

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ



**PLASTİK REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN ERGEN HASTALARDA BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUNUN
YAYGINLIĞI VE SOSYAL MEDYA KULLANIMI İLİŞKİSİ**

ARŞ. GÖR. DR. BEYZA AYTAÇ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

2024

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**PLASTİK REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN ERGEN HASTALARDA BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUNUN
YAYGINLIĞI VE SOSYAL MEDYA KULLANIMI İLİŞKİSİ**

ARŞ. GÖR. DR. BEYZA AYTAÇ

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

UZMANLIK TEZİ

PROF. DR. NURSU ÇAKIN MEMİK

ETİK KURUL ONAYI: 11.06.2024 KÜGOKAEK-2024/10.38

2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
KISALTMALAR DİZELGESİ	VI
TABLolar DİZELGESİ	VII
ŞEKİLLER DİZELGESİ	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Tanım	3
2.2. Tarihçe	4
2.3. Epidemiyoloji.....	6
2.4. Etiyoloji.....	8
2.4.1. Nörobiyolojik Etmenler	8
2.4.1.1. Genetik Etmenler	8
2.4.1.2. Nöroanatomi	9
2.4.2. Psikolojik Etmenler	10
2.4.3. Sosyokültürel Etmenler	13
2.4.4. Çevresel Faktörler.....	13
2.5. Klinik Görünüm	14
2.6. Değerlendirme ve Tanı	21
2.7. Eş Tanı	23
2.8. BDB'nin psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde tanınmasının önemi	24
2.9. Ayırıcı Tanı.....	26
2.10. Tedavi	27
2.10.1. Farmakoterapi	28
2.10.2. Bilişsel Davranışçı Terapi.....	29
2.11. Beden Dismorfik Bozukluk ve Sosyal Medya İlişkisi	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. Örneklem.....	36

3.2. Yöntem.....	36
3.3. Veri Toplama Araçları	37
3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	37
3.3.2. Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ).....	37
3.3.3. Sosyal Medya Kullanım Motivasyonu Ölçeği (SMKMÖ)	38
3.3.4. Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği Kısa Formu (SMBÖ-KF).....	39
3.4. İstatistiksel Analiz.....	39
4. BULGULAR.....	41
4.1. Araştırmaya katılanların genel özellikleri.....	41
4.2. Katılımcılara ait tanısal özellikler	46
4.3. Katılımcıların ebeveynlerine ait özellikler.....	46
4.4. Katılımcıların kardeşlerine ait özellikler	49
4.5. Katılımcıların sahip oldukları sosyal medya hesaplarına ilişkin özellikler	49
4.6. Katılımcıların sosyal medya kullanımına ilişkin veriler	50
4.7. Katılımcıların sosyal medyada fotoğraf çekme ve paylaşım özellikleri	51
4.8. Katılımcıların plastik cerrahi polikliniğine başvurularına ait özelliklerin değerlendirilmesi	53
4.9. Olgu grubunda uğraşılan beden bölgelerinin dağılımı.....	54
4.10. Kontrol grubunda uğraşılan beden bölgelerinin dağılımı	55
4.11. Gruplar arasında sosyal medya kullanım motivasyonu ölçeği ve alt boyutları, sosyal medya bağımlılık ölçeği kısa formu ve vücut algısı ölçeği puan farklarının incelenmesi	56
4.12. Katılımcılara ait ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının karşılaştırılması	57
4.13. Katılımcılara ait sosyal medya kullanım motivasyonu ölçeği alt boyut puan ortalamalarının sosyal medya türleri, cinsiyet ve vücut algısı ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırılması.....	58
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75

7. ÖZET	78
8. ABSTRACT.....	80
9. EKLER.....	82
10. KAYNAKÇA	85



TEŞEKKÜR

Hayatımda benim için önemli olan bir eşiği daha geçerken en büyük teşekkürüm her zaman yanımda olan ve olacaklarını bildiğim, uykusuz gecelerime eşlik eden, benimle her sınav öncesi aynı heyecanı yaşayan, güvenli alanım sevgili annem Yüksel Topçu, babam İsmail Topçu'ya, ağabeyim Yasin Topçu'ya;

Asistanlığa başladığım ilk günden beri ve tezim süresince de çalışma disiplini her zaman örnek aldığım, kendisinden çok şey öğrendiğim, değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nursu Çakın Memik'e;

Asistanlık eğitimim süresince yetişmemde emekleri olan, bana bilgi ve tecrübelerini aktaran değerli hocalarım; Prof. Dr. Ayşen Coşkun, Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu, Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar, Doç. Dr. İrem Damla Çimen, Doç. Dr. Burcu Kardaş, Doç. Dr. Ömer Kardaş ve Dr. Öğr. Üyesi Gökçe Yağmur Efendi'ye;

Çocuk Nörolojisi rotasyonum sürecinde ve sonrasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, kendisiyle birlikte çalışmanın yanında kişiliği, çalışkanlığı ve özverisine her zaman hayran olduğum çok kıymetli hocam Prof. Dr. Bülent Kara'ya;

Erişkin psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan tüm erişkin psikiyatrisi hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma;

Tez çalışmamda hastalarımı toplama sürecimde destek olan Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı hocaları ve asistanlarına;

Uzmanlık eğitimim boyunca güzel bir ortam sağlayan, tanımaktan ve birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma, bölümümüzdeki diğer çalışma arkadaşlarım sekreterlerimiz, personelimiz, sosyal hizmet uzmanımız, psikologlarımıza ve asistanları kendi çocukları gibi gören, bölümümüzün annesi Nursel Yılmaz'a;

Çalışmaya başladığım ilk günden beri yanımda olan, birbirimizi yüreklendirdiğimiz, aynı yolu yürüdüğüm, neşesi, üzüntüsü her duyguyu paylaştığım bana hiç bilmediğim bu şehirde aile olan Tuğçe, Zeynep'e;

Çok sevdiğim, her zaman destek olan, artık bir ablam olsa keşke demediğim canım Peri Aytaç'a, çalışma azmine, hayatı yaşama şekline hayran olduğum babam Hüseyin Aytaç'a,

Canım Beyza'm diyerek telefonlarımı açan, ne zaman ihtiyaç duysam yanımda olan beni evlatlarından ayırt etmeyen sevgili annem Nükhet Aytaç'a;

Hayatıma girdiği günden beri neşem olan, sevildiğimi hissettiren, aldığım her kararda destek olan, tüm duygu değişimlerimde sabırlı olan ve bana dayanma gücü veren, mesleğine olan tutkusu ve çabalarına hayran olduğum, bana örnek olan ve beni yüreklendiren, en yakın arkadaşım, en büyük şansım biricik eşim Yusuf Alper Aytaç'a ve ismini burada görmezsem eksik hissedeceğim, ruhumu besleyen, evimizin neşesi, kedimiz Sütlaç'a bu süreçte bana olan destekleri, anlayışları ve sabırları için teşekkür ederim.

Dr. Beyza AYTAÇ

Eylül 2024, Kocaeli



KISALTMALAR DİZELGESİ

AAS	Anabolik Androjenik Steroid
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
BDB	Beden Dismorfik Bozukluk
BDD	Body Dysmorphic Disorder
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
DIY	Do It Yourself
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-5 TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 Text Revision
SSRI	Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü
ICD	International Statistical Classification of Diseases
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
SMBÖ	Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği
SMBÖ- KF	Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği Kısa Formu
SMKMÖ	Sosyal Medya Kullanım Motivasyonu Ölçeği
SPSS	Statistical Package For The Social Sciences
VAÖ	Vücut Algısı Ölçeği

TABLÖLAR DİZELGESİ

Tablo 1: BDB'nin DSM-5'e göre tanı kriterleri

Tablo 2: Plastik cerrahi polikliniğine başvuran 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: Katılımcıların tanısal özellikleri

Tablo 6: Katılımcıların annelerine ait özellikler

Tablo 7: Katılımcıların babalarına ait özellikler

Tablo 8: Katılımcıların kardeşlerine ait özellikler

Tablo 9: Katılımcıların sahip oldukları sosyal medya hesapları

Tablo 10: Katılımcıların sosyal medya kullanım verileri

Tablo 11: Sosyal medyada fotoğraf çekme ve paylaşım özellikleri

Tablo 12: Plastik cerrahiye başvuru şikayetlerine ilişkin özellikler

Tablo 13: Şikayet süreleri

Tablo 14: Olgü ve kontrol grubunun SMBÖ-KF, SMKMÖ alt boyutları ile VAÖ puanları

Tablo 15: Ölçek puanları arasındaki korelasyon

Tablo 16: SMKMÖ görünüm ve popülerlik alt boyut puan ortalamalarının sosyal medya türlerine göre incelenmesi

ŞEKİLLER DİZELGESİ

Şekil 1: BDB'nin bilişsel davranışçı modeli

Şekil 2: Olgu grubunda uğraşının odağı olan beden bölgeleri

Şekil 3: Kontrol grubunda uğraşının odağı olan beden bölgeleri



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Beden dismorfik bozukluk (BDB), kişinin aslında var olmayan bir bedensel kusur veya mevcut hafif bir bedensel kusurla aşırı uğraş içinde olması ve bu kusura ilişkin aşırı endişeye bağlı sıkıntı duyması olarak tanımlanmaktadır. Bu durum düşük yaşam kalitesi, yüksek oranda hastaneye yatış, intihar düşünceleri ve girişimi ile ilişkilidir ve bu durumun kişinin mesleki ve sosyal yaşamında kısıtlamalar yarattığı bilinmektedir.¹⁻⁴

Yapılan çalışmalarda genel popülasyondaki çocuk ve ergenler arasında BDB yaygınlığı %1,7-2,2 bulunmuştur.^{5,6} Yataklı psikiyatri tedavi merkezlerinde ise ergenlerdeki yaygınlığı %6,7-14,3 saptanmıştır.^{6,7}

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, reddedilme korkusu, depresyon ve anksiyete ile ilişkili olabilmektedir.^{8,9}

BDB'nin en belirleyici özelliği olan görünümündeki kusur ya da yeterince çekici olmayan bölge ile ilgili obsesif düşünceler ve preoküasyonlar günlük yaşamı birçok yönden etkilemektedir. Bu düşünceler, yoğun rahatsızlık hissi ve kaygı oluşturma yanısıra kişinin sosyal faaliyetlerden, günlük işlerden uzaklaşmasına, sosyal ortamlardan kaçınmasına da neden olmaktadır. Hastalar, bu düşüncelerin ortaya çıkardığı anksiyeteyi bastırmak için bir takım kompulsif davranış örüntüleri geliştirir. Bunlardan bazıları; uğraştığı beden bölgelerini kamufle etme (makyaj yaparak, kıyafet seçimi, eldiven, şapka vb. kullanımı ile), sürekli aynaya bakarak kendini kontrol etme ya da aynalardan kaçınma, soru sorma ve onaylama davranışı geliştirme, kusurlu olduğunu düşündüğü beden bölgesi ile ilgili branşlara giderek estetik girişimlerde bulunma, aşırı egzersiz ve diyet yapma şeklinde olabilir. Bu uğraşlar kişinin aşırı vaktini alır ve günlük işlevselliğini önemli ölçüde bozar.^{1, 10}

BDB'li kişilerin tedavi için genellikle psikiyatri kliniklerine başvurmadıkları bu nedenle klinik tablonun ilerleyici bir seyir gösterdiği ve belirtilerin şiddetlendiği düşünülmektedir. Bu kişilerin büyük bir kısmı sıklıkla dermatologlara ve estetik cerrahlarına başvurmaktadır. Hastaların %9-12'si dermatologlar, %6-15'i estetik cerrahlar tarafından görülmektedir. Hastaların %26'sının en azından bir kez operasyon geçirdiği bildirilmiştir. Phillips ve arkadaşlarının 200 BDB hastasıyla yaptığı bir çalışmada 128 olgunun (%64) psikiyatrik olmayan tedavilere başvurdıkları belirtilmiştir.^{1, 3, 11}

BDB'nin etiyolojisi hem genetik hem de çevresel faktörlere dayanır. Bununla birlikte, BDB belirtilerinin gelişimine ve/veya sürdürmeye yol açan özgül çevresel etkenler hakkında çok az şey bilinmektedir. Sosyal medya, BDB tanısının yaygınlığında artışa neden olan çevresel bir etmen olarak kabul edilmektedir.^{2, 10, 12, 13}

Sosyal medya, içeriklerin kullanıcılar tarafından üretildiği, yer, mekân ve zaman sınırlaması olmaksızın, kişi veya gruplar arasında bilgi ya da eğlence amaçlı fotoğraf, video, ses ve müziklerin paylaşılabilirdiği, eş zamanlı iletişimin sağlanabildiği web tabanlı bir internet kullanım alanıdır.¹⁴⁻¹⁶

Özellikle Instagram, Snapchat, Tumblr, TikTok ve Facebook gibi görselliğin ön planda olduğu sosyal medya platformları gençler arasında yaygın olarak kullanılmaktadır. Gençler; akranlarının, ünlülerin ve "influencer" olarak tabir edilen sosyal medya içerik üreticilerinin filtre uyguladığı ve/veya fotoğraf düzenleme uygulamaları ile düzenlediği fotoğraflarını görüntülerler. Üretilen bu içerikler, ulaşılabilir güzellik standartlarının içselleştirilmesini ve sonuç olarak görünüm memnuniyetsizliğini artırarak görünümle ilgili sosyal değerlendirmelere yol açabilmektedir. Sosyal medya, kişilere kendi görünümünü başkaları ile kıyaslayabileceği bir alan sunmaktadır. Bunun yanında görünüme dayalı kendini nesneleştirmesine imkân tanıyarak hastalığın gelişimini etkileyebilmektedir.¹⁷⁻²⁰

Yazın incelendiğinde; BDB olanların psikiyatri dışı kliniklere başvurularının sık olduğu, bu gerekçe ile bu kliniklerde tanınması önemlidir. Çalışmamızın amacı, plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi polikliniğine başvuran ergen hastalarda BDB yaygınlığını belirlemek ve BDB gelişiminde günümüzde önemli bir etken olarak görülen sosyal medya kullanımının ilişkisini incelemektir. Bu hastaların erken dönemde tanınıp uygun psikiyatrik

tedavi almalarının sağlanması; ilerleyen yaşam dönemlerinde yararı olmayacağı düşünülen tedavi yöntemleri aramalarının önüne geçerek, işlevselliklerini artırmada ve memnuniyet düzeyinin yüksek olasılıkla düşük olacağı düşünülen, gelecekte planlanan birtakım estetik operasyonları önlemede önemli olacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım

BDB, kişinin görünüşünde hayali bir kusur olduğunu düşünmesi veya sahip olunan fiziksel bir kusur varsa bile, kişinin bu kusur hakkında orantısız bir endişe ve uğraş içinde olduğu ve bu kusura yönelik aşırı zihinsel meşguliyetin eşlik ettiği bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Bu durumun, belirgin sıkıntıya veya kişinin yaşamının önemli alanlarında işlevsellik kaybına neden olduğu bilinmektedir.²¹

BDB'si olan kişiler, genellikle "görünüşüne takıntılı" bireyler olarak bilinmektedir. Bu kişilerin, vücutlarında bir kusur olduğuna dair düşünceleri obsesif seviyededir ve çoğunlukla bu düşünce ile aşırı uğraş halindedirler. Bu obsesyon; cilt (kırısklıklar, sivilceler, yara izleri, kuruluk, pullanma vb.), saçlar (dökölme, incelme vb.), burun (şekli, büyüklüğü vb.), ağız, dudaklar, yüzün tamamı, bacaklar, genital bölge, mide ve memeler gibi herhangi bir vücut bölgesi veya bölgelerini hedef alabilmektedir. Bu örnekler sınırsız bir şekilde artırılabilir. Hastaların kaygıları ve bu konudaki zihinsel ve fiziksel uğraşları belirgin biçimde aşırıdır ve genellikle bu yoğun uğraşı birden fazla beden bölgesine odaklanmaktadır.²²

BDB'li kişilerin kusurlu olduklarını düşündükleri vücut bölgeleriyle ilgili zihinsel ve fiziksel meşguliyetlerinin gün içerisinde saatlerce sürebildiği bilinmektedir. Bu meşguliyetler arasında kendilerini başkalarıyla kıyaslama, kaçınma davranışları ve rahatsız edici düşünceleri hafifletmek için yapılan kompulsif eylemler bulunmaktadır. Bu davranışlar, yaşam kalitesinin daha da kötüleşmesine ve kişinin sosyal işlevselliğinin bozulmasına yol açmaktadır.²³

2.2. Tarihçe

1886 yılında İtalyan psikiyatrist Enrico Morselli, görünüşlerinden sürekli kaygı duyan ve bu nedenle kompulsif şekilde kendilerini tekrar tekrar kontrol eden insanları tanımlamıştır. Morselli, bu durumu "dismorfofobi" olarak ilk kez adlandırmış ve bunu, "dış görünüşü normal olmasına rağmen kişinin kendisini başkaları tarafından çirkin olarak algılandığını düşündüğü öznel bir fiziksel kusur" olarak tanımlamıştır.^{24, 25} Yunancadan gelen dismorfofobi terimi, çirkin vücut anlamına gelen "dysmorphia" kelimesinden türetilmiştir.²⁶ Morselli, bu terimi vücuttaki bir deformiteye yönelik acı verici ve obsesif bir düşünce olarak detaylandırmıştır.²⁷

1903 yılında Pierre Janet, bedenle ilişkili takıntılı düşünceler nedeniyle beş yıldır evinden dışarı çıkmayan 27 yaşındaki Nadia adlı bir kadını tanımlayarak, bu durumu "bedenden utanma obsesyonu" olarak adlandırmıştır. Tanımlama sırasında, Nadia'nın düşüncelerinin sadece obsesif özelliklerini değil, aynı zamanda utanç duygusunu da vurgulamıştır.²⁴

Psikiyatrinin öncülerinden biri olan Emil Kraepelin, 1909'da vücutla ilgili tekrarlayıcı ve kişinin benliğiyle uyumsuz olan bu düşünceleri vurgulayarak, bu hastalığın "kompulsif nevroz" kategorisine ait olduğunu savunmuştur. Jahreiss, 1930'larda "çirkin olma endişesi" ve "güzellik hipokondriyazisi" gibi benzer kavramları kullanarak, bu durumu tanımlamıştır. Ladee, 1960'larda bu kavramları daha da geliştirmiştir.²⁸ Zaidens, 1950'de saçlar ve ciltle ilgili olumsuz düşüncelerle seyreden bir hastalığı "dermatolojik hipokondriyazis" olarak adlandırmıştır. 1949'da Stekel, bedenin herhangi bir bölgesiyle ilgili takıntılı düşüncelerden bahsederek BDB'ye işaret etmiştir.²⁸

1959'da tıp literatüründe önemli bir yeri olan "kurt adam" olgusu, aslen Rus aristokrasisine mensup olan Sergei Pankejeff'e ait bir durumdur. Freud, bu hasta için "kurt adam" adını kullanarak kimliğini gizlemişti; çünkü Pankejeff, tekrarlayan kurt rüyaları görmekteydi. Hasta, kendi burnunun görüntüsünü rahatsız edici buluyor ve bu sebeple sosyal etkileşimlerden kaçınıyordu; burnuyla ilgili yoğun endişeler yaşıyordu. Freud, burnun penisle sembolik bir bağlantısı olduğunu düşünmüş ve hastanın kastrasyon

anksiyetesi yaşadığını öne sürmüş; bu durumu çocukluk çağı nevrozu olarak açıklamıştır.^{29, 30}

Freud, bu olguyu açıklarken BDB özelliklerine fazla yer vermemiştir. Ancak, daha sonra hastayı inceleyen Ruth Brunswick, hastanın sürekli olarak burnunu kontrol ettiğini, sokaklarda mağaza vitrinlerinden kendisine baktığını, burnunu sürekli olarak düzeltmek için ayna bulundurduğunu ve bu davranışların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmiştir.^{24, 31}

BDB, uzun yıllardır bilinmesine rağmen ilk kez 1980 yılında DSM-III'te, "atipik somatoform bozukluk, dismorfofobi" olarak tanımlanmıştır. DSM-III'e göre, BDB'nin sanrılı özellik gösteren formuna atipik psikoz, atipik somatoform bozukluk veya atipik paranoid bozukluk gibi tanımlar da konulmuştur. İlk tanı kriterleri ise 1987 yılında DSM-III-R'de oluşturulmuştur. Bu dönemde BDB, sanrılı ve sanrılı olmayan olmak üzere iki ana kategoriye ayrılmış, sanrılı tipi ise "sanrılı bozukluk-somatik alt tipi" olarak sınıflandırılmıştır.^{32, 33}

DSM-IV-TR'de BDB, kişinin vücudundaki hayali veya hafif bir kusuru ile abartılı bir şekilde uğraşması ve bu obsesif düşüncelerin toplumsal ve mesleki işlevselliği etkilemesi olarak tanımlanmıştır. BDB tanısı koymak için, bu uğraş başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamamalıdır. Bu tanı, somatoform bozukluklar sınıfında yer almıştır.³⁴

Solyom, BDB'nin obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile ilişkisi ve belirtilerdeki benzerlikleri göz önüne alarak 1985 yılında BDB'yi "obsesif psikozun atipik ve malign bir formu" olarak tanımlamıştır. BDB'deki düşüncelerin istemsiz ve tekrarlayıcı olması, bireyde belirgin sıkıntıya neden olması ve bu sıkıntıyla başa çıkmak için ritüelistik davranışlara başvurulması, bu bozukluğun OKB'ye benzetilmesine neden olmuştur. Bu nedenle, BDB'ye DSM-5'te obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar sınıflaması altında yer verilmiştir.^{31, 35, 36}

ICD sisteminde BDB, ilk kez ICD-10'da tanımlanmıştır. DSM-IV'te olduğu gibi somatoform bozukluklar sınıfında değerlendirilmiş ve hipokondriyak bozukluk alt kategorisinde yer almıştır. BDB, ICD-10'da bireyin görünümüyle ilgili memnuniyetsizliğin en az 6 ay boyunca devam etmesi, sürekli sıkıntıya ve sosyal işlevsellikte bozulmaya yol

açması ve düşüncelerin sanrısız olmaması şeklinde tanımlanmıştır. Sanrılı düşüncelerin olduğu tipi ise "sanrılı dismorfofobi" olarak adlandırılmıştır.³⁷ BDB, ICD-10'da hipokondriyak bozukluk altında yer alırken; ICD-11'de OKB ile benzerlik gösterdiği için ayrı bir tanı olarak obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar kategorisi altında yer almıştır. BDB, içgörü düzeyine göre orta ila iyi içgörüyle veya zayıf içgörüyle birlikte olmak üzere iki farklı şekilde sınıflandırılmıştır.³⁸

2.3. Epidemiyoloji

BDB'nin toplumdaki yaygınlığını belirlemek oldukça zordur. Bu durum, çoğu hastanın ilk başvurularını genellikle psikiyatri hekimine değil, dermatologlara veya plastik cerrahlara yapmasıyla ilişkilendirilmektedir. Epidemiyolojik araştırmalara göre, BDB'nin genel popülasyonda yaşam boyu yaygınlığının ortalama olarak %2 olduğu tahmin edilmektedir.^{39, 40}

Üniversite öğrencileri arasında gerçekleştirilen bir araştırmada, katılımcıların %60'ı bedenlerinden memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu grubun %13'ü ise BDB tanısı almıştır.⁴¹

Genç yetişkinler arasında beden özelliklerinden memnuniyetsizlik oldukça yaygın bir durumdur. 258 üniversite öğrencisinin dahil edildiği bir çalışmada; öğrencilerin %70'i bedenlerinin bazı özelliklerinden memnun olmadıklarını bildirmiş ve öğrencilerin %48'inin algıladıkları kusurları abartma eğiliminde oldukları, %46'sının bu özelliklere aşırı önem verdikleri gözlemlenmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre BDB'nin oranının %28 olduğu tespit edilmiştir.⁴²

BDB'nin yaygınlık oranı, hastalığın karakteristik özellikleri nedeniyle farklı örneklem gruplarına göre oldukça değişkenlik göstermektedir. Genel toplumdaki çocuklar ve ergenler üzerinde yapılan iki çalışmada, BDB yaygınlığı %1,7 ile %2,2 arasında bulunmuştur.^{5, 6} Psikiyatri yataklı servislerindeki ergen hastalarda bu oran %6,7 ile %14,3 arasında değişmektedir.⁷

Yapılmış olan bir çalışmaya 250 kız ve 250 erkek ergen dahil edilmiş, BDB'nin yaygınlık oranı %10,4 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada kız ergenlerde (%14,8) BDB görülme yaygınlığının erkek ergenlerden (%6,8) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.^{43, 44}

Klinik çalışmalarda, incelenen gruba bağlı olarak BDB'nin yaygınlığının %3 ile %40 arasında değiştiği görülmektedir.^{45, 46} Çalışmalardaki bu büyük farklılıkların nedeni, bazı BDB'li kişilerin mevcut belirtileri bir hastalık olarak tanımlamamaları veya zaten düzeltilmesi gereken bir kusur olduğunu düşünmeleri ya da utanç duygusundan dolayı bunu doktora açıklamamaları nedeni olabileceği düşünülmüştür. Bir meta-analiz, psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören toplam 788 erişkin hastanın dahil olduğu dört çalışmanın sonuçlarını bir araya getirmiş ve BDB'nin nokta yaygınlığının yaklaşık %7 olduğunu saptamıştır. Aynı araştırmada, ayaktan tedavi gören toplamda 765 erişkin psikiyatri hastasının dahil olduğu üç farklı çalışma analiz edilmiş ve bu hastalarda BDB'nin nokta yaygınlığının yaklaşık %6 olduğu bulunmuştur.⁷

BDB belirtileri gösteren kişiler genellikle psikiyatri dışındaki kliniklere başvurmaktadır. BDB yaygınlık araştırmalarında; dermatoloji polikliniğine başvuran hastalarda %9-15, kozmetik dermatoloji tedavisi için başvuranlarda %9,2, plastik ve rekonstrüktif cerrahi hastalarında %7, ortodonti kliniklerinde %8, ağız çene ve yüz cerrahi kliniklerinde %10, kozmetik cerrahi kliniklerinde ise %7-15 arasında BDB yaygınlık oranları saptanmıştır.⁴⁷⁻⁴⁹

BDB ile ilgili çalışmalarda, kadın-erkek dağılımı konusunda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Genel olarak, yazında BDB'nin kadınlarda daha yaygın olduğu belirtilmektedir. Ancak, bu genellemeye karşı çıkan ve her iki cinsiyette eşit oranda, hatta erkeklerde daha yaygın olduğunu öne süren çalışmalar da bulunmaktadır.^{11, 50, 51}

2.4. Etiyoloji

BDB'nin etiyojisi tam olarak saptanamamıştır. Etkenler arasında sosyokültürel, genetik ve nörobiyokimyasal etkenler gibi birçok etkenin rol aldığı ve multifaktöriyel bir yapıya sahip olduğu kabul edilmektedir.⁵²

2.4.1. Nörobiyolojik Etmenler

BDB belirtileri serotonin geri alım inhibitörlerine (SSRI) yanıt vermektedir, bu durum serotonerjik işlev bozukluğunun etiolojide önemli bir etken olduğunu düşündürmektedir.^{24, 53} SSRI'lerden fluvoksaminin, fluoksetinin ve sitalopramın BDB tedavisinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.^{54, 55} Serotonin disregülasyonu hipotezini destekleyen iki olgu örneği de bulunmaktadır. Bu olgulardan ilki; serotonin öncü molekülü olan triptofanın eksikliği sonrası gelişen ve BDB belirtilerinin alevlendiği bir olgudur. Diğer bir olgu bildiriminde ise atipik somatoform bozukluğu olan ve kilo alımını sağlamak amacıyla serotonin antagonisti olan siproheptadin tedavisi başlanan ve siproheptadin kronik kötüye kullanımı nedeniyle siproheptadin kesilmesi sonucunda alevlenen BDB belirtileri olan bir hasta tanımlanmaktadır.^{56, 57} Serotonine ek olarak dopaminin de özellikle BDB'nin sanrısız alt tipinde olmak üzere patofizyolojisinde rol oynayabileceği üzerinde durulmaktadır.⁵⁸

2.4.1.1. Genetik Etmenler

Yapılan araştırmalarda, birinci derece akrabalarında BDB tanısı olan bireylerde bu hastalığın daha yaygın olduğunu gösterilmiştir. Bu durum, BDB etyopatogenezinde genetik faktörlerin önemini vurgulamıştır.^{11, 52}

Bir çalışmada BDB'si olan kişilerin yakınlarında bu bozukluğun görülme oranının %8 olduğu ve bu kişilerin BDB tanısı alma açısından toplum örneklemine göre 4-8 kat daha riskli oldukları saptanmıştır.⁵⁹

Bir çalışmada, obsesif kompulsif spektrum bozukluklarının ortak genetik/ailevi temele sahip olabileceği hipotezi test edilmiştir. Araştırmada obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabaları ile kontrol grubunun birinci derece akrabaları karşılaştırılmıştır. BDB; OKB'si olanların ailelerinde %4 yaygınlık gösterirken, kontrol

grubunda bu oran %1 olarak saptanmıştır. Bu çalışma, BDB'nin aile içinde geçiş gösterebileceğini ve ailevi obsesif kompulsif spektrumun bir parçası olabileceğini göstermektedir.⁵⁹

Mevcut bilgilere göre, BDB'ye yatkınlık oluşturabilecek aday genlerin belirlenmesine yönelik tek bir çalışma bulunmaktadır.⁶⁰ Philips ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada, 57 BDB hastası ile etnisite ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 58 kişiden oluşan sağlıklı kontroller üzerinde aday genler taranarak karşılaştırılmış. Çalışma sonuçlarına göre BDB'de GABAA- γ 2 geninin 1(A) alelinin kontrol grubuna kıyasla daha sık bulunduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada OKB ile ilişkilendirilen diğer aday genler de incelenmiş (serotonin 5-HT reseptör geni, 5-HTTLPR geni, 5-HT1A reseptör geni, triptofan hidroksilaz geni, serotonin taşıyıcı gen VNTR polimorfizmi, dopamin DRD4, DRD5 reseptör ve dopamin taşıyıcı genleri), ancak bu genlerde kontrol grubu ile anlamlı bir fark tespit edilememiştir.⁶⁰

2.4.1.2. Nöroanatomi

BDB'de kişiler genellikle yüz bölgelerinde algıladıkları kusurlara odaklanır ve sık sık aynaya bakarak kendi görünümünü başkaları ile kıyaslayarak incelemeye eğilimlidirler.²⁴ Yapılan araştırmalar, BDB'li bireylerde frontostriatal ve temporoparietooksipital bölgelerde görsel-mekansal işlemede anormallikler olduğunu göstermiştir.⁵¹ Bu beyin bölgelerindeki yapı ve işlevsel farklılıklar, hastaların detay odaklı ve işlevsiz biçimde dış görünümüyle aşırı ilgilenmelerinin temelini oluşturabileceği kabul edilmektedir.⁶¹

Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışmaları, BDB hastalarının yüzleri bütüncül olarak algılamak yerine parça parça ve detaylarına odaklandıklarını ve bu durumun da anormal görsel işleme stratejileriyle ilişkili olduğunu öne sürmektedir.^{62, 63} Beyin yapılarıyla ilgili yapılan çalışmalar, BDB hastalarında beyaz cevher hacminin arttığını ancak orbitofrontal korteks ve anterior singulat korteks hacimlerinin azaldığını ortaya koymuştur.^{64, 65} BDB'li hastaların beyin aktivitesi ile ilgili yapılan bir araştırmada, sol hemisferin özellikle prefrontal korteks ve lateral temporal lobda daha fazla aktivite gösterdiği bulunmuştur.^{52, 66} Bu bulgular, BDB'li hastalarda detaylara odaklanan görsel yüz işleme süreçlerinin biyolojik temelini açıklamaktadır.^{52, 65, 66}

BDB’de sağ amigdala hacmi ile belirti şiddeti arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki, nöroanatomik yapıların sosyal duyarlılık, patolojik yüz işleme ve aşırı uyarılmışlık ile bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir. 2015 yılında yapılmış olan bir çalışmada BDB hastalarının eş tanılarına bakılmış, anksiyete belirtileri fazla olan hastalarda sağ kaudat nükleus gri madde hacminde artma, sol superior temporal korteks gri madde hacminde ise azalma tespit edilmiştir. Bu bulgular sonucunda BDB’nin etiyolojisinde komorbid durumların rol oynayabileceği, bu nedenle bozukluğa sebep olan etmenler araştırılırken eş tanılarının da dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır.^{67, 68}

Sonuç olarak, BDB'nin altında yatan nörobiyolojik mekanizmaları anlamak için yapılan araştırmalar, hastaların yüzlerindeki ayrıntıları işlevsiz biçimde ve aşırı derecede vurgulamalarının biyolojik temellerini açıklamaya çalışmaktadır.

