard W, Pagano ME, Fay C. Body dysmorphic disorder and social phobia cross-sectional and prospective data. *Depress Anxiety*. 2006;23:26-33.
175. Leon J, Bott A, Simpson GM. Dysmorphophobia: Body dysmorphic disorder or delusional disorder, somatic subtype. *Comprehensive Psychiatry*. 1989;30:457-472.
176. Body dysmorphic disorder assessment diagnosis and differential diagnosis. <https://www.uptodate.com/contents/body-dysmorphic-disorder-assessment-diagnosis-and-differential-diagnosis>.
177. Phillips KA, Dufresne RG. Body dysmorphic disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons. *Am J Clin Dermatol*. 2000;1:235-243.
178. Aslan H. Beden dismorfik bozukluğu: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*. 2000;13:33-41.
179. World Health Organization. International classification of diseases-11th revision (ICD-11). 2018.
180. Phillips KA. Pharmacotherapy and other somatic treatments for body dysmorphic disorder. In: Phillips KA, ed. *Body dysmorphic disorder: Advances in research and clinical practice*. New York: Oxford University Press; 2017:333.
181. Marques L, Weingarden HM, Leblanc NJ, Wilhelm S. Treatment utilization and barriers to treatment engagement among people with body dysmorphic symptoms. *J Psychosom Res*. 2011;70(3):286–293.
182. National Collaborating Centre for Mental Health. *Obsessive compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists. 2006.
183. Phillips KA. Pharmacotherapy for body dysmorphic disorder. *Psychiatr Ann*. 2010;40(7):325–332.
184. Phillipou A, Rossell SL, Wilding HE, Castle DJ. Randomised controlled trials of psychological & pharmacological treatments for body dysmorphic disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*. 2016;245:179-185.
185. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:381.
186. Perugi G, Giannotti D, Di Vaio S, Frare F, Sættoni M, Cassano GB. Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *International Clinical Psychopharmacology*. 1996;11:247-254.

187. Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schneidler J, Wong C, Simeon D. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: Selective efficacy of a 40 serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *JAMA Psychiatry*. 1999;56:1033-1039.
188. Phillips KA. An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006;21:177-179.
189. Phillips KA, Keshaviah A, Dougherty DD, Stout RL, Menard W, Wilhelm S. Pharmacotherapy relapse prevention in body dysmorphic disorder: A double blind placebo-controlled trial. *American Journal Psychiatry* 2016;173(9):887–895.
190. Hong K, Nezgovorova V, Uzunova G, Schluskel D, Hollander E. Pharmacological treatment of body dysmorphic disorder. *Curr Neuropsychopharmacol*. 2019;17(8):697-702.
191. Nakaaki S, Murata Y, Furukawa TA. Efficacy of olanzapine augmentation of paroxetine therapy in patients with severe body dysmorphic disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62.
192. Uzun O, Ozdemir B. Aripiprazole as an augmentation agent in treatment-resistant body dysmorphic disorder. *Clin Drug Investig*. 2010;30.
193. Phillips KA. *Body dysmorphic disorder: Advances in research and clinical practice*. Oxford, New York: Oxford University Press. 2017.
194. Wilhelm S, Phillips KA, Fama JM, Greenberg JL, Steketee G. Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*. 2011;42(4):624-633.
195. Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive - behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995;63(2):263-269.
196. McKay D, Todaro J, Neziroglu F, Campisi T, Moritz EK, Yaryura-Tobias JA. Body dysmorphic disorder: A preliminary evaluation of treatment and maintenance using exposure with response prevention. *Behav Res Ther*. 1997;35:67-70.
197. Harrison A, Fernández de la Cruz L, Enander J, Radua J, Mataix-Cols D. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev*. 2016;48.
198. Krebs G, Fernández de la Cruz L, Monzani B, Bowyer L, Anson M, Cadman J, Heyman I, Turner C, Veale D, Mataix-Cols D. Long-term outcomes of Cognitive-Behavioral Therapy for adolescent body dysmorphic disorder. *Behav Ther*. 2017;48.

