

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi  
Prof. Dr. Ercan ABAY

**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARDA BEDEN  
DİSMORFİK BOZUKLUK EŞ TANISI**

(Uzmanlık Tezi)

**Dr. Yasin TAŞDELEN**

EDİRNE-2012

## **TEŞEKKÜR**

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmam boyunca katkılarından dolayı tez danışmanım Prof. Dr. Ercan Abay'a, başta Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Erdal Vardar olmak üzere Anabilim Dalımız öğretim üyeleri, Prof. Dr. Cengiz Tuğlu'ya, Prof. Dr. Okan Çalıyurt'a, Yard. Doç. Dr. Yasemin Görgülü'ye, Yard. Doç. Dr. Rugül Köse Çınar'a, Yard. Doç. Dr. Bülent Sönmez'e birlikte keyifle çalıştığım araştırma görevlisi arkadaşlarıma, eğitimim süresince benden desteklerini esirgemeyen aileme teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	1
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	3
<b>GEREÇ VE YÖNTEMLER</b> .....	9
<b>BULGULAR</b> .....	11
<b>TARTIŞMA</b> .....	19
<b>SONUÇLAR</b> .....	25
<b>ÖZET</b> .....	27
<b>SUMMARY</b> .....	28
<b>KAYNAKLAR</b> .....	30
<b>EKLER</b>	

## **SİMGE VE KISALTMALAR**

<b>BDB</b>	: Beden dismorfik bozukluğu
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>ICD</b>	: International Classification of Diseases
<b>MKG</b>	: Manyetik rezonans görüntüleme
<b>OKB</b>	: Obsesif-kompulsif bozukluk
<b>SCID</b>	: Structured Clinical Interview for Diagnosis
<b>SSRI</b>	: Seçici serotonin geri alım inhibitörü
<b>YAB</b>	: Yaygın anksiyete bozukluğu

## GİRİŞ VE AMAÇ

Beden dismorfik bozukluğu (BDB), klinik olarak belirgin sıkıntı yaratan ve işlevselliğin önemli alanlarında bozukluğa yol açan, kişinin görünüşündeki hayali bir kusurla artmış zihinsel uğraşın varlığı ile belirlenir. Eğer hafif bir bedensel anormallik varsa da, kişinin bu anormallik ile ilişkili kaygısı aşırı ve rahatsız edicidir (1).

Beden dismorfik bozukluğu olan hastalar - hem sanrılı hem de sanrılı olmayan hastalar - yüksek düzeyde sıkıntıya, belirgin kötü işlevsellik ve yaşam kalitesine ve özkıyım eğilimine sahiptirler. Bu hastalarda klinik olarak, hayali ya da hafif bir kusurla ilgili obsesif düşünceler, buna yönelik kompulsif davranışlar, depresyon belirtileri, algılanan kusurla ilgili sanrılı düşünce ve inanışlar, sosyal içe çekilme, sosyal fobi, sosyal izolasyon, özkıyım düşünceleri ve girişimi, anksiyete ve olası panik ataklar, kronik özgüven düşüklüğü, sosyal ortamlarda kusurlarının başkaları tarafından fark edildiğini düşünme, evden dışarı çıkmaktan çekinme, bağımlı kişilik özellikleri, dış görünümle aşırı meşguliyet nedeniyle odaklanmada ya da çalışmada güçlük gibi belirtiler görülebilir (2). Bu sebeple, BDB'yi fark etmek, doğru tanı koymak ve etkili tedavi sağlamak önemlidir (3,4).

Bununla birlikte BDB'ye klinik ortamlarda bazen tanı konamamaktadır. Çünkü bir çok hasta klinisyene başvuramayacak derecede kendi endişelerinden rahatsızdır ve utanmaktadır (5). Bunun yerine, hastalar sadece kendi depresyon, anksiyete, sosyal anksiyete veya özkıyım eğilimi fikirlerini tartışabilirler. Sonuç olarak, BDB tanısı konmamış ve etkili olarak tedavi edilmemiş olur (6).

Diğer psikiyatrik bozuklukları olan hastalar üzerinde BDB yaygınlığı araştıran çalışmalar göstermektedir ki, BDB yaygın fakat tanısı gözden kaçan bir bozukluktur. Psikiyatrik yatan hasta serilerinde BDB sıklığı ve görülen şikayetlerin doğası bilinmemektedir

(5,7,8).

Psikiyatrik bozuklukların eş tanı olarak BDB'nin sık olduğu ve gözden kaçtığı hipotezi üzerine bu çalışmanın amacı Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi erişkin Psikiyatri Servisi'nde yatan hastalarda BDB yaygınlığını belirleyerek, bölgesel verileri güncellemektir.

## GENEL BİLGİLER

Beden dismorfik bozukluğu, klinik olarak belirgin sıkıntı yaratan ve işlevselliğin önemli alanlarında bozukluğa yol açan, kişinin görünüşündeki hayali bir kusur ile artmış zihinsel uğraşın varlığı ile belirlenir (1).

Beden dismorfik bozukluğunun tanımlanmasında kullanılan ilk terim olan "dismorfofobi" 1891 yılında İtalyan psikiyatrist Enrico Morselli tarafından tanımlanmıştır. "Dismorfofobi" terimi Yunanca çirkin vücut ya da albenisiz anlamına gelen "dysmorpfia" dan türetilmiştir. Morselli için "dismorfofobi" bedeninin bir deformitesi hakkında bir acı ve obsesif bir düşüneydi (9). Fransız psikiyatrist Janet, 1903'de beş yıldır evden dışarı çıkmayan bir kadını tanımlarken "dismorfofobi" ye değinmiştir. Janet bu tanıyı bedeninden utanma obsesyonu olarak tanımladığı, obsesif kompulsif nevrozun bir parçası olarak açıklamıştır (10). Freud, 1959 (11) yılında bir BDB olgusu olan burun deformitesi ile kafası meşgul "Kurt Adam" ı yayınladı.

Beden dismorfik bozukluğu ilk olarak 1980' de Amerika Birleşik Devletleri'nde DSM-III içinde yer almıştır. Bozukluğa, somatoform bozukluklar arasında dismorfofobi olarak değinilmiş ve hastalığın tanı ölçütlerinde, 'sanrılı olan' ya da 'sanrılı olmayan' şeklinde bir ayırım yapılmamıştır. DSM-III'de BDB'nin sanrılı tipine atipik paranoid bozukluk, atipik psikoz ya da atipik somatoform bozukluk tanısı da konulabilmektedir (12).

Beden dismorfik bozukluk terimi ise ilk olarak 1987'de DSM-III-R'de kullanılmıştır. Hastalığın tanı ölçütleri belirlenmiş, 'sanrılı olan' ve 'sanrılı olmayan' BDB ayırımı yapılmış, 'sanrılı olan' tipi sanrılı bozukluk-somatik tip olarak sınıflandırılmıştır (13).

DSM-IV-TR'ye bakıldığında ise BDB, kişinin görünümündeki hayali kusurla uğraşıp durması, hafif bir kusur varsa bile, kaygısının buna göre aşırı derecede olması, bu uğraşın klinik

olarak belirgin derecede sıkıntıya sebep olması, toplumsal ve mesleki işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olması olarak tanımlanmıştır. BDB tanısının konulabilmesi için, bu uğraşın başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaması gerekmektedir (14).

Avrupa sınıflandırma sisteminde BDB, ilk kez ICD-10'da somatoform bozuklukların içinde, hipokondriyak bozukluk alt başlığında yer almış, sanrılı tipi ise inatçı sanrılı bozuklukların içinde sanrılı dismorfofobi olarak sınıflandırılmıştır (15).

Genel popülasyonda, tahmini BDB yaygınlığının oranı, %0.7-2.4 gibi geniş bir aralıktadır. Bu aralık, çalışılan grupların ve kullanılan ölçütlerin çeşitliliğinden kaynaklanmaktadır. BDB'li katılımcıların, güncel semptomlarını utandıkları için saklamaları diğer bir karışık durumdur (16).

Somotoform bozukluk hakkındaki ilk toplum temelli çalışmayı yapan Faravelli ve ark. (17), İtalya'da BDB'nin 1 yıllık yaygınlığını %0.7 olarak bulmuşlardır. Otto ve ark.nın (18) 36-44 yaş aralığındaki 976 kadın ile yaptıkları çalışmalarında, BDB'nin nokta yaygınlığını %0.7 olarak bildirmişlerdir. Rief ve ark.'nın (19) Almanya'da yaşları 16-99 arasındaki 2552 kişide posta yolu ile yaptıkları çalışmalarında, BDB'nin nokta yaygınlığını %1.7 olarak bildirmişlerdir. Koran ve ark.'nın (20) telefon görüşmesi yaparak yürüttükleri çalışmada, BDB'nin nokta yaygınlığı %2.4 olarak bulunmuştur. D'Jongh ve ark. (21) Hollanda'da 8879 kişi ile yaptıkları çalışmada, BDB'nin nokta prevalansını %1.5 olarak bulmuşlardır.

Mayville ve ark.'nın (22) yaşları 14-19 arasında olan 464 adolesan ile yaptıkları çalışmada, erkeklerde BDB yaygınlığı %1.7 oranında, kadınlarda ise %2.8 olarak bulunmuştur. Biby'nin (23) 108 psikoloji öğrencisinde yaptığı çalışmada, BDB yaygınlığının %13 oranında olduğu bulunmuştur. Cansever ve ark. (24) 420 adet kadın hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları çalışmada, BDB prevalansı %4.8 olarak bulunmuştur. Bartsch, (25) 619 Avustralyalı üniversite öğrencisinde %2.3 oranında BDB ölçütlerinin karşılandığını saptamıştır. Taqui ve ark.nın (26) yaptıkları çalışmada, Pakistanlı 156 tıp öğrencisinde BDB yaygınlığının %5.8 oranında olduğu saptanmıştır.

Ishigooka ve ark.nın (27) Japonya'da yaptıkları çalışmalarında, plastik cerrahi bölümünde tedavi gören 415 hastanın %15'inin BDB ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır. Vindigni ve ark.'nın (28) plastik cerrahi bölümüne başvuran hastalarda yaptıkları çalışmalarında, %53 oranında BDB tanısı saptanmıştır.

Aouizerate ve ark.'nın (29) yaptıkları çalışmada, Fransa'da 132 plastik cerrahi hastasının %9.1'inin BDB ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır. Castle ve ark. (30), 137 plastik cerrahi hastasında %2.9 oranında BDB tanısı alan olgu saptamışlardır. Bellino ve ark.'nın (31) plastik cerrahi bölümüne başvuran 66 hastada yaptıkları çalışmalarında, BDB ölçütlerini

karşılıyan olguların oranı %16.6 olarak bulunmuştur.

Phillips ve ark.nın (32) ABD'de dermatoloji kliniğine başvuran 367 hastada yaptıkları çalışmada, BDB oranı %12 olarak bulunmuştur. Vulink ve ark.nın (33) dermatoloji bölümünde tedavi gören hastalarda yaptıkları 6 ay süren çalışmalarında, 530 hastadaki BDB yaygınlığının %8.5 oranında olduğu bulunmuştur.

Zimmerman ve Mattia (34), yapılandırılmış görüşmeyle psikiyatri polikliniğine başvuran 500 hastanın %3.2'sine BDB tanısı koymuştur. Nirenberg ve ark. (35), psikiyatri polikliniğine başvurarak majör depresyon tanısıyla antidepresan tedavi düzenlenen 350 hastaya uyguladığı yapılandırılmış tanısal görüşme sonucunda, bu hastaların %8'ine 'yaşam boyu' %6.6'sına o sırada BDB tanısı koymuştur.