2.4.2. Psikolojik Etmenler

Psikodinamik bakış açısına göre BDB belirtileri çocukluk dönemindeki deneyimlerden kaynaklanmaktadır. BDB'nin kuramsal olarak bilinç dışındaki suçluluk duyguları, eleştirel ebeveynler, kendini aşağı hissetme ve zayıf benlik imajının bedeninin belirli bölgeleriyle yer değiştirmesi sonucunda ortaya çıktığı düşünülmektedir.⁶⁹ Psikodinamik teoriye göre bu bozukluğun temelinde, bilinç dışı cinsel veya duygusal içerikli çatışmaların bir beden bölgesine yansıtılması yatmaktadır. Bu çatışmaların altında yatan sorunlar, anksiyete uyandırıcı ve duygusal açıdan zorlayıcı olduğundan, bireyler bu duygusal zorlukların üstesinden gelebilmek için yer değiştirme mekanizmasını kullanmaktadır.⁷⁰

Psikodinamik açıdan bakıldığında, BDB'nin etiyolojisinde bağlanma özelliğinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bakım veren ile sağlıklı bir şekilde bağlanma gelişmediğinde, bireylerin kendilerini ve nesneleri sevmekte ve kabul etmekte zorluk çekebilecekleri düşünülmektedir. BDB'de ebeveynlerin mükemmeliyetçi, aşırı koruyucu, kollayıcı hatta engelleyici tutum sergiledikleri, bireyin benlik saygısını olumsuz etkiledikleri ve bu olumsuz duyguların bedenlerinin belirli bölgelerine yer değiştirme yoluyla aktarıldığı belirtilmektedir.^{50, 71}

Mükemmeliyetçi ve kaygılı kişilik özelliklerinin BDB için risk oluşturabileceği, BDB tanısı alan bireylerin genellikle düşük benlik saygısına sahip, kendilerini kabul edilemez

olarak gören, eleştirilmeye ve reddedilmeye aşırı duyarlı, duygusal tepkiler gösteren bireyler oldukları belirtilmektedir. Ancak bu kişilik özelliklerinin BDB'nin gelişimine mi yoksa BDB'nin bu kişilik özelliklerinin oluşumuna mı yol açtığı net olarak bilinmemektedir.^{70, 72}

Phillips, özgüven eksikliği, mükemmeliyetçilik, eleştiriye hassasiyet, utangaçlık ve sosyal anksiyetenin BDB'nin ortaya çıkmasına zemin hazırladığını öne sürmüştür. BDB belirtilerinin kişide sosyal ortamlardan kaçınma davranışını, sosyal anksiyeteyi ve çekingenliği artırabileceği de belirtilmiştir.²⁴

Bilişsel davranışçı modele göre, estetik duyarlılığı yüksek toplumlarda bireyler sosyal öğrenme süreçleriyle birlikte beden algısına bağlı olarak kendilerine değer vermeyi öğrenirler.^{23, 52} Kişinin başkaları tarafından fiziksel açıdan olumsuz yorumlar almasının, ergenlik döneminde bu konuda alay edilmesinin ve bunların sonucunda da kişinin dış görünüşü ile ilgili olumsuz bir çıkarım yapmasının BDB'nin başlamasında tetikleyici bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bu süreçte kişinin kendi bedenine yönelik dikkatinin artmasıyla birlikte, kişide olumsuz değerlendirilme korkusu ortaya çıkmakta ve kişi kendini tamamen estetik bir nesne olarak görmeye başlamaktadır.^{49, 73}

BDB'li bireyler, kendi bedenlerine yönelik aşırı farkındalık geliştirirler ve kusurlu gördükleri bölgeleri, diğer insanların da kendilerini gördükleri gibi algıladıklarını varsayarlar. Bu durum, birçok hastada referans sanrısı düzeyinde olmakta ve başkalarının onların kusurlu bölgelerini fark ettiğine inanmaktadırlar.⁷⁴

BDB'de kişiler, başkalarının kendi bedenlerini nasıl gördüklerine aşırı önem verme eğilimindedirler. Kendi görünümünü sürekli başkaları ile karşılaştırıp kendilerinin daha kötü görüldüğü, başkalarının kendisinin görüntüsünü incelediği, kendisine dikkatle baktığı, küçümsediği veya reddettiği gibi olumsuz düşüncelere kapılırlar. Bu düşünceler sonucunda kişiler, kendilerinden iğrenme, utanç, sosyal ortamlarda kaygı, depresyon ve umutsuzluk gibi duygular yaşayabilmektedirler.⁷⁴ Kişi, kendi zihnindeki estetik standartlara ulaşmaya çalıştığında ve bunu başaramadığında öfke, hayal kırıklığı ve suçluluk duyguları yaşayabilir.⁷⁵ Philips, bu duygulara ek olarak korkuyu da bilişsel davranışçı modele dahil etmiştir.⁴³ BDB'nin bilişsel davranışçı modeli Şekil-1'de gösterilmektedir.



Şekil 1: BDB'nin bilişsel davranışçı modeli ^{1,2}

2.4.3. Sosyokültürel Etmenler

Kişinin yaşadığı sosyokültürel ortamda güzellik algısına yüklenen anlamın artması ve bu konunun üzerinde durulması, insanların fiziksel görünüşleriyle ilgilenme düzeyini artırmakta, bu da estetik işlemlere olan ilgiyi ve bu işlemlerin yapılmasını normalleştirmektedir.⁷⁶ Amerikan Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Birliği'nin verilerine göre, 2019 ile 2020 yılları arasında yapılan estetik işlemler karşılaştırıldığında; 13-19 yaş arasındaki bireylerde estetik ve cerrahi işlemlerde %3, kozmetik minimal invaziv işlemlerde ise %5 artış gözlenmiştir.⁷⁷

Teknolojik gelişmeler sonucunda teknolojik araçlara erişimin kolaylaşması ile birlikte artan sosyal medya kullanımı, bu platformlarda vurgulanan standart güzellik algısı ve insanların bu algılara erken yaşlardan itibaren maruz kalması, BDB gelişimi için risk oluşturmaktadır.⁵²

Ünlü modeller, şarkıcılar ve oyuncuların bedensel görünümüne odaklanmaları, sıkça estetik prosedürlere başvurmaları ve dış görünüşle ilgili gerçekçi olmayan kriterlerin benimsenmesi ve toplumların bu tutumları kabul edip desteklemelerinin de BDB'nin gelişimine yol açtığı kabul edilmektedir.⁷⁸

2.4.4. Çevresel Faktörler

BDB gelişiminde çevresel etmenler önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle çocukluk döneminde sosyal destek eksikliğinin, aile içinde ihmal ve fiziksel şiddet görmenin, akran zorbalığına maruz kalmanın veya cinsel istismar yaşamının ilerleyen zamanlarda estetik kaygıların artmasına ve dolayısıyla BDB'nin gelişimine zemin hazırlayabileceği araştırmalarda gösterilmiştir.^{79, 80} Araştırmalar, çocukluk çağında alay edilmenin, zor akran ilişkilerinin, sosyal izolasyonun, yetersiz sosyal ve ekonomik desteğin ve aşırı estetik duyarlılığının bu bozukluğa yol açan risk faktörleri olduğunu göstermektedir.^{79, 81}

BDB gelişiminde ve belirti şiddetinde önemli olduğu bilinen bir diğer etken de sosyal medyanın kullanımıdır. Yapılan araştırmalar sosyal medyaya maruz kalmanın, karşılaştırmalar ve kendini nesneleştirme de dahil olmak üzere çeşitli potansiyel mekanizmalar aracılığıyla vücut memnuniyetsizliğine yol açabileceğini öne sürmektedir.⁸²

2.5. Klinik Görünüm

BDB tanısı için en belirgin özellik, kişinin vücudundaki hayali veya küçük bir kusurla ilgili aşırı endişe duyması ve bu konu ile zihinsel olarak çok fazla meşgul olmasıdır. Genellikle erken ergenlik döneminde ortaya çıkar ancak çocuklukta da başlayabileceği bilinmektedir. Erken yaşlarda başlayan BDB, yetişkinlik dönemindekine benzer belirtiler gösterir.⁸³

BDB erken yaşlarda başlamasına rağmen, tedavi için başvurular genellikle oldukça geç yapılmaktadır. Bir araştırmaya göre, görünüşten hoşnutsuzluk ve eşik altı BDB belirtileri ortalama 13 yaşında başlarken, klinik olarak tanı konulacak şekilde BDB'nin gelişmesi ortalama 16-17 yaşlarında gerçekleşmektedir. Tedavi başvurusu ise hastalığın başlangıcından ortalama 11 yıl sonra olmaktadır.^{11, 84}

BDB genellikle ilerleyici bir seyir izlemekte ve tedavi edilmediği sürece şiddetlenerek kronikleşebilmektedir. Yapılmış olan bir araştırmada, BDB hastalarının %80'inin kronik seyir gösterdiği ve %50-55'inin durumunun giderek kötüleştiği tespit edilmiştir. Bir yıllık izleme alınan BDB hastalarının %84'ü tedavi almış olmasına rağmen, bu hastaların iyileşme oranları oldukça düşük kalmıştır (%9). Kısmi iyileşmenin ise %21 düzeyinde olduğu belirlenmiştir.^{11, 84, 85}

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 görünüşleri ile ilgili kaygılarının gerçek bir sorundan kaynaklı olduğunu duymak istememeleri sayılabilir.⁴⁶ Bu hastalar kusurun gerçekten var olduğuna inandıkları için de psikiyatri kliniklerine başvurmamaktadırlar.^{24, 84}

Hastalık genellikle yavaş ve kademeli bir şekilde başlar, aylar veya yıllar içinde şiddetlenerek klinik tablo belirgin hale gelir. Olguların yaklaşık %20'sinde ani başlangıç görülebilir ve bu ani başlangıcın öncesinde genellikle stresli bir olay veya kişinin görünüşüyle ilgili "olumsuz bir yorum" bulunur.^{11, 24, 85, 86}

Tedavi edilmediği takdirde, BDB tipik olarak kronik ve sürekli bir seyir izler. Retrospektif bir çalışmada, hastaların %81'inin kronik bir seyir gösterdiği, %53'ünün giderek kötüleştiği, %28'inin ise değişmeden stabil kaldığı bildirilmiştir.¹¹

Daha nadir görülen klinik bir BDB varyantı, kişinin kendisi yerine başka birisinin görünüşüne yönelik aşırı meşguliyet yaşadığı durumlardır. Genellikle, yakın çevresindeki bir kişinin görünüşünde yeterince düzgün olmayan bir özellik olduğunu düşünerek rahatsızlık duyarlar. Phillips, bu durumu "body dysmorphic disorder by proxy" olarak tanımlamıştır. Kişinin kendisi ve çevresindeki diğer insanlar bu kusuru fark etmese de hasta, yakınının ameliyat olması için ısrarcı olabilir. Örneğin, kızının burnunun çok kötü ve şekilsiz olduğunu düşünen ve bu nedenle de yoğun sıkıntı yaşayan bir anne olgu bildirimi olarak sunulmuştur.²⁴

Bozukluğun en belirgin özelliği olan görünümdeki kusurlar ya da yeterince çekici olmayan bölgelerle ilgili obsesif düşünceler ve preoküpyasyonlar, günlük yaşamı pek çok yönden etkiler. Bu düşünceler, yoğun rahatsızlık ve anksiyete hissi yaratmanın yanı sıra, kişinin sosyal etkinliklerden ve günlük işlerden uzaklaşmasına da yol açar. Bu kaygılar genellikle birden fazla bedensel bölgeyle ilgilidir ve ortalama olarak 5 farklı bölgeyi kapsar. Bu bölgelerle ilgili uğraşlar üç farklı şekilde sınıflandırılabilir:

1-Sürekli olarak aynı bedensel bölge ya da bölgelerle ilgili uğraşı, hastaların yaklaşık %30'unda görülür.

2-Başlangıçta belli bir bedensel bölgeye odaklanmışken, zamanla yeni bölgelerin de eklenmesi, hastaların yaklaşık %40'ında görülür.

3-Bir bedensel bölgeyle ilgili takıntı başladıktan sonra bu kaygının kaybolup, farklı bir bedensel bölgeye yönelmesi ise hastaların yaklaşık %30'unda görülür.²⁴

BDB, vücuttaki herhangi bir bölgeyi hedef alabilmektedir. BDB hastalarında burun, dişler, gözler, yüz şekli, kaşlar, çene, dudaklar, yanaklar, kulaklar, kalça, bacaklar, karın, memeler, genital bölge ve cilt gibi vücudun hemen hemen her bölgesiyle ilgili uğraş olabilmektedir.^{11, 45, 84, 87} Yazınlarda en çok uğraşılan beden bölgeleri değişiklik göstermekle birlikte, genellikle ilk sırada cilt, ikinci sırada saç yer almaktadır.^{88, 89}

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) bulunmuştur.⁹⁰ Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir başka çalışmada, 109 katılımcı arasında 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.^{88, 90, 91}

Erkek hastaların en çok uğraştıkları beden bölgeleri sıklıkla vücut yapısı, genital organlar ve saç iken, kadın hastaların en çok uğraştıkları bölgeler karın, cilt, meme, kalça ve bacaklardır. Ergen hastalar arasında en sık uğraşılan beden bölgelerinin cilt, saç, dişler, vücuttaki tüyler ve karın olduğu, erişkin hastalar arasında ise cilt, saç ve burun olduğu bildirilmiştir.^{1, 43, 46}

Yapılan bir araştırmaya 250 erkek ve 250 kız olmak üzere toplam 500 ergen katılmış; çalışma sonucunda erkeklerin çoğunluğunun cilt, saç ve burunları ile ilgili endişeli oldukları, kız ergenlerin ise cilt, burun ve karın bölgelerine yönelik uğraşları olduğu saptanmıştır.⁴³ Yazın bize, erkekler ve kadınlar arasında BDB belirtilerinin şiddeti ve komorbid bozukluklar açısından belirgin bir fark olmadığını göstermektedir.⁸⁹

BDB’de preoküpyasyonel düşünceler günlük olarak yaklaşık 3-8 saat sürebilir ve bu düşüncelere direnme ve kontrol etme genellikle zordur. Bu durumla birlikte, içgörü genellikle zayıftır ve hastaların önemli bir kısmı sanrısız düşünceler taşır. Bozukluğun ikinci önemli özelliği, kusurlu olarak algılanan bölgeyi inceleme, düzeltme ve saklama çabasıyla tekrarlayıcı ve kompulsif davranışlardır. Bu kompulsif davranışlar;

- 1- Kamuflej;
 - Vücut duruş şeklini değiştirerek kusurları gizlemeye çalışmak
 - Kıyafet seçimiyle kusurları kapatmaya çalışmak
 - Makyaj yaparak kusurları gizlemeye çalışmak
 - Eller ve saçlarını kullanarak ya da şapka gibi aksesuarlar ile kusurları örtmeye çalışmak
- 2- Kusurlu olduğunu düşündüğü vücut kısmını başkalarınıninkiyle karşılaştırmak, başkalarının görünüşünü aşırı derecede incelemek

- 3- Sürekli aynalarda ve diğer yansıtıcı yüzeylerde görünümünü kontrol etmek
- 4- Plastik cerrahi, dermatoloji veya diğer medikal ve medikal olmayan tedavi arayışlarına girmek, sık sık doktor ziyaretleri yapmak, ameliyatlar ve tedaviler araştırmak
- 5- Aşırı bakım ve düzenleme uğraşları (saç tarama, makyaj yapma, tekrar tekrar tıraş olma, saç kestirme vb.)
- 6- Sürekli onay ve teyit arayışı içinde olmak;
 - Kusurlu olarak algılanan vücut bölgesinin normal görüldüğünün başkaları tarafından teyit edilmesi ya da
 - Başkalarını bu kusurun var olduğuna ikna etmeye çalışmak
- 7- Kusurlu bölgeye tekrar tekrar dokunmak
- 8- Giysilerini sık sık değiştirmek
- 9- Diyet yapmak
- 10- Cilt yolma (skin picking); genellikle "daha pürüzsüz" bir cilde sahip olma arzusu veya lekelerden, sivilcelerden kurtulma amacıyla yapılır, bu davranış bazen zarar verici boyutlara ulaşarak ciddi kanamalara neden olabilir
- 11- Aynalardan ve parlak yüzeylerden kaçınmak
- 12- Aşırı bronzlaşma
- 13- Aşırı egzersiz yapma biçimlerinde olabilmektedir.²⁴

Kadınlar, erkeklere kıyasla daha fazla tekrarlayıcı davranış sergilemekte ve kusurlu gördükleri bölgeleri kıyafet ve makyajla daha sık kamufle etmektedirler. BDB'li ergen hastalar da erişkinlerinkine benzer telafi edici davranışlar sergilemektedirler. Bu davranışlar arasında, %91,7 oranında kendi beden bölgelerini başkalarınıninkiyle kıyaslama, %89 oranında kamufle etme, %89 oranında aynada sık sık beden bölgesini kontrol etme, %72 oranında fazlaca makyaj yapma ve %56 oranında onay arama davranışı bulunmaktadır. Ayrıca, cilt yolma davranışının ergenlerde erişkinlere oranla anlamlı şekilde daha sık olduğu gösterilmiştir.¹ Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, sırasıyla %85 oranında ayna kontrolü, %65 oranında kaçınma davranışı, %60 oranında onay alma, %50 oranında başkaları ile kıyaslama, %50 oranında aşırı miktarda makyaj yapma ve %35 oranında kaygı uyandıran beden bölgesini kamufle etme davranışlarının sergilendiği saptanmıştır.^{1, 88, 91}

BDB’de tekrarlayıcı davranışlar, hastaların aile ve arkadaş ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir. Özellikle onay arama davranışı nedeniyle, hastaların yakınları bu durumu tolere edememekte ve hastalardan uzaklaşabilmektedirler. Hastaların çevrelerindeki insanları bu törensel davranışlara dahil etmeleri ve sosyal etkinliklere katılımın azalması, kişiler arası ilişkilerin bozulmasına, arkadaşlıkların sonlanmasına ve boşanmalara yol açabilmektedir.⁷⁰

BDB’de belirli nesnelere dokunmama veya belirli saç/cilt bakım ürünlerini aşırı derecede kullanma gibi birçok farklı kompulsif davranış da görülebilir. Bu aktiviteler bireylerde ciddi zaman kayıplarına yol açar ve işlevselliklerini engeller. Bu davranışlar engellendiğinde, OKB’de olduğu gibi yoğun bir sıkıntı yaşanır. Ancak, bu davranışlara direnme ve kontrol etme yeteneği, içgörünün daha zayıf olması nedeniyle, OKB’ye kıyasla daha düşüktür. Ayrıca, bu kompulsiyonlar anksiyeteyi azaltmada yeterince etkili değildir. Ayna kontrolleri ve kusurlu olduğunu düşündükleri bölgelerle uğraşma, OKB’deki kontrol etme davranışlarından farklıdır. OKB’de, temel olarak korkulan durumun gerçekleşmediğinden emin olmak için kontrol yapılırken; BDB hastaları, bozulmuş beden imgeleri nedeniyle, her kontrolde korktukları durumun "hala orada olduğunu" görürler. Bu nedenle, bu uğraşlar sırasında anksiyeteleri genellikle artar. Aynı şekilde, kompulsiyonlara direnme kavramı da BDB için OKB’den farklı bir bağlamda ele alınmalıdır. BDB hastaları, bu davranışlara kendilerine saçma geldiği için değil; anksiyetelerini artırdığı, çok fazla zaman kaybına neden olduğu ve durumlarını daha da kötüleştirdiği için direnmeye çalışırlar. OKB’de ise, kompulsiyonlara direnme düzeyi, içgörünün iyi olduğunu gösteren bir faktördür.⁹²

Aynaya uzun süre bakma davranışı, işlevselliği azaltmanın ve zaman kaybına neden olmanın yanı sıra, hastanın yaşadığı sıkıntıyı da artırabilir. Hem BDB hastalarında hem de normal bireylerde, kendilerini uzun süre aynada ve diğer yansıtıcı yüzeylerde incelemek çeşitli duygulara yol açabilir. Görünüşlerinden memnun olan kişiler aynaya baktıklarında özgüvenleri artar ve kendilerini daha iyi hissederlerken, kendilerini beğenmeyen kişiler karamsarlık ve güvensizlik hissederek algıladıkları kusurlara daha fazla odaklanabilirler. Bu nedenle, görünüşleriyle ilgili güvensizlik hisseden kişilerde uzun süre aynaya bakma davranışı bozukluğun devam etmesini pekiştirebilir. Klinik olmayan bir örneklemde, 50 üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada, bedenlerinden ve görünüşlerinden daha

memnun olan katılımcıların aynaya baktıktan sonra kendilerinden daha fazla memnun oldukları, kendilerini daha az beğenen katılımcıların ise aynaya bakarken hoşlanmadıkları bölgelere daha fazla odaklandıkları ve kendilerinden memnuniyetlerinin azalma eğiliminde olduğu belirlenmiştir.⁹³

Kaçınma davranışı, işlevselliğin daha da bozulmasına yol açan başka bir belirtidir. BDB hastaları bu kaygılar nedeniyle birçok kişi ve durumdan uzak dururlar. En sık kaçınılan durumlar arasında; sosyal ortamlara girmekten, birileriyle flört etmekten ve görüşmelerine dikkat çekebilecek etkinliklere katılmaktan kaçınmaktır. Bu durum, okula veya işe gidememeye, hatta evden dışarı çıkamamaya kadar ilerleyebilir. Ayrıca, kaçınma davranışı ve utanma, bu hastaların sosyal anksiyete bozukluğu tanısını hem yanlış hem de eşzamanlı olarak sıkça almalarına neden olan önemli bir faktördür.⁹²

BDB olan bireylerde zihinsel uğraşlar, obsesyon düzeyinde olabileceği gibi sanrısız düzeyde de olabilir ve bu durumda içgörü tamamen kaybolabilir. BDB hastalarının büyük çoğunluğu, algıladıkları kusurların tamamen gerçek olduğuna inanmaktadır. OKB'deki obsesif düşünceler ile BDB'deki düşünceler arasındaki temel fark, içgörü düzeyidir. Araştırmalarda, BDB hastalarının içgörü düzeylerinin, OKB hastalarına kıyasla oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir. BDB'deki içgörü, iyi içgörü, zayıf içgörü ve içgörünün olmaması veya sanrısız düşünceler olmak üzere üç kademede sınıflandırılmaktadır. İyi içgörü düzeyindeki hastalar, görüşlerindeki kusurlarla ilgili düşüncelerinin muhtemelen veya kesin olarak doğru olmadığını bilmektedirler. Zayıf içgörüye sahip olanlar, bu inançlarının doğru olabileceğini düşünürken, içgörüye sahip olmayan veya sanrısız düşüncelere sahip olan hastalar ise görüşleriyle ilgili düşüncelerinin kesinlikle doğru olduğuna inanmaktadırlar.⁹⁴⁻⁹⁶

BDB olan hastaların kusurlu buldukları beden bölgelerinin görüşleriyle ilgili içgörü düzeylerini inceleyen bir çalışmada, hastaların %3'ünde tam içgörü, %9'unda iyi düzeyde içgörü, %28'inde yeterli düzeyde içgörü, %18'inde zayıf içgörü ve %41'inde ise içgörünün hiç olmadığı ve düşüncelerin sanrısız düzeyde olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise, hastaların %18'inde zayıf içgörü ve %41'inde içgörünün olmadığı tespit edilmiştir.^{24, 96}

BDB olan bireyler, sahip oldukları kusurun herkesin dikkatini çektiğini düşünmektedir. Bu kişiler, diğer insanların kusurları hakkında konuştuğunu ve alaycı bir şekilde kendilerine baktıklarını varsaymaktadırlar. Bu düşünceler, BDB hastalarında kaygı, korku, mutsuzluk, utanç, umutsuzluk, kendinden tiksime, hayal kırıklığı, öfke ve suçluluk gibi duyguların yanı sıra düşük benlik saygısına yol açabilmektedir.²⁴

BDB seyrini etkileyen faktörler arasında hastalığın teşhis anındaki şiddeti, hastanın yaşı ve belirtilerin başlangıcından tedaviye başvurulana kadar geçen süre yer almaktadır. BDB hastalarının izlenmesinde en önemli noktalardan biri, intihar düşüncesinin varlığıdır. Yapılan çalışmalarda, BDB'li hastalarda intihar düşüncesinin %40-50, intihar girişiminin ise %17-33 oranında olduğu saptanmıştır.^{25, 83, 97}

Stockholm ve Londra'da bulunan iki uzman pediatrik obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar polikliniğine başvuran BDB olan 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 ve hastaların üçte birinden fazlası şiddetli belirtilerle başvurmuştur. Hastaların yarısından fazlasının zayıf içgörü veya sanrısız inançlar sergilediği dikkat çekmiştir. Mevcut psikiyatrik eş tanı oranının %71,5, kendine zarar verme oranının %52,1, intihar girişimi oranının %11,0, kozmetik prosedürler için istek belirten hasta oranının %53,7 ve okulu tamamen bırakma oranının %32,4 gibi yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Araştırmada kızlarda kendine zarar verme, depresyon ve intihar düşüncelerinin erkeklere oranla anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Daha genç katılımcılarla (14 yaş veya daha genç) karşılaştırıldığında, daha büyük yaştaki katılımcıların kompulsif davranışlarının daha şiddetli ve kozmetik işlem isteklerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu araştırma sonucunda, ergenlerde görülen BDB'nin işlevsellikte önemli bozulmalara neden olduğu, riskli davranışlar açısından önemli olduğu ve bu durumun üzerinde durulması gereken bir konu olduğu vurgulanmıştır.⁹⁸

DSM-5'e BDB'nin bir türü olarak eklenen kas dismorfisi, kişinin vücut yapısının ufak olması veya kas yapısının yetersiz olmasıyla ilgili kaygılı olma durumunu ifade etmektedir. Kas dismorfisi olan kişiler, dış görünüşleri normal olduğu halde kendi bedenlerini çok zayıf ve sıksa olarak algılamaktadırlar. Bu bireylerde yoğun ağırlık çalışma ve aşırı

hormon alımı sonucunda olağandışı kas yapısı ortaya çıkabilmektedir. Kas dismorfisi erkeklerde daha yaygın görülmekte olup, madde kullanımı ve ilişkili bozukluklarla birlikte ortaya çıkma olasılığı yüksektir. Bir meta-analizin sonuçlarına göre, üniversite öğrencilerinde kas dismorfisi yaygınlığı yaklaşık %5,9 olup, bu durum çoğunlukla erkeklerde görülmektedir. Aynı meta-analizde, erkek haltercilerde kas dismorfisinin yaşam boyu yaygınlığının %13,6-44 arasında olduğu tespit edilmiştir.^{49, 99}

2.6. Değerlendirme ve Tanı

BDB'si olan hastalar, olumsuz değerlendirilme korkuları, suçluluk ve utanç duyguları nedeniyle ve bazen de kusurlarının gerçekten var olduğuna sanısal düzeyde inandıkları için belirtilerini klinisyene anlatmak istemeyebilirler. Bu nedenle, klinisyenlerin bu konuda farkındalıklarının yüksek olması ve gerektiğinde tarama araçlarını kullanmaları önerilmektedir. Tarama testleri sonucunda hastalığın olma olasılığı yüksek olan kişilere tanı koymak için klinik görüşme yapılması gerekmektedir. BDB'yi taramak amacıyla sıklıkla dört soru içeren ve uygulanması bir ile beş dakika arasında değişen öz bildirime dayalı Beden Dismorfik Bozukluk Anketi önerilmektedir.^{45, 46, 49}

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 ettiklerinde, klinisyenler tarafından empatik bir yaklaşım benimsenmeli ve hastalara bu konuda daha fazla konuşma fırsatı verilmelidir. Hastaların mevcut sıkıntılarının akademik, mesleki ve sosyal işlevselliklerini nasıl etkilediği anlaşılmaya çalışılmalıdır. Ayrıca hastanın içgörü düzeyi değerlendirilmelidir. Hasta değerlendirmesi sırasında, hastaların endişelerini küçümsemekten, nasıl göründükleri hakkında tartışmaktan, iyi göründüklerine dair ikna etmeye çalışmaktan ve hastayı bu konuda haksız olduğuna inandırmaya uğraşmaktan kaçınılmalıdır.^{24, 49, 100}

Tablo 1: BDB'nin DSM-5'e göre tanı kriterleri

A. Dış görünümünde, başkalarının gözlenebilir olmayan ya da başkalarının 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 olmadığına 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.