199. Secord PE, Jourard S. The appraisal of body – cathexis: Body cathexis and the self. *J Consult.* 1953;17: 343–347.
200. Hovardaoğlu S. Vücut algısı ölçeği (Türkiye’de varolan psikolojik testler listesi). *Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi.* 1993;1.
201. Anbar H. Lise öğrencilerinde vücut algısı değişkeninin çeşitli değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi ve vücut algısı ölçeğinin geçerlik-güvenirlik çalışması. 2013.
202. Cull J, Gill W. Suicide probability scale. *West Psychol Serv.* 1989.
203. Eskin M. Swedish translations of the suicide probability scale, perceived social support from friends and family scales, and the scale for interpersonal behavior: A reliability analysis. *Scand J Psychol.* 1993;34(3):276-281.
204. Atlı Z. İntihar olasılığı ölçeğinin klinik örneklemdaki geçerlik ve güvenirlik çalışması. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. 2007.
205. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry.* 1994;151(8):1132-1136.
206. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenirliliği. *Orjinal Araştırma.* 2012;32(4):1054-1063.
207. Sezer T, Sapancı A, Bayram Kuzgun T. Çocukluk çağı ruhsal travma düzeyi ile savunma biçimleri arasındaki ilişkide bağlanma boyutlarının düzenleyici rolü. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi.* 2023;10(1):57–82.
208. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (KSADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36:980-988.
209. Kaufman J, Birmaher B, Axelson D, Perepletchikova F, Brent DA RN. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children: present and life time version (K-SADS-PL) DSM-5 November 2016 working draft. New Haven: Yale University. 2016.
210. Ünal F, Öktem F, Çuhadaroglu Çetin F, Çengel Kültür SE, Akdemir D, Özdemir Foto D et al. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi - şimdi ve yaşam boyu şekli (DSM-5 - Kasım 2016) Türkçe uyarlamasının (ÇDŞG-ŞYDSM-5-T) geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2019;30:42-50.
211. Aliyeva N. Romatizmal kalp hastalıklarında yürütücü işlevlerin değerlendirilmesi. İstanbul: Bezmialem Vakıf Üniversitesi. 2020.

212. George D, Mallery M. SPSS for windows step by step: A simple guide and reference. 10a ed. Boston: Pearson. 2010.
213. Pallant J. SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for windows (Version 12). 2nd ed. New York: Open University Press. 2007.
214. Howe LJ, Trela-Larsen L, Taylor M, Heron J, Munafò MR, Taylor AE. Body mass index, body dissatisfaction and adolescent smoking initiation. *Drug Alcohol Depend.* 2017;1(178):143-149.
215. Abernathy TJ, Massad L, Romana-Dwyer L. The relationship between smoking and self esteem. *Adolescence.* 1995;30(120):899-907.
216. Tunç Z, Kolburan ŞG. Ergenlik döneminde benlik saygısı ile sigara bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Aydın Toplum ve İnsan Dergisi.* 2019;1:55-70.
217. Garey L, Olofsson H, Garza T, Shepherd JM, Smit T, Zvolensky MJ. The role of anxiety in smoking onset, severity, and cessation-related outcomes: A review of recent literature. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(8):38.
218. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The association of cigarette smoking with depression and anxiety: A systematic review. *Nicotine Tob Res.* 2017;19:3–13.
219. Hardardottir H, Hauksdottir A, Bjornsson AS. Body dysmorphic disorder: Symptoms, prevalence, assessment and treatment. *Laeknabladid.* 2019 105(3):125-131.
220. Kanayama G, Barry S, Hudson JI, Pope HG Jr. Body image and attitudes toward male roles in anabolic-androgenic steroid users. *Am J Psychiatry.* 2006 163(4):697-703.
221. Ip EJ, Barnett MJ, Tenerowicz MJ, Perry PJ. The anabolic 500 survey: Characteristics of male users versus nonusers of anabolic-androgenic steroids for strength training. *Pharmacotherapy.* 2011;31(8):757-766.
222. Phillips KA, Menard W, Fay C ve Pagano ME. Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry.* 2005;46(4):254–260.
223. O'Brien BS, Sher L. Child sexual abuse and the pathophysiology of suicide in adolescents and adults. *Int J Adolesc Med Health.* 2013;25(3):201-205.
224. Brokke SS, Bertelsen TB, Landrø NI, Haaland VØ. The effect of sexual abuse and dissociation on suicide attempt. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):29.
225. Yargıç İ, Ersoy E, Batmaz Oflaz S. Çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2012;13:277-284.

226. Yıldırım F, Küçükgöncü S, Beştepe EE, Yıldırım MS. Erişkin unipolar depresyon örnekleminde çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarının intihar girişimi ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2014;51:133-140.
227. Gupta MA, Gupta AK. Cutaneous body image dissatisfaction and suicidal ideation: Mediation by interpersonal sensitivity. *J Psychosom Res*. 2013;75(1):55-59.
228. Franzoni E, Gualandi S, Caretti V, Schimmenti A, Di Pietro E, Pellegrini G, Craparo G, Franchi A, Verrotti A, Pellicciari A. The relationship between alexithymia, shame, trauma, and body image disorders: Investigation over a large clinical sample. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:185-193.
229. Sack M, Boroske-Leiner K, Lahmann C. Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(3):315-320.
230. Paxton SJ, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Eisenberg ME. Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *J Clin Child Adolesc*. 2006;35:539-549.
231. Brausch AM, Muehlenkamp JJ. Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image*. 2007;4:207-212.
232. Orbach I, Gilboa-Schechtman E, Sheffer A, Meged S, Har-Even D, Stein D. Negative bodily self in suicide attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2006;36 136–153.
233. Breslau N, Davis GC. Psychiatric sequelae of PTSD in women. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:81-87.