Phillips (36), polikliniğe başvuran 80 atipik depresyon tanılı hastada, %13.8 oranında BDB tanısı alan olgu saptamışlardır. Grant ve ark. (5) psikiyatri servisinde yatan 101 erişkin, 21 adolesan hastada yaptıkları çalışmalarında, BDB yaygınlığını %13.1 oranında bulmuşlardır. Conroy ve ark.'nın (7) psikiyatri servisinde yatan 100 hastada yaptıkları çalışmada, %16 oranında BDB tanısı saptanmıştır. Dyl ve ark. (8) psikiyatri servisinde yatan 208 adolesan hastanın %6.7'sinde BDB olduğunu saptamışlardır. Bass ve ark.nın (37) çalışmalarında, diğer bölümlerce görülüp psikiyatri konsültasyonu istenen 900 hastanın %2.2'sinin ICD-10 ölçütlerine göre BDB tanısı aldığı saptanmıştır.

Phillips ve ark.'nın (38) BDB tanısı alan 164 erişkin, 36 adolesanla yaptıkları çalışmalarında, erişkinlerin %65.8'inin, ergenlerin %80.6'sının kadın olduğu tespit edilmiştir. Zimmerman ve Matia (34) yaptıkları çalışmada, BDB tanısı alan olguların %75'inin kadın olduğu bulunmuştur. Phillips ve ark.'nın (39) BDB tanısı olan 200 kişi ile yaptıkları çalışmalarında, olguların %68.5'i kadın olarak bulunmuştur. Phillips ve ark.'nın (40) BDB'si olan 137 kadın ve 63 erkekle yaptıkları çalışmalarında, erkek olguların kadın olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek oranda yaşlı, bekar oldukları ya da yalnız yaşadıkları tespit edilmiştir. Erkek olguların vücut yapısı, genital organlar ve saçla daha yoğun uğraşırken, kadın olguların cilt, kalça, bacaklar, karın ve kiloyla daha yoğun uğraştıkları tespit edilmiştir. Erkeklerle oranla kadınların, daha sık BDB davranışları sergiledikleri ve anlamlı olarak sık makyaj yaparak ve giysileri ile kusurlarını kapattıkları tespit edilmiştir.

Gunstad ve Phillips'in (2) 293 BDB'li kişi ile yaptıkları çalışmalarında, hastalığın başlangıç yaşı  $16.9 \pm 6.9$  olarak bulunmuştur. Phillips ve ark.'nın (38) 2005 yılında 200 BDB'li kişide yaptıkları çalışmada, başlangıç yaşı  $16.4 \pm 7$  olarak tespit edilmiştir. Cansever ve ark. (24) BDB'nin başlangıç yaşını  $15.1 \pm 2.3$  olarak bulmuşlardır. Grant ve ark., BDB'nin başlangıç yaşını ortalama 11.9 olarak bulmuşlarken, Phillips, Veale, Andreasen, Biby ve Hollander,

BDB'nin ortalama başlangıç yaşını 17 olarak bulmuşlardır (23,38,41-43).

Beden dismorfik bozukluk hastaları daha çok psikiyatrik olmayan tedavilere yönelmekte ve plastik cerrahi, dermatoloji ve diş hekimliği gibi bölümlere başvurumaktadırlar. Bu hastalar hekimin tedaviyi reddetmesi veya yeterli bütçeleri olmaması nedeniyle istedikleri tedavileri alamamaktadırlar (5).

Yapılan bir çalışmada, BDB'li hastalar bedenleri hakkındaki rahatsızlıklarını hayatları boyunca kendilerini tedavi etmiş olan tüm klinisyenlerin sadece %15.1-33.7'lik bir kısmına belli edebildiği saptanmıştır. Hastaların semptomlarını belli etmemelerinin en yaygın sebeplerinin mahcup olma, yargılanmaktan korkma, anlaşılamayacağını düşünme, tedavi edilebileceğini bilmeme, görüşmecinin soru sormaması, görünüm kaygılarının büyük bir sorun olduğunu hissetmemeleri ve görünüm kaygılarının gerçek bir sorun olduğunu bilmek istememeleri gibi nedenler olduğu belirtilmiştir (7). BDB hastaları kendilerini başkaları ile karşılaştırma, kendilerini kamufle etme, sıkça aynaya bakma, aşırı makyaj yapma, kusurlu görülen bölgeye dokunma ve onay arama gibi davranışlar göstermektedirler. Bu hastaların kaygıları sosyal ortamlarda arttığından, evden dışarı çıkmama, sosyal ortamlara girememe, okulu veya işi bırakma gibi kaçınma davranışları gösterdikleri tespit edilmiştir (40).

Yapılan çalışmalarda, BDB hastalarının en çok uğraştıkları vücut bölgelerinin cilt (%55-80), saç (%48-58), burun (%26-39), karın (%10-32), diş (%7-30), göğüsler(%11-26), gözler (%17-22), kalçalar (%1-22), uyluklar (%20), kaşlar (%20), yüz (%8-28), vücut yapısı(%18), bacaklar (%18), çene (%7-15), dudaklar (%7-15), kollar (%13) ve yanaklar (%5-11) olduğu bulunmuştur (40,44).

Hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada en çok endişe yaratan ve uğraşılan vücut bölgelerinin, kalçalar (%50), yüz (%30), dişler (%30), gözler (%30), burun (%25), kulak (%25), saç (%25), cilt (%10) ve göğüsler (%5) olduğu bulunmuştur (24). Hastaların kusurlu bulup aşırı derecede uğraştıkları beden bölgelerinin sayısının ortalama 5-7 adet olduğu bildirilmiştir (39).

Aşağıda BDB için DSM-IV-TR ölçütleri listelenmektedir. BDB tanısını koymak için tüm ölçütlerin (A-C) karşılanması gerekir:

A) Görünümdeki hayali bir kusur ile uğraşı. Hafif bir fiziksel anomali ya da kusur ile aşırı uğraşı.

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

C) Hastanın uğraşları diğer bir bozuklukla açıklanamayacak durumdadır (örneğin, anoreksiya nervozadaki beden biçim ya da ölçüleri ile ilgili hoşnutsuzluk gibi) (14).

Yapılan araştırmalarda BDB’de en sık eş tanıların, majör depresyon (%8-69), sosyal fobi (%16-69), madde kullanım bozukluğu (%2-8), obsesif kompulsif bozukluk (%6-25), bipolar bozukluk (%5-6), yeme bozukluğu (%4-19) ve distimi (%18-19) olduğu bulunmuştur (34,45,46). Yaşam boyu olan eş tanıların ise majör depresyon (%41-82), sosyal fobi (%12-54), madde kullanım bozukluğu (%22-36), obsesif kompulsif bozukluk (%14-78), bipolar bozukluk (%5-31), yeme bozukluğu (%4-22) ve distimi (%6-18) olduğu bulunmuştur (35,44,45,47).

Majör depresyon tanısıyla tedavi gören hastalarda yapılan bir araştırmada, BDB eş tanısının %20 oranında olduğu, atipik depresyon tanılı hastalarda BDB eş tanısının ise %14 oranında olduğu bulunmuştur (5,36).

Literatürde OKB’li hastalarda yapılan çalışmalarda BDB komorbititesi %12-39 aralığında iken, sosyal fobi tanısı olan hastalarda %11, trikotillomani hastalarında %23 ve madde kullanım bozukluğu tanılı hastalarda %26.2 olarak saptanmıştır (5,47-49).

Beden dismorfik bozukluğu’nda kişilik bozukluğu eş tanısını araştıran çalışmalarda, BDB’lilerin en az bir kişilik bozukluğu (%57-72) tanısı aldıkları saptanmıştır. Bu çalışmalarda, avoidant (kaçınan) kişilik %38-43, paranoid kişilik %14-38, obsesif-kompulsif kişilik %14-28, borderline (sınır) kişilik %6-8 ve bağımlı kişilik %12-15 oranlarında bulunmuştur (46,50).

Beden dismorfik bozukluğu etyolojisinde ruhsal, toplumsal ve nörobiyolojik etkenler önem taşımaktadır. İlk araştırmalar BDB’nin OKB ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Her iki bozuklukta da fenomenolojik benzerliklerin bulunması, hem OKB’nin hem de BDB’nin SSRI ve kloripramin tedavisine yanıt vermesi ve BDB’li hastaların mevcut olduğu ailelerde OKB insidansının yüksek olduğuna dair kanıtların olması, BDB’nin OKB spektrum bozukluğu içerisinde sınıflandırılmasını destekleyen görüşlerdir. Gen alellerinin karşılaştırıldığı araştırmada Y-aminobütirik asit (GABAA-Y2) geni ve BDB-OKB komorbititesi arasında ilişki bulunmasına rağmen, yalnız OKB ile bu ilişki saptanmamıştır (16).

Psikodinamik kuramlar, cinsel inhibisyonun önemini vurgulamaktadır. Beden dismorfik semptomlar bilinç altında aşağılık, suçluluk ve zayıf kendilik imajının bedenin belirli bölgeleriyle yer değiştirmesiyle ortaya çıkar (51). Bilişsel modele göre BDB kuramsal olarak sosyal fobinin öğrenme modeli ile benzer şekilde bedensel görünümdeki olumsuz düşüncelere olan seçici dikkatle açıklanmaktadır. Bu görüş, hastaların diğer kişilerin de kendilerini, kendi gördükleri gibi gördüğünü varsaydığını belirtmektedir (43).

Nörobiyolojik olarak, BDB olan hastaların SSRI’lara yanıt vermesi altta yatan serotonerjik işlev bozukluğunu düşündürmektedir (52). BDB’nin sanrılı türü de seçici

serotonin gerialım inhibitörlerine yanıt vermektedir. Ayrıca bir serotonin antagonisti olan siproheptadinin kronik kötüye kullanımı sonucu BDB belirtilerinin kötüleştiği bilinmektedir (53).

Toplumsal açıdan ise bedensel güzelliğe ulaşmak için model, şarkıcı ve oyuncuların yaygın olarak estetik cerrahiye başvurmaları, bedensel güzellikle ilişkili gerçekçi olmayan ölçütlerin benimsenmesi ve bu tutumların toplum tarafından kabul görmesinin hastalığın gelişiminde etken olduğu ileri sürülmektedir (54).

Diğer psikiyatrik bozukluklarla BDB sıklıkla ilişkilidir, bu nedenle ayırıcı tanısı önemlidir. Var olan görünüm ile uğraş başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanabiliyorsa BDB tanısı konmamalıdır. BDB’de zihinsel uğraşlar ve kompulsif davranışlar görünüm ile ilgili kaygılarla sınırlı iken OKB’de daha geniş bir alanda yer alır. OKB’de ritüeller kaygıyı azaltırken BDB’de kaygıyı artırmakta ve kontrol ettikçe yeni kusurlar bulmaktadır (3,14). Sosyal fobi ve kaçınan kişilik bozukluğu olan kişiler var olan kusurlarından utandıkları için üzüntü duyabilirler, ancak bu kaygılar belirgin düzeyde, sıkıntı verici ve işlevselliklerini bozucu düzeyde değildir. Majör depresif epizod’da görülen görünümle ilgili duyguduruma uygun kaygı ve uğraşların varlığında BDB tanısı konmamalıdır, ancak depresyon sıklıkla BDB’ye ikincil olarak oluştuğu durumlarda BDB tanısı konmalıdır (14).