Beden dismorfik bozukluk DSM-5'te obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar başlığı altında yer almaktadır.³⁵

2.7. Eş Tanı

BDB tanısı almış hastaların %92,3'üne yaşam boyu en az bir psikiyatrik bozukluk eşlik etmektedir. Yazınlara göre, BDB olgularının yaşam boyu %21,7'sinde bir, %28,6'sında iki, %41'inde ise üç veya daha fazla eksen I eş tanısı bulunmaktadır. BDB'li hastaların sadece %8,6'sında komorbidite bulunmamıştır. BDB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik tanının majör depresyon (%76-84) olduğu belirtilmektedir. İkinci en sık eş tanı ise sosyal anksiyete bozukluğudur (%37). Bunu %32 ile OKB takip etmektedir. Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada ise BDB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik tanının %31,9 ile OKB olduğu, bunu %21,3 ile majör depresyon ve %17 ile sosyal fobinin izlediği saptanmıştır.^{84, 101, 102}

Psikiyatrik hasta grubunda BDB yaygınlığı incelendiğinde, BDB komorbiditesinin nadir olmadığı gözlemlenmiştir. Çalışmalara göre, yatarak tedavi görmekte olan majör depresyonlu hastalarda BDB oranı %20 olarak tespit edilmiştir. OKB'si olan 442 hastanın dahil edildiği bir çalışmada BDB yaygınlığı %12, başka bir çalışmada ise %15 bulunmuştur. Ayrıca, sosyal fobi nedeniyle takip edilen hastalarda BDB yaygınlığı %11 olarak belirlenmiştir. Trikotillomani tanılı 62 hastanın %23'ünde BDB eş tanısı saptanmış ve yatarak tedavi görmekte olan madde kullanım bozukluğu tanısı olan hastalarda ise BDB yaygınlığı %26,2 olarak bildirilmiştir.¹⁰³⁻¹⁰⁵

BDB hastalarında madde kullanım bozukluklarını inceleyen bir çalışmada, %48,9 oranında madde kullanım bozukluğunun bulunduğu gösterilmiştir. Bu hastaların, belirtilerin yarattığı bunalıyla baş edebilmek için kendi kendilerine ilaç niyetine madde kullanmaya başladığı düşünülmektedir. En sık kullanılan madde ise %29 ile alkol olarak saptanmıştır. BDB'li hastaların yaklaşık yarısı, görünümleri ile ilgili endişelerine tahammül etmekte zorlandıkları için, bu endişeleriyle başa çıkabilmek ya da diğer insanların yanında daha rahat hissedebilmek amacıyla alkol aldıklarını veya madde kullandıklarını bildirmektedir.^{106, 107} Başka bir çalışmada, BDB tanısı olan 36 ergen ve 164 erişkinde eş tanıları değerlendirilmiş ve madde kullanım bozukluğu oranı ergenlerde %44, erişkinlerde ise %49 olarak saptanmıştır. BDB tanısı olup madde kullanım bozukluğu eşlik eden hastalarda intihar oranlarının, madde kullanmayan hastalara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmektedir.¹⁰⁶⁻¹⁰⁸

2.8. BDB'nin psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde tanınmasının önemi

BDB hastaları hem psikiyatri hem de psikiyatri dışı kliniklere sıkça başvurumaktadırlar. Psikiyatri dışındaki başvuruları genellikle algıladıkları fiziksel kusurların düzeltilmesi amacıyla dermatoloji, plastik cerrahi, genel cerrahi gibi kliniklere olmaktadır. Bu hastalar, çeşitli nedenlerle hekimler tarafından tanınmamakta ya da çok düşük oranlarda tanınmaktadır. Bunun en önemli sebeplerinden biri, konunun "sır" olarak tutulmak istenmesi ve "utanç" kaynağı olarak görülmesidir. Birçok hasta, kendisine özellikle sorulmadıkça bu konuyu dile getirmek istememektedir. Psikiyatristlere başvurduklarında ise, fiziksel bir kusurdan kaynaklanan rahatsızlığını bir psikiyatristle paylaşmanın gerekli olmadığını düşünebilirler. Bu nedenle, BDB hastaları sıklıkla dermatoloji, plastik cerrahi ve genel cerrahi gibi polikliniklere, algıladıkları kusurların düzeltilmesi talebiyle başvurumaktadır.^{22, 44, 45, 96}

Almanya'da yapılan bir çalışmada, BDB olan bireylerin, BDB olmayan bireylere göre daha sık estetik cerrahi geçmişine sahip olduklarını bildirmiştir.¹⁰⁹ Yapılan araştırmalar, plastik cerrahi kliniklerine başvuran hastalar arasında BDB sıklığının %6-20 arasında değiştiğini göstermektedir.^{24, 48, 110, 111} Bu başvurular sonucunda en sık gerçekleştirilen kozmetik cerrahi işlemler rinoplasti, abdominoplasti ve meme rekonstrüksiyonudur.^{112, 113}

Dermatoloji kliniklerinde yapılan çalışmalarda ise BDB sıklığı %9-12 arasında bildirilmiştir.^{114, 115} Psikiyatride BDB tanısı konulan hastaların %45,2'sinin daha önce kozmetik amaçla dermatoloji kliniklerine başvurduğu, en sık başvuru nedenlerinin yüzdeki izler, lekeler ve saç dökülmesi olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, bu hastaların büyük çoğunluğunun tedavi aldığı ve en sık kullanılan ilaçların isotretinoin ve minoksidil olduğu görülmüştür. Başka bir çalışmada, kozmetik tedavi için başvuran BDB hastalarının oranı %64 olarak bulunmuştur. Ayrıca, BDB tanısı almış hastaların %26'sının en az bir kez estetik operasyon geçirdiği rapor edilmiştir.^{4, 114}

BDB olan hastalar, algıladıkları kusurların gerçek olduğuna inandıkları için genellikle psikiyatri kliniklerinden önce diğer kliniklere başvurmakta ve tedavi arayışıyla cerrahi veya medikal işlemler geçirmektedirler. Ancak, bu işlemlerden genellikle memnun kalmamakta ve bazen şikayetleri daha da artmaktadır. Tedavi arayışları tanı ve tedavi süreçlerinde gecikmelere ve tedaviye direnç gelişmesine neden olabilmektedir.

Bir çalışmada, hastaların %81'inin kozmetik işlemlerden sonra memnuniyetsizlik bildirdiği, başka bir çalışmada ise kozmetik tedavi alan hastaların %88'inin belirtilerinde kötüleşme olduğu tespit edilmiştir.¹¹⁶

BDB olan hastaların, fiziksel görünümlerini iyileştirmek için sürekli olarak estetik tedaviler aramaları ve bu durumun zihinsel sağlıklarını daha da kötüleştirilmesi nadir değildir.^{109, 117, 118} Estetik cerrahi geçiren BDB'li hastaların memnuniyet düzeylerinin incelendiği bir araştırmada, ilk cerrahi girişim sonrası ortalama memnuniyet düzeyinin 10 üzerinden 3,9, birden fazla cerrahi girişim geçiren hastaların ise 2,8 olduğu bulunmuştur. İngiliz dermatolog Cotterill bu durumu "Hiçbir hastalığın tedavisi beden dismorfik bozuklukta olduğu kadar zor değildir" şeklinde ifade etmiştir. Bu nedenlerle klinisyenlerin, kozmetik tedaviye başvuran hastaları BDB açısından değerlendirmeleri ve şüphelendikleri hastaları ruh sağlığı hekimine yönlendirmeleri önemlidir.^{116, 119, 120}

BDB hastalarında nadir görülen ancak son derece tehlikeli bir diğer durum ise, "DIY (Do It Yourself- Kendin Yap) cerrahi" olarak bilinen durumdur. DIY cerrahi, plastik cerrahiye erişim umudunu yitirmiş ya da maddi olarak karşılama gücü olmayan hastaların sıkça yaptıkları ve saatler sürebilen "ayna kontrolü" sonrasında algıladıkları kusuru kendi başlarına düzeltmeye çalışmalarıdır. 25 olguluk bir seride 9 olguda bu durum gözlenmiştir. Örnek olarak, vücudunun çeşitli bölgelerini beğenmeyen ve liposuction işlemini karşılayamayan bir kadın hastanın kalçalarını bıçakla keserek yağları çıkarmaya çalışması, yüzündeki lekelerden rahatsızlık duyan bir erkeğin yüzünü zımpara kağıdı ile soyarak ciddi hasar vermesi, çenesini "kıırarak" düzeltmek isteyen bir diğer erkeğin ise bisikletini kasıtlı olarak kamyonun altına sürmesi ve kafatasını kırması örnek olgulardır.¹²⁰

Sonuç olarak, BDB hastaları görünüşlerinde algıladıkları kusurun düzeltilmesi amacıyla genellikle psikiyatri dışı medikal tedavilere başvurmaktadır. Ancak bu tedaviler sonrasında belirtiler genellikle ya hiç değişmemekte ya da daha da kötüleşmektedir. Tekrarlayan cerrahi girişimler kalıcı değişiklikler yarattığından, her seferinde sonuç bir öncekinden daha kötü olmaktadır. Bu süreçte ortaya çıkabilecek çeşitli tıbbi komplikasyonlar ve gereksiz tedavilerin mali yükü göz önüne alındığında, BDB hastalarının tanınması durumunda, medikal ve cerrahi girişimler uygulanmadan önce mutlaka psikiyatriye yönlendirilmesinin gerekliliği açıktır. Her yıl biraz daha büyüyen

kozmetik sektörü göz önüne alındığında, bu tür girişimleri talep eden her bireyin cerrahiye yönelme motivasyonu, beklentileri ve bunların nedenleri dikkatle incelenmelidir.

2.9. Ayırıcı Tanı

BDB'nin OKB ile olan benzerliklerinden dolayı, DSM-5'te BDB, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar kategorisinde sınıflandırılmıştır. BDB'deki bedenle ilgili zihinsel uğraşlar obsesyonlara, bu sıkıntıları gidermek için yapılan davranışlar ise kompulsiyonlara benzemekle birlikte, BDB'de içgörü OKB'ye kıyasla daha zayıftır. BDB'deki düşüncelerin içeriği genellikle bireyin çirkin olduğu ve bu nedenle başkaları tarafından beğenilmeyeceği ve kabul görmeyeceği inancıyla ilgilidir. OKB'de düşünceler egodistonik iken, BDB'de düşünceler sıklıkla egosintonik olup bazen sanrısız özellik gösterebilmektedir. BDB hastalarında intihar riski ve depresyon eş tanısı, OKB hastalarına göre çok daha yaygındır. OKB hastalarında kompulsif davranışlar kaygıyı azaltırken, BDB'deki ritüeller hastanın sıkıntısını artırmakta ve kişinin kontrolü kaybederek vücut bölgelerinde yeni kusurlar bulmasıyla sonuçlanabilmektedir. Ayrıca, BDB'li bir hastaya OKB tanısı koyabilmek için obsesyon ve kompulsiyonların yalnızca görünümle ilgili endişelerle sınırlı olmaması gerekmektedir.^{70, 121-123}

BDB tanısı olan hastaların bir kısmı, sosyal ortamlara girdiklerinde anksiyeteleri artar ve bu nedenle sosyal ortamlardan kaçınırlar. BDB'li hastaların bu durumu, genellikle vücut kusurlarının başkaları tarafından fark edileceği ve eleştirileceği korkusuyla ilişkilidir.^{2, 78} Sosyal anksiyete bozukluğunda bireyler genellikle davranışlarının veya söylediklerinin başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceğinden endişe ederler. BDB'de ise bu endişe, dış görünüşün olumsuz değerlendirilmesiyle ilgilidir.¹²⁴⁻¹²⁶

BDB, klinik olarak sanrısız bozukluğun somatik özellikler gösteren tipi ile benzerlikler taşır. Ancak, sanrısız bozukluk antipsikotiklere iyi yanıt verirken, BDB genellikle SSRI'lara daha iyi yanıt verir.^{22, 126}

BDB ve yeme bozuklukları (anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza) arasında da benzerlikler vardır; her iki durumda da çarpık beden algısı ve kişinin dış görünüşünden hoşnutsuzluk söz konusudur. Ancak BDB'li bireyler genellikle yüz ve baş bölgesine odaklanırken, yeme bozukluklarında kaygı daha çok kilo alma ile ilgilidir.^{100, 127}

Trikotillomani tanısı olan hastalar tekrarlayıcı şekilde saçlarını ya da vücut kıllarını yolarlar. BDB'li hastalar ise benzer davranışlar sergileyebilirler, ancak onların amacı dış görünüşlerindeki kusurları düzeltmektir. Deri yolma bozukluğunda, tekrarlayan deri yolma davranışı sonucunda cilt lezyonları oluşur. BDB'li hastalar ise cilt kusurlarını düzeltmek amacıyla derilerini yolarlar.^{128, 129}

Cinsiyet disforisi olan bireyler, doğum cinsiyeti ile deneyimledikleri cinsiyetin uyuşmaması nedeniyle fiziksel özelliklerinden hoşnut değillerdir. BDB'de ise uğraş, bedenın genel imgesi yerine belirli beden parçaları ile ilgilidir.^{44, 130}

Olfaktör referans bozukluğunda, kişi etrafa rahatsız edici kötü bir koku yaydığına inanır. BDB'de ise kişiler, dış görünüşleri ile ilgili hayali veya hafif kusurlarla aşırı derecede meşgul olurlar. Bazı yazarlar olfaktör referans bozukluğunun BDB'nin bir formu olduğunu düşünmektedir.^{24, 127}

Bu bozuklukların her biri BDB ile ortak veya benzer belirtiler gösterse de her birinin ayırt edici özellikleri bulunmaktadır ve tedavi yaklaşımları da bu farklılıklara göre belirlenmelidir.

2.10. Tedavi

BDB, yüksek psikiyatrik eş tanı oranlarıyla, bireyin işlevselliğinde ciddi bozulmalara yol açabilmektedir. Artmış intihar riski ile seyredebileceğinden önemli bir psikiyatrik bozukluktur. Erken tanı ve zamanında tedavi, hastalığın şiddetlenmesini ve kronikleşmesini önlemek açısından kritik öneme sahiptir. Tedaviye başlamak için ilk adım, hastaya yeterli psikoeğitim vererek empatik bir yaklaşım sergilemek ve tedavinin fayda sağlayacağına dair umut vererek hasta ile terapötik iş birliği sağlamaktır.⁹²

BDB hastalarının çoğu etkili tedavi yöntemlerinden habersiz olup, utanç veya suçluluk duyguları nedeniyle belirtileri saklama eğiliminde olabilirler. Bu hastaların bir kısmında belirtiler sanrısız düzeydedir, bu da onların psikiyatriste gitmelerini ve tedaviye ihtiyaç duyduklarını kabul etmelerini zorlaştırabilir.^{131, 132}

Hastayla görüşme sırasında, hastanın görünümüyle ilgili yorumlar genellikle yardımcı olmaz ve güven verici ifadeler bile yanlış anlaşılabilir. Klinisyenler, hastaların görünümleri konusunda ikna etmeye çalışmak yerine hastaların kendilerini başkalarının gördüğünden daha farklı ve olumsuz gördüklerini anlamalarını sağlamalıdır.¹³³⁻¹³⁵

2.10.1. Farmakoterapi

BDB tedavisinde ilk adım olarak SSRI grubu antidepresanlar kullanılmaktadır. Yapılan araştırmalara göre BDB hastalarına 10-16 hafta boyunca SSRI tedavisi uygulandığında, belirtilerde %53-73 oranında gerileme gözlemlenmiştir. SSRI'ların çocuk ve ergenlerde de BDB tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir. SSRI'ların BDB üzerindeki olumlu etkileri, beden algısı ile ilgili takıntılı düşüncelerin düzelmesi, kişinin görünümündeki hayali veya hafif kusur ile ilgili uğraşlarının azalması, kompulsiyon ve ritüelistik davranışlara direnç gösterebilmesi, bu davranışlar için harcanan sürenin azalması, depresif belirtiler ve intihar düşüncelerinin azalması ve sosyal, mesleki ve akademik alanlarda işlevselliğin artması olarak sıralanabilir.^{55, 70, 133, 135-137}

SSRI'lar BDB'nin sanrısız olan tipinde de etkili bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda fluoksetinin sanrısız özellikteki BDB tedavisinde etkili olduğu ve bu hastalarda ilk tedavi seçeneğinin antipsikotiklerden ziyade SSRI'lar olması gerektiği belirtilmiştir.¹³⁸ Ancak bir araştırmada essitalopramın sanrısız özellik gösteren BDB'de etkisinin olmadığı, sanrı düzeyinde olmayan hastalarda ise etkili olduğu saptanmıştır.^{138, 139}

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. BDB tedavisinde yüksek dozlar kullanılması gerektiğinden ve yüksek dozlarda sitapram kardiyak yan etkilere yol açabileceğinden dolayı tedavide sitapram kullanımı önerilmemektedir.¹³⁹⁻¹⁴¹

BDB tedavisinde ikinci kuşak antipsikotikler, venlafaksin, buspiron ve klomipramin, augmentasyon tedavisi olarak kullanılabilir. Bu tedavinin etkisini görmek için 6-8 hafta süreyle devam edilmelidir. SSRI tedavisinden fayda görmeyen hastalarda SSRI tedavisi sonlandırılarak serotonerjik etkili klomipramin başlanması önerilir.^{133, 135}

Antipsikotiklerin BDB tedavisinde monoterapi olarak kullanımı önerilmez ancak SSRI'lara ek olarak augmentasyon tedavisi şeklinde kullanımı önemlidir. Bu ilaçlar, özellikle yoğun ve dirençli sanrıları, belirgin referans sanrıları, şiddet ve özkıyım riski yüksek olan, tedaviye rağmen belirtileri gerilemeyen hastalarda tercih edilir.^{142, 143}

Tedavi süresi ile ilgili net bir konsensus bulunmamakla birlikte, bir çalışmada ilacı bırakan hastaların %83,8'inde belirtilerin nüksettiği görülmüştür. Bazı uzmanlar, iyileşme döneminden sonra en az bir yıl daha medikal tedaviye devam edilmesini önermektedir. İdame tedavi, remisyonunda kalma süresini uzatarak nüksetme riskini azaltır. Özellikle ciddi intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışları olan hastalarda, ömür boyu tedavi en uygun seçenek olarak görülmektedir. Tedavi süresi, hastaya özgü olarak belirlenmelidir. Süresiz tedavi, hastalığın remisyonunda kalmasını sağlayabilir, ancak yan etki riski açısından dikkatli olunmalıdır.^{47, 48, 141, 144}

BDB'de etkili ve yeterli farmakoterapi ile hastalığın belirtilerinin iyileşmesi, işlevselliğin yeniden kazanılması ve depresif belirtilerin azalması beklenir.¹⁴⁵

2.10.2. Bilişsel Davranışçı Terapi

BDB tedavisinde etkili olduğu düşünülen bir başka yöntem de bilişsel davranışçı terapidir (BDT). BDB için uygulanan BDT, hastalık hakkında psikoeğitim ve olgu formülasyonu ile başlar. Bu süreçte hastanın BDB belirtileri, bilişsel davranışçı model çerçevesinde analiz edilir. Bilişsel terapi kısmında, hastanın çarpık ve gerçek dışı düşüncelerine odaklanılır; sokratik sorgulama yöntemiyle bu düşüncelerin doğruluğu sorgulanır ve işlevsel ve gerçekçi düşüncelerle değiştirilmesi sağlanır. Davranışsal terapi, hastanın kaygı duyduğu ve kaçındığı durumların tespit edilmesi, bu durumlara maruz bırakılması ve ardından tepki önleme tekniklerinin uygulanmasını içerir. Tekrarlayan davranışlar için, davranışların türü ve sıklığı belirlenir ve buna göre tedavi yöntemi oluşturulur. Amaç, bu davranışları ortadan kaldırarak yerlerine sağlıklı davranışlar kazandırmaktır. Tedavide ayrıca davranışsal deneyler de kullanılmaktadır. Tedavi sürecindeki en önemli hedeflerden biri, hastanın kusurlu olarak algıladığı beden bölgesine odaklanmış olan dikkatini, bedeninin tamamına yönlendirerek daha geniş bir perspektiften bakmasını ve bedenini parça parça değil bir bütün olarak görmesini sağlamaktır.

Terapinin son aşamalarında, hasta ile problem çözme ve başa çıkma becerileri üzerinde çalışılır ve hastalığın nüksetmesi durumunda belirtiler ilerlemeden önce müdahale edebilmesi hedeflenir.^{76, 141, 146}

2.11. Beden Dismorfik Bozukluk ve Sosyal Medya İlişkisi

Güzellik algısı ve beden imajı, tarih boyunca toplumların estetik değerleri ve kültürel normlarına göre şekillenmiştir. Günümüzde sosyal medya kullanımının yaygınlaşması, toplumsal normları ve güzellik algısını da etkilemektedir. Özellikle gençler arasında sosyal medya kullanımının artışı, bireylerin fiziksel görünümüne dair beklentiler oluşturmakta ve bu durum, beden algısı bozukluğu, yeme bozuklukları gibi ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. BDB belirtilerinin gelişimine ve/veya devamına yol açan ve kontrol edilmediği takdirde teşhis edilebilir BDB'ye dönüşebilecek özgül çevresel etkenler ile ilgili çok az şey bilinmektedir. Son yıllarda sosyal medyanın, BDB belirtilerinin gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğu ve gençler arasında BDB yaygınlığını artırdığı öne sürülmektedir.¹³

Sosyal medya, kullanıcılar tarafından üretilen içeriklerin sınırsız bir şekilde paylaşılabildiği; fotoğraf, video, ses ve müzik gibi çeşitli medyaların bilgi veya eğlence amaçlı olarak kişi ya da gruplar arasında aktarılabilirdiği web tabanlı bir platformdur.^{14, 15} Sosyal medya kavramı ilk olarak Chris Shipley tarafından 2006 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Shipley, sosyal medyayı bilgi paylaşımını teşvik eden, katılımı destekleyen ve iş birliğine olanak tanıyan bir dizi web tabanlı uygulama olarak tanımlamaktadır.¹⁴⁷ Bu tanım çerçevesinde Facebook, Instagram, Twitter, YouTube, Snapchat, TikTok gibi sosyal ağlar sosyal medya platformları olarak kabul edilir.¹⁴⁸

Kişilerin sosyal medyayı kullanım motivasyonlarını açıklamada en çok kabul gören yaklaşım kullanımlar ve doyumlar teorisidir.^{149, 150} Rodgers 2016'da yaptığı bir çalışmada bu teori doğrultusunda, sosyal medya kullanımına yönelik kişilerin farklı motivasyonlara sahip olduğunu belirtmiştir. Rodgers bu motivasyonlara göre kişilerin sosyal medyada çeşitli içeriklere ulaştığını ve etkileşimlere girdiğini öne sürmektedir.¹⁵¹ Bu teoriye göre sosyal medya, kullanıcılarının psikolojik ihtiyaçlarını ve bu ihtiyaçlarını karşılamak için davranışlarını yönlendirmektedir.

Ergenlik döneminde sosyal medya kullanım motivasyonlarının belirlenmesinde gelişimsel dönem ihtiyaçlarının belirleyici olduğu düşünülmektedir.^{149, 152} Yapılan araştırmalarda ergenlerin sosyal medya kullanım motivasyonlarında belirleyici olan gelişimsel dönem ihtiyaçları; iletişim kurmak, sosyalleşmek, kimlik oluşturmak, kendini ifade etmek, popüler olmak, onaylanmak, bilgi almak, görünür olmak, ihtiyaç duyduğunda destek aramak olarak belirlenmiştir.^{150, 153-158} Bu motivasyonlar, ergenlerin sosyal medya platformlarındaki etkileşimlerini şekillendirirken, aynı zamanda sosyal medya kullanımının sonuçlarını da belirlemektedir. Bu sonuçlar, beden algısı, öz saygı ve psikolojik iyilik hali ile ilişkilendirilmektedir.

Ergenler arasında popüler olma ve sosyal çevrelerinde kabul görme ihtiyacı, sosyal medya kullanımlarını yönlendiren motivasyonlar arasında önemli bir yer tutmaktadır. Instagram ve TikTok gibi platformlar, popülerlik ve onay arayışını teşvik eden yapılar sunmaktadır. Beğeni ve takipçi sayısı gibi metrikler, ergenler arasında sosyal statünün göstergesi haline gelebilmektedir, bu durumun ergenlerin sosyal medya platformlarına olan ilgilerini sürdürmede güçlü bir motivasyon kaynağı olabileceği düşünülmektedir.^{152, 155, 159}

Ergenlik, aynı zamanda kimlik oluşum sürecinin hız kazandığı bir dönemdir. Ergenler, sosyal medya platformlarını kişiliklerini, ilgi alanlarını ve kimliklerini ifade etme aracı olarak kullanabilmektedirler. Sosyal medyada profil düzenleme, fotoğraf ve video paylaşımı gibi aktivitelerin, kendini tanımlama ve kimlik inşa etme sürecine etki ettiği düşünülmektedir. Sosyal medyada paylaşılan içeriğin bireylerin nasıl algılanmak istedikleriyle ilişkili olabileceği öne sürülmektedir. Bu süreçte aldıkları beğeni ve yorumların, ergenlerin kendilerini nasıl gördüklerini ve beden algılarını şekillendirebileceği öne sürülmektedir.^{156, 160}

Ergenlikte, sosyal medya görünümle ilgili sosyal değerlendirmeye verilen önemi beslemektedir ve bu durum diğer birtakım faktörlerin de etkisiyle beden algısını bozarak vücut memnuniyetsizliğini artırarak BDB gelişimine yol açabilmektedir.^{17, 161} Ergenler arasında yapılan araştırmalarda, görünüm motivasyonu ön planda olan ergenlerin, daha çok Instagram, Snapchat, TikTok gibi görünüm odaklı olan görüntü tabanlı sosyal medyayı ve içeriklerini tercih ettikleri ve bu ergenlerin genel sosyal medya kullanım sürelerine kıyasla

görüntü tabanlı sosyal medyada geçirdikleri sürenin, vücut algısı ile daha güçlü bir ilişki gösterdiği öne sürülmektedir.¹⁶²⁻¹⁶⁴

Araştırmalar, sosyal medya kullanımının artışıyla BDB'nin yaygınlığının da arttığını göstermektedir.^{18, 82, 165} Yapılan araştırmalarda sosyal medyada ve geleneksel medya türlerinde (reklamlar, yayınlar, televizyon, müzik videoları) idealize edilmiş zayıf bedenlere maruz kalmanın genç kadınların beden imajı üzerindeki etkisini incelemiş ve sosyal medyanın geleneksel medyaya göre vücut memnuniyetsizliğini daha fazla artırdığı ve BDB ile daha fazla ilişkili olduğu saptanmıştır.¹⁶⁵ Yazındaki çalışmalarda sosyal medya kullanım süresi arttıkça BDB belirtilerinin şiddetlendiği gösterilmiş, görünüm tabanlı sosyal medya kullanımı ile BDB arasında bir ilişkinin olduğu gösterilmiştir.¹⁶⁵⁻¹⁶⁷

Türkiye'de yapılan bir çalışmada, 19-25 yaş arası 573 kız öğrencinin katılımıyla sosyal medya bağımlılığı ile beden algısı arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma, sosyal medya bağımlılığı arttıkça beden algısının olumsuz etkilendiğini ve ideal beden imajına maruz kalmanın beden memnuniyetsizliğine yol açtığını göstermiştir.¹⁶⁸

Sosyal medya, gençlere kendi görünümelerini başkaları ile kıyaslayabileceği bir alan sunmaktadır ve gençler akranlarının, ünlülerin ve "influencer" olarak tabir edilen sosyal medya etkileyicilerinin düzenlenmiş görüntülerinin de dahil olduğu birtakım içerikleri sosyal medyada görüntülerler. Özellikle Instagram, Snapchat, Tumblr, TikTok ve Snapchat gibi görselliğin ön planda olduğu sosyal medya platformları görüntü tabanlı içerikler açısından zengindir ve gençler arasında oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu içerikler, ulaşılamaz güzellik standartlarının içselleştirilmesini ve sonuç olarak görünüm memnuniyetsizliğini artıran görünümle ilgili sosyal değerlendirmelere yol açabilmektedir. Sosyal medyada gerçekçi olmayan ve ulaşılamaz görünüm ideallerini teşvik eden medya içeriğine maruz kalmanın hem kız hem erkek ergenlerde görünüm ideallerinin içselleştirilmesine yol açtığı ve idealize edilmiş görüntülerle kendilerini karşılaştırmalardan kaynaklanan beden memnuniyetsizliğini artırdığı öne sürülmektedir.^{169, 170}

Sosyal medyanın hayatımıza girmesiyle birlikte, özçekimler ve filtrelerin yaygın kullanımı insanların görünümlerine daha fazla dikkat etmesine yol açmıştır. Sosyal medya, dijital olarak değiştirilmiş ve kurgulanmış en iyi hallerimizi sunmak için sınırsız bir alan

sunmaktadır. Yapılan bir çalışmada sosyal medya kullanımının, özçekim (selfie) çekme ve paylaşma davranışlarının; beden memnuniyetsizliği, vücut şekli ve ağırlığının değerlendirmesiyle ilişkili olup olmadığı incelenmiştir. Sosyal medyada daha sık olarak kendi görüntülerini paylaşan kızların, nadiren paylaşılanlara göre vücut şekil ve ağırlığını değerlendirmelerinin bozulduğu, beden memnuniyetsizliklerinin yüksek olduğu ve daha zayıf olma fikrini benimseme eğiliminde oldukları gösterilmiştir.^{171, 172} Selfie çekme sıklığının, benlik saygısı ve yaşam memnuniyeti düzeyi ile ilişkili olduğu ve bunun da BDB gelişmesini etkileyebileceği gösterilmiştir.¹⁷³

Fotoğraf paylaşımı üzerine kurulu platformlarda, kullanıcıların filtreler ve düzenleme uygulamaları aracılığıyla görünümelerini iyileştirip "ideal" fotoğraflarını paylaşmaları, bedensel memnuniyetsizliği artırabilmektedir. Örneğin görüntü tabanlı ve fotoğraf paylaşımına yönelik bir uygulama olan Instagram'da kullanıcılar filtreler ve fotoğraf düzenlemeye imkan veren uygulamalarla görsellerdeki görünüşlerini idealize ettikleri standartlara göre düzenleyerek, en güzel ve en estetik olan fotoğraflarını paylaşmaktadırlar.^{174, 175} Avustralya ve Yeni Zelanda'da yürütülen araştırmalarda, özellikle Instagram ve Snapchat gibi fotoğraf paylaşımının ön planda olduğu sosyal medya platformlarının artan kullanım miktarının vücut imajı endişeleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Yaşları 14-18 arasında değişen 144 kadından oluşan bir grup rastgele olarak orijinal veya değiştirilmiş (rötuşlanmış ve yeniden şekillendirilmiş) Instagram özçekimlerine maruz bırakılmış; değiştirilmiş Instagram fotoğraflarına daha fazla maruz kalmanın olumsuz bir vücut imajının idealize edilmesi ile sonuçlandığı ortaya çıkmış ve sosyal karşılaştırmaya eğilimi olan kızlar üzerinde olumsuz bir etkiye yol açtığı gösterilmiştir.^{176, 177} Benzer bir şekilde, Harrison ve Hefner'ın 2014 yılında 393 ergenle yaptığı katılımcıların fotoğraflarının çekilip, profesyonel bir editör tarafından rötuşlandıktan sonra değerlendirildiği bir çalışmada, rötuşlanmış fotoğrafların daha çekici bulunduğu ve fotoğraflarının rötuşlu olduğunu bilen erkek ve kadınların idealize beden bilinçlerinin arttığı, beden saygılarının ise azaldığı saptanmıştır.¹⁷⁸

Yapılan araştırmalarda, sosyal medya kullanım sıklığının, BDB gelişimi için önemli bir risk faktörü olabileceği bildirilmiştir.¹⁷⁹ Bununla birlikte, görünüm odaklı sosyal medya içeriğine maruz kalmanın ve fotoğraf paylaşım aktivitelerine katılmanın, genel sosyal medya kullanımına göre beden algısı üzerindeki etkisinin daha güçlü olduğu

belirtilmektedir.¹⁶²⁻¹⁶⁴ California Eyalet Üniversitesi'nde Snapchat ve Instagram'ı aktif olarak kullanan 18 kadın kullanıcı ile yapılan bir görüşmede, katılımcıların sosyal medyanın gerçekçi olmayan güzellik standartları oluşturduğuna inandıklarını ve bu standartların, fiziksel görünüşleri konusunda kendilerini güvensiz hissetmelerine neden olduğunu aktarmışlardır.¹⁸⁰ Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada, Snapchat ve Instagram'da geçirilen zamanın BDB tanısı alma olasılığı ile önemli ölçüde ilişkili olduğu gösterilmiştir.¹⁶⁵

Sosyal medyanın ve fotoğraf düzenleme uygulamalarının artan kullanım sıklığının, estetik ve kozmetik işlemlere olan ilgide önemli bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir.^{173, 177, 181} Estetik operasyon arayan kişi sayısı sosyal medya kullanımına paralel olarak son yıllarda büyük ölçüde artmıştır. 1992 yılında 400.000'den fazla Amerikalı estetik cerrahi geçirmiştir. 2015 yılında dünya genelinde toplam 21 milyon estetik operasyon gerçekleştirilmiş olup, bunun 15.9 milyonu Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleşmiştir.^{173, 182}

2018'in başlarında birçok gazete, Snapchat ve Instagram gibi sosyal medya platformlarının kullanıcıların estetik cerrahi yaptırma kararları üzerindeki olumsuz etkilerinden endişe duyduğunu dile getirmiştir. Yapılan bir çalışmada bu iki platformun, ön yüz fotoğrafları çekmeyi sağlayan ve kullanıcıların cilt tonunu değiştirmelerine, ince çizgileri ve kırışıklıkları yumuşatmalarına, göz, dudak ve yanaklarının boyutunu değiştirmelerine ve fiziksel görünüşlerinin diğer yönlerini değiştirmelerine olanak tanıyan filtreler sunmasının cerrahi girişim isteği üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir.⁸² Bir araştırmanın bulguları, belirli sosyal medya ve fotoğraf düzenleme uygulamalarının kullanılmasının estetik cerrahiye olan ilginin artmasıyla ilişkili olabileceğini öne sürmüş, hastalarının filtrelenmiş fotoğraflarına benzemek istedikleri gözlemlenmiş ve çalışmada hastaların %38'inin selfielerde daha iyi görünmek için estetik ameliyat olmak istediklerini aktardıkları saptanmıştır.^{183, 184} Bununla ilişkili olarak bazı plastik cerrahlar, hastalarının filtrelenmiş fotoğraflarına benzemek istediklerini gözlemlemiş ve fotoğraf düzenleme araçlarının yaygın kullanımının faydadan çok zarar getirebileceğini belirtmiştir.¹⁷³

Snapchat filtrelerin yoğun kullanımı sonucu gerçekçi olmayan güzellik standartlarının ortaya çıktığı ve bunun da benlik saygısının düşmesine yol açtığı saptanmıştır.¹⁷³ Plastik cerrahlar hastaların istedikleri cerrahi değişiklikleri göstermek için filtrelenmiş selfielerini getirme davranışlarını “Snapchat dismorfisi” olarak tanımlamaktadır.^{118, 180}

Tüm bu yazın bilgileri göz önüne alındığında BDB’nin gelişiminde önemli bir etken olabileceği düşünülen sosyal medyanın BDB ile ilişkisi incelenmeye değer bulunmuştur. Bu çalışmanın amacı ergen yaş grubunda estetik ve kozmetik işlem talep eden ve/veya yaptıran kişilerde BDB yaygınlığının araştırılması ve sosyal medya kullanımı ile ilişkisinin incelenmesidir.

Bu bağlamda, çalışmada test edilmek üzere aşağıdaki ana hipotez ve alt hipotezler oluşturulmuştur:

Ana Hipotez: Plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi polikliniğine başvuran ergen hastalarda BDB yaygınlığı toplum örneklemine göre fazladır.

Hipotez 1: Estetik operasyon amacıyla plastik cerrahi kliniklere başvuran ergenler arasında cinsiyet değişkeni incelendiğinde BDB tanısı kız cinsiyette anlamlı olarak daha fazladır.

Hipotez 2: Plastik cerrahi polikliniğine başvuran ergenler arasında sosyal medya kullanım motivasyonları ve süreleri ile BDB tanısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3: Sosyal medya kullananların içinde; fotoğraf paylaşımının ön planda olduğu sosyal medya kullanıcılarının, metin tabanlı sosyal medya kullanıcılarına göre BDB tanısı almaları anlamlı olarak daha fazladır.

Hipotez 4: Sosyal medya paylaşımlarında fotoğraf filtreleri ve fotoğraf düzenleme uygulamaları kullanan ergenlerin, bu tür araçları kullanmayanlara göre beden dismorfik bozukluk tanısı alma olasılıklarının anlamlı derecede daha fazladır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez çalışması Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı ve Kocaeli Şehir Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü'nde 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 11.06.2024 tarihli 2024/288 sayı ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

3.1. Örneklem

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı ve Kocaeli Şehir Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi bölümünde estetik işlem amaçlı başvuran 15-19 yaş arası 33 ergen hastadan oluşmaktadır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; hastanın 15-19 yaş arasında olması, hastanın ve ebeveyninin çalışmaya katılmayı kabul etmesi ve hastanın plastik cerrahi polikliniğine estetik işlem amaçlı başvurusunun olması olarak belirlenmiştir.

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

3.2. Yöntem

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Kocaeli Şehir Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü'ne başvuran ve dahil etme kriterlerimize uyan hastalara ve ebeveynlerine poliklinik başvurularında çalışma hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara online olarak gönderilen formları doldurmaları istenmiştir. Hastalara sosyodemografik ve klinik veri formu, vücut algısı ölçeği, sosyal medya kullanım motivasyonu ölçeği ve ergenler için sosyal medya bağımlılığı ölçeği kısa formu verilmiştir.

Çalışmaya katılan kişilerle klinik görüşme yapılmış DSM-5 kriterlerine göre BDB tanısı araştırılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış, yaş, cinsiyet, anne babanın yaşı evlilik, sağlık ve eğitim durumu ile ilgili bilgilerin alındığı katılımcılar hakkında gerekli bilgiyi asgari düzeyde sağlayacak şekilde düzenlenmiş olan, 58 sorudan oluşan bir veri formudur.

3.3.2. Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)

Secord ve Jourard tarafından kişinin beden bölgelerine olan beğenisini ele alarak beden memnuniyeti veya memnuniyetsizliğinin düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.¹⁸⁵ Ölçekte 40 beden bölgesi verilmekte ve katılımcıdan bu beden bölgelerine yönelik 5'li Likert derecelendirmesi üzerinden (1= Beğeniyorum ile 5= Hiç beğenmiyorum) değerlendirme yapılması istenmektedir. Ölçekten alınan puanlar 40 ile 200 arasında değişmekte olup, alınan puan arttıkça kişinin bedeninden duyduğu memnuniyetsizliğin düzeyinin arttığı düşünülmektedir. Vücut algısı ölçeği (VAÖ) 1990'da Hovardaoğlu tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Hovardaoğlu'nun çalışmasında VAÖ'nün iki yarım güvenirliği 0,75 iç tutarlılığı ise 0,91 olarak bulunmuştur. Ölçeğin güvenirlik ve geçerliği Anbar'ın çalışmasında tekrar değerlendirilmiştir. Ölçek, 15 yaş ve üzerine uygulanabilmektedir.^{186, 187}

3.3.3. Sosyal Medya Kullanım Motivasyonu Ölçeği (SMKMÖ)

Rodgers ve arkadaşları tarafından geliştirilen sosyal medya kullanım motivasyonu ölçeği (SMKMÖ), 5'li Likert tipi (1= Asla/ Hiç, 2= Çok Az, 3= Kısmen, 4= Çoğunlukla, 5= Tamamen) ölçeklendirme ile değerlendirilmekte olup 15 maddeden oluşmaktadır. Ergenlerin görünür olma isteklerine odaklanarak sosyal medya kullanım motivasyonlarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek iletişim, popülerlik, görünüm, değerler ve ilgiler olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. İletişim alt boyutunda 3 madde bulunmaktadır. İletişim alt boyutunda sosyal medya üzerinden sağlanan iletişimi değerlendiren (örn., “Sosyal medyayı kullanmadığımda dışlanmış hissedebilirim diye kullanırım.”) maddelere yer verilmiştir. Popülerlik alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır ve ergenlerin popüler olma isteklerini değerlendiren (örn., “Sosyal medyayı daha fazla insan beni tanısin ve sevsin diye kullanırım.”) maddeleri içermektedir. Görünüm alt boyutu ergenlerin fiziksel görünüşleriyle ilgili algılarını değerlendiren (örn., “Sosyal medyayı paylaştığım fotoğrafları filtrelemek için kullanırım.”) 5 maddeden oluşmaktadır. Son alt boyut olan değerler ve ilgiler ise farkındalık oluşturmak ya da aynı fikirdeki insanlarla temas kurmak gibi konuları (örn., “Sosyal medyayı aynı şeyi önemseyen insanlarla temas kurmak için kullanırım.”) ele alan 3 maddeden oluşmaktadır. Uygulanabilir yaş aralığı 10-19'dur.¹⁸⁸ 2022 yılında Kışlak-Sancak ve Ekşi tarafından geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır. Sosyal medyada görünüm ideallerinin içselleştirilmesi tüm alt ölçeklerle ilişkili olduğu gösterilmişse de daha çok görünüm ve popülerlik alt boyutu ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bununla ilişkili olarak Instagram gibi fotoğraf tabanlı sosyal medya kullanımı motivasyonu, görünüm ve popülerlik alt boyutu ile daha çok ilişkilendirilmektedir. Twitter/X gibi metin tabanlı sosyal medyanın kullanım motivasyonları iletişim ile değerler ve ilgiler alt boyutu ile ilişkilendirilmiş, görünüm ve popülerlik alt boyutları ile ilişki kurulamamıştır. İletişim ve görünüm alt boyutundan alınan puanlar ile benlik saygısı arasında negatif bir ilişki bulunmakta ve alınan puanların yüksek olması düşük benlik saygısı ile ilişkilendirilmektedir. Görünüm alt boyutundan alınan yüksek puanlar, zayıf beden algısı ve düşük benlik saygısı ile ilişkilendirilmektedir.

3.3.4. Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği Kısa Formu (SMBÖ-KF)

Sosyal medya bağımlılığı ölçeği, 2016 yılında van den Eijnden, Lemmens ve Valkenburg tarafından internet oyun oynama bozukluğu DSM-5 kriterleri temel alınarak geliştirilmiş, tek boyutlu bir ölçektir. Ölçek ilk olarak 27 madde şeklinde oluşturulmuş, daha sonra 27 maddelik ölçeğin faktör yapısı ve faktör yükleri test edilip kriter başına en yüksek faktör yüküne sahip dokuz madde kısa ölçeği oluşturmak üzere seçilmiştir. Ergenler için sosyal medya bağımlılığı ölçeği kısa formunda (SMBÖ-KF) yanıtlar “Evet” ve “Hayır” olarak 2 seçeneklidir. 0-9 arasında puanlanan ölçeğin kesme puanı 5’tir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Taş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹⁸⁹

3.4. İstatistiksel Analiz

Veri analizinde SPSS 26 programı kullanılmış olup tüm demografik değişkenlere göre dağılım verilmiştir. İstatistiksel karşılaştırmalarda, parametrik ve parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Araştırmada yer alan sosyodemografik değişkenler ile anket maddelerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımı, kontrol ve olgu gruplarında ayrı ayrı belirtilmiştir. Normal dağılıma uygunluk testleri Çarpıklık-Basıklık (Skewness-Kurtosis) testleri ile değerlendirilmiştir.

BDB olan ve olmayan ergenler yapılan klinik görüşmeler sonucunda belirlenmiştir. BDB olan ve olmayan ergenler ile demografik tüm kategorik değişkenler arasındaki ilişkide ki-kare analiz yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem iki kategorik değişkene ilişkin oranları karşılaştıran parametrik olmayan bir yöntemdir.¹⁹⁰ Ki-kare analiz yöntemi için elde edilen anlamlı farklılık durumunda, farkın hangi gruplar arasında olduğu ise Bonferroni düzeltmesiyle yapılmıştır. Ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir. Ölçek puanlarının normalliği hangi yöntemin kullanılması konusunda karar veren önemli bir varsayımdır, ölçek puanları için normallikte Çarpıklık-Basıklık (Skewness-Kurtosis) değerlerine bakılmış ve değerler ± 2 arasındaysa puan dağılımı normal kabul edilmiştir.¹⁹¹ Ancak gruplarda veri sayısı yeterli büyüklükte değilse ($N > 25$) gruplara göre karşılaştırmada parametrik olmayan yöntemlerin kullanılması önerilmektedir. BDB olan ve olmayan hastaların ölçek puanlarına göre karşılaştırılmasında Mann-Whitney U analiz yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem, bağımsız gruplar t testi yönteminin alternatifi

olan bir yöntemdir. Tüm puanlar normal dağılmasına rağmen BDB olan ve olmayan hastaların sayısı yeterli büyüklükte ($N>30$) değildir. Son olarak ölçek puanları arasındaki ilişkide parametrik yöntem olan Pearson korelasyon kullanılmıştır.¹⁹² Korelasyon katsayısı 0.40'tan küçükse düşük düzeyde, 0.40-0.70 arasındaysa orta düzeyde ve 0.70'den büyükse yüksek düzeyde bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. İstatistiksel analizlerde $p<0,05$ anlamlılık incelenmiştir.



4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya katılanların genel özellikleri

Araştırmamızın evreni Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Kocaeli Şehir Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü'ne estetik operasyon isteği ile başvuran, çalışmaya katılmak için onay veren 15-19 yaş arasındaki 33 hastadan oluşmaktadır. Değerlendirilen hastaların 11'i BDB tanısı almıştır. BDB tanısı alan hastalar, örneklem içindeki BDB tanısı almayan hastalarla karşılaştırmak için olgu ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Çalışmamızda plastik cerrahiye başvuran ergenlerde BDB yaygınlığı %33,3 olarak saptanmıştır.

Çalışmada olgu grubu 11, kontrol grubu ise 22 ergenden oluşmuştur. Buna göre hastaların %33,3'ünde BDB var iken %66,7'sinde BDB saptanmamıştır. Hastaların %57,6'sı kız, %42,4'ü erkektir. BDB olan hastaların %54,5'i kız ve %45,5'i erkek iken BDB olmayan hastaların %59,1'i kız, %40,9'u erkektir. Olgu ve kontrol grupları arasında cinsiyete göre dağılım farkı bulunamamıştır ($p=0,803$).

BDB olan ve olmayan hastaların yaşları ise parametrik olmayan yöntem olan Mann-Whitney U analiz yöntemi ile karşılaştırılmıştır. BDB olan hastaların yaş ortalaması $17,56 \pm 1,32$ BDB olmayan hastaların yaş ortalaması $17,85 \pm 1,15$ saptanmıştır. Kontrol ve olgu grubundaki hastaların yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ($p=0,516$).

Çalışmaya katılan hastaların okula gitme durumu sorgulandığında olgu grubundaki ergenlerin %72,7'sinin okula devam ettiği, %27,3'ünün okula devam etmediği öğrenilmiştir. Kontrol grubundaki ergenlerin ise %54,5'inin okula gittiği ve %45,5'inin okula gitmediği saptanmıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında okula gitme açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,314$).

Aile tipine göre BDB olan ve olmayan hastaların aile tipi dağılımı eşit olup her iki grubun, çekirdek aile oranı %72,7, geniş aile yüzdesi %18,2 ve diğeri içeren aile tipi ise %9,1 olarak saptanmıştır. Olgu ve kontrol grubunda aile tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p=1$).

Olgu ve kontrol grubundaki hastaların %18,2'sinin sigara kullandığı, %81,8'nin sigara kullanmadığı saptanmıştır. Olgu ve kontrol grubu arasında sigara kullanımı açısından anlamlı farklılık yoktur ($p=1$). BDB olan hastaların %18,2'si, BDB olmayan hastaların %13,6'sı alkol kullandığını belirtmiştir. Karşılaştırma yapıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0,731$). Madde kullanımı açısından olgu ve kontrol grubu değerlendirildiğinde hastaların hiçbirisi madde kullanmamaktadır. Bu nedenle istatistiksel değerlendirmeye alınamamıştır. Katılımcılara ait özellikler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Plastik cerrahi polikliniğine başvuran ergenlerin sosyodemografik ve klinik özellikleri

Değişken	Grup	Olgu	Kontrol	p
		n (%)	n (%)	
Cinsiyet*	Kız	6 (54,5)	13 (59,1)	0,803
	Erkek	5 (45,5)	9 (40,9)	
Yaş, (Ort $\pm$ ss) **		17,56 $\pm$ 1,32	17,85 $\pm$ 1,15	0,516
Okula gitme*	Hayır	3 (27,3)	10 (45,5)	0,314
	Evet	8 (72,7)	12 (54,5)	
Kardeş sayısı*	1	4 (36,4)	10 (45,5)	0,012***
	2	2 (18,2)	11 (50)	
	3 ve üzeri	5 (45,5) ***	1 (4,5) ***	
Aile tipi*	Çekirdek	8 (72,7)	16 (72,7)	1
	Geniş	2 (18,2)	4 (18,2)	
	Diğer	1 (9,1)	2 (9,1)	
Sigara*	Hayır	9 (81,8)	18 (81,8)	1
	Evet	2 (18,2)	4 (18,2)	
Alkol*	Hayır	9 (81,8)	19 (86,4)	0,731
	Evet	2 (18,2)	3 (13,6)	
Madde*	Hayır	11 (100)	22 (100)	-
	Evet	0 (0)	0 (0)	

* Ki-kare

** Mann-Whitney U

*** Bonferroni düzeltmesi sonucu anlamlı fark çıkan değişken

Tablo 3’te belirtilmiş olduğu gibi olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında fiziksel egzersiz/spor yapma sıklığı, tartılma sıklığı ve diyet uygulaması açısından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,243$; $p=0,626$; $p=0,473$).

Olgu grubundaki hastaların %9,1’i ve kontrol grubundaki hastaların %13,6’sı vücut geliştirme amaçlı herhangi bir ilaç veya besin takviyesi kullandıklarını bildirmiş, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,706$).

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

Değişken	Grup	Olgu	Kontrol	p
		n (%)	n (%)	
Fiziksel egzersiz/ spor yapma sıklığı	Hiç	2 (18,1)	1 (4,5)	0,243
	Arada sırada	3 (27,3)	11 (50)	
	Hafta 2-3 kez	3 (27,3)	2 (9,1)	
	Haftada 3 kez ve üzeri	3 (27,3)	8 (36,4)	
Haftada tartılma sayısı	Her gün	1 (9,1)	2 (9,1)	0,626
	Haftada 1 kez	9 (81,8)	15 (68,2)	
	Haftada 2 kez ve üzeri	1 (9,1)	5 (22,7)	
Uyguladığınız bir diyet olma durumu	Hayır	11 (100)	21 (95,5)	0,473
	Evet	0 (0)	1 (4,5)	
Vücut geliştirme amaçlı herhangi bir ilaç veya besin takviyesi kullanımı	Hayır	10 (90,9)	19 (86,4)	0,706
	Evet	1 (9,1)	3 (13,6)	

p= Ki-kare

Tablo 4'te gösterildiği gibi hastalar nasıl göründükleri ile ilgili endişe durumuna göre karşılaştırıldığında; BDB olan hastaların %90,9'u görünümü ile ilgili endişe duyarken, kontrol grubunda bu oran %50 olarak bulunmuştur. Olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,021$). Kontrol grubundaki hastaların %45,5'i, olgu grubundaki hastaların ise tamamı görünüşü ile ilgili daha az düşünmeyi dilediklerini belirtmiştir. Olgu ile kontrol grubu arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,002$).

Kontrol grubundaki hastaların %95,5'i ve olgu grubundaki hastaların %45,5'i görünüşü ile ilgili esas endişesinin yeterince zayıf olmadığı veya aşırı şişmanlayabileceği ile ilgili olmadığını belirtmiştir ($p=0,001$). 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 ($p=0,001$).

Nasıl görüldüğü ile ilgili düşüncelerin zihnini meşgul etme durumu ve sıradan bir günde nasıl görüldüğü ile ilgili düşünmek için harcadığı süre değerlendirildiğinde, olgu ile kontrol grubundaki hastalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuş, bu fark olgu grubunda daha yüksek saptanmıştır ($p=0,000$; $p=0,000$).

Nasıl görüldüğü ile ilgili düşüncelerinin aile ve arkadaşlarıyla bir şeyler yapmasını etkileme durumuna göre iki grup karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmış, bu oran olgu grubunda daha yüksek bulunmuştur ($p=0,003$).

Görünümünde olduğunu düşündüğü fiziksel kusurun sosyal, mesleki ya da diğer önemli yaşam alanlarının işlevselliğinde herhangi olumsuz etkiye yol açma durumuna göre olgu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında olgu grubunun istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla olumsuz etkilendiği bulunmuştur ($p=0,000$).

Tablo 4: Katılımcıların beden algısına ait özellikler

Değişken	Grup	Olgu	Kontrol	p
		n (%)	n (%)	
Görünümü hakkında endişe duyma	Hayır	1(9,1) *	11(50) *	0,021
	Evet	10(90,9) *	11(50) *	
Görünüştünüzle ilgili daha az düşünmeyi isteme	Hayır	0(0) *	12(54,5) *	0,002
	Evet	11(100) *	10(45,5) *	
Görünümle ilgili endişe durumu yeterince zayıf olmadığınız veya aşırı şişmanlayabileceğinizle mi ilgili?	Hayır	5(45,5) *	21(95,5) *	0,001
	Evet	6(54,5) *	1(4,5) *	
Bedeninizde özellikle güzel veya çekici bulmadığınız bölge/bölgelerden dolayı endişe duyma	Hiç	0 (0) *	8 (36,4) *	0,001
	Biraz	0 (0) *	8 (36,4) *	
	Orta	2 (18,2)	4 (18,2)	
	Oldukça	4 (36,4) *	1 (4,5) *	
	Son derece endişe duyuyorum	5 (45,5) *	1 (4,5) *	
Nasıl görüldüğünüz ile ilgili düşüncelerin zihninizi meşgul etmesi	Hiç meşgul etmiyor	0 (0)	6 (27,3)	,000
	Biraz	0 (0) *	14 (63,6) *	
	Orta	3 (27,3)	1 (4,5)	
	Çok	8 (72,7) *	1 (4,5) *	
Sıradan bir günde nasıl görüldüğüyle ilgili düşünmek için harcanılan zaman	Hiç	0 (0)	5 (22,7)	,000
	Az	2 (18,2) *	15 (68,2) *	
	Orta	6 (54,5) *	1 (4,5) *	
	Çok	3 (27,3)	1 (4,5)	
Nasıl görüldüğünüz ile ilgili bu düşüncelerin aile veya arkadaşlarınızla bir şeyler yapmanızı etkileme durumu	Hiç	2 (18,2) *	19 (86,4) *	0,003
	Biraz	2 (18,2)	1 (4,5)	
	Orta	4 (36,4)	2 (9,1)	
	Çok fazla	2 (18,2) *	0 (0) *	
	Son derece fazla	1 (9,1)	0 (0)	
Görünümlerin fiziksel kusur/kusurların yaşamlarında herhangi olumsuz etkiye sebep olması	Hiç	2 (18,2) *	19 (86,4) *	,000
	Orta	4 (36,4)	3 (13,6)	
	Çok sık	5 (45,5) *	0 (0) *	

p= Ki-kare

* Bonferroni düzeltmesi sonucu anlamlı fark çıkan değişken

4.2. Katılımcılara ait tanısal özellikler

Katılımcılar fiziksel hastalık açısından karşılaştırıldığında, olgu ve kontrol grubu hastalarının hiçbirisi fiziksel bir hastalığa sahip değildir. Fiziksel hastalık açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir

Katılımcıların ruhsal hastalık durumu sorgulandığında kontrol grubunda yalnız 1 hastada (%4,5) en az bir ruhsal hastalık bulunduğu, 21'inde (%95,5) ruhsal hastalık olmadığı; olgu grubundaki hastaların 1'inde (%9,1) bir ruhsal hastalık bulunduğu, 10'unda (%90,9) ruhsal hastalık bulunmadığı saptanmıştır. İki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,606$). Katılımcıların tanısal özellikleri Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Katılımcıların tanısal özellikleri

Değişken	Grup	Olgu	Kontrol	p
		n (%)	n (%)	
Bilinen bir fiziksel hastalık durumu	Hayır	11 (100)	22 (100)	-
	Evet	0 (0)	0 (0)	
Bilinen bir ruhsal hastalık durumu	Hayır	10 (90,9)	21 (95,5)	0,606
	Evet	1 (9,1)	1 (4,5)	

p= Ki-kare

4.3. Katılımcıların ebeveynlerine ait özellikler

Anne eğitim durumuna göre her iki grup karşılaştırıldığında eğitim düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,421$). Çalışmaya katılan ergenlerin annelerinin mesleklerine bakıldığında olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (0,943).

Katılımcıların annelerinin fiziksel ve ruhsal hastalık durumu sorgulandığında olgu ile kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,056$; $p=0,706$).

Tablo 6: Katılımcıların annelerine ait özellikler

Değişken	Grup	Olgu	Kontrol	p
		n (%)	n (%)	
Anne eğitim	İlkokul ve altı	5 (45,5)	10 (45,5)	0,421
	Ortaokul	2 (18,2)	2 (9,1)	
	Lise	3 (27,3)	3 (13,6)	
	Lisans ve üzeri	1 (9,1)	7 (31,8)	
Meslek	Çalışmıyor	6 (54,5)	14 (63,6)	0,943
	İşçi	3 (27,3)	4 (18,2)	
	Memur	1 (9,1)	2 (9,1)	
	Diğer	1 (9,1)	2 (9,1)	
Fiziksel hastalık	Hayır	7 (63,6)	20 (90,9)	0,056
	Evet	4 (36,4)	2 (9,1)	
Ruhsal hastalık	Hayır	10 (90,9)	19 (86,4)	0,706
	Evet	1 (9,1)	3 (13,6)	

p= Ki-kare

Baba eğitim durumuna göre olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında eğitim düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,362$). Çalışmaya katılan ergenlerin babalarının mesleklerine bakıldığında iki grup arasında babaların meslekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0,26$).