Seçici serotonin gerialım inhibitörleri, BDB tedavisinde etkin olduğu gösterilmiştir (55). Klomipramin ile desipraminin kıyaslandığı çift kör randomize bir çalışmada sanrılı ve sanrılı olmayan BDB hastalarında BDB belirtileri ve işlevsel bozukluk açısından klomipraminin üstün olduğu, bu üstünlüğün OKB, depresyon veya sosyal fobi ek tanıları olması ya da şiddetinden bağımsız olduğu bulunmuştur (56). 74’ü sanrılı ve sanrılı olmayan BDB hastası ile yapılan 141 kişinin katıldığı randomize çift kör paralel grup çalışmasında, fluoksetinin plaseboya kıyasla anlamlı şekilde daha etkili olduğu belirtilmiştir (55). Fluvoksamin ile yapılan 10 hafta süren bir çalışmada, hastaların %67’si, 16 hafta süren başka bir çalışmada ise %63’ü fluvoksamine yanıt vermiştir (57,58). Sitalopramla ve essitalopramla yapılan çalışmalarda %73 oranında yanıt alınmıştır (59,60). SSRI tedavisi alan 90 hasta ile yapılan bir çalışmada, SSRI güçlendirmesine yanıt oranları klomipramin %44.4, buspiron %33.3, lityum %20, metilfenidat %16.7, antipsikotikler %15.4 olarak bulunmuştur (55). Phillips ve ark.nın 28 BDB hastası ile yaptıkları plasebo kontrollü çift kör paralel grup çalışmalarında, fluoksetine pimozid güçlendirmesinin plaseboya üstün olmadığı görülmüştür (61). Bir çalışmada, antipsikotik ve trisiklik antidepresan monoterapisi gerek sanrılı gerek sanrılı olmayan BDB tedavisinde etkili bulunmamıştır (62). Elektrokonvulzif terapi’nin BDB tedavisinde etkinliği saptanmamıştır (63).

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamızda; BDB'nin psikiyatri servisinde yatan hastalarda ne sıklıkta görüldüğünün araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmanın yürütülmesi için (11.01.2012 tarih, 03/04 karar numarası, 2011/19 protokol numaralı belge) Trakya Üniversitesi Yerel Etik Kurulu'ndan etik onayı alınmıştır (Ek 1).

Çalışmanın örneklemini Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Servisi'nde yatarak tedavisi yürütülen hastalar oluşturmuştur. Servisimizde 15.01.2012 – 15.07.2012 tarihleri arasında yatarak tedavi gören hastalardan, çalışma ölçütlerine uyan 100 gönüllü çalışmaya alınmıştır. Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme ölçütleri, 18 yaşın üzerinde ve 65 yaşın altında olmak, klinik olarak testlerin yapılmasında yeterli zeka düzeyine sahip olmak, psikotik ve manik hastalarda akut semptomların yatışmış olması ve çalışmaya katılmayı kabul etmek olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya dahil olan gönüllülerin sosyodemografik bilgileri ve görünümlelerinden endişe duyup duymadıkları, endişe duydukları vücut bölümleri, görünümlelerini değiştirmek için uyguladıkları yöntemleri tarafımızdan hazırlanan bir formla değerlendirilmiştir. Sosyodemografik formlara BDB tarama amaçlı Beden Dismorfik Bozukluğu Soru Formu (BDDQ) ve Beden Dismorfik Bozukluğu Tanı Formu (BDDE-SR)'den alınan sorular eklenmiştir (Ek 2). Tüm görüşmelerde psikiyatrik tanı ve eş tanıları belirlemek amacıyla DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) (SCID-I) ve DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis II Disorders) (SCID-II) uygulanmıştır. SCID-I, 18 yaş üstü kullanımı uygun olan majör DSM-IV eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı

ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak, tanıların geçerliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Bu çalışmada kullanılan, klinik değerlendirmede standardizasyonu sağlamak için geliştirilmiş olan SCID-CV (Klinik versiyon) kullanım kılavuzu ve puanlama cetvelinden oluşmaktadır. DSM-IV'e göre düzenleme çalışmaları yapıldıktan sonra 1996'da yayımlanan SCID-I Klinik Versiyon'un Çorapçioğlu ve ark. (64) tarafından Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. SCID-II (II. Eksen Kişilik Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme): Yarı yapılandırılmış bir test olup, Spitzer tarafından 1983 yılında tanıtılmış 1987 yılında DSM III-R'ye uygun bazı düzenlemeler yapılarak yeniden yayınlanmıştır. Sorias ve ark. (65) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir (1988). Güvenirlik çalışması ise Coşkunol ve ark. (66) (1994) tarafından yapılmıştır. SCID-II, kişilik bozukluklarının tanı ölçütlerini taramak amacıyla geliştirilmiş 120 soruluk bir öz bildirim formu içermekte ve görüşme sırasında özellikle formda "evet" olarak yanıtlanmış maddeler üzerinde durularak hangi ölçütlerin karşılandığı değerlendirilmektedir. Çalışmamızda SCID-II'nin (Kişilik Bozuklukları Formu) Türkçe Formu kullanılmıştır.

## **İSTATİSTİKSEL ANALİZLER**

Verilerin istatistiksel analizi STATISTICA AXA 7,1 istatistik paket programı (Seri numarası: AXA507C775506FAN3) kullanılarak uygun analizler yürütülmüştür. Kategorik veriler frekans (n) ve yüzde (%), sürekli veriler Ortalama±Standart sapma şeklinde gösterildi. Verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında kategorik verilerde Chi-Square ve Fisher's Exact test, sürekli verilerde Mann Whitney U istatistiksel analizleri kullanıldı.  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışma, 15.01.2012- 15.07.2012 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Servisi'nde yatarak tedavi gören 160 hastanın araştırmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 110'undan çalışmaya katılma konusunda yapılan öngörüşmede gönüllü olan 100 hasta ile yapılmıştır.

Değerlendirilen olguların 7 tanesi BDB eş tanısı almıştır. Olguların %51 (n=51) kadın, %49'u (n=49) erkekti. Olguların yaşları 18-64 arasında değişmekte olup, ortalama 37.4±10.6 yıldır. Olguların %64'ü (n=64) evli, %36'sı (n=36) bekarıdır.

Olguların %2'si (n=2) okuryazar, %29'u (n=29) ilköğretim, %32'si (n=32) ortaokul, %28'i (n=28) lise, %6'sı (n=6) ön lisans, %3'ü lisans (n=3) mezundur. Tablo 1'de olguların sosyodemografik özellikleri yer almaktadır.

**Tablo 1. Olguların sosyodemografik bilgilere göre dağılımı**

		Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	51	51
	<b>Erkek</b>	49	49
<b>Medeni Durum</b>	<b>Evli</b>	64	64
	<b>Bekar</b>	36	36
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Okuryazar</b>	2	2
	<b>İlkokul</b>	29	29
	<b>Ortaokul</b>	32	32
	<b>Lise</b>	28	28
	<b>Önlisans</b>	6	6
	<b>Lisans</b>	3	3

n: sayı

Tablo 2’de olguların klinikteki SCID-I ile belirlenmiş tanılarının dağılımı yer almaktadır.

**Tablo 2. Olguların klinikteki “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-Dördüncü Baskı Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme” ye göre saptanan tanılarının dağılımı**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Psikotik depresyon</b>	10	10
<b>Yaygın anksiyete bozukluğu</b>	2	2
<b>Bipolar bozukluk - akut manik epizod</b>	33	33
<b>Şizofreni</b>	9	9
<b>Atipik psikoz</b>	1	1
<b>Majör depresyon</b>	15	15
<b>Şizoafektif bozukluk</b>	3	3
<b>Travma sonrası stres bozukluğu</b>	1	1
<b>Bipolar bozukluk - depresif epizod</b>	1	1
<b>Alkol bağımlılığı</b>	10	10
<b>Alkol kötüye kullanımı</b>	1	1
<b>Madde bağımlılığı</b>	2	2
<b>Anoreksiya nervoza</b>	2	2
<b>Obsesif-kompulsif bozukluk</b>	2	2
<b>Uyum bozukluğu</b>	1	1
<b>Şizofreni+BDB</b>	3	3
<b>Alkol bağımlılığı+BDB</b>	1	1
<b>Bipolar bozukluk - manik atak+BDB</b>	1	1
<b>Majör depresyon+BDB</b>	1	1
<b>Somatoform bozukluk+BDB</b>	1	1
<b>Toplam</b>	100	100

**BDB:** Beden dismorfik bozukluğu. , **n:** sayı

Olgularda DSM-IV Eksen I tanıları incelendiğinde; bipolar bozukluk - akut manik epizod (%33), majör depresif bozukluk (%15), psikotik özellikli depresyon (%10), alkol bağımlılığı (%10), şizofreni (%9), şizoafektif bozukluk (%3), şizofreni ve BDB (%3), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) (%2), obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) (%2), anoreksiya nervoza (%2), madde bağımlılığı (%2), uyum bozuklukları (%1), alkol kötüye kullanımı (%1), (%1,1), bipolar bozukluk - depresif epizod (%1), travma sonrası stres bozukluğu (%1), atipik psikoz (%1), bipolar bozukluk ve BDB (%1), majör depresif bozukluk ve BDB (%1), somatoform bozukluk ve BDB (%1), alkol bağımlılığı ve BDB (%1) görülmüştür. Beden dismorfik bozukluk eş tanısı olan olgu sayısı 7 (%7) saptanmıştır. Tablo 3’de olguların BDB eş tanısına göre yaş, vücut kitle indeksi (VKI), boy, kilo ve hastaneye yatış sayılarının dağılımı yer almaktadır.

**Tablo 3. Olguların beden dismorfik bozukluk eş tanısına göre yaş, vücut kitle indeksi, boy, kilo ve yatış sayısı ortalama dağılımı**

	<b>BDB</b>		<b>Toplam</b>	<b>p</b>
	<b>Evet (n=7)</b>	<b>Hayır (n=93)</b>		
	<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>	
<b>Yaş</b>	36.6±13.4	37.4±10.5	37.4±10.6	0.607*
<b>Vücut Kitle İndeksi</b>	23.7±4.5	26.5±5.8	26.3±5.7	0.337*
<b>Boy</b>	166.6±4.1	167.9±8.6	167.8±8.4	0.750*
<b>Kilo</b>	66.1±13.6	74.7±16.5	74.1±16.4	0.311*
<b>Yatış sayısı</b>	1.86±1.46	1.88±1.86	1.88±1.83	0.942*

**BDB** : Beden dismorfik bozukluk; n: sayı.

\*p>0,05

Beden dismorfik bozukluk eş tanısı alanlar ile almayanların yaş, VKI, boy, kilo ve yatış sayısı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (p>0,05). Tablo 4’te olguların BDB eş tanısına göre demografik dağılımı yer almaktadır.

**Tablo 4. Olguların beden dismorfik bozukluk eş tanısına göre sosyodemografik dağılımı**

Değişkenler	BDB				Toplam		p	
	Evet		Hayır		n	%		
	n	%	n	%				
Cinsiyet	Erkek	3	6.1	46	93.9	49	49.0	1,000*
	Kadın	4	7.8	47	92.2	51	51.0	
Doğum yeri	Şehir	3	8.3	33	91.7	36	36.0	0,282*
	İlçe	4	10.8	33	89.2	37	37.0	
	Köy	-	-	27	100.0	27	27.0	
Meslek	Memur	2	33.3	4	66.7	6	6.0	
	İşçi	-	-	7	100.0	7	7.0	
	Esnaf	2	9.5	19	90.5	21	21.0	
	Öğrenci	-	-	5	100.0	5	5.0	
	Ev hanımı	-	-	34	100.0	34	34.0	
	Çalışmıyor	3	12.5	21	87.5	24	24.0	
	Emekli	-	-	3	100.0	3	3.0	
Medeni hal	Bekar	3	8.3	33	91.7	36	36.0	0.700*
	Evli	4	6.3	60	93.8	64	64.0	
Eğitim	Okuryazar	-	-	2	100.0	2	2.0	
	İlkokul	1	3.4	28	96.6	29	29.0	
	Ortaokul	1	3.1	31	96.9	32	32.0	
	Lise	2	7.1	26	92.9	28	28.0	
	Ön lisans	1	16.7	5	83.3	6	6.0	
	Lisans	2	66.7	1	33.3	3	3.0	

**BDB** : Beden dismorfik bozukluk.

Fisher's Exact test, \*p>0,05.

Olguların BDB eş tanısı varlığına göre demografik dağılımı incelendiğinde cinsiyet, doğum yeri, eğitim, meslek ve medeni halleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). BDB tanısı alan 7 hastanın 4'ü kadın (%57.6) ve 3'ü erkek (%42.6), 2'si lisans %28.4, 1'i önlisans (%14.2), 2'si lise (%28.4), 1'i ortaokul (%14.2) ve 1'i ilkokul (%14.2) mezunu olduğu saptandı. BDB tanısı alan hastaların 3'ü bekar (%42.6) ve 4'ü evli (%57.6) idi. BDB tanısı alan hastaların mesleklerine bakıldığında 3'ü (%42.6) çalışmadığı, 2'si (%28.4) memur ve 2'si (%28.4) esnaf olduğu saptandı. Tablo 5'te olguların BDB eş tanısına göre klinik özellikleri yer almaktadır.

**Tablo 5. Olguların beden dismorfik bozukluk eş tanısına göre klinik özellikleri dağılımı**

Değişkenler		BDB				Toplam		p
		Evet		Hayır		n	%	
		n	%	n	%			
Görünüm endişesi	Yok	-	-	81	98.8	81	81.0	<b>0.001**</b>
	Var	7	36.8	12	66.7	19	19.0	
Yöntem	Diyet	2	50.0	2	50.0	4	4.0	0.362*
	Egzersiz	-	-	1	100.0	1	1.0	
	Yok	-	-	86	100.0	86	86.0	
	Diyet+egzersiz	2	50.0	2	50.0	4	4.0	
	Estetik cerrahi+dental girişim	1	100.0	-	-	1	1.0	
	Kamufle etme	2	50.0	2	50.0	4	4.0	
	Özkiyim girişim öyküsü	Yok	4	5.3	71	94.7	75	
Var	3	12.0	22	88.0	25	25.0		
İlaç kullanımı (Kullandığı ilaçlar)	Antipsikotik	3	13.6	19	86.4	22	22.2	0.362*
	Antidepresan	2	6.7	28	93.3	30	30.3	
	Anksiyolitik	-	-	4	100.0	4	4.0	
	Duygudurum dengeleyici	1	12.5	7	87.5	8	8.1	
	Antipsikotik+antidepresan	1	11.1	8	88.9	9	9.1	
	Antipsikotik+duygudurum dengeleyici	-	-	26	100.0	26	26.3	
Beğenilmeyen bölüm sayısı	2	1	50.0	1	50.0	2	11.1	0.362*
	3	-	-	2	100.0	2	11.1	
	4	1	33.3	2	66.7	3	16.7	
	5	2	25.0	6	75.0	8	44.4	
	6	1	100.0	-	-	1	5.6	
	8	-	-	1	100.0	1	5.6	
	14	1	100.0	-	-	1	5.6	

**BDB:** Beden dismorfik bozukluk; n: sayı

\*p>0,05, \*\*p<0,05.

Olguların BDB eş tanısına göre klinik özellikleri dağılımı incelendiğinde, görünüm endişesi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). 7 BDB olgusundan 7'si ayna kontrolü, 7'si kusurlu bulunduğu bölgeyi kamufle etme ve 7 hastanın 4'ü onay alma davranışı sergilemekteydi. Beklendiği gibi BDB tanısı alan hastaların 7'sinde görünüm endişesi mevcuttu. BDB tanısı alan 7 hastanın 3'ünde özkiyim girişim öyküsü saptandı. Özkiyim girişimi olan 3 hastanın kullandıkları ilacı yüksek miktarlarda alarak denedikleri saptandı

Özkıyım girişimi öyküsü, kullanılan ilaçlar ve beğenilmeyen bölüm sayı oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. Tablo 6’da BDB eş tanısı alan olguların kişilik bozukluklarına göre dağılımı yer almaktadır. A kümesi kişilik bozuklukları; paranoid kişilik bozukluğu ve şizoid kişilik bozukluğu birleştirilerek, B kümesi kişilik bozuklukları; antisosyal kişilik bozukluğu, sınır kişilik bozukluğu, histriyonik kişilik bozukluğu ve narsisistik kişilik bozukluğu birleştirilerek, C kümesi kişilik bozuklukları; kaçınan kişilik bozukluğu, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu ve bağımlı kişilik bozukluğu birleştirilerek oluşturulmuştur.

**Tablo 6. Kişilik bozukluklarına göre beden dismorfik bozukluk oranları dağılımı**

Kişilik Bozuklukları	BDB				Toplam		p
	Evet		Hayır		n	%	
	n	%	n	%			
<b>A kümesi</b>	3	42.6	10	18.2	<b>13</b>	<b>21.0</b>	0.202*
<b>B kümesi</b>	3	42.6	32	58.2	<b>35</b>	<b>56.5</b>	
<b>C kümesi</b>	1	14.2	13	23.6	<b>14</b>	<b>22.6</b>	
<b>Toplam</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>62</b>	<b>100.0</b>	

n: sayı.

Ki-kare trend analizi, \*p>0,05.

Beden dismorfik bozukluğunun kişilik bozuklukları kümelerindeki dağılım oranları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. BDB tanısı alan hastaların 3’ü (%42.6) A kümesi, 3’ü (%42.6) B kümesi ve 1’i (%14.2) C kümesi kişilik bozukluğu tanısı almıştı. Kaçınan kişilik bozukluğu oranı %14.3, paranoid kişilik bozukluğu oranı %14.3, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu oranı %14.3, sınır kişilik bozukluğu oranı %14.3, histriyonik kişilik bozukluğu oranı %28.6, narsisistik kişilik bozukluğu oranı %14.3, şizoid kişilik bozukluğu oranı %28.6 olarak bulunmuştur. BDB tanısı almayan 93 olgunun 10’u (%18.2) A kümesi, 32’si (%58.2) B kümesi ve 13’ü (%23.6) C kümesi kişilik bozukluğu tanısı almıştı. Çalışmaya alınan olguların 62’si en az bir kişilik bozukluğu tanısı almıştı.

Olguların görünüm endişe varlığına göre demografik özellikleri incelendiğinde; cinsiyet, doğum yeri, meslek ve medeni hal göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Olguların eğitim seviyeleri arttıkça görünüm endişesi varlığı oranlarının istatistiksel olarak anlamlı olarak arttığı gözlemlendi.

Tablo 7’de endişe duyulan beden bölgelerinin dağılımı gösterilmiştir. Görünüm endişesi olan 18 olgunun 10’u (%55.6) bel-karın, 8’i (%44.4) yüzdeki tüylerden şikayetçiydi. Bel-karın bölgesinden endişeli 10 olgunun 4’ü ile yüzdeki tüylerden şikayetçi 8 kişinin 4’ü BDB tanısı aldı.

**Tablo 7. Görünümü ile endişesi olan olguların beğenmedikleri vücut bölümleri**

	Görünüm endişesi		BDB	
	n	%	n	%
<b>Ayaklar</b>	2	11.1	2	28.6
<b>Uyluk</b>	-	-		
<b>Popo</b>	3	16.7	1	14.3
<b>Bütün alt beden</b>	4	22.2	3	42.9
<b>Göğüs</b>	1	5.6	1	14.3
<b>Sırt</b>	2	11.1		
<b>Bütün üst beden</b>	1	5.6		
<b>Bütün kol</b>	1	5.6	1	14.3
<b>Bütün vücut</b>	2	11.1	1	14.3
<b>Yanaklar</b>	1	5.6		
<b>Dişler</b>	5	27.8	3	42.9
<b>Gözler</b>	2	11.1	1	14.3
<b>Kulaklar</b>	4	22.2	1	14.3
<b>Bütün yüz</b>	4	22.2	4	57.1
<b>Saç</b>	4	22.2	1	14.3
<b>Baldırlar</b>	3	16.7	1	14.3
<b>Bacaklar</b>	3	16.7	2	28.6
<b>Kalçalar</b>	3	16.7		
<b>Bel-karın</b>	10	55.6	4	57.1
<b>Memeler</b>	3	16.7	2	28.6
<b>Omuzlar</b>	2	11.1	1	14.3
<b>Kol arkası</b>	-	-		
<b>Eller</b>	3	16.7	1	14.3
<b>Boyun</b>	2	11.1		
<b>Ağız</b>	1	5.6	1	14.3
<b>Burun</b>	3	16.7	1	14.3
<b>Kaslar</b>	2	11.1	1	14.3
<b>Yüzdeki tüyler</b>	8	44.4	4	57.1

BDB : Beden dismorfik bozukluk, n: sayı.

Tablo 8’de BDB eş tanıli olguların vücut bölümleriyle günlük uğraşı süreleri yer almaktadır.

**Tablo 8. Beden dismorfik bozukluk eş tanısına göre harcanan zaman oranları dağılımı**

Harcanan zaman	BDB				Toplam		p
	Evet		Hayır		n	%	
	n	%	n	%			
Hiç	0	0.0	82	100.0	82	82.0	<b>0.001**</b>
1 saatten az	0	0.0	1	100.0	1	1.0	
1-3 saat arası	1	11.1	9	88.9	10	10.0	
3 saatten fazla	6	85.7	1	14.3	7	7.0	

**BDB** : Beden dismorfik bozukluk, **n**: sayı

\*\*p<0,05.

Beden dismorfik bozukluk eş tanısına göre görünüm endişesi ile günlük nasıl görüldüğü hakkında düşünmeye harcanan zaman oranları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). BDB tanısı alan olgulardan 1'i nasıl görüldüğü hakkında düşünmeye günde 1-3 saat, 6'sının nasıl görüldüğü hakkında düşünmeye günde 3 saatten fazla zaman harcadığı saptandı. Görünümü ile subjektif endişesi olup BDB tanısı almayan 11 olgudan 1'i nasıl görüldüğü hakkında düşünmeye günde 1 saatten az, 9'u 1-3 saat arası ve 1'i 3 saatten fazla zaman harcadığı belirlendi.

## TARTIŞMA

Klinik olarak belirgin sıkıntı yaratan veya işlevselliğın önemli alanlarında bozukluğa yol açan BDB, kişinin görünüşündeki hayali bir kusur ile artmış zihinsel uğraşın varlığı ile belirlidir (1). BDB göreceli olarak yaygın bir psikiyatrik bozukluktur, fakat psikiyatri servislerinde yatan hastalarda yeterli derecede tanınmamaktadır. Hastalar semptomlarından utanç duydukları veya tedavi olabileceğine inanmadıkları için, genellikle sağlık hizmeti verenlere bu konu ile ilgili semptomlar sorgulanmadıkça şikayetlerini belli etmemektedirler. BDB'li hastalar daha ağır depresif semptomlara sahiptirler ve bu hastaların büyük bir kısmı, BDB semptomlarının özkıyım eğilimlerine katkısı olduğunu bildirmişlerdir. Bu nedenle psikiyatri servisinde yatan hastaları BDB açısından taramak gereklidir (5,8).

Biz bu çalışmada yatan psikiyatri hastalarında BDB eş tanısını, demografik özellikleri ve kişilik özelliklerini araştırdık.