Katılımcıların babalarının fiziksel hastalık durumuna göre iki grup karşılaştırıldığında olgu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir. Olgu grubunda babanın fiziksel hastalığa sahip olması anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ($p=0,003$). Katılımcıların babalarının ruhsal hastalık durumu sorgulandığında olgu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark gösterilememiştir ($p=0,302$). Babaların eğitim, meslek, fiziksel ve ruhsal hastalık dağılımı Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Katılımcıların babalarına ait özellikler

Değişken	Grup	Olgu	Kontrol	p
		n (%)	n (%)	
Baba eğitim	İlkokul ve altı	3 (27,3)	8 (36,4)	0,362
	Ortaokul	2 (18,2)	1 (4,5)	
	Lise	5 (45,5)	7 (31,8)	
	Lisans ve üzeri	1 (9,1)	6 (27,3)	
Meslek	Çalışmıyor	1 (9,1)	1 (4,5)	0,26
	İşçi	2 (18,2)	11 (50)	
	Memur	1 (9,1)	3 (13,6)	
	Diğer	7 (63,6)	7 (31,8)	
Fiziksel hastalık	Hayır	7 (63,6) *	22 (100) *	0,003
	Evet	4 (36,4) *	0 (0) *	
Ruhsal hastalık	Hayır	11 (100)	20 (90,9)	0,302
	Evet	0 (0)	2 (9,1)	

p= Ki-kare

* Bonferroni düzeltmesi sonucu anlamlı fark çıkan değişken

4.4. 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 ($p=0.606$; $p=0.302$). Kardeşlerin fiziksel ve ruhsal hastalık dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların kardeşlerine ait özellikler

Değişken	Grup	Olgu	Kontrol	p
		n (%)	n (%)	
Fiziksel hastalık	Hayır	10 (90,9)	21 (95,5)	0,606
	Evet	1 (9,1)	1 (4,5)	
Ruhsal hastalık	Hayır	11 (100)	20 (90,9)	0,302
	Evet	0 (0)	2 (9,1)	

p= Ki-kare

4.5. Katılımcıların sahip oldukları sosyal medya hesaplarına ilişkin özellikler

Olgu ve kontrol grubundaki hastaların tamamı en az bir sosyal medya hesabına sahiptir. Olgu grubundaki hastaların %90,9’u; kontrol grubundaki hastaların ise hepsi Instagram kullandığını belirtmiştir. BDB olan hastaların %63,6’sı; BDB olmayan hastaların ise %38,1’i Snapchat kullandığını belirtmiştir. Olgu grubundaki hastaların %27,3’ü; kontrol grubundaki hastaların ise %14,3’ü Twitter kullandığını ifade etmiştir. BDB olan hastaların %36,4’ü TikTok kullandığını belirtmiş olup kontrol grubundaki hastalarda bu oran %45,5’tir. BDB olan hastaların %72,7’si; BDB olmayan hastaların %66,7’si Youtube kullandığını belirtmiştir. Her iki gruptaki hastaların tamamı Whatsapp kullandığını belirtmiştir. Olgu grubundaki hastaların %72,7’si; kontrol grubundaki hastaların ise %71,4’ü diğer sosyal medya hesaplarına sahiptir. BDB olan hastaların %54,5’i; kontrol grubundaki hastaların ise %38,1’i Instagram ve Snapchat kullandığını belirtmiştir. Sonuç olarak olgu grubu ile kontrol grubu sahip oldukları sosyal medya hesabı türlerine göre karşılaştırıldığında; Instagram ($p=0.16$), Snapchat ($p=0.169$), Twitter ($p=0.371$), TikTok ($p=0.618$), Youtube ($p=0.725$) ve Instagram-Snapchat ($p=0.373$) aralarında herhangi anlamlı farklılık saptanmamıştır. Katılımcıların sahip oldukları sosyal medya türleri Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9: Katılımcıların sahip oldukları sosyal medya hesapları

Değişken	Grup	Olgu	Kontrol	p
		n (%)	n (%)	
Instagram	Hayır	1 (9,1)	0 (0)	0,16
	Evet	10 (90,9)	21 (100)	
Snapchat	Hayır	4 (36,4)	13 (61,9)	0,169
	Evet	7 (63,6)	8 (38,1)	
Twitter	Hayır	8 (72,7)	18 (85,7)	0,371
	Evet	3 (27,3)	3 (14,3)	
TikTok	Hayır	7 (63,6)	12 (54,5)	0,618
	Evet	4 (36,4)	10 (45,5)	
Youtube	Hayır	3 (27,3)	7 (33,3)	0,725
	Evet	8 (72,7)	14 (66,7)	
Whatsapp	Hayır	0 (0)	0 (0)	-
	Evet	11 (100)	21 (100)	
Diğer	Hayır	3 (27,3)	6 (28,6)	0,938
	Evet	8 (72,7)	15 (71,4)	
Instagram & Snapchat	Hayır	5 (45,5)	13 (61,9)	0,373
	Evet	6 (54,5)	8 (38,1)	

p= Ki-kare

4.6. Katılımcıların sosyal medya kullanımına ilişkin veriler

Olgu ve kontrol grubunda yer alan hastaların tümünün en az bir sosyal medya hesabına sahip olduğu saptanmıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında, bir günde sosyal medyada geçirilen süre; fotoğraf, video paylaşımının ön planda olduğu sosyal medyada (Instagram, Snapchat), metin paylaşımının ön planda olduğu sosyal medyada (Twitter/X, LinkedIn) ve fotoğraf-metin her iki tür paylaşımının ön planda olduğu sosyal medyada (Facebook, Whatsapp vb) geçirilen süreler karşılaştırıldığında olgu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir ($p=0.296$; $p=0.387$; $p=0.302$; $p=1.000$). Katılımcıların sosyal medya kullanım alışkanlıklarının dağılımı Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10: Katılımcıların sosyal medya kullanım verileri

Değişken	Grup	Var	Yok	p
		n (%)	n (%)	
Sosyal medyada bir günde genellikle ne kadar zaman harcıyorsunuz?	3 saatten az	6 (54,5)	16 (72,7)	0,296
	3 saatten fazla	5 (45,5)	6 (27,3)	
Fotoğraf, video tabanlı sosyal medya	7 saatten az	3 (27,3)	8 (36,4)	0,387
	7-14 saat	5 (45,5)	12 (54,5)	
	14 saat üzeri	3 (27,3)	2 (9,1)	
Metin tabanlı sosyal medya	7 saatten az	11 (100)	20 (90,9)	0,302
	7-14 saat	0 (0)	2 (9,1)	
Fotoğraf +metin tabanlı sosyal medya	7 saatten az	7 (63,6)	14 (63,6)	1
	7-14 saat	4 (36,4)	8 (36,4)	

p= Ki-kare

4.7. Katılımcıların sosyal medyada fotoğraf çekme ve paylaşım özellikleri

Olgu ve kontrol grubunun sosyal medyada paylaştıkları fotoğraflar ile ilgili yöneltilen sorulara verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde; yapılan istatistiksel analiz sonucunda olgu grubundaki hastaların %9,1'i ile kontrol grubundaki hastaların %18,2'si fotoğraf düzenleme programları kullandığını belirtmiştir. Olgu grubundaki hastaların %45,5'i ile kontrol grubundaki hastaların %72,7'si özçekim çektiğini belirtmiştir. Olgu grubu hastalarının %27,3'ü, kontrol grubundaki hastaların ise %40,9'u özçekim çekerken filtre kullandığını belirtmiştir. Olgu grubundaki hastaların %27,3'ü; kontrol grubundaki hastaların %54,5'i özçekimlerini sosyal medyada paylaştıklarını belirtmiştir. Fotoğraf düzenleme programlarını kullanma, özçekim çekme, özçekim çekerken filtre kullanma ve özçekimlerini sosyal medyada paylaşma durumuna ilişkin oranlar arasında anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,492; p=0,125; p=0,443; p=0,125).

BDB olan hastaların %45,5'i, kontrol grubundaki hastaların ise %13,6'sı sosyal medyada paylaşılan fotoğrafların beğenilme sayısının kendilerini etkilediğini belirtmiştir. Olgu ve kontrol grupları arasında sosyal medyada paylaşılan fotoğrafların beğenilme sayısının kendilerini etkileme durumuna ilişkin oranlar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,044). Olgu grubundaki hastaların %72,7'si; kontrol grubundaki hastaların ise %22,7'si sosyal medyada paylaştıkları fotoğraflara yapılan yorumların kendilerini etkilediğini belirtmiştir. Olgu ve kontrol grubu arasında sosyal medyada

paylaşılan fotoğraflara yapılan yorumların kendilerini etkileme durumuna ilişkin oranlar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.006$). Farkın kaynağı için yapılan Bonferroni düzeltmesi sonucuna göre sosyal medyada paylaşılan fotoğraflara yapılan yorumların kendilerini etkilediğini belirten hastalar içinde BDB olanların oranı olmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksektir.

Sosyal medyada fotoğraf çekme ve paylaşım özelliklerine ilişkin veriler Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11: Sosyal medyada fotoğraf çekme ve paylaşım özellikleri

Değişken	Grup	Olgu	Kontrol	p
		n (%)	n (%)	
Fotoğraf düzenleme (shop, editleme) programları kullanma	Hayır	10 (90,9)	18 (81,8)	0,492
	Evet	1 (9,1)	4 (18,2)	
Özçekim (selfie) çekme	Hayır	6 (54,5)	6 (27,3)	0,125
	Evet	5 (45,5)	16 (72,7)	
Özçekim (selfie) çekerken filtre kullanma	Hayır	8 (72,7)	13 (59,1)	0,443
	Evet	3 (27,3)	9 (40,9)	
Özçekim(selfie) çekimlerinizi sosyal medyada paylaşma	Hayır	8 (72,7)	10 (45,5)	0,138
	Evet	3 (27,3)	12 (54,5)	
Sosyal medyada paylaştığınız fotoğrafların beğenilme sayısı sizi etkiler mi?	Hayır	6 (54,5) *	19 (86,4) *	0,044
	Evet	5 (45,5) *	3 (13,6) *	
Sosyal medyada paylaştığınız fotoğraflara yapılan yorumlar sizi etkiler mi?	Hayır	3 (27,3) *	17 (77,3) *	0,006
	Evet	8 (72,7) *	5 (22,7) *	

p= Ki-kare

* Bonferroni düzeltmesi sonucu anlamlı fark çıkan değişken

4.8. Katılımcıların plastik cerrahi polikliniğine başvurularına ait özelliklerin değerlendirilmesi

Plastik cerrahiye başvuran ergen hastaların başvuru şikayetleri değerlendirildiğinde başvuran hastaların rahatsız oldukları ve estetik işlem istenilen bölgelerin dağılımı; burun (%40,6), meme (%18,8), kulak (%12,5), cilt (%15,6) ve diğer (%12,5) olarak elde edilmiştir. Olgu ve kontrol grubunda bu bölgelerin dağılımına ayrı ayrı bakıldığında ise; olgu grubundaki hastaların en sık meme büyütme ya da küçültme (%50), ikinci sıklıkta ise rinoplasti (%30) operasyonu isteği ile geldikleri, kontrol grubundaki hastaların ise en sık rinoplasti ameliyatı ikinci sıklıkta ise eşit sıklıkta kulak ve meme estetiği operasyonları olarak saptanmıştır. Olgu ve kontrol grubu arasında plastik cerrahi polikliniğine gelme şikayetlerine ilişkin oranlar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Farkın kaynağı için yapılan Bonferroni düzeltmesi sonucuna göre meme estetiği olma isteği ile gelen ergen hastalar için BDB olanların oranı olmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır ($p=0.038$, $p<.05$).

Olgu ve kontrol grubundaki hastaların çevrelerinde herhangi estetik ve kozmetik işlem yaptıran bireylere ilişkin analizde olgu ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir. Farkın kaynağı için yapılan Bonferroni düzeltmesi sonucuna göre çevresinde işlem yapıldığını belirten hastalar içinde BDB olanların oranı olmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0.049$). Hastaların plastik cerrahiye başvuru şikayetlerine ilişkin veriler Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: Plastik cerrahiye başvuru şikayetlerine ilişkin özellikler

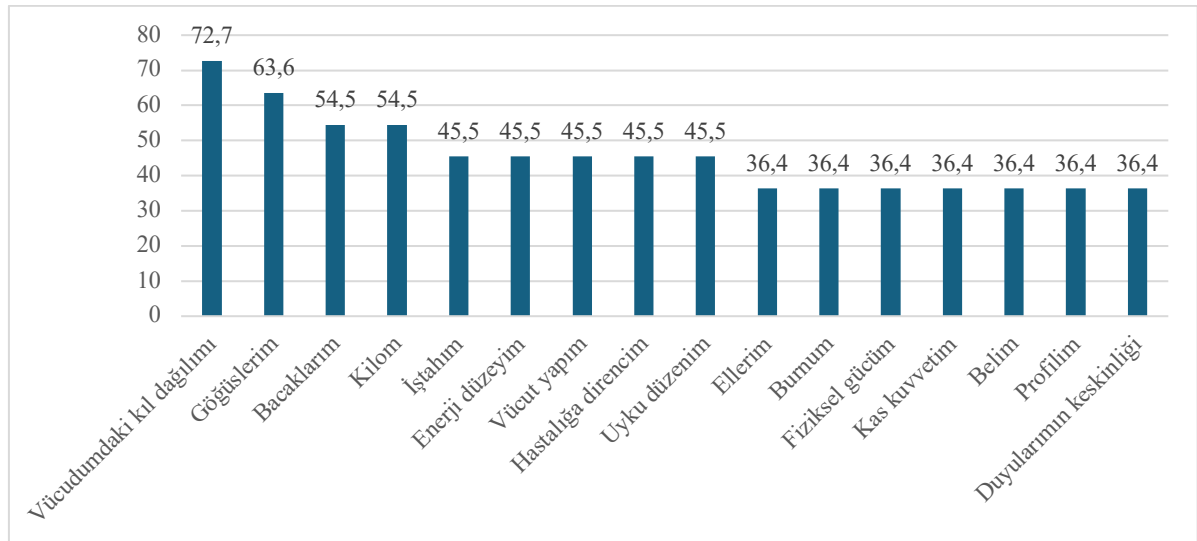
Değişken	Grup	Olgu	Kontrol	p
		n (%)	n (%)	
Estetik işlem/operasyon istenilen bölge	Rinoplasti	3 (30)	10 (45,5)	0,038
	Meme Estetiği	5 (50) *	1 (4,5) *	
	Kulak Estetiği	0 (0)	4 (18,2)	
	Cilt (Skar)	1 (10)	4 (18,2)	
	Diğer	1 (10)	3 (13,6)	
Çevresinde estetik işlem yaptıran kişilerin varlığı	Hayır	3 (27,3) *	14 (63,6) *	0,049
	Evet	8 (72,7) *	8 (36,4) *	

p= Ki-kare

* Bonferroni düzeltmesi sonucu anlamlı fark çıkan değişken

4.9. Olgu grubunda uğraşılan beden bölgelerinin dağılımı

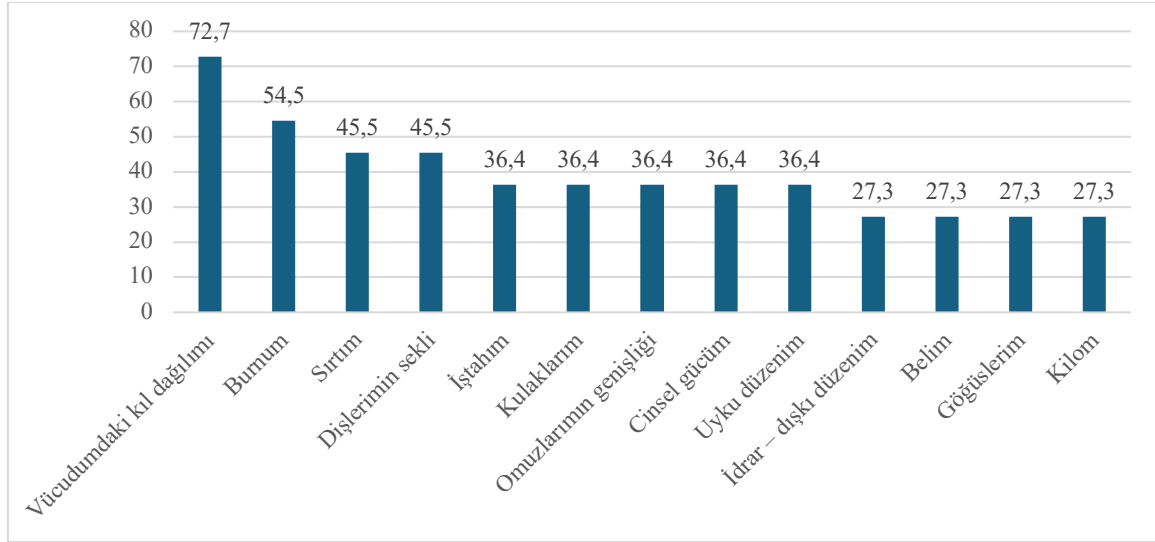
Olgu grubunda vücut bölgeleri içinde memnuniyetsizlik oranı en yüksek olan üç bölge; vücuttaki kıl dağılımı (%72,7), göğüsler (%63,6) ve bacaklar ile dişler (%54,5) olarak saptanmıştır. Her hastanın uğraşısı birden fazla beden bölgesi olduğu için uğraşılan beden bölgesi toplamı %100'den fazladır. Bölgelere ait açıklamalar Şekil 2'de verilmiştir.



Şekil 2: Olgu grubunda uğraşının odağı olan beden bölgeleri

4.10. Kontrol grubunda uğraşılan beden bölgelerinin dağılımı

Kontrol grubunda vücut bölgeleri içinde memnuniyetsizlik oranı en yüksek olan üç bölge; vücuttaki kıl dağılımı (%72,7), burun (%54,5) ve sırt ile dişlerin şekli (%45,5) 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: Kontrol grubunda uğraşının odağı olan beden bölgeleri

Tablo 13'te olgu ve kontrol grubundaki hastaların mevcut şikayetlerinin süreleri yıl cinsinden kıyaslandığında anlamlı farklılık elde edilememiştir. Olgu ve kontrol grubundaki hastaların şikâyet sürelerinin uzunluğu arasında anlamlı farklılık yoktur. BDB olan ve olmayan hastaların şikayet sürelerinin ortalamaları benzerdir ($p=0.415$).

Tablo 13: Şikayet süreleri

Süre (yıl)	Olgu	Kontrol	p
	Ort ± ss	Ort ± ss	
Şikayet süresi	3,64 ± 2,01	3,41 ± 3,97	0,415

p= Mann-Whitney U

4.11. Gruplar arasında sosyal medya kullanım motivasyonu ölçeği ve alt boyutları, sosyal medya bağımlılık ölçeği kısa formu ve vücut algısı ölçeği puan farklarının incelenmesi

BDB olma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında gruplarda veri sayısı yeterli olmadığından Mann-Whitney U analiz yöntemi kullanılmıştır. Olgu ve kontrol grubu arasında vücut algısı puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık elde edilmiştir. BDB olan hastaların vücut algısı puan ortalamaları, BDB olmayan hastalardan daha yüksek saptanmıştır ($p=0.013$).

BDB olma durumuna göre hastaların sosyal medya kullanım motivasyonu genel puanları ile tüm alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık elde edilememiştir ($p=0.215$, $p=0.875$, $p=0.292$, $p=0.484$). BDB olan ve olmayan hastaların sosyal medya kullanım motivasyonu ile tüm alt boyut düzeyleri benzerdir.

BDB ve kontrol grubu karşılaştırıldığında sosyal medya bağımlılık puanları arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir. BDB olan hastaların sosyal medya bağımlılık puan ortalamaları BDB olmayan gençlerden daha yüksektir ($p=0.005$). Katılımcılara ait toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 14: Olgu ve kontrol grubunun VAÖ, SMKMÖ alt boyutları ve SMBÖ-KF puanları

Ölçekler	Olgu	Kontrol	p
	Ort $\pm$ ss	Ort $\pm$ ss	
VAÖ	107,36 $\pm$ 34,02	78,73 $\pm$ 24,04	0,013
SMKMÖ	30,55 $\pm$ 13,91	25,64 $\pm$ 7,2	0,456
İletişim	6,09 $\pm$ 2,47	5 $\pm$ 1,93	0,215
Popülerlik	7 $\pm$ 3,66	6,82 $\pm$ 2,92	0,875
Görünüm	9,73 $\pm$ 5,76	7,36 $\pm$ 2,94	0,292
Değerler ilgi	7,73 $\pm$ 4,41	6,45 $\pm$ 3,23	0,484
SMBÖ-KF	4,36 $\pm$ 2,34	1,95 $\pm$ 1,73	0,005

p= Mann-Whitney U

VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği, SMKMÖ: Sosyal Medya Kullanım Motivasyonu Ölçeği, SMBÖ-KF: Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği Kısa Formu,

4.12. Katılımcılara ait ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Tüm ölçek puanları normal dağılım gösterdiği için ve veri sayısı yeterli ($n>30$) olduğu için Pearson korelasyon yöntemi kullanılmıştır. Hastaların vücut algısı puan ortalamaları ile sosyal medya kullanım motivasyonu tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Hastaların vücut algısı ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları ile sosyal medya bağımlılık ölçeği puan ortalamaları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($r=0.465$). Hastaların vücut algısı puan ortalamaları arttıkça sosyal medya bağımlılık puan ortalamaları artmakta ya da tam tersidir. Hastaların sosyal medya bağımlılık ölçeği puan ortalamaları ile sosyal medya kullanım motivasyonu ölçeği iletişim alt boyut puan ortalamaları arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.351$). Hastaların sosyal medya bağımlılık puan ortalamaları arttıkça iletişim alt boyut puanları artmaktadır. Ancak hastaların sosyal medya bağımlılık puan ortalamaları ile sosyal medya kullanım motivasyonu iletişim dışındaki alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. Tablo 15'te ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyon yer almaktadır.

Tablo 15: Ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyon

r	1	2	3	4	5	6	7
1. VAÖ	1						
2. SMKMÖ	0,107	1					
3. İletişim	0,164	,560	1				
4. Popülerlik	-0,023	,781	,355	1			
5. Görünüm	0,169	,927	,476	,704	1		
6. Değerler ilgi	0,024	,685	0,098	0,27	,516	1	
7. SMBÖ-KF	,465	0,303	,351	0,339	0,343	-0,057	1

r = Pearson korelasyon

VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği, SMKMÖ: Sosyal Medya Kullanım Motivasyonu Ölçeği, SMBÖ-KF: Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği Kısa Formu,

4.13. Katılımcılara ait sosyal medya kullanım motivasyonu ölçeği alt boyut puan ortalamalarının sosyal medya türleri, cinsiyet ve vücut algısı ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırılması

Snapchat kullanım durumuna göre hastaların VAÖ puan ortalamaları ($p=0.040$) ve SMKMÖ görünüm alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.030$). Snapchat kullanan hastaların VAÖ puan ortalamaları ($p=0.04$) ve SMKMÖ görünüm alt boyutu puan ortalamaları Snapchat kullanmayanlara göre daha yüksektir ($p=0.03$). Snapchat kullanım durumuna göre hastaların SMKMÖ popülerlik alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0.471$).

TikTok kullanım durumuna göre hastaların SMKMÖ alt boyutlarından popülerlik puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.034$). TikTok kullanım durumuna göre VAÖ puan ortalamaları ve SMKMÖ görünüm alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,675$, $p=0,79$).

Cinsiyete göre hastaların VAÖ puan ortalamaları, SMKMÖ popülerlik ve görünüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p=0,771$, $p=0,97$, $p=0,718$).

BDB olma durumuna göre hastaların, SMKMÖ popülerlik ve görünüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p=0,875$, $p=0,292$).

Tablo 16: SMKMÖ popülerlik ve görünüm alt boyut puan ortalamalarının sosyal medya türlerine göre incelenmesi

Grup	n	Vücut Algısı	Popülerlik	Görünüm
		Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss
Snapchat kullananlar				
Hayır	17	77,24 ± 26,96	6,24 ± 2,54	6,65 ± 2,94
Evet	15	100,8 ± 31,24	7,27 ± 3,53	9,6 ± 4,87
p		0,04	0,471	0,03
TikTok kullananlar				
Hayır	19	90,32 ± 30,51	6,05 ± 3,05	7,89 ± 4
Evet	14	85,5 ± 31,36	8 ± 2,99	8,5 ± 4,5
p		0,675	0,034	0,79
Instagram, Snapchat ve TikTok kullananlar				
Hayır	26	86,85±29,67	6,62±3,02	7,88±3,96
Evet	7	93,57±35,26	7,86±3,58	9,14±5,05
p		0,676	0,377	0,614
Cinsiyet				
Kız	19	89,47 ± 29,24	7 ± 3,5	8,47 ± 4,98
Erkek	14	86,64 ± 33,12	6,71 ± 2,67	7,71 ± 2,81
p		0,771	0,97	0,718
BDB				
Kontrol	22	78,73 ± 24,04	6,82 ± 2,92	7,36 ± 2,94
Olgu	11	107,36 ± 34,02	7 ± 3,66	9,73 ± 5,76
p		0,013	0,875	0,292

p= Mann-Whitney U

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Kocaeli Şehir Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü polikliniklerine estetik kaygılarla operasyon için başvuran, 15-19 yaş aralığındaki ergenlerde BDB tanısının yaygınlığının belirlenmesi ve sosyal medya kullanımı ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yazın incelendiğinde, ergen yaş grubunda BDB ile ilgili yapılan araştırmaların sınırlı olduğu, özellikle de plastik cerrahiye başvuran ergenlerde bu tür çalışmaların yok denecek kadar az olduğu görülmektedir. Bu durum, çalışmamızın önemini artırmaktadır.

BDB, çoğunlukla belirtilerin ortaya çıkışı ile kliniğe başvuru arasındaki uzun zaman aralığı nedeniyle gözden kaçabilmektedir. Üstelik BDB’li ergenler, sıklıkla ruh sağlığı hizmetleri aramak yerine algıladıkları “kusurları” düzeltmek amacıyla estetik ve kozmetik işlemlere yönelebilmektedir. Genellikle erişkin yaş grubunda incelenen BDB ve sosyal medya arasındaki ilişkiye dair veriler, ergen yaş grubuna yönelik çalışmalarda yetersiz kalmaktadır. Bu eksiklik, ergenlerin giderek artan sosyal medya kullanımının beden algısı üzerindeki yıkıcı etkilerini daha derinlemesine anlamamızı engellemektedir. Bu nedenle, estetik operasyon talebiyle plastik cerrahi kliniklerine başvuran ergenlerin BDB açısından değerlendirilmesi, ruh sağlığına yönelik doğru müdahalelerin erken dönemde yapılması açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu bağlamda, çalışmamızın sonuçları, ergenlerde estetik kaygıların ve sosyal medya etkileşimlerinin beden algısını nasıl şekillendirdiğine dair yeni bir bakış açısı kazandırabilir ve gençlerin işlevselliğini artırmaya yönelik önleyici yaklaşımlara katkı sağlayabilir.

Yapmış olduğumuz çalışmada BDB tanısı klinik görüşme sonucu konulmuştur. Değerlendirilen 33 hastanın 11’i 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 11, kontrol grubu ise 22 ergenden oluşmuştur.

Çalışmamızda plastik cerrahiye estetik operasyon isteği ile başvuran ergenlerde BDB yaygınlığı %33,3 olarak saptanmıştır. Epidemiyolojik çalışmalara göre, BDB’nin genel popülasyonda yaşam boyu yaygınlığı %0,7–2,4 arasında değişmektedir.^{40, 193-196} BDB’nin yaygınlık oranı alınan örnekleme göre farklılık göstermektedir. Genel toplumdaki çocuklar ve ergenlerde BDB yaygınlığı iki çalışmada %1,7 ve %2,2 olarak saptanmıştır.^{5, 6} Klinik çalışmalarda, incelenen gruba bağlı olarak BDB'nin yaygınlığının %3 ile %40 arasında değiştiği görülmektedir.^{45, 46}

Plastik cerrahi kliniklerine başvuran hastalar arasında BDB yaygınlığının %6-20 arasında değiştiği farklı çalışmalarda gösterilmiştir.^{24, 48, 110} Yakın zamanda plastik

rekonstrüktif ve estetik cerrahiye başvuran hastaların BDB yaygınlığının araştırılması için yapılan, verilerin 1878-2024 yılları arasındaki çalışmalardan elde edilen bir meta analiz derlemesinde BDB'nin genel yaygınlığı %18,6 bulunmuştur.¹⁹⁷ Tüm bunlardan yola çıkarak plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi polikliniğine başvuran ergen hastalarda BDB yaygınlığının toplum örneklemine göre fazla olduğu hipotezimiz doğrulanmıştır. Alan yazında plastik cerrahiye başvuran ergen hastalarda BDB yaygınlığı ile ilgili çalışmaya rastlanmamakla birlikte, erişkin örneklem grubundaki klinik çalışmalarla bulunan sonuçlar karşılaştırıldığında, BDB yaygınlık oranının çalışmamızda daha yüksek çıktığı görülmüştür. Çalışmamızda bulunan yüksek oran, estetik kaygıların bu bozukluğun gelişimiyle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Yazındaki çalışmalarda BDB yaygınlık oranlarının değişiklik göstermesi, çalışmanın yapıldığı örneklemin demografik özellikleri, ülkenin sosyo-kültürel yapısı, kullanılan tanı kriterleri ve değerlendirme araçları ile ilişkili olarak metodolojik farklılıklardan kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızın örnekleminin küçük olması, hastaların sadece belirli bir zaman diliminde değerlendirilmiş olması ve rekonstrüktif amaçlı başvuran hastaların çalışma dışı bırakılması sonuçlarımızı etkilemiş olabilecek kısıtlılıklar olarak düşünülmüştür. Çalışmamızda BDB yaygınlığının yüksek oranda bulunması, sınırlı bir örneklemden elde edilmiş sonuçlar olsa da estetik cerrahiye başvuran genç popülasyonun beden algısına dair kaygılarının bir göstergesi olarak değerlendirildiğinde önem arz etmektedir. Ancak, örneklem büyüklüğünün küçük olması ve tek bir il merkezinde yapılmış olması sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Bu nedenle, daha geniş örnekleme yapılacak ve uzun dönemli çalışmalarla bu bulguların desteklenmesi gerekmektedir.

Yapmış olduğumuz çalışmada BDB olan ergenlerin yaş ortalaması $17,56 \pm 1,32$ olarak saptanmıştır. BDB ile yapılan çalışmalar, hastalığın genellikle 13-14 yaşında başladığını ancak hastaların klinisyene başvurup tanı alma süresinin ortalama 11-12 yıl olduğunu vurgulamaktadır.¹⁴⁵ 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.¹¹ Ülkemizde 420 hemşirelik bölümü öğrencisiyle yapılan bir çalışmada BDB ortalama başlangıç yaşı $15,1 \pm 2,3$ bulunurken; Grant ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada BDB başlangıç yaş ortalaması 11,9 olduğu tespit edilmiştir.^{45, 91} Görüldüğü üzere çalışmalar arasında BDB başlangıç yaşı açısından farklılıklar bulunsa da BDB'nin genel olarak ergenlik döneminde başladığı söylenebilir. Çalışmamızda BDB olan

kişilerin mevcut şikayetlerinin süre ortalamasının $3,64 \pm 2,01$ yıl olduğu bulunmuştur. BDB hastalarının yaşlarına göre mevcut şikayetlerinin sürelerine baktığımızda, BDB başlangıç yaş ortalaması 13,9 olarak saptanmıştır. Yazında farklı popülasyonlarda yapılan çalışmaların sonuçları dikkate alındığında, BDB'nin başlangıç yaşının geniş bir aralıkta değişkenlik gösterdiği gözlenmiştir. Çalışmalar arasında başlangıç yaşı açısından farklılıkların olmasının nedenleri, tanı yöntemlerindeki farklılıklardan, kullanılan ölçeklerden ve katılımcıların demografik özelliklerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

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 saptayan araştırmalar da mevcuttur.^{50, 198} Toplumların kadınları daha çok beden algıları üzerinden tanımlamaları, kadınların sosyal normlara bedenleri üzerinden daha fazla maruz kalmaları, görünümünün daha sık incelenmesi ve sosyal medya/kitle iletişim araçları ile bu normların daha fazla benimsenmesinin; kadınlarda BDB'nin daha sık görülmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.⁸² Instagram, TikTok gibi platformlarda beden estetiği ile ilgili idealize edilmiş görüntülerin yayılması, kadınların fiziksel görünümleri konusunda daha fazla baskı hissetmelerine neden olabileceği ve bu durumun, kadınların bedenleriyle ilgili daha fazla eleştiriye maruz kalmasına ve dolayısıyla BDB'nin kadınlarda daha yaygın hale gelmesine yol açabileceği belirtilmektedir.¹⁹⁹ Yazında kadınların görünüm odaklı sosyal baskılara daha fazla maruz kaldığı varsayılırken; erkeklerdeki beden imajı kaygılarının genellikle kas kütlesi ve fiziksel güç üzerinden şekillendiği kabul edilmektedir.²⁰⁰ Erkeklerde bu duruma bağlı olarak kas dismorfisi gibi farklı BDB alt tiplerinin daha sık gözlemlendiği rapor edilmiştir.^{99, 200} Çalışmamızda elde edilen sonuçlar, yazında olduğu gibi BDB'nin kızlarda daha yaygın olduğuna dair bulgularla uyumludur. Cinsiyetler arasındaki yaygınlığın değerlendirildiği çalışmalarda bu farklılıklar, çalışmalarda kullanılan tanı yöntemleri ve ölçüm araçlarının yanı sıra, katılımcıların demografik özelliklerine de bağlı olabilir. Ayrıca, cinsiyete dayalı toplumsal normların ve kültürel etkilerin, beden imajı ile ilgili endişelerin erkeklerde ve kadınlarda farklı şekilde

ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir. Erkeklerde BDB'nin daha sık kas dismorfisi şeklinde ortaya çıkabileceği ve kullanılan öz bildirim ölçeklerinin bu durumu yeterince kapsamıyor oluşu bir kısıtlılık olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda erkek katılımcıların çalışma sırasında formları doldurmada isteksiz davranmaları, çalışmamızın önemli kısıtlılıklarından biri olarak düşünülmüştür. Bu durum, erkeklerin beden imajı ile ilgili sorunlarını dile getirme veya fark etme konusundaki sosyal damgalanma korkusundan kaynaklanmış olabilir. Cinsiyete dayalı BDB farklılıkları konusunda daha fazla veri elde edebilmek için, gelecekteki çalışmalarda hem kadınlar hem de erkekler için farklı alt tipleri ele alacak daha geniş kapsamlı ölçeklerin kullanılması önerilmektedir. Özellikle erkeklerde kas dismorfisi gibi alt tiplerin daha sık gözlendiği düşünülürse, bu farklılıkların daha iyi anlaşılması için cinsiyet odaklı analizlerin yapılması önem arz etmektedir.