Bu çalışmanın en önemli bulgusu, BDB'nin yatan psikiyatrik hasta popülasyonundaki yaygınlığının %7 olarak saptanmasıdır. Klinik olarak çok dikkat edilmeyen, çok tanınmayan ve çoğunlukla atlanan bir tanı olan BDB, aslında yatan psikiyatrik hasta popülasyonunda göreceli olarak sık görülmektedir. Çalışmamızda psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastalara bakıldığında anoreksiya nervoza, yaygın anksiyete bozukluğu ve OKB gibi bozuklukların herbiri %2 oranında görülürken, BDB eş tanısının görece daha sık görüldüğü anlaşılmaktadır. BDB eş tanısı, çoğunlukla tanı karmaşasına sebep olabilmekte, var olan bozukluğun seyrini olumsuz yönde etkilemekte, bazen de tedaviye direnç oluşmasına sebep olabilmektedir (5,7,8).

Bu çalışmanın diğer bir önemli bulgusu da, yatan psikiyatrik hasta popülasyonunda %18 oranında öznel görünüm endişesi saptanmasıdır. Ancak bunların üçte biri DSM-IV-TR'ye göre BDB ölçütlerini karşılamaktadır. Öznel görünüm endişesi tek başına BDB tanısını

karşılammakla birlikte, BDB tanısı ile sıklıkla korelasyon gösterdiği için klinik önem taşımaktadır. Klinisyenlerin hastalık sorgulamasına öznel görünüm endişesinin eklenmesi, klinik açıdan BDB eş tanısının saptanmasına ve tedavi sürecine katkıda bulunacaktır.

Bu çalışmanın diğer önemli bulgusu çalışma popülasyonunda BDB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik tanının şizofreni olmasıdır. BDB tanısı alan 7 hastanın 3'ünde şizofreni (%42.8) eş tanısı saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen 12 şizofreni tanılı hastadan 3'ünün (%25) BDB eş tanısı alması önemli bir klinik bulgudur. Yatarak tedavi gören şizofreni tanılı hastalarda madde kötüye kullanım/bağımlılık eş tanısı ise %12-60 arasında değişmektedir (67). Yatarak tedavi gören şizofreni tanısı almış 70 hastada yapılan bir çalışmada, eş tanılar değerlendirildiğinde, sosyal fobi %5.7, OKB %4.3, YAB %8.6 ve travma sonrası stres bozukluğu %4.3 oranında saptanmıştır (68).

Literatürde yatan hastalarda BDB eş tanısını değerlendiren bir çalışmada, en sık %42.5 majör depresyon olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada ikinci sıklıkta alkol bağımlılığı %25 oranında eş tanı olarak saptanmıştır. Yukarıdaki çalışmada dahil edilen yatan hastaların %42.5'inde majör depresyon, %18.9'unda alkol bağımlılığı ve %4'ünde şizofreni tanısı mevcuttu. Şizofreni tanılı hastalardan hiç birinde BDB eş tanısı saptanmamıştır (5).

Diğer bir çalışmada BDB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik tanı %64.4 bipolar bozukluk iken, majör depresyon ve OKB %21.4 oranlarında saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen yatan hastaların %40.3'ünde bipolar bozukluk, %39.4'ünde majör depresyon ve %19.2'sinde OKB tanısı mevcuttu. Çalışmada psikoz tanısı olan hastalar, yatan hastaların %2.8'ini oluşturuyorken, BDB eş tanılı hastaların %7.1'inde psikoz tanısı mevcut bulunmuştur (8).

Başka bir çalışmada, BDB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik tanı %68.8 majör depresyon ve %18.8 bipolar bozukluktu. Çalışmaya dahil edilen yatan hastaların aldıkları en sık tanı majör depresyon %52.4 ve bipolar bozukluk %21.4'tü. Çalışmaya dahil edilen yatan hastaların aldıkları diğer tanı ise psikotik bozukluk (%15.0), anksiyete bozukluğu (%3.0), madde kullanımı bozukluğu (%2), yeme bozukluğu (%2), uyum bozukluğu (%1) ve sınır kişilik bozukluğu (%1) idi (7). Çalışmalarda BDB eş tanı oranlarının bu denli farklı olmasının çalışmanın yapıldığı popülasyonun tek bir klinik olması ve bu kliniğin özgül hasta profili diğer çalışmalarda ortaya çıkan eş tanı oranlarını etkileyecek en önemli faktör gibi görülmektedir. Bu nedenle eş tanı değerlendirmesi ve literatürle karşılaştırma yapılırken ihtiyatlı davranılması gerekir.

Diğer yandan, BDB tanısı alan 7 olgunun 3'ünde (%42.6) özkıyım girişim öyküsünün mevcut olması önemli bir sonuçtur. BDB tanısı olmayan 93 olgunun 22'sinde (%23.6) özkıyım girişim öyküsünün mevcuttu. BDB eş tanısı, BDB eş tanısı olmayan hastalara göre, özkıyım

riski daha yüksek olduğu düşünülebilir. Psikiyatrik hastalıklarda özkıyım girişimi duygudurum bozukluklarında %47, şizofrenide %10 ve alkol bağımlılığında %24 oranında görülmektedir (69-71). Klinisyenler tarafından BDB eş tanısının sorgulanması, özkıyım girişim riskinin öngörülebilmesi açısından büyük önem taşır.

Grant ve ark. (5) psikiyatri servisinde yatan 101 erişkin ve 21 adolesan hastada yaptıkları çalışmalarında, BDB yaygınlığını %13.1 oranında bulmuşlardır. Conroy ve ark. (7) psikiyatri servisinde yatan 100 hastada yaptıkları çalışmalarında, bu hastaların %16'sında BDB eş tanısı koymuşlardır. Dyl ve ark. (8), psikiyatri servisinde yatan 208 adolesan hastanın %6.7'sinde BDB olduğunu saptamışlardır. Bizim yaptığımız çalışmada psikiyatri servisinde yatan 100 hastanın 7'sinde (%7) BDB eş tanısı saptanmıştır. Şimdiye dek yapılan çalışmalarda majör depresyon, bipolar bozukluk ve alkol madde bağımlılığı tanısı olan hastalarda BDB eş tanısı yüksek oranda saptanmıştır (7). Çalışmamızda yatan psikiyatri hastalarının içerisinde majör depresyon ve alkol/madde bağımlılığı tanılarına sahip olma oranının düşük olmasının bizim çalışmamızda daha az BDB eş tanısı bulmamızda etkili olabileceği düşünüldü.

Phillips ve ark.nın (38) BDB tanısı alan 164 erişkin, 36 adolesanla yaptığı çalışmalarında, erişkinlerin %65.8'inin, ergenlerin %80.6'sının kadın olduğunu tespit etmişlerdir. Zimmerman ve Mattia'nın (34) yaptıkları çalışmada, BDB tanısı alan olguların %75'inin kadın olduğu bulunmuştur. Phillips ve ark.nın (39) BDB tanısı olan 200 kişi ile yaptıkları çalışmada, olguların %68.5'i kadın olarak bulunmuştur.

Bizim yaptığımız çalışmada da BDB tanısı alan 7 kişinin 4'ü (%57,1) kadın ve 3'ü (%42.9) erkekti. Tüm kadın olguların %7.8'inde ve erkek olguların ise %6.1'inde BDB eş tanısı saptandı.

Gunstad ve Phillips'in (45) 293 BDB'li kişi ile yaptıkları çalışmada, hastalığın başlangıç yaşı  $16,9 \pm 6,9$  olarak bulunmuştur. Phillips ve ark.nın (39) 2005 yılında 200 BDB'li kişide yaptıkları çalışmada, hastalığın başlangıç yaşı  $16,4 \pm 7$  olarak tespit edilmiştir. Cansever ve ark. (24), BDB'nin başlangıç yaşını  $15,1 \pm 2,3$  olarak bulmuşlardır. Grant ve ark. BDB'nin başlangıç yaşını ortalama 11.9 olarak bulmuşlarken, Philips, Veale, Andreasen, Biby ve Hollander, BDB'nin ortalama başlangıç yaşını 17 olarak bulmuşlardır (5,38,41,46,54,72). Bizim yaptığımız çalışmada da benzer şekilde 7 olgunun BDB başlangıç yaşları  $16 \pm 20$  olarak bulunmuştur.

Phillips ve ark. (3) BDB tanısı alan 30 hastayla yaptıkları çalışmalarında, hastaların %83'ünün hiç evlenmediğini, %7'sinin boşandığını ve %10'unun evli olduğunu bildirmişlerdir. BDB tanılı 256 hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların %50'si evli, %44.1'i hiç evlenmemiş ve %5.9'u boşanmış olarak saptanmıştır (73). 200 BDB hastasıyla yapılmış

diğer bir çalışmada, hastaların %63.5'ünün hiç evlenmediği, %10'unun boşanmış ya da dul ve %24.5'inin evli olduğu saptanmıştır (39). Bizim yaptığımız çalışmada 7 olgunun 4'ü (%57.4) evli ve 3'ü (%42.6) bekarı. Daha önce yapılan çalışmalarda BDB oranları düşük bulunmuşken bizim yaptığımız çalışmada evlilerde BDB oranları daha yüksek bulunmuştur.

Phillips ve ark.nın (39) 200 BDB hastasıyla yaptığı çalışmalarında, en sık uğraşılan vücut bölgelerinin, cilt (%80), saç (%58), burun (%39), karın (%32), diş (%30), kilo (%29), göğüsler (%26), popo (%22), gözler (%22), uyluklar (%20), kaşlar (%20), genel yüz (%19), zayıf vücut yapısı (%18), bacaklar (%18), yüz şekli ve büyüklüğü (%16), çene (%15), dudaklar (%15), kollar (%14), kalçalar (%13), yanaklar (%11) ve kulaklar (%11) olduğu bulunmuştur. Grant'in yatan (5) 100 hastayla yaptığı çalışmada BDB tanısı alan 16 hastanın en çok uğraştığı vücut bölgeleri burun (%56,2), saç (%56,2), cilt (% 56,2), dudaklar (%43,8), göğüsler ( %31,2), dişler ( % 31,2), penis ( % 18,8) ve kulaklar (% 12,5) olarak bulunmuştur. Ülkemizde hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada BDB tanısı alan 20 hastanın en sık endişe duyduğu bölgelerin kalçalar (%50), yüz (%30), dişler (%30), gözler (%30), burun (% 25), kulak (%25), saç (%25), cilt (%10) ve göğüsler (%5) olduğu bulunmuştur (24). Bizim yaptığımız çalışmada BDB tanısı alan 7 hastanın en çok uğraştıkları vücut bölümleri yüzdeki tüyler (%57.1), bel-karın (%57.1), bütün yüz (%57.1), bütün alt beden (%42.9), dişler (%42.9), ayaklar (%28.6), bacaklar (%28.6) ve memeler (%28.6) olarak saptanmıştır.

Öğrenciler arasında yapılan bir çalışmada, beden imajlarıyla ilgili hoşnutsuzluk %70 iken BDB yaygınlığı %2.6 olarak saptanmıştır (74). Diğer bir çalışmada, beden imajlarıyla ilgili hoşnutsuzluk %46.6 iken, BDB yaygınlığı %5.3 olarak saptanmıştır (75). Bizim yaptığımız çalışmada beden imajında hoşnutsuzluk bildirenler %18 iken BDB yaygınlığı %7 saptanmıştır. Beden imajlarındaki hoşnutsuzluğun bizim çalışmamızda diğerlerinden farklı oranlarda saptanması, diğer çalışmaların daha genç ve öğrenci örnekleminde yapılması olabilir.

Beden dismorfik bozukluğu ile eş tanı oranları çeşitli çalışmalarda farklılık göstermektedir. 50 BDB vakası ile yapılan bir çalışmada, BDB'ye majör depresyon (%8), sosyal fobi (%16), madde kullanım bozukluğu (%2), OKB (%6) ve distimi (%18) eşlik ettiği saptanmıştır (43). 16 BDB vakası ile yapılan bir çalışmada, BDB'ye majör depresyon (%69), bipolar bozukluk (%6), sosyal fobi (%69), madde kullanım bozukluğu (%6), OKB (%38), distimi (%19) ve yeme bozukluğu (%19) eşlik ettiği saptanmıştır (34). 293 BDB vakası ile yapılan bir çalışmada BDB eş tanısı, majör depresyon (%58), bipolar bozukluk (%5), sosyal fobi (%32), madde kullanım bozukluğu (%8), OKB (%25) ve yeme bozukluğu (%4) olarak saptanmıştır (45). 50 BDB vakası ile yapılan bir çalışmada BDB'ye eşlik eden bozuklukların majör depresyon (%68), bipolar bozukluk (%8), sosyal fobi (%69), madde kullanım bozukluğu

(%20), OKB (%78) ve yeme bozukluğu (%20) olduğu saptanmıştır (47). 58 BDB vakası ile yapılan bir çalışmada BDB eş tanısı; majör depresyon (%41), bipolar bozukluk (%31), sosyal fobi (%12), OKB (%41) ve yeme bozukluğu (%22) olarak saptanmıştır (76). 188 BDB vakası ile yapılan bir çalışmada BDB eş tanısı; majör depresyon (%82), bipolar bozukluk (%7), sosyal fobi (%38), madde kullanım bozukluğu (%36), OKB (%30), distimi (%7) ve yeme bozukluğu (%10) olarak saptanmıştır (44). 28 BDB vakası ile yapılan bir çalışmada BDB eş tanısı; sosyal fobi (%54), madde kullanım bozukluğu (%32), OKB (%14), distimi (%18) ve yeme bozukluğu (%21) olarak saptanmıştır (35). 293 BDB vakası ile yapılan bir çalışmada BDB'nin yaşam boyu eş tanı oranları; majör depresyon %76, bipolar bozukluk %5, sosyal fobi %37, madde kullanım bozukluğu %28, OKB %32, distimi %6 ve yeme bozukluğu %4 olarak saptanmıştır (45).

Bizim yaptığımız çalışmada BDB tanısı alan 7 hastanın 3'ünde şizofreni (%42.8), 1'inde alkol bağımlılığı (%14.2), 1'inde bipolar bozukluk (%14.2), 1'inde majör depresyon (%14.2) ve 1'inde somatoform bozukluk (%14.2) eş tanısı saptanmıştır.

Veale ve ark.'nın (46) 50 BDB tanılı hasta ile yaptıkları çalışmalarında, en az bir kişilik bozukluğu saptanma oranını %72 olarak bulmuşlardır. Aynı çalışmada, BDB hastalarında kaçınan kişilik bozukluğu %72, paranoid kişilik bozukluğu %38, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu %28, sınırda kişilik bozukluğu %6 ve bağımlı kişilik bozukluğu %12 oranında bulunmuştur. 17 BDB tanılı hasta ile yapılan diğer bir çalışmada, en az bir kişilik bozukluğu saptanma oranı %100 iken, avoidant kişilik bozukluğu oranı %82, paranoid kişilik bozukluğu oranı %53, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu oranı %82, sınır kişilik bozukluğu oranı %76 ve bağımlı kişilik bozukluğu oranı %71 olarak bulunmuştur (77). 74 BDB tanılı hasta ile yapılan bir çalışmada en az bir kişilik bozukluğu saptanma oranı %57 iken kaçınan kişilik bozukluğu oranı %43, paranoid kişilik bozukluğu oranı %14, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu oranı %14, sınır kişilik bozukluğu oranı %8 ve bağımlı kişilik bozukluğu oranı %15 olarak bulunmuştur (50). Veale ve ark.'nın 28 BDB tanısı alan hasta ile yaptıkları bir çalışmada, en az bir kişilik bozukluğu saptanma oranı %86, kaçınan kişilik bozukluğu oranı %50, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu oranı %39, bağımlı kişilik bozukluğu oranı %29, paranoid kişilik bozukluğu oranı %25, sınır kişilik bozukluğu oranı %21 olarak bulunmuştur (46).

Bizim yaptığımız çalışmada çalışmaya katılan ve BDB tanısı alan her hastanın en az bir kişilik bozukluğu saptanma oranı %100 oranında iken, kaçınan kişilik bozukluğu oranı %14.3, paranoid kişilik bozukluğu oranı %14.3, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu oranı %14.3, sınır kişilik bozukluğu oranı %14.3, histiriyonik kişilik bozukluğu oranı %28.6, narsistik kişilik bozukluğu oranı %14.3 ve şizoid kişilik bozukluğu oranı %28.6 olarak bulunmuştur. BDB'ye en az 1 kişilik bozukluğunun eşlik etme oranının %100 olarak bulunması, BDB'ye

kişilik bozukluklarının yüksek oranda eşlik ettiği düşüncesini desteklemektedir.

Ülkemizde hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, BDB olguların ayna kontrolü (%85), kaçınma (%65), onay arama (%60), başkalarıyla karşılaştırma (% 50), aşırı makyaj, süslenme (%50) ve kamufle etme (%35) davranışları sergilediklerini bildirilmiştir. Bizim yaptığımız çalışmada 7 BDB vakasından 7'si (%100) ayna kontrolü, 7'si (%100) kusurlu bulunduğu bölgeyi kamufle etme ve 7 vakanın 3'ü (%42,6) onay alma davranışı sergilemekteydi (24). Çalışmamızda da ayna kontrolü, bahsedilen çalışmada olduğu gibi en sık sergilenen davranış biçimiydi.

Phillips ve Veale yatarak tedavi gören BDB hastalarında, özkıyım girişim öyküsü oranını %25-30 bulmuştur (44,46,72). Philips ve ark. (39), 200 BDB hastasının %78'inde yaşam boyu özkıyım düşünceleri ve %25'inde özkıyım girişim öyküsü saptamıştır. Philips ve Menard (38) 185 BDB tanılı hastada yaptığı çalışmada, her yıl için ortalama %56.7 oranında özkıyım düşüncesi bildirirken, %2.8 oranında özkıyım girişimi ve çalışma sonuna kadar 2 katılımcının tamamlanmış özkıyım gerçekleştirdiğini saptamıştır. Bizim çalışmamızda BDB tanısı alan 7 olgunun 3'ünde (%42.6) özkıyım girişim öyküsü mevcuttu.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri, çalışmaya alınan olguların çalışmanın yapıldığı zaman aralığında peş peşe gelen ölçütleri sağlayan gönüllülerden seçilmiş olmasıdır. Diğer bir kısıtlılık 8 hastanın çalışma ölçütlerine uygun olmasına rağmen çalışmaya katılmaması ve 2 hastanın hastanede kalma süreleri kısa olduğundan dolayı çalışmadan çıkartılmış olmalarıdır.

Çalışmanın bir bölge üniversite hastanesinde yapılmış olmasının hasta seçiminde daha ağır hastaların üniversite hastanesine tedavi için başvurmaları nedeniyle hatalı bir eğilime sebep olabileceği ve eş tanı yaygınlığının eksik ya da fazla görülmesine neden olmuş olabileceğidir. Ayrıca çalışmanın süresinin bütün bir yılı kapsamaması, bu nedenle mevsimler başvuruların etkilerinin kestirilememesi ve olgu sayısının nispeten az olması da çalışmanın diğer kısıtlılıkları arasında yer almaktadır.

Sonuç olarak, BDB yataklı psikiyatri servislerinde görece olarak sık görülen bir hastalıktır. Psikiyatri servisinde yatan hastalarda BDB eş tanısının sorgulanmasının tedavi aşamasına katkılar sağlayacağını düşünüyoruz.

## SONUÇLAR

Çalışmamız beden dismorfik bozukluğunun Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Servisi'nde yatan hastalarda ne sıklıkta görüldüğünün araştırılması amaçlanmıştır.

1. Çalışmamız, psikiyatri servisine yatan 100 hasta üzerinde uygulanmıştır. 100 hastanın 7'sinde (%7) BDB eş tanısı saptanmıştır.
2. Çalışmamızda beden imajından hoşnutsuzluk bildirenler %18 iken BDB yaygınlığı %7 saptanmıştır
3. BDB tanısı alan 7 hastanın en çok uğraştıkları vücut bölümleri, yüzdeki tüyler (%57.1), bel-karın (%57.1), bütün yüz (%57.1), bütün alt beden (%42.9), dişler (%42.9), ayaklar (%28.6), bacaklar (%28.6) ve memeler (%28.6) olarak saptanmıştır.
4. BDB tanısı alan 7 olgunun 3'ünde şizofreni (%42.8) , 1'inde alkol bağımlılığı (%14.2), 1'inde bipolar bozukluk (%14.2), 1'inde majör depresyon (%14.2) ve 1'inde somatoform bozukluk (%14.2) eş tanısı saptandı.
5. Çalışmamızda BDB tanısı alan olgularda en az bir kişilik bozukluğu eş tanısı saptanma oranı %100 iken, kaçınan kişilik bozukluğu oranı %14.3, paranoid kişilik bozukluğu oranı %14.3, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu oranı %14.3, sınır kişilik bozukluğu oranı %14.3, histiriyonik kişilik bozukluğu oranı %28.6, narsisistik kişilik bozukluğu oranı %14.3 ve şizoid kişilik bozukluğu oranı %28.6 olarak bulunmuştur.
6. Yaptığımız çalışmada 7 BDB vakasından 7'si (%100) ayna kontrolü, 7'si (%100) kusurlu bulduğu bölgeyi kamufle etme ve 3'ü (%42,6) onay alma davranışı

sergilemekteydi.

Beden dismorfik bozukluk psikiyatri servislerinde görece sk görülen bir hastalıktır. Psikiyatri servisinde yatan hastalarda BDB e tanısının sorgulanmasının tedavi aşamasına katkılar sağlayacağını dnyoruz.

## ÖZET

Beden dismorfik bozukluğu, klinik olarak belirgin sıkıntı yaratan veya işlevselliğin önemli alanlarında bozukluğa yol açan ve kişinin görünüşündeki hayali bir kusurla artmış zihinsel uğraşın varlığı ile belirlenir. Göreceli olarak yaygın bir psikiyatrik bozukluk olmasına rağmen, psikiyatri servislerinde yatan hastalarda yeterli derecede tanınmamaktadır. Çalışmamızda beden dismorfik bozukluğunun psikiyatri servisinde yatan hastalarda ne sıklıkta görüldüğünün araştırılması amaçlanmıştır. Çalışma, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Servisi'nde yatarak tedavi alan 100 hasta üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya dahil olan kişilere psikiyatrik eş tanıyı belirlemek amacıyla Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü Baskı Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Üçüncü Baskı Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme uygulanmıştır. Çeşitli tanımlarla yatışı olan hastaların %7'sinin BDB eş tanısı olduğu saptanmıştır. Beden dismorfik bozukluk tanısı alan 7 hastanın en çok uğraştıkları vücut bölümleri; yüzdeki tüyler (%57.1), bel-karın (%57.1), bütün yüz (%57.1), bütün alt beden (%42.9), dişler (%42.9), ayaklar (%28.6), bacaklar (%28.6) ve memeler (%28.6) olarak saptanmıştır. Beden dismorfik bozukluk tanısı alan olguların 3'ünde şizofreni (%42.8), 1'inde alkol bağımlılığı (%14.2), 1'inde bipolar bozukluk (%14.2), 1'inde majör depresyon (%14.2), 1'inde somatoform bozukluk (%14.2) eş tanısı saptandı. Çalışmamızda psikiyatri servisinde yatan hastalardaki BDB eş tanısı ve eşlik eden özelliklerin saptanması ile tanı ve tedavi aşamasında katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

**Anahtar kelimeler:** Beden dismorfik bozukluk, eş tanı, görünüm endişesi.

# **BODY DYSMORPHIC DISORDER COMORBIDITY OF INPATIENTS IN TRAKYA UNIVERSITY MEDICAL FACULTY DEPARTMENT OF PSYCHIATRY**

## **SUMMARY**

Body dysmorphic disorder is diagnosed with the implications of a mental occupation that creates significant clinical distress or by an imaginary deficiency that is seen by the patient in his appearance. Although it is a relatively popular psychiatric disorder, it is not well known within the patients in the mental institution wards. The aim of our study was to find the rate of BDD in the patients we have in our institution. The study is takes its results from 100 patients who takes impatient treatment in Trakya University Medical Faculty, Department of Psychiatry. Individuals who included the study were performed The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders and The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders to determine comorbid psychiatric diagnosis. BDD variety of comorbid diagnoses was 7% in patients who had been hospitalized. Seven patients with a diagnosis of body dysmorphic disorder include most parts of the body are engaged: facial hair (%57.1), lumbar-abdomen (%57.1), whole face (%57.1), whole lower body (%42.9), teeth (%42.9), feet (%28.6) and breasts (%28.6). Other comorbidity in patients with body dysmorphic disorder: Three patients with schizophrenia (%42.8), one patient with alcohol dependency (%14.2), one patient with bipolar affective disorder (%14.2), one patient with major depressive disorder (%14.2) and one patient with somatoform disorder (%14.2). In our

study, the body dysmorphic disorder in patients with comorbid psychiatric inpatient and accompanying features we think will contribute to determine the stage of diagnosis and treatment.