Çalışmamızda olgu ve kontrol grupları arasında okulu bırakma açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yazındaki araştırmalar, BDB'li ergenlerin %18-22'sinin eğitim hayatına devam etmediğini, okulu bıraktığını göstermektedir.^{1, 83} Yazında, BDB'nin sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görüldüğü ve bu komorbiditelerin okulu bırakma oranlarını artırabileceği bildirilmektedir.⁵⁸ Depresyon, anksiyete bozuklukları ve sosyal fobi gibi ruhsal bozukluklar, BDB'li bireylerin eğitim hayatlarına devam edememelerine sebep olabilmektedir. Bizim çalışmamızda ise, ergenlerin komorbid psikiyatrik bozukluklarının az olması, eğitim hayatlarını sürdürmelerine olanak tanımış olabilir. Bu durum, BDB'nin tek başına okulu bırakmaya neden olmaktan ziyade, komorbid psikiyatrik bozukluklarla birlikte daha fazla eğitim kaybına yol açabileceğini düşündürmektedir. Bizim çalışmamızın sonucunun yazındaki çalışmalardan farklılık göstermesinin olası nedenleri arasında; çalışmaya dahil edilen ergenlerin çoğunun liseden mezun olmuş ya da üniversite sınavına hazırlanıyor olması, eşlik eden psikiyatrik ve fiziksel hastalık komorbiditelerin az olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri olarak düşündüğümüz örneklemimizin büyük ölçüde lise mezunları veya üniversite sınavına hazırlanan ergenlerden oluşması BDB'nin eğitim hayatı üzerindeki etkilerinin araştırılmasını engellemiş olabilir. Gelecek çalışmalarda, farklı eğitim seviyelerindeki ergenlerin de dahil edilmesi, BDB'nin eğitim hayatına etkilerinin daha kapsamlı bir şekilde anlaşılmasına olanak tanıyabilir. Özellikle, eğitim hayatına devam etmeyen veya erken yaşta okulu bırakan ergenlerin BDB açısından incelenmesi, daha fazla bilgi sağlayacaktır.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında olgu ve kontrol grubundaki hastaların aile tipi, sigara ve alkol kullanımına ilişkin oranlar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Olgu ve kontrol grubundaki hiçbir hasta madde kullanmamaktadır. Yazındaki çalışmalarda vücut memnuniyetsizliğinin sigara içme davranışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{201, 202} BDB hastalarını inceleyen bir araştırmada, %48,9 oranında madde kullanım bozukluğu tespit edilmiştir. Bu durumun, hastaların belirtilerinin neden olduğu yoğun sıkıntıyla başa çıkma çabasıyla ve kendi kendine tedavi amacıyla madde kullanımına yönelmeleriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yapılmış olan bir araştırmaya göre en sık kullanılan madde %29 oranında alkol olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada yer alan 135 BDB hastasının yaklaşık yarısı, görünümüleriyle ilgili kaygılarla başa çıkmakta güçlük çektikleri için bu kaygıları hafifletmek ya da sosyal ortamlarda daha rahat hissedebilmek amacıyla alkol ya da başka maddeler kullandıklarını ifade etmişlerdir.^{106, 203} Bizim çalışmamızda bu ilişkinin gösterilememe nedenlerinin örneklem sayısının az olması, madde kullanımının ülkemizde yasal olmaması, sigara alkol alabilmek için 18 yaşından büyük olma gerekliliği, hastaların madde kullanıyor olmalarına rağmen sigara, alkol, madde kullanımlarını gizli tutmak istemeleri ve örnekleme oluşturan grubun yaşlarının küçük olması olabilir.

BDB üzerine yapılan çalışmalar, bozukluğun gelişiminde çevresel, genetik ve ailevi faktörlerin önemli rol oynayabileceğini göstermektedir.^{52, 62} Ebeveynlerin eğitim durumu, fiziksel ve ruhsal hastalık geçmişleri, kardeşlerinin sağlık durumlarıyla ilgili özgül bulgular çalışmalara göre değişiklik gösterebilir. Ebeveynlerin eğitim seviyesi, çocukların sadece akademik başarılarıyla değil, aynı zamanda duygusal ve psikososyal gelişimleriyle de yakından ilişkilidir.^{204, 205} BDB'li bireylerin ebeveynlerinin eğitim seviyesine ilişkin özgül sonuçlar net olmamakla birlikte, bazı çalışmalar, ebeveyn eğitim seviyesinin çocukların beden algısı üzerindeki dolaylı etkilerine dikkat çekmiştir.²⁰⁶ Daha düşük eğitim seviyesine sahip ebeveynlerin, çocuklarına sağlıklı beden algısı geliştirmede rehberliklerinin yetersiz kalabileceği ve bu çocukların medya kaynaklı beden algısı baskılarına daha fazla maruz kalabileceği belirtilmiştir.^{206 207} Çalışmamızda ebeveynlerin eğitim seviyesi ile BDB arasında anlamlı bir ilişkinin bulunamaması, örneklem sayısının kısıtlı olmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca, çalışmamızın sadece belirli bir coğrafi bölgede yapılmış olması ve belirli yaş aralığındaki ergenlerin çalışmaya dahil edilmesi, sonuçların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Yazındaki geniş çaplı çalışmalarla karşılaştırıldığında,

bu tür sınırlılıklar sonuçlarımızın yazındaki diğer çalışmaların sonuçlarından farklı olmasına neden olmuş olabilir. Gelecek araştırmalarda daha geniş örneklem grupları ve farklı coğrafi bölgelerden bireylerin dahil edilmesi, daha ayrıntılı sonuçlar elde edilmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Yazında, ailede psikiyatrik bozuklukların varlığının, çocuklarda BDB gelişime olasılığını artırdığı sıkça belirtilmektedir.⁸³ Özellikle depresyon, kaygı bozuklukları ve OKB'nin genetik yatkınlıkları ve çevresel etkileri, çocuklarda benzer psikiyatrik sorunların gelişmesine neden olabilmektedir.⁴⁹ BDB'nin temelinde bu bozukluklarla ortak risk faktörleri bulunduğu için, ailede ruhsal hastalık öyküsü olan bireylerin BDB geliştirme olasılıklarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.^{75, 208} Ancak, çalışmamızda bu ilişkiyi gösteremememiz, örneklem büyüklüğümüzün sınırlı olması ve ebeveynlerin ruhsal durumlarına dair eksik veya yanıltıcı bilgilere sahip olmamızla açıklanabilir. Çalışmamızda ebeveynlerin ruhsal sağlıklarına dair yeterli bilgi elde edilememesi, sonuçlarımızın güvenilirliğini sınırlayan önemli bir faktör olmuştur. Ruhsal hastalıklar hala birçok toplumda damgalanma ve ayrımcılıkla karşı karşıya kalmakta olup, ebeveynler bu tür bilgileri paylaşmada isteksiz davranmış olabilir ve/veya ebeveynlerin kendi ruhsal sağlık sorunlarını göz ardı etmeleri veya kendilerindeki belirtileri tanımamaları, çocuklarının da benzer ruhsal sorunlarla karşılaşma riskini hafife almalarına yol açmış olabilir. Ebeveynlerin ruhsal sağlık değerlendirmelerinin klinik düzeyde yapılmamış olması, bu bilgilerin doğruluğunu etkilemiş olabilir. Gelecekteki araştırmalarda, ebeveynlerin ruhsal sağlık durumlarının daha kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi, genetik yatkınlık ve çevresel etmenlerin daha derinlemesine araştırılmasına olanak sağlayacaktır. Ayrıca, daha geniş bir örneklemle yapılacak çalışmalar, ailede ruhsal hastalık varlığının BDB gelişimindeki rolünü daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır.

Çalışmamızda ebeveynlerin fiziksel hastalıkları değerlendirildiğinde olgu ve kontrol grubu arasında babanın fiziksel hastalığa sahip olması ile BDB'ye sahip olma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yazında, ailede fiziksel hastalık varlığı, stresin hem ebeveynler hem de çocuklar üzerindeki olumsuz etkisini artıran bir faktör olarak tanımlanmıştır.²⁰⁹ Özellikle uzun süreli hastalıklarda, aile içi destek yapıları zayıflayabilir ve çocukların duygusal ihtiyaçları göz ardı edilebilir. Bu tür stresli ortamlar, çocuklarda psikiyatrik bozuklukların gelişme olasılığını artırabilir. Ebeveynlerin kronik hastalıkları,

çocuklarının duygusal refahına olumsuz etkilerde bulunarak BDB gibi bozuklukların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir. Bizim çalışmamızda da babaların fiziksel hastalıklarının, çocuklarında BDB görülmesi ile anlamlı bir ilişki göstermesi, bu tür stres etmenlerinin çocuklar üzerindeki etkilerini doğrular niteliktedir. Ebeveynlerden birinin fiziksel hastalığının olması, aile içindeki stres seviyesini artırmış ve çocukların duygusal destekten yoksun kalmalarına neden olmuş ve BDB'ye zemin hazırlamış olabilir. Ebeveynlerdeki fiziksel hastalıkların türleri çalışmamızda dikkate alınmamıştır. Bazı hastalıkların, aile içindeki stres düzeyini artırmada diğerlerinden daha fazla etkili olabileceği öne sürülebilir. Örneğin, kronik veya yaşamı tehdit eden hastalıklar, daha fazla duygusal ve finansal stres yaratabilirken, daha hafif hastalıklar çocukların gelişimi üzerinde aynı etkiyi göstermeyebilir. Çalışmamızda elde edilen bulguların daha geniş bir popülasyona genellenebilmesi için daha büyük bir örneklemle yapılacak çalışmalar gerekmektedir. Özellikle farklı sosyoekonomik ve kültürel geçmişlerden gelen katılımcılarla yapılacak çalışmalar, ebeveynlerin fiziksel ve ruhsal hastalıklarının BDB üzerindeki etkisini daha kapsamlı bir şekilde ortaya koyabilir. Bu tür çalışmalar hem aile içi stres faktörlerinin hem de sosyal destek mekanizmalarının çocukların ruh sağlığı üzerindeki etkilerini daha iyi anlamamıza katkı sağlayacaktır.

Kardeşlerin fiziksel ya da ruhsal hastalıklara sahip olması da dolaylı olarak BDB'li bireyleri etkileyebilir.⁸⁴ Kardeşler arasındaki ilişkilerin, bireylerin kendi beden algıları üzerindeki etkisi karmaşık bir yapıya sahiptir. Aile içinde bir kardeşin sürekli olarak ilgi görmesi ya da hastalık sebebiyle dikkat çekmesi, diğer kardeşin kendi bedenine aşırı odaklanmasına neden olabilmektedir ve bu durum diğer kardeşlerde kıskançlık, değersizlik hissi ve kendine aşırı odaklanma gibi psikolojik tepkilere yol açabilir.^{49, 210} Bu durum, özellikle BDB gibi beden algısı bozukluklarına yatkın bireylerde, hastalığın tetikleyici bir unsuru olabilir.^{2, 49} Kardeşlerin sağlık sorunları, dolayısıyla da ailede oluşan stresli ortamların, çocukların beden algısı üzerindeki etkisini anlamak için daha derinlemesine incelemeler gereklidir. Ruhsal hastalıklar açısından bakıldığında, ailede BDB, depresyon, anksiyete veya OKB gibi durumların varlığı, bu hastalıkların kardeşlerde de görülme ihtimalini artırabilir.⁸³ Yapmış olduğumuz çalışmada olgu ve kontrol grubundaki ergenler, kardeşte fiziksel ve/veya ruhsal hastalık bulunması açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Çalışmamızda kardeşlerin hastalık geçmişleri hakkında bilgi, ailelerin veya bireylerin öznel beyanlarına dayanmaktadır. Bu durumun,

verilerin doğruluğunu sınırlayabileceği düşünülmüştür. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, tıbbi kayıtlara erişim ve objektif sağlık taramaları ile elde edilecek verilerin, daha güvenilir sonuçlar sağlayabileceği düşünülmektedir. Kardeşlerin sağlık geçmişinin daha doğru bir şekilde değerlendirilmesi, BDB gelişiminde aile içi hastalıkların etkisini anlamak açısından önem arz etmektedir. Daha kapsamlı ve diğer çevresel genetik faktörlerin de dahil edildiği daha geniş örnekleme yapılacak uzunlamasına çalışmalar bu konuda daha net bilgiler elde edilmesine yardımcı olacaktır.

Bedeninde belirli çekici veya güzel bölgelerin bulunmadığına ilişkin endişeler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiş olup, olgu grubundaki hastaların kontrol grubuna kıyasla görünüşleri hakkında daha fazla endişe duydukları bildirilmiştir. BDB tanısında, bireyin hayali ya da önemsiz bir kusuru hakkındaki obsesif düşüncelerinin ve preoküstasyonlarının belirleyici olduğu, bu düşüncelerin kişide yoğun kaygı ve sıkıntı yarattığı bilinmektedir.²¹¹ Kontrol grubundaki katılımcıların %45,5'i ve olgu grubundaki tüm katılımcılar, görünüşleri hakkında daha az düşünmeyi arzuladıklarını belirtmişlerdir ve bu durum iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmuştur. Olgu grubundaki bireyler, kontrol grubuna göre görünüşleri üzerine düşünmekle ilgili daha fazla zorluk yaşamaktadırlar. BDB tanısı olan kişiler, hayali ya da önemsiz bir veya birden fazla görünüm kusuru hakkında uzun saatler boyunca düşünmeye eğilimlidir.²¹² Araştırmalar, BDB'li bireylerin bu tür kaygılara karşı direnç göstermenin veya onları kontrol altında tutmanın son derece zor olduğunu vurgulamaktadır.¹²⁷ Bu bulgulara dayanarak, çalışmamızda da olgu grubundaki bireylerin görünüşleri ile ilgili düşünceleri durdurmakta zorluk çektikleri ve bu nedenle kontrol grubuna göre bu konuda daha az düşünmeyi daha fazla arzuladıkları sonucuna ulaşılmıştır.

BDB tanısı almış hastalar ile kontrol grubu arasında, hastaların görünüşleri ile ilgili düşüncelerinin zihinlerini meşgul etme süresi açısından yapılan karşılaştırmada, BDB tanısı alan hastaların bu düşüncelerle istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla meşgul oldukları ve günlük olarak bu düşüncelere ayırdıkları sürenin belirgin şekilde daha uzun olduğu saptanmıştır. Çoğu birey zaman zaman kendi görünüşünden memnuniyetsizlik duyabilir ancak, insanların görünüşleri hakkında günde bir saatten fazla düşünmesi, BDB'yi normal kaygılardan ayıran önemli bir özelliktir.²¹² BDB'de klinik tablo, kişinin hayali veya hafif bir kusura orantısız bir şekilde zihinsel olarak takıntılı olması ve bu

durumun bireyin işlevselliğini bozmasıyla karakterize edilmektedir. Yazındaki araştırmalar, görünüşle ilgili bu tür endişelere direnç göstermenin veya bunları kontrol altında tutmanın son derece zor olduğunu ve bu endişelerin kişinin zihnini günde ortalama üç ila sekiz saat boyunca meşgul ettiğini vurgulamaktadır.^{127, 213} Bizim çalışmamızın sonuçlarının da önceki çalışmaların sonuçlarını desteklediği, BDB hastalarının büyük çoğunluğunun zihinlerini günde bir saatten fazla bu kaygıların meşgul ettiği bulunmuştur.

Bilişsel davranışçı modele göre BDB’de birey, düşünce ve davranışlarındaki artan farkındalıkla birlikte, mevcut durumunu tolere edebilmek için insanlardan, aynalardan ve sosyal ortamlardan kaçınma eğilimindedir.^{49, 214} BDB tanısı almış bazı bireyler, sosyal ortamlara girdiklerinde anksiyete yaşayabilir ve bu durum, sosyal ortamlardan kaçınma davranışlarını daha da artırabilir. Bu kaçınmanın temel nedeni, hastaların vücutlarındaki kusurların başkalarının dikkatini çekeceği ve bu nedenle eleştirilme korkusu yaşamalarıdır.^{2, 78} Bu bireylerde, sürekli evde kalma, sosyal ortamlardan uzak durma, okul ya da işe devam edememe gibi sonuçların ortaya çıktığı bildirilmiştir.⁸⁸ Çalışmamızda da olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, BDB tanısı alan bireylerin aile ve arkadaşlarıyla vakit geçirmekten anlamlı derecede daha fazla kaçındıkları ve görünüm kaynaklı kusurların, sosyal, mesleki ve diğer önemli yaşam alanlarındaki işlevselliklerini daha fazla bozduğu tespit edilmiştir.

BDB, kişinin bedeninde algıladığı kusurlara odaklanarak yoğun kaygı ve memnuniyetsizlik yaşamasına yol açan bir ruhsal sağlık sorunudur. Yazında, BDB'nin depresyon, anksiyete, sosyal kaygı ve madde kullanımı gibi ruhsal sağlık sorunlarıyla sıklıkla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır.^{215, 216} BDB tanısı alan bireylerde depresyon ve intihar riski, genel popülasyona göre oldukça yüksektir ve bu durum BDB'nin ruhsal sağlık üzerindeki yıkıcı etkisini gözler önüne sermektedir.^{11, 24, 97} Çalışmamızda, olgu ve kontrol grubunda yer alan ergenlerin ruhsal hastalık durumları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Anlamlı bir farkın olmaması, örneklem büyüklüğünün sınırlı olması ve estetik cerrahiye başvuran bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlık açısından homojen bir grup oluşturmasıyla ilişkili olabilir. Örneklemimizin estetik operasyon talebi olan bireylerden oluşması ve çoğunluğunun görünüş odaklı kaygılarla motive olmaları, ruhsal veya fiziksel hastalıklarına dair belirtileri paylaşma konusunda isteksiz davranmalarına yol açmış olabilir. Özellikle ruhsal hastalıklar söz konusu

olduğunda, kişiler damgalanma korkusuyla bu tür bilgileri paylaşmaktan kaçınabilir. Bu durum, bizim örneklemimizde de katılımcıların kendi ruhsal sağlık durumlarını ifade etme konusunda çekimser kalmalarına yol açmış olabilir.

Kas dismorfisi, BDB'nin kas algısı bozukluğu ile giden bir tipi olarak kabul edilir ve özellikle erkeklerde yaygındır.²¹⁷ Bireyler normal görünümüne rağmen bedenlerini aşırı derecede zayıf ve sıksa algılamaktadırlar.^{217, 218} Bu kişilerde yoğun ağırlık çalışmaları ve aşırı hormon alımları neticesinde olağanüstü kas yapısı gelişebilmektedir.²¹⁹ Kas dismorfisi olan bireylerin, kas kütlelerini artırmak ve idealize ettikleri beden imajlarına ulaşabilmek amacıyla anabolik-androjenik steroid (AAS) kullanma eğiliminde oldukları bilinmektedir. AAS kullanımının, kas kütlesini artırmak için kullanılan yaygın bir yöntem olduğu bilinmektedir. Kas dismorfisi olan bireylerde AAS kullanımının, kısa vadede kas kütlesini artırmayı sağlasa da uzun vadede bu bireylerin daha kaslı bir vücut hedefine ulaşmada yetersiz kaldığı ve kas dismorfisi olan kişilerin bedenleri ile ilişkili kaygılarının daha da artırarak, sosyal ortamlardan kaçınma ve sosyal izolasyon gibi davranışlara yol açabildiği öne sürülmektedir.^{220, 221} BDB'li bireylerin estetik kaygılarını plastik cerrahi yerine AAS ve benzeri takviyelerle gidermeye çalıştıklarına dair bulgular vardır.²²² Çalışmamızda olgu ve kontrol grubu arasında ilaç ve/veya besin takviyesi kullanımı açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Bu sonuçlar, çalışmamızdaki bireylerin estetik operasyon için başvuran ergenlerden oluşmasından, kas dismorfizminin BDB'nin bir alt türü olmasından ve daha çok erkek cinsiyette beklenmesinden ve çalışmamızdaki BDB olan hastaların daha çok kız cinsiyetten oluşmasından kaynaklanmış olabilir. Kas algısı bozukluğu ile giden BDB alt tipinde bireyler, beden algısına yönelik kaygılarını gidermek, fiziksel görünümünü iyileştirmek ve fiziksel güç artışı beklentilerini karşılamak için estetik operasyon ve işlemler yerine ilaç veya besin takviyeleri kullanarak gerçekleştirmeleri beklendiğinden, plastik cerrahiye başvuran örneklem grubunda bu ilişki gösterilememiş olabilir.

Yazındaki çalışmalarda sosyal medya kullanım süresi arttıkça BDB belirtilerinin şiddetlendiği; Instagram, Snapchat, TikTok gibi görsel tabanlı sosyal medya kullanımı ile BDB arasında bir ilişkinin olduğu gösterilmiştir.¹⁶⁵⁻¹⁶⁷ Görsel odaklı sosyal medya platformlarının beden imajı ve BDB üzerindeki etkisi üzerine yapılan araştırmalar, bu platformların yoğun kullanımının bireylerin beden algısı üzerinde olumsuz etkiler yarattığını göstermektedir. Holland ve Tiggemann yaptıkları çalışmada, Instagram

kullanım süresinin beden memnuniyetsizliğini artırdığını ve sosyal karşılaştırma eğilimini güçlendirdiğini belirtmişlerdir.²²³ Benzer şekilde, Fardouly ve Vartanian sosyal medyada geçirilen sürenin artmasının bireylerde görünüş odaklı kaygıları ve sosyal karşılaştırmayı tetikleyebileceğini ifade etmişlerdir.²²⁴ Çalışmamızda olgu ve kontrol grubunda tüm kullanıcılar sosyal medya kullanmaktadır. Olgu ve kontrol grubu arasında; sosyal medyada ortalama harcanan süre, görüntü tabanlı sosyal medyada (fotoğraf-video paylaşımının ön planda olduğu Instagram, Snapchat, TikTok vb. platformlar) harcanan süre, fotoğraf paylaşılmayan metin paylaşımının ön planda olduğu sosyal medyada (Twitter vb.) harcanan süre, hem fotoğraf hem metin paylaşımının ön planda olduğu sosyal medyada (Facebook vb.) harcanan süre, fotoğraf düzenleme programları kullanma, özçekim çekme, özçekim çekerken filtre kullanımı ve özçekim çekimlerini sosyal medyada paylaşma durumuna ilişkin oranlar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda bu ilişkinin gösterilememesi örneklem sayısının az olması ve sadece estetik operasyon için gelen ergenlerin dahil edilmesi, hastaların gerçekte olan kullanımlarını belirtmemiş olabilecekleri, sosyal medya kullanım sürelerinin öz bildirim ölçeklerinden elde edilmesi ve somut olarak kullanılabilir ölçüm araçlarının olmaması ve çalışmanın planlanmasındaki metodolojik farklılıkların olması olabilir. Bununla birlikte yazında bu konuda hala yeterli bilgi mevcut değildir. Genel olarak, mevcut araştırmalar sosyal medya kullanımı ile bozulmuş beden algısı arasındaki ilişkiyi vurgularken, araştırma desenlerinde sınırlılıkların olduğundan sıkça bahsedilmektedir. Gelecekteki çalışmalarda sosyal medya kullanım sürelerini ölçmek için dijital izleme araçlarının kullanılması daha genellenebilir objektif veriler elde etmek için faydalı olabilir.

Görsel tabanlı sosyal medya platformları, bireylerin beden algısı üzerinde önemli bir rol oynamaktadır. Tiggemann ve Slater Instagram gibi platformlarda yoğun vakit geçirmenin, bireylerin beden memnuniyetsizliğini artırdığına ve kişilerin kendi bedenlerini idealize edilmiş sosyal medya görüntüleriyle kıyaslama eğiliminde olduklarına dikkat çekmiştir.¹⁶⁴ Çalışmalar, sosyal medyada görselliğin ön planda olduğu Instagram, Snapchat ve TikTok gibi platformların beden algısı üzerinde olumsuz etkiler yarattığını göstermektedir.²²⁵ Instagram kullanım süresinin artmasıyla, beden imgesi kaygılarının da arttığı ve bu platformların gençlerin beden memnuniyetsizliklerini güçlendirdiğini gösterilmiştir.¹⁶² Yapmış olduğumuz çalışmada Instagram ve Snapchat kullanım durumuna göre VAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık elde edilmiştir.

Yazınla uyumlu olarak Instagram ve Snapchat kullanan ergenlerin vücut algısı puan ortalamasının Instagram ve Snapchat kullanmayan ergenlerden daha yüksek olduğu, beden hoşnutsuzluğunun daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu durumun görselliğin ön planda olduğu Instagram, Snapchat gibi sosyal medya türlerinde paylaşılan içerik ve görüntülerin çoğunun filtre ve çeşitli uygulamalarla rötuşlanmış olmalarından dolayı gerçeklikten uzak olmaları ve bunun da kişilerin ulaşılabilir güzellik standartlarını benimsemesine yol açarak, kendilerinin bu standartları karşılamadığı düşüncesi ile beden algılarının bozulmasına yol açmış olabileceği düşünülmüştür. Ergenlerin bu platformlarda idealize edilmiş görüntülerle sıklıkla karşılaşmaları, kendi bedenlerinden hoşnut olmamalarına neden olmuş olabilir.

BDB, vücuttaki herhangi bir bölgeyi hedef alabilmektedir. BDB hastalarında burun, dişler, gözler, yüz şekli, kaşlar, çene, dudaklar, yanaklar, kulaklar, kalça, bacaklar, karın, memeler, genital bölge ve cilt gibi vücudun hemen hemen her bölgesiyle ilgili uğraş olabilmektedir.^{11, 45, 84, 87} Yazındaki çalışmalarda BDB tanısı alan hastaların çoğunda vücut memnuniyetsizliğinin ve bununla ilgili uğraşının en fazla olduğu beden bölgeleri; yüz, cilt burun, memeler, kalçalar, bacaklar ve cinsel organlar olduğu bildirilmiştir.^{3, 87, 122} Yazında, estetik cerrahiye başvuran BDB'li bireylerin başvuru nedenlerinin yaşa göre değişkenlik gösterdiği de bildirilmiştir. Castle ve arkadaşları, ergen ve genç yetişkinlerin daha çok meme, burun ve bacak gibi fiziksel olarak dikkat çekici bölgeler için estetik operasyon talep ettiklerini, yaşça daha büyük bireylerde ise yüz ve cilt ile ilgili endişelerin daha belirgin olduğunu vurgulamıştır.¹¹² Dermatoloji kliniklerine başvuran hastalarda en sık başvuru nedeni olan vücut bölgeleri; cilt ve saçlar olurken, plastik cerrahiye başvuran hastalarda; burun, memeler, kalçalar ve karın bölgesi ile uğraşın daha fazla olduğu görülmektedir.^{113, 226, 227} Veale ve arkadaşları, BDB hastalarının dermatoloji kliniklerine en çok akne, sivilce ve cilt lekeleri gibi şikayetlerle başvurduklarını; plastik cerrahiye başvurularında ise yüz, burun ve meme gibi vücut kısımlarına yönelik kaygıların daha fazla olduğunu belirtmiştir.³ BDB hastalarının belirli beden bölgelerine yönelik takıntıları, yaş ve cinsiyet gibi faktörlere göre farklılık gösterebilmektedir. Phillips ve arkadaşları, BDB hastalarının en sık yüz, cilt ve saç gibi görünür alanlarda memnuniyetsizlik yaşadıklarını, genç bireylerde ise sosyal medyanın da etkisiyle burun, cilt ve diş gibi görünüm odaklı alanların daha fazla hedef alındığını belirtmektedir.¹ Çalışmamızda BDB'li ergenlerde VAÖ ölçeğine göre beğenilmeyen vücut kısımları vücuttaki kıl dağılımı (%72,7), memeler (%63,6) ve bacaklar ile dişler (%54,5) olmuştur. Plastik rekonstruktif ve

estetik cerrahi polikliniğine başvuru nedenlerine bakıldığında, BDB'li ergenler en sık meme ameliyatı (%50) ikinci sırada burun estetik ameliyatı (%30) olmak için başvurmuşlardır. Bu doğrultuda, çalışmamızda BDB'li ergenlerin meme ve burun gibi beden bölgelerine yönelik memnuniyetsizliklerinin ve estetik operasyon başvurularının daha yoğun olması, genç bireylerde bu bölgelerin daha fazla ön planda olması ile ilişkili olabilir. Yapmış olduğumuz çalışmada VAÖ'de beğenilmeyen vücut bölgeleri ve hastaların plastik ve rekonstrüktif cerrahiye başvurma nedenleri yazındaki bilgilerle benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda cilt ile ilgili endişeler en sık kaygı uyandıran bölgeler arasında ilk sıralarda yer almamaktadır. Bu durum hasta örneklem grubunun estetik operasyon için plastik cerrahiye başvuran ergenlerden oluşması, bu yaş grubunda cilt ile ilgili endişelerin sıklıkla sivilce, lekeler olup başvuruların ise genellikle dermatoloji kliniklerine yapılması ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

Kişinin yaşadığı sosyokültürel ortamda güzellik algısına yüklenen anlam, çevresindeki kişilerin fiziksel görünüşlerinden etkilenebilmektedir ve estetik işlemlere ilgiyi ve bu işlemlerin yapılmasını normalleştirebilmektedir.⁷⁶ Sosyokültürel çevrenin güzellik standartlarını etkilediği ve BDB'li bireylerin bu standartlara ulaşma arzusunu tetiklediği, çeşitli araştırmalar tarafından desteklenmektedir. Thompson ve arkadaşları, bireylerin çevresel güzellik standartlarından etkilendiğini ve çevresinde estetik işlem yaptıran kişilerin bulunmasının, bireylerin estetik işlem yaptıрма isteklerini artırabileceğini belirtmiştir.²²⁸ BDB'li kişilerin, çevrelerinde estetik işlem yaptıran kişilerin varlığında kabul ettikleri güzellik normlarının buna göre şekillenebileceği ve rahatsız olunan vücut bölgelerine odaklanmanın artabileceği ve bunun da estetik ameliyat olma arzularını tetikleyebileceği öne sürülmektedir.^{82, 197} Jones ve arkadaşları, yakın çevredeki kişilerin bedenleri üzerinde yaptıkları değişikliklerin bireyin kendi beden algısında önemli bir rol oynadığını, özellikle ergenlerde çevrelerinde estetik işlem yaptıran kişilerin varlığının bu işlemlerin daha kabul edilebilir ve istenilebilir hale gelmesine neden olabileceğini belirtmiştir.²²⁹ Çalışmamızda BDB'li ergenlerin çoğunun (%72,7) çevresinde estetik ve kozmetik işlem yaptıran kişilerin olması, sosyokültürel çevrenin güzellik algısı üzerindeki etkilerini destekler niteliktedir. Çalışmamızdaki ergenlerin de yakınlarındaki kişilerin güzellik standartlarını kabul ederek, beden algılarının etkilenmiş olabileceği ve bundan dolayı estetik operasyon arayışında olabilecekleri düşünülmüştür.