**Key words:** Body dysmorphic disorder, comorbidity, worrying about view

## KAYNAKLAR

1. Michael A, Hollifield MD. Somatoform bozukluklar. Aydın H, Bozkurt A (Editörler). Kaplan&Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 8. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007.s.1800-828.
2. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2003;44(4):270-6.
3. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Hudson JI. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1993;150(2):302-8.
4. Phillips KA, Nierenberg AA, Brendel G, Fava M. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. *J Nerv Ment Dis* 1996;184(2):125-9.
5. Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry* 2001;62(7):517-22.
6. Vücut Dismorfik Bozukluğu. (Alptekin K, Öztürk Ö, Çeviri Editörleri). Gabbard's treatment of psychiatric disorder. 4. Baskı. Ankara: Rotatıp Kitap Evi; 2009; s.613-21.
7. Conroy M, Menard W, Fleming-Ives K, Modha P, Cerullo H, Phillips KA. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30(1):67-72.
8. Dyl J, Kittler J, Phillips KA, Hunt JI. Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatry Hum Dev* 2006;36(4):369-82.
9. Jerome L. Dysmorphophobia and taphephobia: two hitherto undescribed forms of insanity with fixed ideas. *History of Psychiatry*. 2001. <http://hpy.sagepub.com/>
10. Pitman RK. Janet's Obsessions and Psychasthenia: a synopsis. *Psychiatr Q* 1984;56(4):291-314.

11. Freud S. Three Case Histories: the Wolf Man, the Rat Man and the psychotic doctor. Albany, NY, Schreber. 1959.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. USA, Washington: American Psychiatric Association, 1980.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised; USA, Washington: American Psychiatric Association, 1987.
14. Vücut Dismorfik Bozukluğu. (Köroğlu E Çeviri Editörü). DSM-IV-TR Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı Yeniden gözden geçirilmiş tam metin, 4. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007. s.739-44.
15. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization, 1993
16. Veale D, Neziroğlu F. Body Dysmorphic Disorder a Treatment Manual. John&sons, 2010:39-115
17. Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997;32(1):24-9.
18. Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow BL. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. Am J Psychiatry 2001;158(12):2061-3.
19. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brahler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. Psychol Med 2006;36(6):877-85.
20. Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. CNS Spectr 2008;13(4):316-22.
21. De JA, Oosterink FM, van Rood YR, Aartman IH. Preoccupation with one's appearance: a motivating factor for cosmetic dental treatment? Br Dent J 2008;204(12):691-5.
22. Mayville S, Katz RC, Gibson MT, Cabral K. Assessing the prevalence of body dysmorphic disorder in an ethnically diverse group of adolescents. J Child Fam Stud 1999;8(3):357-62.
23. Biby EL. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychol 1998;54(4):489-99.
24. 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):60-4.
25. Bartsch D. Prevalence of body dysmorphic disorder symptoms and associated clinical features among Australian university students. Clinical Psychologist 2007;11(1):16-23.
26. Taqui AM, Shaikh M, Gowani SA, Shahid F, Khan A, Tayyeb SM, et al. Body Dysmorphic Disorder: gender differences and prevalence in a Pakistani medical student population. BMC Psychiatry. 2008 <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/20>

27. Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998;52(3):283-7.
28. Vindigni V, Pavan C, Semenzin M, Grana S, Gambaro FM, Marini M. The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: do our patients need preoperative psychiatric evaluation? *Eur J Surg* 2002;25:305-8.
29. Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, Faytout M, Suire K, Braud C, et al. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *Eur Psychiatry* 2003;18(7):365-8.
30. Castle DJ, Molton M, Hoffman K, Preston NJ, Phillips KA. Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38(6):439-44.
31. Bellino S, Zizza M, Paradiso E, Rivarossa A, Fulcheri M, Bogetto F. Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: a clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Res* 2006;144(1):73-8.
32. Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000;42(3):436-41.
33. 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. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006;150(2):97-100.
34. Zimmerman M, Mattia JI. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Compr Psychiatry* 1998;39(5):265-70.
35. Nierenberg AA, Phillips KA, Petersen TJ, Kelly KE, Alpert JE, Worthington JJ, et al. Body dysmorphic disorder in outpatients with major depression. *J Affect Disord* 2002;69(1-3):141-8.
36. Phillips KA. Body dysmorphic disorder and depression: theoretical considerations and treatment strategies. *Psychiatr Q* 1999;70(4):313-31.
37. Bass C, Bolton J, Wilkinson P. Referrals to a liaison psychiatry out-patient clinic in a UK general hospital: a report on 900 cases. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105(2):117-25.
38. Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res* 2006;141(3):305-14.
39. 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):317-25.
40. Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2006;47(2):77-87.
41. Andreasen NC, Bardach J. Dysmorphophobia: symptom or disease? *Am J Psychiatry* 1977;134(6):673-6.

42. Hollander E, Neville D, Frenkel M, Josephson S, Liebowitz MR. Body dysmorphic disorder. Diagnostic issues and related disorders. *Psychosomatics* 1992;33(2):156-65.
43. Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behav Res Ther* 1996;34(9):717-29.
44. Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997;185(9):570-7.
45. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2003;44(4):270-6.
46. Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 1996;169(2):196-201.
47. 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):1207-9.
48. 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):1665-7.
49. 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.
50. Phillips KA, McElroy SL. Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2000;41(4):229-36.
51. Zaidens SH. Dermatologic hypochondriasis; a form of schizophrenia. *Psychosom Med* 1950;12(4):250-3.
52. 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):768-70.
53. Craven JL, Rodin GM. Cyproheptadine dependence associated with an atypical somatoform disorder. *Can J Psychiatry* 1987;32(2):143-5.
54. Hollander E, Neville D, Frenkel M, Josephson S, Liebowitz MR. Body dysmorphic disorder. Diagnostic issues and related disorders. *Psychosomatics* 1992;33(2):156-65.
55. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(4):381-8.
56. Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schmeidler J, Wong C, et al. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(11):1033-9.

57. Perugi G, Giannotti D, Di VS, Frare F, Sacttoni M, Cassano GB. Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11(4):247-54.
58. Phillips KA, Dwight MM, McElroy SL. Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;59(4):165-71.
59. Phillips KA, Najjar F. An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2003;64(6):715-20.
60. Phillips KA. An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21(3):177-9.
61. Phillips KA. Placebo-controlled study of pimoziide augmentation of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162(2):377-9.
62. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Hudson JI, Pope HG. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull* 1994;30(2):179-86.
63. Phillips KA. Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder: review of the evidence and a recommended treatment approach. *CNS Spectr* 2002;7(6):453-63.
64. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Koroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon, SCID-I. Ankara: Hekimler Yayın Birliği,1999.
65. Sorias S, Saygılı R, Elbi H. DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe versiyonu, SCID-II, Kişilik Bozuklukları Formu. İzmir: Ege Üniversitesi Basım Evi; 1990.
66. Coşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S. SCID-II (Türkçe versiyonu) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994;9:26-9.
67. Margolese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier R, Gill K. Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophr Res* 2004;67(2-3):157-66.
68. Seedat S, Fritelli V, Oosthuizen P, Emsley RA, Stein DJ. Measuring anxiety in patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2007;195(4):320-4.
69. Baldassano CF. Illness course, comorbidity, gender, and suicidality in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67 Suppl 11:8-11.
70. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-28.
71. Weissman MM, Myers JK, Harding PS. Prevalence and psychiatric heterogeneity of alcoholism in a United States urban community. *J Stud Alcohol* 1980;41(7):672-81.
72. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1991;148(9):1138-49.

73. Marques L, LeBlanc N, Robinaugh D, Weingarden H, Keshaviah A, Wilhelm S. Correlates of quality of life and functional disability in individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2011;52(3):245-54.
74. Fitts SN, Gibson P, Redding CA, Deiter PJ. Body dysmorphic disorder: implications for its validity as a DSM-III-R clinical syndrome. *Psychol Rep* 1989;64(2):655-8.
75. Bohne A, Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Jenike MA. Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. *Psychosomatics* 2002;43(6):486-90.
76. Perugi G, Akiskal HS, Giannotti D, Frare F, Di VS, Cassano GB. Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *J Nerv Ment Dis* 1997;185(9):578-82.
77. Neziroğlu F, McKay D, Todaro J, Yaryura-Tobias JA. Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid axis II diagnoses. *Behav Ther* 1996;27(1):67-77.