Ergenlikte hız kazanan kimlik oluşum sürecinde, ergenin başkaları tarafından nasıl görüldüğü ve algılandığı önemlidir. Bu dönemdeki ergenlerin sosyal medyada paylaştıkları içeriklerin nasıl algılanmak istedikleriyle ilişkili olabileceği öne sürülmektedir.^{149, 152} Sosyal medya platformlarının ve içeriklerinin görsel ve görünüm odaklı yapıları nedeniyle özellikle de pasif sosyal medya kullanımının (sosyal medyada paylaşımda bulunmamak, sadece başkalarının fotoğraflarına ve içeriklere bakıp yorumda veya beğenide bulunmamak) ergenlerde ve gençlerde zayıf beden algısı ve yeme bozuklukları ile ilişkili olduğu bulunmuştur.^{152, 159, 162, 230, 231} Böyle bir ilişki bulunmuş olsa da bu ilişkiyi düzenleyen bireysel faktörler henüz yeterince araştırılmamıştır. Son araştırmalarda sosyal medya kullanım motivasyonlarının belirlenmesinin bu ilişkiyi düzenleyen bireysel faktörleri anlamada önemli bir rolü olabileceği öne sürülmüştür.^{149, 232} Ergenler sosyal medya platformlarının sunduğu çeşitli içeriklere belirli bir motivasyonla erişirler ve ergenlikteki gelişimsel dönem ihtiyaçlarının bu motivasyonları oluşturmada belirleyici olduğu düşünülmektedir.^{149, 152}

Sosyal medyada profil düzenleme, fotoğraf ve video paylaşımı gibi daha çok aktif sosyal medya kullanımının, ergenin kendini tanımlama ve kimlik inşa etme sürecinde rolü olduğu düşünülmektedir.^{23, 175, 233} Ergenlikte önem kazanan kişilerin kabul görme ve popüler olma isteklerini, sosyal medyada fotoğraflarına yapılan yorumlar, beğeniler ve takipçi sayıları gibi sosyal medya metrikleri ile karşılayabildikleri öne sürülmektedir, özellikle Instagram ve TikTok gibi platformlar, popülerlik ve kabul görme arayışını teşvik eden yapılar sunmaktadır.^{152, 155, 159} Bizim çalışmamızda da daha önceki çalışmalarla tutarlı olarak, Snapchat ve TikTok gibi görünüm tabanlı sosyal medya kullanan ergenlerin, sosyal medya kullanım motivasyonları değerlendirildiğinde, görünüm ve popülerlik motivasyonunun ön planda olduğu, vücut memnuniyetsizliklerinin daha fazla olduğu gözlenmiştir. Instagram kullanıcısı ergenlerin sosyal medya kullanım motivasyonları değerlendirildiğinde, anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Bu ilişkinin gösterilememe nedeni olarak, katılımcıların tamamının Instagram kullanıyor olması, çalışmanın kesitsel ve sayıca kısıtlı bir örnekleme yapılmış olması, bu kullanıcılarının aktif ve pasif olarak sosyal medyayı kullanım durumlarına göre değerlendirilmemesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Kısıtlılıkların yanında çalışmamızın sonuçlarına göre Snapchat ve TikTok kullanımının kişinin beden algısını bozarak BDB'nin gelişimini etkileyebileceği veya sürdürümüne neden olabileceği düşünülmüştür.

Genel olarak, mevcut araştırmalar sosyal medya kullanımı ile bozulmuş beden algısı arasındaki ilişkiyi vurgularken, araştırma desenlerinde sınırlılıkların olduğundan sıkça bahsedilmektedir. Yapılan araştırmaların çoğunda korelasyonel ilişki nedeniyle sosyal medya kullanımı ile BDB arasında muhtemelen iki yönlü bir ilişki olduğu öne sürölmektedir ve sosyal medya kullanımının BDB gelişimi ve beden hoşnutsuzluğunun nedensel faktörü olup olmadığına dair neden sonuç ilişkisi kurulamayacağı da çeşitli çalışmalarda öne sürölmüştür.^{162, 175, 233}

BDB’li bireylerin sosyal medyada beğenilme sayısına önem verdikleri ve bu sayıların kendilerini nasıl gördüklerini etkiledikleri gözlenmiştir. Ridgway ve Clayton bu tür etkileşimlerin, bireylerin beden algısını ve özsaygısını doğrudan etkileyebileceğini öne sürmektedir.²³⁴ Beğeni sayılarının yüksek olması, BDB’li bireylerde geçici rahatlama sağlayabilirken, düşük beğeni sayıları beden memnuniyetsizliğini artırabilmektedir.^{224, 235} Yapmış olduğumuz çalışmada BDB’li kişilerin sosyal medyada paylaştıkları fotoğrafların beğenilme sayısının kendilerini etkileyip etkilemediğine dair yöneltilen soruda olgu grubundaki ergenlerin daha fazla etkilendikleri saptanmıştır. Bu bağlamda, çalışmamızda elde edilen bulgular yazını destekler nitelikte olup BDB’li ergenlerin sosyal medya etkileşimlerinden daha fazla etkilendikleri söylenebilir.

Ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; elde edilen bulgular doğrultusunda olgu ve kontrol grubu arasında BDB tanısı ile vücut algısı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görölmüştür. BDB olan hastaların vücut algısı puan ortalamaları BDB olmayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda BDB’li bireylerin VAÖ puan ortalamalarının yüksek olması, bu bireylerin beden algısının bozulduğunu göstermektedir. Yazındaki çalışmalarla uyumlu olarak, BDB’li bireylerde sosyal medya bağımlılığı ölçeği puanlarının yüksek bulunması, sosyal medya platformlarında geçirilen uzun sürelerin, görünüm odaklı kıyaslamaların ve filtreli fotoğraflara maruz kalma süresinin artması ile ilişkili olabilir. Yazında, sosyal medya kullanımının artmasıyla beden algısında olumsuz değişimlerin daha yaygın hale geldiğini ve özellikle kıyaslama davranışlarının beden hoşnutsuzluğunu artırdığını vurgulanmaktadır.²²³ McLean ve Paxton ise filtreli fotoğraflara sürekli maruz kalmanın, bireylerin kendilerini bu idealize edilmiş görsellerle kıyaslamasına neden olduğunu belirtmiştir.²³⁰ Bunun yanı sıra, ergenlik döneminde sosyal kabul görme ve kimlik inşası

gibi psikososyal ihtiyaçların sosyal medya üzerinden karşılanmaya çalışılması, sosyal medya bağımlılığını artırarak beden algısını daha da olumsuz etkileyebilir.¹⁹⁹

Çalışmamızdaki bulgular bu bağlamda yazını destekler niteliktedir.

Çoğu çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızın da bazı kısıtlılıkları mevcuttur. İlk olarak, çalışmamız kesitsel bir nitelik taşıdığı için neden-sonuç ilişkisi kurmak mümkün değildir, bu nedenle uzun süreli takip çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bir diğer sınırlılık ise, kullandığımız ölçme araçlarının yalnızca öz bildirimine dayanmasıdır. Ölçeklerdeki madde sayısının fazla olması, katılımcıların bu ölçekleri doldurma süresini uzatmış, bu da dikkat dağınıklığına ve motivasyon kaybına yol açmış olabilir. Ayrıca, örneklem sayısının azlığı da bir sınırlılıktır; gruplar arasında farklar bulunsa bile, bu farklar bu sebepten ötürü istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamış olabilir. Örneklem sayısının azlığı 18 yaşından önce devlet hastanelerinde estetik işlemlerin genellikle yapılmaması ve bu nedenle bu yaş grubundaki estetik operasyon ve kozmetik işlem amaçlı başvuruların bir kısmının özel kliniklere yapılması olabilir. Çalışmamızın örneklemini, Kocaeli ilinde üniversite ve şehir hastanesinin plastik cerrahi polikliniğine başvuran ve sadece estetik operasyon isteği olan ergen hastalardan oluşmuştur. Rekonstrüktif amaçlarla başvuran hastaların çalışmaya dahil edilmemiş olması, çalışmamızda bulunan %33,3'lük BDB yaygınlığının, yazındaki çalışmalardan yüksek bulunmasına yol açmış olabilir. Buna ek olarak, yazında ergen yaş grubunda plastik cerrahi kliniğine başvuranlarda yapılmış bir çalışma olmaması, daha fazla sayıda ve birden çok klinikte yürütülecek daha uzun süreli takip çalışmalarının gerekliliğini göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

“Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Polikliniğine Başvuran Ergen Hastalarda Beden Dismorfik Bozukluğunun Yaygınlığı ve Sosyal Medya Kullanımı İlişkisi” başlıklı çalışmamızdan elde edilen bulgulardan aşağıdaki sonuçlar çıkarılmıştır:

1) Çalışmamızda, plastik cerrahi polikliniğine başvuran ergen hastalarda BDB yaygınlığı %33,3 olarak saptanmıştır. Bu oran, toplum örneklemine kıyasla oldukça yüksektir ve estetik operasyon talebi ile başvuran ergenlerin ruh sağlığı açısından kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, estetik cerrahi

talebiyle gelen ergenlerde BDB taramasının yapılması; gerektiğinde çocuk ve ergen ruh sağlığı kliniklerine yönlendirilerek uygun tanı ve tedavi süreçlerinin başlatılması önerilmektedir. Böylece, BDB tanısı olan bireylerde gerçekçi olmayan estetik beklentilerin yönetilmesi sağlanabilir.

2) Bulgularımız, BDB tanısı almış bireylerin sosyal çevreleriyle etkileşimden kaçındığını ve bu nedenle sosyal, akademik ve mesleki işlevselliklerinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir. BDB belirtileri nedeniyle sosyal kaçınma davranışları geliştiren ergenlerin işlevselliği ciddi şekilde bozulabilmektedir. Bu nedenle, sosyal olarak geri çekilme veya kaçınma davranışları sergileyen hastalarda BDB belirtilerinin değerlendirilmesi, BDB tanısının erken konması ve tedavi sürecine erken başlanması önem taşımaktadır. Bu yaklaşım, bu bireylerin sosyal ve akademik yaşamlarına katkıda bulunacaktır.

3) Sosyal medya kullanımı ile BDB arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Plastik cerrahiye estetik kaygılarla başvuran ergenlerde, işlem veya operasyon öncesinde sosyal medya kullanım alışkanlıklarının sorgulanması; bireylerin taleplerinin gerçekçi olup olmadığını anlamada kritik rol oynayabilir. Özellikle, görsel odaklı sosyal medya platformlarının BDB belirtilerini artırma potansiyeli göz önünde bulundurularak, hastaların sosyal medya kullanım alışkanlıklarının değerlendirilmesi ve gerektiğinde medyadan uzaklaşmalarını sağlayacak danışmanlık hizmetlerinin sunulması önerilmektedir. Bu yaklaşım, özellikle gerçekçi olmayan estetik taleplerin önlenmesine ve geri dönüşü olmayan cerrahi müdahalelerin gereksiz yere uygulanmasının önüne geçilmesine katkı sağlayabilir.

4) Estetik operasyon için plastik cerrahiye başvuran tüm ergen hastaların BDB açısından değerlendirilmesi, erken müdahale için önemlidir. BDB tanısı konan bireylerde, estetik ve kozmetik amaçlı işlemler yapılmadan önce gerekli psikiyatrik desteğin sağlanması, sağlık sisteminin gereksiz cerrahi müdahalelerle yükünü azaltabilir. Ayrıca, BDB tanısının erken konulması ve tedavi sürecinin başlatılması, BDB'nin ergenlik döneminde ilerlemesinin önüne geçebilir ve bu bireylerde genel işlevselliğin korunmasına katkı sunabilir.

5) Çalışmamız, ergen yaş grubundaki BDB oranının yüksekliği nedeniyle plastik cerrahi uzmanlarının bu yaş grubunda BDB farkındalığına sahip olmalarının önemini vurgulamaktadır. Klinik pratikte plastik cerrahlar ve diğer sağlık profesyonelleri, ergenlerde beden algısı bozukluklarına daha duyarlı hale gelmeli ve bu konuda eğitimler artırılmalıdır. Bu durum, sağlık çalışanlarının beden algısı bozuklukları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmasını sağlayarak doğru yönlendirmeler yapılmasına yardımcı olabilir. Ayrıca, okullarda ve toplumda sosyal medya okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi, gençlerde beden algısını daha olumlu yönde geliştirebilir.

Bu çalışma, plastik cerrahiye estetik kaygılarla başvuran ergenlerde BDB yaygınlığının toplum genelinden daha yüksek olduğunu ve sosyal medyanın, özellikle de görselliğe odaklı platformların, beden algısını olumsuz etkileyebileceğini ortaya koymuştur. BDB tanısı almış ergenlerin sosyal, akademik ve duygusal işlevselliklerinin ciddi şekilde etkilendiği, sosyal medya bağımlılığı ile BDB arasındaki ilişkinin belirgin olduğu saptanmıştır. Bulgularımız, bu yaş grubunda estetik cerrahiye yönelimin yalnızca dışsal bir değişim talebi değil, altta yatan derin psikososyal ihtiyaçların ve zorlanmaların bir göstergesi olabileceğine işaret etmektedir. Bu nedenle, plastik cerrahiye başvuran ergenlerin BDB açısından değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda psikolojik destek için yönlendirilmesi kritik önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, çalışmamız plastik cerrahiye başvuran ergenlerde BDB'nin göz ardı edilmemesi gereken bir sorun olduğunu ortaya koymakta ve sosyal medyanın ergenlerin beden algısı üzerindeki olumsuz etkilerini vurgulamaktadır. Bu bulgular, ergenlerde beden memnuniyetsizliği nedeniyle ortaya çıkan estetik taleplerin ardındaki psikolojik nedenlerin araştırılmasının önemini bir kez daha göstermekte ve bu konuda farkındalığın artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Çalışmamız, beden memnuniyetsizliği ve sosyal medya arasındaki bağlantının daha iyi anlaşılabilmesi ve estetik cerrahinin ergenlik dönemindeki rolünün daha kapsamlı bir şekilde incelenmesi için gelecek araştırmalara ışık tutmaktadır.

7. ÖZET

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi polikliniğine başvuran ergen hastalarda beden dismorfik bozukluk yaygınlığı ve sosyal medya kullanımı ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan online olarak gönderilen formları doldurmaları istenmiştir. Hastalara sosyodemografik ve klinik veri formu, vücut algısı ölçeği, sosyal medya kullanım motivasyonu ölçeği ve ergenler için sosyal medya bağımlılığı ölçeği kısa formu verilmiştir. Çalışmaya katılan kişilerle klinik görüşme yapılmış ve 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.

Bulgular: Çalışmamızda değerlendirilen hastaların 11'i BDB tanısı almış; olgu grubu 11, kontrol grubu ise 22 ergenden oluşmuştur. Çalışmamızda plastik cerrahi polikliniklerine başvuran ergenlerde BDB yaygınlığı %33,3 saptanmıştır. BDB tanısı alan hastaların kontrol grubuna göre aile ve arkadaşlarıyla bir şeyler yapmaktan daha fazla kaçındığı, görünümündeki kusur nedeni ile akademik, sosyal, mesleki ve diğer önemli yaşam alanlarında işlevselliğinin daha fazla bozulduğu görülmüştür. Çevresinde estetik operasyon geçiren ya da işlem yaptıran ergenlerin daha fazla BDB tanısı aldığı gözlenmiştir. Buna ek olarak, sosyal medya paylaşımlarında yer alan fotoğrafların beğenilme sayısı ve yapılan yorumların BDB'li hastaları daha fazla etkilediği gözlenmiştir. Sosyal medya bağımlılık puanları arttıkça BDB tanı alma olasılığının arttığı görülmüştür. Vücut algısı ölçeği puanları ve sosyal medya bağımlılık ölçeği puanları arttıkça BDB tanısı alma olasılığının arttığı saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışma, plastik cerrahiye estetik kaygılarla başvuran ergenlerde BDB yaygınlığının toplum genelinden daha yüksek olduğunu ve sosyal medyanın, özellikle de görselliğe odaklı platformların, beden algısını olumsuz etkileyebileceğini ortaya koymuştur. BDB tanısı almış ergenlerin sosyal, akademik ve duygusal işlevselliklerinin ciddi şekilde etkilendiği, sosyal medya kullanımı ile BDB arasındaki ilişkinin belirgin olduğu saptanmıştır. Bu çalışma, estetik prosedürler veya kozmetik tedaviler talep eden

ergenlerde BDB taramasının yapılmasının ve uygun terapötik müdahaleler için yönlendirilerek BDB'nin erken teşhisi ve tedavisinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Beden dismorfik bozukluk, sosyal medya, plastik cerrahi, estetik, yaygınlık.



8. ABSTRACT

Introduction and Aim: In this study, it was aimed to investigate the relationship between the prevalence of Body Dysmorphic Disorder (BDD) and social media usage among adolescent patients who applied to the Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery Clinic.

Method: Patients who agreed to participate in the study were asked to fill out online forms. The sociodemographic and clinical data form, the body cathexis scale, the social media use motivation scale, and the social media addiction scale short form for adolescents were provided to the patients. Clinical interviews were conducted with the participants in the study and BDD diagnosis was investigated according to DSM-5 criteria. Patients diagnosed with BDD were divided into two groups, the case and control group, to compare with the patients in the sample who were not diagnosed with BDD.

Results: In our study, 11 patients were diagnosed with Body Dysmorphic Disorder (BDD). The case group consisted of 11 adolescents, while the control group included 22 adolescents. The prevalence of BDD among adolescents seeking treatment at plastic surgery outpatient clinics was found to be 33.3%. Adolescents diagnosed with BDD were more likely to avoid spending time with family and friends compared to the control group. Moreover, their functioning in academic, social, occupational, and other important life areas was more significantly impaired due to perceived flaws in their appearance. It was observed that adolescents with peers who had undergone aesthetic procedures were more likely to be diagnosed with BDD. Additionally, the number of likes and comments on photos shared on social media had a more profound impact on BDD patients. Furthermore, the likelihood of being diagnosed with BDD increased as social media addiction scores rose. Our findings indicate that as both body image scale scores and social media addiction scale scores increased, the probability of a BDD diagnosis also increased.

Conclusion: This study revealed that the prevalence of BDD in adolescents who apply to plastic surgery for aesthetic concerns is higher than the general population, and that social media, especially platforms focused on visuality, can negatively affect body perception. It has been determined that the social, academic, and emotional functioning of adolescents diagnosed with BDD is seriously affected, and the relationship between social media use

and BDD is evident. This study highlights the importance of screening for BDD in adolescents seeking aesthetic procedures or cosmetic treatments and early diagnosis and treatment of BDD by referring them for appropriate therapeutic interventions.

Keywords: Body dysmorphic disorder, social media, plastic surgery, aesthetics, prevalence.



9. EKLER

1. EK- VÜCUT ALGISI ÖLÇEĞİ

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

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

2. EK- SOSYAL MEDYA KULLANIM MOTİVASYONU ÖLÇEĞİ

Sosyal medyayı... (Aşağıdaki maddeleri bu cümlelerin devamı olarak düşünüp cevaplandırınız.)	Asla/ Hiç	Çok Az	Kısmen	Çoğunlukla	Tamamen
Arkadaşlarımla hayatındaki gelişmeleri paylaşabilirim diye kullanırım.					
Dışlanmış hissedebilirim diye kullanırım.					
(Sosyal medyayı kullanırım) Böylece arkadaşlarımla ne yaptığımdan haberdar olur.					
Popülerliği artırmak için kullanırım.					
(Sosyal medyayı kullanırım) Böylece daha fazla insan beni tanır ve sever.					
İnsanları etkilemek için kullanırım.					
(Sosyal medyayı kullanırım) Böylece insanlar beni istediğim gibi görür.					
Fotoğraflarımla çekici görünüp görünmediğini bilmek için kullanırım.					
Görünüşümü nasıl geliştireceğimi öğrenmek için kullanırım.					
Nasıl göründüğümü arkadaşlarımla karşılaştırmak için kullanırım.					
Nasıl göründüğümle ilgili arkadaşlarımla fikrini almak için kullanırım.					
Paylaştığım fotoğrafları filtrelemek için kullanırım.					
Önemseyen şeyler adına mücadele etmek için kullanırım.					
Aynı şeyi önemseyen insanlarla bağlantı kurmak için kullanırım.					
Benim için önemli olan meseleleri desteklemek için kullanırım.					

3. EK- SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ KISA FORMU

Elinizdeki form sosyal medyayı kullanma düzeyinizi belirlemeyi amaçlamaktadır. Aşağıda sıralanan ifadelerle yönelik düşüncelerinizi “Evet” ve “Hayır” şeklinde karşılarında yer alan parantezlere (X) işareti koyarak belirtiniz. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyup tüm maddeleri cevaplayınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.		
	Evet	Hayır
Son bir yılda,		
sürekli olarak, kendinizi sosyal medyaya tekrar girebileceğiniz andan başka bir şey düşünemez halde buldunuz mu?	()	()
sürekli olarak, sosyal medyada daha fazla zaman geçirmek istediğiniz için kendinizi mutsuz hissettiniz mi?	()	()
sosyal medyayı kullanamadığınız zaman çoğu kez kendinizi kötü hissettiniz mi?	()	()
sosyal medyada daha az zaman geçirmeye çalıştığınız ancak bunda başarılı olamadığınız oldu mu?	()	()
sosyal medyayı kullanma istediğinizden dolayı diğer etkinliklerinizi (spor, hobiler vb.) sürekli olarak ihmal ettiniz mi?	()	()
sosyal medyayı kullanmanızdan dolayı diğer insanlarla sürekli olarak tartışmalarınız oldu mu?	()	()
sosyal medyada geçirdiğiniz süre hakkında ebeveynlerinize (anne-baba) veya arkadaşlarınıza sürekli olarak yalan söylediniz mi?	()	()
olumsuz duygularınızdan kaçmak için sık sık sosyal medyayı kullandınız mı?	()	()
sosyal medyayı kullanmanızdan dolayı ebeveynleriniz, kız veya erkek kardeşleriniz ile ciddi çatışmalarınız oldu mu?	()	()

10. KAYNAKÇA

1. Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res* Mar 30 2006;141(3):305-314.
2. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2010;12(2):221-232.
3. Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, Walburn J. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* Aug 1996;169(2):196-201.
4. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* Nov-Dec 2005;46(6):549-555.
5. Mayville S, Katz RC, Gipson MT, Cabral K. Assessing the prevalence of body dysmorphic disorder in an ethnically diverse group of adolescents. *Journal of child and family studies* 1999;8:357-362.
6. Schneider SC, Turner CM, Mond J, Hudson JL. Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. *Aust N Z J Psychiatry* Jun 2017;51(6):595-603.
7. Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodsoll J. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image* Sep 2016;18:168-186.
8. Harter S, Marold DB, Whitesell NR. Model of psychosocial risk factors leading to suicidal ideation in young adolescents. *Development and Psychopathology* 1992;4(1):167-188.
9. Levine MP, & Smolak, L. Body image development in adolescence. In: Cash TF, & Pruzinsky, T, ed. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press; 2002:74-82.
10. Bjornsson AS, Didie ER, Grant JE, Menard W, Stalker E, Phillips KA. Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* Oct 2013;54(7):893-903.
11. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* Jul-Aug 2005;46(4):317-325.
12. Monzani B, Rijdsdijk F, Anson M, Iervolino AC, Cherkas L, Spector T, Mataix-Cols D. A twin study of body dysmorphic concerns. *Psychol Med* Sep 2012;42(9):1949-1955.
13. Himanshu, Kaur A, Kaur A, Singla G. Rising dysmorphia among adolescents : A cause for concern. *J Family Med Prim Care* Feb 2020;9(2):567-570.

14. Aichner T, Grünfelder M, Maurer O, Jegeni D. Twenty-Five Years of Social Media: A Review of Social Media Applications and Definitions from 1994 to 2019. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 2021/04/01 2020;24(4):215-222.
15. Weiten W, Hammer E, Dunn D, et al. *Psikoloji ve Çağdaş Yaşam: İnsan Uyumu*. 2016.
16. Yen JY, Ko CH, Yen CF, Chen SH, Chung WL, Chen CC. Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: Comparison with substance use. *Psychiatry Clin Neurosci* Feb 2008;62(1):9-16.
17. Anson M, Veale D, de Silva P. Social-evaluative versus self-evaluative appearance concerns in Body Dysmorphic Disorder. *Behav Res Ther* Dec 2012;50(12):753-760.
18. Laughter MR, Anderson JB, Maymone MBC, Kroumpouzou G. Psychology of aesthetics: Beauty, social media, and body dysmorphic disorder. *Clin Dermatol* Jan-Feb 2023;41(1):28-32.
19. Festinger L. A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations* 1954;7:117 - 140.
20. Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Veale D. Social learning theory and cognitive behavioral models of body dysmorphic disorder. *Body Image* Mar 2008;5(1):28-38.
21. Hollfield M. Somatoform disorders. *Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th edition (Ed BJ Sadock, VA Sadock) 1800;1828.
22. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry* 1993;150(2):302-308.
23. Veale D. Body dysmorphic disorder. *Postgraduate Medical Journal* 2004;80(940):67-71.
24. Phillips KA. *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*: Oxford University Press, USA; 2005.
25. Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Boll Accad Sci Med Genova* 1886;6:100.
26. Thomas CS. Dysmorphophobia: a question of definition. *The British Journal of Psychiatry* 1984;144(5):513-516.
27. Morselli E, Jerome L. Dysmorphophobia and taphephobia: two hitherto undescribed forms of Insanity with fixed ideas. *History of Psychiatry* 2001;12(45):103-107.
28. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry* 1991;148(9):1138-1149.
29. Freud S. Three case histories : [the "wolf man", the "rat man" and the psychotic doctor Schreber]. 1. Collier books ed. New York, NY [u.a.]: Macmillan; 1963.
30. Davis W. *Drawing the dream of the wolves: Homosexuality, interpretation, and Freud's "Wolf Man"*. (No Title) 1995.

31. Frana K, Roccia MG, Castillo D, M AL, Tchernev G, Chokoeva A, Lotti T, Fioranelli M. Body dysmorphic disorder: history and curiosities. *Wien Med Wochenschr* Oct 2017;167(Suppl 1):5-7.
32. Pichot P. [DSM-III: the 3d edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders from the American Psychiatric Association]. *Rev Neurol (Paris)* 1986;142(5):489-499.
33. KENDELL RE. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., revised (DSM-III-R). *American Journal of Psychiatry* 1988;145(10):1301-1302.
34. Birliği AP, Koroğlu E. DSM-IV-TR: tanı ölçütleri başvuru elkitabı: Hekimler Yayın Birliği; 2000.
35. Association AP, Force APAD-T. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5: Igroup Press Company, Limited; 2013.
36. Solyom L, DiNicola VF, Phil M, Sookman D, Luchins D. Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Can J Psychiatry* Aug 1985;30(5):372-380.
37. World Health O. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.
38. Harrison JE, Weber S, Jakob R, Chute CG. ICD-11: an international classification of diseases for the twenty-first century. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2021/11/09 2021;21(6):206.
39. Sungur MZ. Beden dismorfik bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*; 1999:19-22.
40. Veale D, Akyuz E, Hodsoll J. Prevalence of body dysmorphic disorder on a psychiatric inpatient ward and the value of a screening question. *Psychiatry Research* 09/14 2015;230.
41. Biby EL. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol* Jun 1998;54(4):489-499.
42. Fitts SN, Gibson P, Redding CA, Deiter PJ. Body dysmorphic disorder: implications for its validity as a DSM-III-R clinical syndrome. *Psychol Rep* Apr 1989;64(2):655-658.
43. Rajabi S, Kamran L, Joukar KamalAbadi M. Epidemiology of body dysmorphic disorder among adolescents: A study of their cognitive functions. *Brain Behav Apr* 2022;12(4):e01710.
44. Zimmerman M, Mattia JI. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Compr Psychiatry* Sep-Oct 1998;39(5):265-270.
45. Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry* Jul 2001;62(7):517-522.