## **EKLER**

## Ek 1

### T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

<b>ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOKAEK 2011/19				
	PROTOKOL ADI	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Kliniğinde Yatan Hastalarda Beden Dismorfik Bozukluğu Eş Tanısı				
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Ercan ABAY				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal	<input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Uluslararası			
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	Karar No: 03/04		Tarih: 11.01.2012			
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Ercan ABAY'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Yasin TAŞDELEN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.					
<b>DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ</b>						
<b>ÇALIŞMA ESASI</b>		Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOKAEK Yönergesi				
<b>ÜYELER</b>						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Başkan	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Başkan Yardımcısı	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağ. ve Hast.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Petek BALKANLI KAPLAN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Gülden ATILLA ÖZTÜRK Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

\*Araştırma ile ilişki  
\*\*Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Turan EGE  
Dekan

## SOSYODEMOGRAFIK FORM

- 1) Doğum tarihiniz (yıl):
- 2) Doğum yeriniz: 1. il  2. ilçe  3. köy
- 3) Cinsiyetiniz : 1. kadın  2. erkek
- 4) Boyunuz cm:
- 5) Kilonuz kg:
- 6) Mesleğiniz:
- 7) Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan varmı? 1. hayır  2. evet
- 8) Fiziksel bir hastalığınız var mı? 1. hayır  2. evet,
- 9) Nasıl görüldüğünüz hakkında endişeli misiniz? 1. hayır 2. evet  
---Eğer evet ise; Görünüştünüzle ilgili sorunlar hakkında daha az düşünmeyi mi dilerdiniz? 1. hayır  2. evet
- 10) Nasıl görüldüğünüzle ilgili esas endişeniz yeterince zayıf olmadığınız veya Aşırı şişmanlayabileceğinizle mi ilgilidir? 1. hayır  2. evet
- 11) Sık sık arkadaşlarınızla bir şeyler yapmanız veya flört etmenize engel oldu mu? 1. hayır  2. evet
- 12) Sıradan bir günde nasıl görüldüğünüz hakkında düşünmeye ne kadar zaman harcıyorsunuz? (bütün süreyi toplayın ve bir seçeneği işaretleyin)  
a) günde 1 saatten az  b) günde 1-3 saat arası  c) günde 3 saatten fazla
- 13) Aşağıdaki ilk kolonda geçen ay içinde fiziksel görünüşünüzde en çok hoşlanmadığınız 5 bölümü işaretleyin ( ya da en azından tam olarak tatmin olmadığınız). Aklınızdaki beden bölümünü en iyi anlatan terimi seçerken mümkün olduğunca belirleyici olun. En çok hoşnut olmadığınız 5 bölümü işaretleyin:

Ayaklar-	<input type="checkbox"/>	Baldırlar-	<input type="checkbox"/>
Uyluk-	<input type="checkbox"/>	Bacaklar-	<input type="checkbox"/>
Popo-	<input type="checkbox"/>	Kalçalar-	<input type="checkbox"/>
Bütünüyle alt beden yarısı	<input type="checkbox"/>	Bel-karın-	<input type="checkbox"/>
Göğüs-	<input type="checkbox"/>	Memeler-	<input type="checkbox"/>
Sırt--	<input type="checkbox"/>	Omuzlar-	<input type="checkbox"/>
Bütünüyle üst beden yarısı	<input type="checkbox"/>	Kol arkası-	<input type="checkbox"/>
Bütün kol-	<input type="checkbox"/>	Eller-	<input type="checkbox"/>
Bütün vücut-	<input type="checkbox"/>	Boyun-	<input type="checkbox"/>
Yanaklar-	<input type="checkbox"/>	Ağız-	<input type="checkbox"/>
Dişler-	<input type="checkbox"/>	Burun-	<input type="checkbox"/>
Gözler-	<input type="checkbox"/>	Kaşlar-	<input type="checkbox"/>
Kulaklar-	<input type="checkbox"/>	Yüzdeki tüyler-	<input type="checkbox"/>
Bütün yüz-	<input type="checkbox"/>		
Saç-	<input type="checkbox"/>		

- 14) Aşağıda listelenenler bazen insanların görünüşlerini değiştirmek ya da iyileştirmek için denedikleri şeylerdir. Lütfen 13. soruda '1' olarak derecelendirdiğiniz beden bölümü görünüşünü iyileştirmek için dendiğiniz herhangi birşeyi belirtiniz. Denediğiniz herşeyi dahil edin, sadece son 4 hafta içinde yaptıklarınız değil son 4 hafta öncesini de dahil edin. Lütfen bu metodu kaç kere dendiğinizi belirtin. '1' olarak derecelendirmediğiniz beden bölümüyle ilgili olarak denediklerinizi dahil etmeyin. Örneğin burnunuzu '1' olarak derecelendirmediyseniz ve burnunuzdan estetik ameliyat olduysanız bunu dahil etmeyin.  
Kaç kere

Denendiği: denenen çare

- Görünüşü iyileştirmek için belirgin diyet
- belirli egzersiz programı
- kilo vermek için ameliyat( mide küçültme)
- estetik cerrahi ( yağ aldırma, meme düzeltme ya da silikon; burun, yara düzeltme yüz gerdirme, dudak büyütme)
- cerrahi olmayan dental girişim ( diş beyazlatma, diş teli)
- merhem ya da tedaviler( cilt için ya da kellik için)
- saç ektirmek
- protez ( takma bacak( görünüşü daha iyileştirmek için yapıldıysa dahil edin)
- diğer

Aşağıdaki soruları 13. soruda görünüş özelliğiniz '1' olarak derecelendirdiğiniz, en çok hoşnutsuz olduğunuz beden bölümünüzle ilgili düşünmenizi istemektedir. Son 4 haftayı göz önüne alarak cevaplayınız. Soruyu cevaplamak için 0-6 arasında yanında bir açıklama yapılmamışsa bile herhangi bir numarayı seçebilirsiniz

15) Son dört hafta içinde: sizin cinsiyetinizde ve yaşınızdaki insanların sizde olduğuna inandığınız görünüş özelliklerine sahip olduklarına ne sıklıkta hissedersiniz?

0-herkes aynı özelliklere sahip

1-

2-çoğu insan benzer özelliklere sahip

3-

4-çok az insan benzer özelliklere sahip

5-

6-başka hiç kimsede aynı özellik yok( veya başkalarında problemin boyutu bu kadar ciddi değil)

16) Ne sıklıkta sorunun boyutunu değerlendirmek için görünüş özelliğinizi kontrol edersiniz (örneğin; bakmak, bir şekilde ölçmek, hissetmek)?

0-(0 gün) kontrol yok

1- (1-3 gün)

2- (4-7 gün) haftada bir veya iki kez kontrol etme

3- (8-11 gün)

4- (12-16 gün)

5- (17-21 gün)

6- (22-28 gün) hergün veya hemen hemen hergün

17) Görünüştünüzden ne kadar hoşnutsuzsunuz?

0-hoşnutsuz değilim

1-

2-hafif hoşnutsuzluk ( ama sıkıntı, stres hisleri yok)

3-

4- orta derecede hoşnutsuzluk (biraz sıkıntı hisleriyle beraber)

5-

6-aşırı derecede hoşnutsuzluk (aşırı derecede sıkıntı hali; bundan daha üzüntülü veya hoşnutsuz olmayı hayal edemez)

18) Ne sıklıkta bir başkasından görünüşünüzün düşündüğünüz kadar kötü veya anormal olmadığı ile ilgili olarak onay aldınız?

0-(0 gün) hiç onay almadım

1-(1-3 gün)

2- (4-7 gün) haftada bir veya iki kez

3- (8-11 gün)

4- (12-16 gün) yaklaşık günlerin yarısında

5- (17-21 gün)

6-(22-28 gün) her gün veya hemen hemen hergün

19) Ne sıklıkta görünüşünüz hakkında düşündünüz ve sonucunda üzgün hissettiniz?

0-(0 gün) hiç düşünmem ve üzgün hissetmem

1-(1-3 gün)

2- (4-7 gün) düşünürüm ve haftada bir veya iki kez üzgün hissederim

3- (8-11 gün)

4- ( 12-16 gün) düşünürüm ve yaklaşık yarısında üzgün hissederim

5- (17-21 gün)

6- (22-28 gün) düşünürüm ve hergün veya neredeyse hergün üzgün hissederim

20) Çoğunlukla tanımadığınız insanların olduğu alışveriş merkezleri, marketler, sokak, restoranlar, sinemalar, klübler, otobüs, uçak, sırada beklerken, parklar, sahil, umumi tuvalet gibi umumi yerlerde görünüşünüzle ilgili olarak ne kadar endişelendiniz veya utanıyorsunuz?

0- endişelenme veya utanma yok

1-

2- çok az endişe veya utanma

3-

4- orta derecede endişe veya utanma

5-

6- aşırı derecede endişe veya utanma

21) Görünüş özelliğinizden dolayı ne kadar sıklıkta yakın fiziksel temastan kaçındınız? Fiziksel temas cinsel birlikteliği, tokalaşmayı, kucaklaşmayı, öpüşmeyi, yakın dansetmeyi kapsar.

0- kaçınma yok

1-

2- az sıklıkta kaçınma

3-

4- orta derece sıklıkta kaçınma

5-

6-aşırı sıklıkta kaçınma

22) Yakın fiziksel temasta bulunduğunuzda ne kadar sıklıkta teması kısıtlamaya çalıştınız? (örneğin duruşunuzu değiştirmek, hareketlerinizi sınırlamak veya belirgin beden bölümüyle teması önlemeyi çalışmak gibi)

0- Hiçbir zaman kasıtlı olarak fiziksel teması kısıtlamadım

1-

2- Fiziksel temas olan durumların yarısından azında kısıtladım

3-

4- Fiziksel temas olan durumların yaklaşık yarısında kısıtladım

5-

6- Fiziksel temas olan durumların hepsinde ya da hemen hemen hepsinde

Kısıtladım.

23)Görünüş özelliğinizi kapatmak veya dikkati ondan uzaklaştırmak için ne kadar kasıtlı olarak özel bir şekilde giyinmek, makyaj yapmak gibi davranışlarda bulundunuz?

(Belirli giysi veya kozmetikten kaçınmada olabilir). Buna 'kamuflej'

denmektedir.

0- (0 gün) hiçbir zaman kamuflej yapmadım ya da belirli giysi/ kozmetikten

kaçınmadım

- 1- (1-3 gün)
  - 2- (4-7 gün) haftada bir ya da iki kez
  - 3- ( 8-11 gün)
  - 4- (12-16 gün) günlerin yarısında
  - 5- ( 17-21 gün)
  - 6- (22-28 gün) hergün ya da neredeyse hergün
- 24) Görünüş özelliğinizi saklamak ya da insanların dikkatini ondan uzaklaştırmak için ne sıklıkta kasıtlı olarak postürünüzü ya da beden hareketlerinizi (örneğin, oturmanız, kalkmanız, ellerinizi nereye koyduğunuz, nasıl yürüdüğünüz, başkalarına hangi vücut yarınızı gösterdiğiniz gibi) değiştirirsiniz?
- 0- (0 gün) değiştirme yok
  - 1- (1-3 gün)
  - 2- (4-7 gün) haftada bir ya da iki kez duruş ya da beden hareketlerimi değiştirme olur
  - 3- (8-11 gün)
  - 4- (12-16 gün) günlerin yarısında
  - 5- (17-21 gün)
  - 6- (22-28 gün) hergün ya da neredeyse hergün olur
- 25) Görünüş özelliğiniz hakkında hissettiklerinizi kontrol etmek için ne sıklıkta vücudunuza, özellikle görünüş özelliğinize bakmaktan kaçınırsınız? Giyinik ya da çıplak kendinize direkt olarak ya da aynalara, pencerelere bakmaktan kaçınmak dahildir.
- 0- (0 gün) bedene bakmaktan kaçınma yok
  - 1- (1-3 gün)
  - 2- (4-7 gün) haftada bir ya da iki kez kaçınma olur
  - 3- (8-11 gün)
  - 4- (12-16 gün) günlerin yarısında kaçınma olmaktadır.
  - 5- (17-21 gün)
  - 6- (22-28 gün) hergün ya da hemen hemen hergün kaçınma olur
- 26) Görünüş özelliğinizden rahatsız olduğunuz için başkalarının sizi kıyafetsiz görmesinden ne sıklıkta kaçınırsınız? Eşiniz, partneriniz, oda arkadaşınız , ... ya da sağlık klublerinin duşları, veya değişme odaları gibi umumi yerlerde insanların sizi kıyafetsiz görmesine izin vermemek dahildir.
- 0- kaçınma yok
  - 1-
  - 2- az sıklıkta kaçınma var
  - 3-
  - 4- orta sıklıkta kaçınma
  - 5-
  - 6- aşırı sıklıkta
- 27) Ne sıklıkta kendi görünüşünüzü çevrenizdeki ya da magazin, televizyondaki insanların görünüşleriyle karşılaştınız? Hem olumlu hem de olumsuz karşılaştırmalar dahil edin.
- 0- (0 gün) başkalarıyla karşılaştırma yok
  - 1- (1-3 gün)
  - 2- (4-7 gün) haftada bir ya da iki kez
  - 3- (8-11 gün)
  - 4- (12-16 gün) günlerin yarısında
  - 5- (17-21 gün)
  - 6- (22-28 gün) hergün ya da hemen hemen hergün