46. 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* Jan-Feb 2008;30(1):67-72.
47. *Body Dysmorphic Disorder: Advances in Research and Clinical Practice*: Oxford University Press; 2017.
48. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg* May 1998;101(6):1644-1649.
49. Phillips KA. *Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide*: Oxford University Press; 2009.
50. Aşkın R. Vücut dismorfik bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 1994:45-51.
51. Mufaddel A, Osman OT, Almuğaddam F, Jafferany M. A review of body dysmorphic disorder and its presentation in different clinical settings. *Prim Care Companion CNS Disord* 2013;15(4).
52. Feusner JD, Neziroglu F, Wilhelm S, Mancusi L, Bohon C. What Causes BDD: Research Findings and a Proposed Model. *Psychiatr Ann* Jul 1 2010;40(7):349-355.
53. Phillips KA, McElroy SL. Insight, Overvalued Ideation, and Delusional Thinking in Body Dysmorphic Disorder: Theoretical and Treatment Implications. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1993;181(11):699-702.
54. Phillips KA, Dwight MM, McElroy SL. Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* Apr 1998;59(4):165-171.
55. Phillips KA. An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol* May 2006;21(3):177-179.
56. Acute exacerbation of body dysmorphic disorder during tryptophan depletion. *American Journal of Psychiatry* 1992;149(10):1406a-1407.
57. Craven JL, Rodin GM. Cyproheptadine dependence associated with an atypical somatoform disorder. *Can J Psychiatry* Mar 1987;32(2):143-145.
58. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment of imagined ugliness. *J Clin Psychiatry* 1996;57 Suppl 8:61-64; discussion 65.
59. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, Grados MA, Nestadt G. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry* Aug 15 2000;48(4):287-293.
60. Phillips KA, Zai G, King NA, Menard W, Kennedy JL, Richter MA. A preliminary candidate gene study in body dysmorphic disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2015/07/01/ 2015;6:72-76.

61. 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 Res* Apr 30 2015;232(1):115-122.
62. 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 Psychiatry* Feb 2014;71(2):182-189.
63. Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, Bookheimer S. Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* Dec 2007;64(12):1417-1425.
64. Atmaca M, Bingol I, Aydin A, Yildirim H, Okur I, Yildirim MA, Mermi O, Gurok MG. Brain morphology of patients with body dysmorphic disorder. *J Affect Disord* Jun 2010;123(1-3):258-263.
65. Grace SA, Buchanan BG, Maller JJ, Toh WL, Castle DJ, Rossell SL. Reduced cortical thickness in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging* Jan 30 2017;259:25-28.
66. 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* Feb 2010;67(2):197-205.
67. Tasios K, Michopoulos I. Body dysmorphic disorder: Latest neuroanatomical and neuropsychological findings. *Psychiatriki* 10/01 2017;28:242-250.
68. Grant JE, Fineberg N, van Ameringen M, et al. New treatment models for compulsive disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* May 2016;26(5):877-884.
69. Zaidens SH. Dermatologic hypochondriasis: a form of schizophrenia. *Psychosomatic medicine* 1950;12(4):250-253.
70. Göksan B. Ergenlerde beden imajı ve beden dismorfik bozukluğu [Uzmanlık Tezi], İstanbul: Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi; 2007.
71. Barr LC, Goodman WK, Price LH. Acute exacerbation of body dysmorphic disorder during tryptophan depletion. *Am J Psychiatry* Oct 1992;149(10):1406-1407.
72. Kelly MM, Didie ER, Phillips KA. Personal and appearance-based rejection sensitivity in body dysmorphic disorder. *Body Image* Jun 2014;11(3):260-265.
73. Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Veale D. Social learning theory and cognitive behavioral models of body dysmorphic disorder. *Body image* 04/01 2008;5:28-38.
74. Phillips KA, Kim JM, Hudson JI. Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders. Obsessions or delusions? *Psychiatr Clin North Am* Jun 1995;18(2):317-334.

75. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang K-Y, Cullen BAM, Grados MA, Nestadt G. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biological Psychiatry* 2000/08/15/ 2000;48(4):287-293.
76. Kaytan M. Beden dismorfik bozukluğu belirtilerinin bilişsel davranışçı model doğrultusunda tanı almamış yetişkin bir örnekleme incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi], Uludağ Üniversitesi; 2015.
77. Cosmetic Surgery National Databank Statistics. Surgery American Society for Aesthetic&Plastic; Expanded data for 2010.
78. Hollander E, Neville D, Frenkel M, Josephson S, Liebowitz MR. Body dysmorphic disorder. Diagnostic issues and related disorders. *Psychosomatics* Spring 1992;33(2):156-165.
79. Veale D. Body dysmorphic disorder. *Postgrad Med J* Feb 2004;80(940):67-71.
80. Hollander E, Cohen LJ, Simeon D. Body dysmorphic disorder. Vol 23: SLACK Incorporated Thorofare, NJ; 1993:359-364.
81. Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Yaryura-Tobias JA. Rates of abuse in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Body Image* Jun 2006;3(2):189-193.
82. Ateq K, Alhajji M, Alhusseini N. The association between use of social media and the development of body dysmorphic disorder and attitudes toward cosmetic surgeries: a national survey. *Front Public Health* 2024;12:1324092.
83. Albertini RS, Phillips KA. Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* Apr 1999;38(4):453-459.
84. Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* Sep 1997;185(9):570-577.
85. Phillips KA, Menard W, Pagano ME, Fay C, Stout RL. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: clinical features and course of illness. *J Psychiatr Res* Mar 2006;40(2):95-104.
86. Phillips KA, Siniscalchi JM, McElroy SL. Depression, anxiety, anger, and somatic symptoms in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatr Q* Winter 2004;75(4):309-320.
87. Türksoy NK TR, Çalıkları C, Olgun TÖ, Keser V, Demir T. Beden dismorfik bozukluğunda klinik özellikler. 19 Olgunun Değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 2000:87-92.
88. Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* Mar-Apr 2006;47(2):77-87.

89. Schneider SC, Mond J, Turner CM, Hudson JL. Sex Differences in the Presentation of Body Dysmorphic Disorder in a Community Sample of Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* May-Jun 2019;48(3):516-528.
90. Aşkin R, Çilli AS. Ayaktan psikiyatrik hastalarda vücut dismorfik bozukluğu: Tani, yaşam boyu başka ruhsal hastalık varlığı, demografik ve klinik özellikler. [Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: Diagnosis, other psychiatric diagnosis, demographic and clinical correlates.]. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13(3):197-203.
91. Cansever A, Uzun O, Dönmez E, Özşahin A. The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: a study in a Turkish sample. *Compr Psychiatry* Jan-Feb 2003;44(1):60-64.
92. Tihan AK. Beden dismorfik bozukluğunda klinik,sosyodemografik verilerin incelenmesi ve bilişsel işlevlerin nöropsikolojik testlerle değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık]: Psikiyatri, İstanbul Üniversitesi; 2010.
93. Mulkens S, Jansen A. Mirror gazing increases attractiveness in satisfied, but not in dissatisfied women: a model for body dysmorphic disorder? *J Behav Ther Exp Psychiatry* Jun 2009;40(2):211-218.
94. Vaughn DA, Kerr WT, Moody TD, et al. Differentiating weight-restored anorexia nervosa and body dysmorphic disorder using neuroimaging and psychometric markers. *PLoS One* 2019;14(5):e0213974.
95. 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.
96. Phillips KA, Nierenberg AA, Brendel G, Fava M. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. *J Nerv Ment Dis* Feb 1996;184(2):125-129.
97. Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry* Jul 2006;163(7):1280-1282.
98. Rautio D, Jassi A, Krebs G, et al. Clinical characteristics of 172 children and adolescents with body dysmorphic disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* Jan 2022;31(1):133-144.
99. Santos Filho CA, Tirico PP, Stefano SC, Touyz SW, Claudino AM. Systematic review of the diagnostic category muscle dysmorphia. *Aust N Z J Psychiatry* Apr 2016;50(4):322-333.
100. Phillips KA, Feusner J. Assessment and differential diagnosis of body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals* 2010;40(7):317-324.
101. Phillips KA, Rasmussen SA. Change in psychosocial functioning and quality of life of patients with body dysmorphic disorder treated with fluoxetine: a placebo-controlled study. *Psychosomatics* Sep-Oct 2004;45(5):438-444.

102. 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* Aug 1995;152(8):1207-1209.
103. Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001;62(7):517-522.
104. Brawman-Mintzer O, Lydiard RB, Phillips KA, et al. Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression: a comorbidity study. *Am J Psychiatry* Nov 1995;152(11):1665-1667.
105. 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* Feb 1996;57(2):77-82.
106. Kelly MM, Simmons R, Wang S, Kraus S, Donahue J, Phillips KA. Motives to drink alcohol among individuals with body dysmorphic disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2017/01/01/ 2017;12:52-57.
107. Houchins JR, Kelly MM, Phillips KA. Motives for Illicit Drug Use Among Individuals With Body Dysmorphic Disorder. *J Psychiatr Pract* Nov 2019;25(6):427-436.
108. Grant JE, Phillips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry* Oct-Dec 2005;17(4):205-210.
109. Bouman TK, Mulkens S, van der Lei B. Cosmetic professionals' awareness of body dysmorphic disorder. *Plastic and reconstructive surgery* 2017;139(2):336-342.
110. Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin Neurosci* Jun 1998;52(3):283-287.
111. Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, et al. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *Eur Psychiatry* Nov 2003;18(7):365-368.
112. Castle DJ, Molton M, Hoffman K, Preston NJ, Phillips KA. Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement. *Aust N Z J Psychiatry* Jun 2004;38(6):439-444.
113. Picavet VA, Prokopakis EP, Gabriëls L, Jorissen M, Hellings PW. High prevalence of body dysmorphic disorder symptoms in patients seeking rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg* Aug 2011;128(2):509-517.
114. Phillips KA, Dufresne RG, Jr., Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* Mar 2000;42(3):436-441.
115. 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* Jan 14 2006;150(2):97-100.

116. Sarwer DB, Crerand CE, Magee L. Body dysmorphic disorder in patients who seek appearance-enhancing medical treatments. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* Nov 2010;22(4):445-453.
117. Higgins S, Wysong A. Cosmetic surgery and body dysmorphic disorder—an update. *International journal of women's dermatology* 2018;4(1):43-48.
118. Ramphul K, Mejias SG. Is" Snapchat Dysmorphia" a real issue? *Cureus* 2018;10(3).
119. Harth W, Gieler U, Kusnir D, Tausk F. Clinical Management in Psychodermatology. *Clinical Management in Psychodermatology* 01/01 2009:1-297.
120. Veale D. Outcome of cosmetic surgery and ‘DIY’ surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatric Bulletin* 2000;24(6):218-221.
121. Frare F, Perugi G, Ruffolo G, Toni C. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Eur Psychiatry* Aug 2004;19(5):292-298.
122. Phillips KA, Gunderson CG, Mallya G, McElroy SL, Carter W. A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* Nov 1998;59(11):568-575.
123. McKay D, Neziroglu F, Yaryura-Tobias JA. Comparison of clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 1997/07/01/ 1997;11(4):447-454.
124. Pinto A, Phillips KA. Social anxiety in body dysmorphic disorder. *Body Image* Dec 2005;2(4):401-405.
125. Coles ME, Phillips KA, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB, Stout RL. Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depress Anxiety* 2006;23(1):26-33.
126. de Leon J, Bott A, Simpson GM. Dysmorphophobia: body dysmorphic disorder or delusional disorder, somatic subtype? *Compr Psychiatry* Nov-Dec 1989;30(6):457-472.
127. Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, Stein DJ. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety* Jun 2010;27(6):573-591.
128. Phillips KA, Dufresne RG. Body dysmorphic disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons. *Am J Clin Dermatol* Jul-Aug 2000;1(4):235-243.
129. Katharine A Phillips M, DLFAPA. Body dysmorphic disorder: Assessment, diagnosis, and differential diagnosis. In: Joel Dimsdale DS, ed. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate, Inc.; Jan 18, 2024.
130. Aslan H. Beden dismorfik bozukluğu: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam* 2000;13:33-41.

131. Phillips K. Body dysmorphic disorder: Advances in research and clinical practice. 2017.
132. National Collaborating Centre for Mental H. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. Leicester (UK): British Psychological Society (UK)

Copyright © 2006, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.; 2006.

133. Phillips KA, Hollander E. Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image* Mar 2008;5(1):13-27.
134. Marques L, Weingarden HM, Leblanc NJ, Wilhelm S. Treatment utilization and barriers to treatment engagement among people with body dysmorphic symptoms. *J Psychosom Res* Mar 2011;70(3):286-293.
135. Phillips KA. Pharmacotherapy for Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatr Ann* Jul 2010;40(7):325-332.
136. Phillipou A, Rossell SL, Wilding HE, Castle DJ. Randomised controlled trials of psychological & pharmacological treatments for body dysmorphic disorder: A systematic review. *Psychiatry Res* Nov 30 2016;245:179-185.
137. Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schmeidler J, Wong C, Simeon D. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Arch Gen Psychiatry* Nov 1999;56(11):1033-1039.
138. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* Apr 2002;59(4):381-388.
139. 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. *Am J Psychiatry* Sep 1 2016;173(9):887-895.
140. Phillips KA. Pharmacotherapy and other somatic treatments for body dysmorphic disorder: New York, NY: Oxford University Press; 2017.
141. Phillips KA, Albertini RS, Siniscalchi JM, Khan A, Robinson M. Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. *J Clin Psychiatry* Sep 2001;62(9):721-727.
142. Nakaaki S, Murata Y, Furukawa TA. Efficacy of olanzapine augmentation of paroxetine therapy in patients with severe body dysmorphic disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* Jun 2008;62(3):370.
143. Uzun O, Ozdemir B. Aripiprazole as an augmentation agent in treatment-resistant body dysmorphic disorder. *Clin Drug Investig* 2010;30(10):707-710.

144. Hong K, Nezgovorova V, Uzunova G, Schluskel D, Hollander E. Pharmacological Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Curr Neuropsychopharmacol* 2019;17(8):697-702.
145. Şimşek F. Plastik cerrahi polikliniğine başvuran hastalarda beden dismorfik bozukluğunun yaygınlığı, klinik özellikleri ve diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikteliği [Uzmanlık Tezi], Necmettin Erbakan Üniversitesi; 2020.
146. Wilhelm S, Phillips KA, Fama JM, Greenberg JL, Steketee G. Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Behav Ther* Dec 2011;42(4):624-633.
147. boyd dm, Ellison NB. Social network sites: Definition, history, and scholarship: Wiley-Blackwell Publishing Ltd.; 2007:210-230.
148. Kaplan AM, Haenlein M. Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media. *Business Horizons* 2010/01/01/ 2010;53(1):59-68.
149. Katz E, Haas H, Gurevitch M. On the Use of the Mass Media for Important Things. *American Sociological Review* 1973;38(2):164-181.
150. Ruggiero TE. Uses and Gratifications Theory in the 21st Century. *Mass Communication and Society* 2000/02/01 2000;3(1):3-37.
151. Rodgers R, McLean S, Gordon C, Slater A, Marques M, Jarman H, Paxton S. Development and Validation of the Motivations for Social Media Use Scale (MSMU) Among Adolescents. *Adolescent Research Review* 12/01 2021;6:1-11.
152. Rodgers RF. The relationship between body image concerns, eating disorders and internet use, part II: An integrated theoretical model. *Adolescent Research Review* 2016;1:121-137.
153. Valkenburg PM, Peter J. Online Communication Among Adolescents: An Integrated Model of Its Attraction, Opportunities, and Risks. *Journal of Adolescent Health* 2011/02/01/ 2011;48(2):121-127.
154. Livingstone S. Taking Risky Opportunities in Youthful Content Creation: Teenagers' Use of Social Networking Sites for Intimacy, Privacy and Self-Expression. *New Media & Society* 06/01 2008;10.
155. Nesi J, Prinstein MJ. Using Social Media for Social Comparison and Feedback-Seeking: Gender and Popularity Moderate Associations with Depressive Symptoms. *J Abnorm Child Psychol* Nov 2015;43(8):1427-1438.
156. Manago A, Graham M, Greenfield P, Salimkhan G. Self-Presentation and Gender on MySpace. *Journal of Applied Developmental Psychology* 09/15 2008;29:446-458.
157. Vorderer P, Klimmt C, Ritterfeld U. Enjoyment: At the Heart of Media Entertainment. *Communication Theory* 11/01 2004;14:388-408.
158. Davis K. Friendship 2.0: Adolescents' experiences of belonging and self-disclosure online. *Journal of Adolescence* 2012/12/01/ 2012;35(6):1527-1536.

159. Tiggemann M, Slater A. NetGirls: The Internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders* 2013;46(6):630-633.
160. Kemph JP, Erik H, Erikson. Identity, youth and crisis. New York: W. W. Norton Company, 1968. *Behavioral Science* 1969;14(2):154-159.
161. Laughter MR, Anderson JB, Maymone MBC, Kroumpouzou G. Psychology of aesthetics: Beauty, social media, and body dysmorphic disorder. *Clinics in Dermatology* 2023/01/01/2023;41(1):28-32.
162. Cohen R, Newton-John T, Slater A. The relationship between Facebook and Instagram appearance-focused activities and body image concerns in young women. *Body Image* Dec 2017;23:183-187.
163. Mingoia J, Hutchinson AD, Gleaves DH, Wilson C. The impact of a social media literacy intervention on positive attitudes to tanning: A pilot study. *Computers in Human Behavior* 2019;90:188-195.
164. Tiggemann M, Slater A. NetGirls: the Internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls. *Int J Eat Disord* Sep 2013;46(6):630-633.
165. Alsaidan MS, Altayar NS, Alshmmari SH, Alshammari MM, Alqahtani FT, Mohajer KA. The prevalence and determinants of body dysmorphic disorder among young social media users: A cross-sectional study. *Dermatol Reports* Dec 22 2020;12(3):8774.
166. Laiba W, Arooj Fatima M, Maria R, Rehman Mi. Impact Of Use Of Social Applications And Appearance-Related Consciousness On Body Dysmorphic Disorder Symptoms And Lower Self-Esteem Among Females. *Journal Of Pakistan Psychiatric Society* 12/31 2022;19(04).
167. Ramsey L, Horan A. Picture this: Women's self-sexualization in photos on social media. *Personality and Individual Differences* 06/01 2017;133.
168. Özgür M, Uçar A. Üniversitede eğitim gören kız öğrencilerde sosyal medya bağımlılığı ve beden algısı ile beslenme bilgi düzeylerinin karşılaştırılması. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 12/30 2020;9:46-54.
169. Maheux AJ, Roberts SR, Nesi J, Widman L, Choukas-Bradley S. Psychometric properties and factor structure of the appearance-related social media consciousness scale among emerging adults. *Body Image* Dec 2022;43:63-74.
170. McLean SA, Wertheim EH, Masters J, Paxton SJ. A pilot evaluation of a social media literacy intervention to reduce risk factors for eating disorders. *Int J Eat Disord* Jul 2017;50(7):847-851.
171. Alhusaini BK, Sharaf FZ, Alqthmi RO, Alotaibi NT, Ballaji MB, Mohammed HM. The Impact of Snapchat Use on Self-Image and Inclination Toward Cosmetic Procedures in Saudi Arabia. *Cureus* Dec 2022;14(12):e32456.

172. Chen J, Ishii M, Bater KL, et al. Association Between the Use of Social Media and Photograph Editing Applications, Self-esteem, and Cosmetic Surgery Acceptance. *JAMA Facial Plast Surg* Sep 1 2019;21(5):361-367.
173. Singh Aprajita BM, Modi Rujul. A Study to Determine the Association of Self-Esteem and Body Dysmorphic Syndrome in Relation to the Use of Selfie-Filters. *International Journal of Clinical Psychiatry* 2021;8(1):9-16.
174. Atar Ö, Ulusoy Ş. Sosyal Medyada Ördek Sendromu: Instagram Üzerinden Bir Değerlendirme. *Istanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 10/08 2020;19.
175. Fardouly J, Willburger B, Vartanian L. Instagram use and young women's body image concerns and self-objectification: Testing mediational pathways. *New Media & Society* 02/01 2017;20:146144481769449.
176. Khanna A, Sharma MK. Selfie use: The implications for psychopathology expression of body dysmorphic disorder. *Industrial Psychiatry Journal* 2017;26(1):106-109.
177. Griffiths S, Murray SB, Krug I, McLean SA. The Contribution of Social Media to Body Dissatisfaction, Eating Disorder Symptoms, and Anabolic Steroid Use Among Sexual Minority Men. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 2018;21(3):149-156.
178. Harrison K, Hefner V. Virtually Perfect: Image Retouching and Adolescent Body Image. *Media Psychology* 03/24 2014;17.
179. Higgins S, Wysong A. Cosmetic Surgery and Body Dysmorphic Disorder - An Update. *Int J Womens Dermatol* Mar 2018;4(1):43-48.
180. Eshiet J. Real Me Versus Social Media Me:” Filters, Snapchat Dysmorphia, And Beauty Perceptions Among Young Women [Electronic Theses, Projects, And Dissertations], California State University, San Bernardino; 2020.
181. McLean SA, Paxton SJ, Wertheim EH, Masters J. Photoshopping the selfie: Self photo editing and photo investment are associated with body dissatisfaction in adolescent girls. *Int J Eat Disord* Dec 2015;48(8):1132-1140.
182. Higgins S, Wysong A. Cosmetic Surgery and Body Dysmorphic Disorder – An Update. *International Journal of Women's Dermatology* 2018/03/01/ 2018;4(1):43-48.
183. Hopkins ZH, Moreno C, Secrest AM. Influence of Social Media on Cosmetic Procedure Interest. *J Clin Aesthet Dermatol* Jan 2020;13(1):28-31.
184. Alkarzae M, Aldosari B, Alalula L, Almuhaya R, Alawadh İ. The Effect of Selfies on Cosmetic Surgery. *ENT Updates* 04/20 2020;10.
185. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *J Consult Psychol* Oct 1953;17(5):343-347.
186. Hovardaoğlu S. Vücut algısı ölçeği (Türkiye’de varolan psikolojik testler listesi). *Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi* 1993;1.

187. Anbar H. Lise öğrencilerinde vücut algısı değişkeninin çeşitli değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi ve vücut algısı ölçeğinin geçerlik-güvenirlik çalışması. 2013.
188. Halil Ekşi TKS. Ergenler için geliştirilen sosyal medya kullanım motivasyonu ölçeğinin Türkçeye uyarlama çalışması. Akdeniz 8. Uluslararası Sosyal Bilimler Kongresi. Girne, Kıbrıs; 2022.
189. Taş İ. Ergenler İçin Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği kısa formunun (smbö-kf) geçerlik ve güvenirlik çalışması. Online Journal of Technology Addiction & Cyberbullying 2017;4(1):27-40.
190. Pallant J. SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS: Allen & Unwin; 2007.
191. George D, Mallery P. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 Update: Allyn & Bacon; 2010.
192. Turgut MF, Baykul Y. Eğitimde ölçme ve değerlendirme. Vol 2: Pegem Akademi; 2010.
193. Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, Wilhelm S, Brähler E, Rief W. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. Psychiatry Res Jun 30 2010;178(1):171-175.
194. Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. CNS Spectr Apr 2008;13(4):316-322.
195. Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow BL. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. Am J Psychiatry Dec 2001;158(12):2061-2063.
196. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brähler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. Psychol Med Jun 2006;36(6):877-885.
197. Kaleeny JD, Janis JE. Body Dysmorphic Disorder in Aesthetic and Reconstructive Plastic Surgery—A Systematic Review and Meta-Analysis. Healthcare 2024;12(13):1333.
198. Herbst I, Jemec GBE. Body Dysmorphic Disorder in Dermatology: a Systematic Review. Psychiatr Q Dec 2020;91(4):1003-1010.
199. Perloff RM. Social Media Effects on Young Women's Body Image Concerns: Theoretical Perspectives and an Agenda for Research. Sex Roles 2014/12/01 2014;71(11):363-377.
200. Pope HG, Jr., Gruber AJ, Choi P, Olivardia R, Phillips KA. Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. Psychosomatics Nov-Dec 1997;38(6):548-557.
201. Abernathy TJ, Massad L, Romano-Dwyer L. The relationship between smoking and self-esteem. Adolescence Winter 1995;30(120):899-907.

202. 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* Sep 1 2017;178:143-149.
203. Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA. Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* Mar 2005;66(3):309-316; quiz 404-305.
204. Bronte-Tinkew J, Moore K, Carrano J. The Father-Child Relationship, Parenting Styles, and Adolescent Risk Behaviors in Intact Families. *Journal of Family Issues - J FAM ISS* 06/01 2006;27:850-881.
205. Dubow EF, Boxer P, Huesmann LR. Long-term Effects of Parents' Education on Children's Educational and Occupational Success: Mediation by Family Interactions, Child Aggression, and Teenage Aspirations. *Merrill Palmer Q (Wayne State Univ Press)* Jul 2009;55(3):224-249.
206. Gillen MM, Lefkowitz ES. Gender and racial/ethnic differences in body image development among college students. *Body Image* Jan 2012;9(1):126-130.
207. Smolak L. Chapter Six Risk and Protective Factors in Body Image Problems: Implications for Prevention. In: Gail LM, Michael PL, Niva P, Ferguson HB, eds. *Preventing Eating-Related and Weight-Related Disorders*. Waterloo, ON: Wilfrid Laurier University Press; 2012:147-167.
208. Li W, Arienzo D, Feusner JD. Body Dysmorphic Disorder: Neurobiological Features and an Updated Model. *Z Klin Psychol Psychother (Gott)* 2013;42(3):184-191.
209. Compas BE, Jaser SS, Dunn MJ, Rodriguez EM. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annu Rev Clin Psychol* 2012;8:455-480.
210. Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, Fulford KW, Sadler JZ, Kendler KS. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychol Med* Nov 2010;40(11):1759-1765.
211. Karamustafalıoğlu KO. *Temel ve Klinik Psikiyatri*. Ankara:Güneş Tıp Kitabevi; 2018.
212. Hardardottir H, Hauksdottir A, Bjornsson AS. [Body dysmorphic disorder: Symptoms, prevalence, assessment and treatment]. *Laeknabladid* Mar 2019;105(3):125-131.
213. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR*: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
214. Veale D, Neziroglu F. *Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual* David Veale and Fugen Neziroglu Chichester: Wiley-Blackwell, 2010. pp. 476, £41.99 (pb). ISBN: 978-0-470-85121-0. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 10/01 2012;40:634-635.
215. Veale D, Bewley A. Body dysmorphic disorder. *Bmj* Jun 18 2015;350:h2278.

216. Fang A, Schwartz RA, Wilhelm S. Treatment of an Adult with Body Dysmorphic Disorder. In: Storch EA, Lewin AB, eds. *Clinical Handbook of Obsessive-Compulsive and Related Disorders: A Case-Based Approach to Treating Pediatric and Adult Populations*. Cham: Springer International Publishing; 2016:259-271.
217. Pope CG, Pope HG, Menard W, Fay C, Olivardia R, Phillips KA. Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image* Dec 2005;2(4):395-400.
218. Cafri G, van den Berg P, Thompson JK. Pursuit of Muscularity in Adolescent Boys: Relations Among Biopsychosocial Variables and Clinical Outcomes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2006/05/01 2006;35(2):283-291.
219. Kanayama G, Barry S, Hudson JI, Pope HG, Jr. Body image and attitudes toward male roles in anabolic-androgenic steroid users. *Am J Psychiatry* Apr 2006;163(4):697-703.
220. Hildebrandt T, Alfano L, Langenbucher JW. Body image disturbance in 1000 male appearance and performance enhancing drug users. *J Psychiatr Res* Oct 2010;44(13):841-846.
221. Hildebrandt T, Langenbucher JW, Carr SJ, Sanjuan P. Modeling population heterogeneity in appearance-and performance-enhancing drug (APED) use: applications of mixture modeling in 400 regular APED users. *Journal of Abnormal Psychology* 2007;116(4):717.
222. Kanayama G, Barry S, Hudson JI, Pope Jr M, MPH, Harrison G. Body image and attitudes toward male roles in anabolic-androgenic steroid users. *American Journal of Psychiatry* 2006;163(4):697-703.
223. Holland G, Tiggemann M. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image* Jun 2016;17:100-110.
224. Fardouly J, Vartanian LR. Social media and body image concerns: Current research and future directions. *Current Opinion in Psychology* 2016;9:1-5.
225. Ryding FC, Kuss DJ. The use of social networking sites, body image dissatisfaction, and body dysmorphic disorder: A systematic review of psychological research. *Psychology of Popular Media* 2020;9(4):412-435.
226. Picavet V, Gabriëls L, Jorissen M, Hellings PW. Screening tools for body dysmorphic disorder in a cosmetic surgery setting. *Laryngoscope* Dec 2011;121(12):2535-2541.
227. Veale D, Kinderman P, Riley S, Lambrou C. Self-discrepancy in body dysmorphic disorder. *British Journal of Clinical Psychology* 2003;42(2):157-169.
228. Thompson JK, Coovert MD, Stormer SM. Body image, social comparison, and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation. *Int J Eat Disord* Jul 1999;26(1):43-51.

229. Carlson Jones D. Body image among adolescent girls and boys: a longitudinal study. *Dev Psychol* Sep 2004;40(5):823-835.
230. McLean SA, Paxton SJ, Wertheim EH, Masters J. Photoshopping the selfie: Self photo editing and photo investment are associated with body dissatisfaction in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders* 2015;48(8):1132-1140.
231. Slater A, Varsani N, Diedrichs PC. # fitspo or# loveyourself? The impact of fitspiration and self-compassion Instagram images on women's body image, self-compassion, and mood. *Body image* 2017;22:87-96.
232. Rodgers RF, McLean SA, Gordon CS, Slater A, Marques MD, Jarman HK, Paxton SJ. Development and Validation of the Motivations for Social Media Use Scale (MSMU) Among Adolescents. *Adolescent Research Review* 2021/12/01 2021;6(4):425-435.
233. Fardouly J, Diedrichs P, Vartanian L, Halliwell E. The Mediating Role of Appearance Comparisons in the Relationship Between Media Usage and Self-Objectification in Young Women. *Psychology of Women Quarterly* 12/01 2015;39:447-457.
234. Ridgway J, Clayton R. Instagram Unfiltered: Exploring Associations of Body Image Satisfaction, Instagram #Selfie Posting, and Negative Romantic Relationship Outcomes. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 01/18 2016;19:2-7.
235. Fardouly J, Rapee RM. The impact of no-makeup selfies on young women's body image. *Body Image* Mar 2019;28:128-134.